



Avdelning öst  
Lotte Hidemo  
lotte.hidemo@ivo.se

Barnbördshuset i Praktikertjänst AB,  
BB Sophia  
Chefläkaren  
114 86 Stockholm

## Ärendet

Anmälan enligt Lex Maria avseende en händelse som medfört allvarlig vårdskada. I samband med en förlossning drabbades kvinnan av cirkulationskollaps och avled senare p.g.a. hjärnskador orsakade av syrebrist.

En enskild klagomålsanmälan om fel i vården rörande samma händelse har kommit in till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), dnr. 8.2- 24582/2014.

IVO har på eget initiativ utrett handläggningen av kvinnans graviditet vid Barnmorskemottagningen Norrtälje, Vårdbolaget TioHundra AB, dnr. 8.5-6625/2015.

## Beslut.

IVO avslutar ärendet.

IVO kommer under våren 2016 att göra en uppföljande tillsyn vid BB Sophia.

## Skälen för beslutet

### A. Anestesiologi och intensivvård

IVO bedömer att vårdgivaren ur anestesiologisk och intensivvårdsmässig synvinkel har fullgjort sin skyldighet enligt 3 kap. 3 och 5 §§ i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Enligt IVO framstår vårdgivarens slutsatser som rimliga och adekvata och IVO bedömer att det inte finns några särskilda omständigheter i utredningen som kräver ytterligare åtgärder i den delen som rör anestesiologi och intensivvård.

### B. Obstetrik

IVO konstaterar att vårdgivaren har utrett händelsen enligt 3 kap. 3 och 5 §§ PSL att utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

IVO konstaterar att vårdgivaren anser att den obstetriska bedömningen och planeringen av vården vid ankomsten har utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, att nödvändiga läkarbedömningar har gjorts korrekt och i rätt tid samt att ledningsfunktionen inte har brustit. Vårdgivaren påtalar dock att kommunikationen med patient och närstående har brustit under den akuta och för barnet livshotande situationen då skulderdystoci inträffade. Modern drabbades samtidigt av cirkulationskollaps. Vårdgivaren uppger att kombinationen skulderdystoci och samtidig cirkulationskollaps hos modern inte är beskrivet i litteraturen, vilket må vara en förklaring om än inte en ursäkt för bristande observans.

IVO bedömer dock att:

1. det inte framgår av dokumentationen att en riskbedömning har gjorts utifrån patientens riskfaktorer i sjukhistorien och aktuell status
2. läkarbedömningen gjordes för sent i det utdragna förlossningsförloppet
3. att samverkan mellan läkare, barnmorskor, undersköterskan och patient/närstående brast, vilket förorsakade en fördröjning på cirka fem minuter innan cirkulationskollapsen diagnostiserades.

IVO bedömer att vårdgivaren inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att hindra att liknande händelser inträffar på nytt. Detta gäller riskbedömningen och planeringen av förlossningsvården efter patientens ankomst till förlossningsavdelningen, en omvärdering av riskbedömningen vid uppkommen avvikelse i förlossningsförloppet samt samverkan mellan personalkategorierna.

#### **B 1.**

##### ***Riskbedömningen utifrån patientens sjukhistoria och aktuella status***

IVO saknar verksamhetens analys av att läkarbedömning och planering för fortsatt förlopp inte gjordes vid patientens ankomst till förlossningsavdelningen. I verksamhetens interna utredning "Händelseanalys", påpekas däremot att en planering av förlossningssätt hade kunnat övervägas redan på mödravården, där patienten var inskriven.

IVO kan konstatera att det inte finns någon dokumenterad sammantagen bedömning utifrån patientens sjukhistoria och aktuella status vid ankomsten till förlossningen. Det framgår både av händelseanalysen och av chefläkarens kompletterande svar i lex Maria ärendet, att barnmorskan redan vid ankomsten planerade för att en

kollega skulle bistå under krystningsskedet, med anledning av det misstänkt stora barnet.

IVO bedömer således att patienten var en riskpatient ur förlossnings-synpunkt redan vid ankomsten till förlossningsavdelningen, varför en läkarbedömning och en utökad observans, relaterad till förlossningsprogressen, skulle ha varit befogad. IVO finner att även om graviditeten hade bedömts som en normal IVF-graviditet vid barnmorskemottagningen och vid telefonkontakten innan ankomsten till förlossningsavdelningen, så borde det ha varit uppenbart att den korta (154 cm) patienten väntade ett misstänkt stort barn. Detta med anledning av den stora magen och de höga SF-måtten (symfus fundus) som hade dokumenterats i mödravårdsjournalen. Ytterligare en komplicerande faktor var att patienten var överviktig med BMI 29.

## B 2.

### *Läkarbedömningen gjordes för sent i det utdragna förlossnings-förloppet*

IVO konstaterar att det inte framgår av journaler eller händelseanalysen om, alternativt, vilken information/kommunikation som förts mellan den ansvariga barnmorskan och läkaren kring helheten av patientens riskfaktorer (misstanken om stort barn, kortväxt moder, aktuellt status) initialt vid patientens ankomst, vid diagnostiseringen av sekundär värksvaghet i öppningsskedet eller när utdrivningsskedet blev förlängt. Verksamheten anger att kommunikationen varit öppen och god samt att det inte har framkommit något som skulle visat på olika uppfattningar om handläggningen.

I händelseanalysen diskuteras inte heller huruvida det borde ha gjorts någon läkarbedömning/undersökning av patienten tidigare i förloppet än då läkaren tillkallades för att anlägga sugklockan. Enligt journalen hade patienten haft kraftiga krystimpulser redan när föregående fosterdel huvudet stod strax nedom spinalplanet och IVO kan konstatera att vid avvikelser i förloppet av detta slag kan disproportion (missförhållande mellan bäckenets och barnets storlek) föreligga.

Enligt klinikens riktlinjer för skulderdystoci bör de stora barnen identifieras före förlossningen. IVO konstaterar att den ultraljudsundersökningen som gjordes på mödravården i graviditetsvecka 32 är för tidig för att kunna utesluta ett stort barn i fullgången tid. Enligt riktlinjerna ska kejsarsnitt göras akut om barnet förväntas väga mer än 4500 gram och en komplikation tillstöter. I händelseanalysen saknar IVO en diskussion kring huruvida detta vägdes in när beslutet togs om värkstimulering efter drygt tre timmars utdrivningsskede.

**B 3.*****Samverkan/kommunikation och ledningsfunktion när skulderdystoci och cirkulationskollaps inträffade***

IVO konstaterar att en cirkulationskollaps under pågående förlossning är en extremt ovanlig händelse. Den inträffade i samband med det akuta läget när personalen arbetade med att åtgärda skulderdystocin, vilket är ett livshotande tillstånd för barnet. Att en patient drabbas av skulderdystoci innebär inga extra krav på övervakning av hennes vitalparametrar, såsom puls, blodtryck eller andning. Såvitt IVO känner till, finns det inte tidigare beskrivet i litteraturen, att en kvinna avlidit till följd av skulderdystoci.

IVO finner dock att det inte går att utesluta, att det var åtgärder i samband med skulderdystocin som påverkat patienten negativt. Eventuellt kan ett relativt planläge med sängens huvudända och en kort moder med stor mage ha orsakat ett venacavasindrom (blodtrycksfall till följd av livmoderns tryck på de stora blodkärlen). De doser oxytocin (värkstimulerande läkemedel), som getts i samband med sugklockan var höga men inom acceptabla gränser. Oxytocin kan ge blodtrycksfall och om patienten får blodtrycksfall på grund av ett venacavasindrom, är det tänkbart, att de två faktorerna förstärkt varandra.

IVO kan konstatera att handläggningen av skulderdystocin skedde enligt nationella etablerade riktlinjer och klinikens PM. I verksamhetens händelseanalys framgår att personal i rummet under arbetet med att lösa skulderdystocin, uppfattade att patienten verkade okontaktbar och att maken gestikulerade. Detta resulterade dock inte i någon åtgärd från någon av personalen/teamet kring patienten. Den exakta tidpunkten för cirkulationskollapsen har inte kunnat fastställas, beroende på att patienten inte hållits under kontinuerlig uppsikt i samband med lösningen av skulderdystocin. Diagnosen cirkulationskollaps ställdes först cirka fem minuter efter att den inträffade. All uppmärksamhet vändes mot att förlösa och rädda barnets liv. Detta anges kunna ha bidragit till den tragiska utgången av denna händelse, varför verksamheten har infört en ny rutin, som anger att en person ska avdelas, för att övervaka kvinnan vid alla komplicerade förlossningar. IVO framhåller dock att för att rutinen ska få önskad effekt förutsätter det att kommunikationen mellan den avdelade personen och den ledningsansvariga fungerar.

IVO finner det troligt att de som befann sig på rummet drabbades av tunnelseende, vilket innebär att medvetandet är inriktat på en enda sak och man är avskärmd från omvärlden i övrigt. Detta är ett känt fenomen inom patientsäkerhetsområdet, men inte alls diskuterat i verksamhetens händelseanalys.

IVO bedömer att kommunikationen inom akutteamet samt mellan akutteam och patient/närstående brast i samband med skulderdystocin och när cirkulationskollapsen oväntat inträffade. IVO konstaterar att i god vård och ett professionellt förhållningssätt ingår att vid spontan vaginal förlossning, sugklocka eller skulderdystoci, så långt som möjligt samarbeta och ha kontakt med patienten. När sugklocka används är det viktigt, att moderns värkar och krystningar samordnas med dragningarna. Vid lösning av skulderdystoci vill man undvika onödigt tryck uppifrån, när manövrar ska utföras, varför kontakt och samarbete med patienten så gott det går är viktigt.

Det är sedan länge känt att en stor del av misstagen som sker inom sjukvården, kan relateras till brister i kommunikationen. För att säkerställa god vård i akuta situationer, krävs samarbete innefattande god kommunikation med regelbundna avstämningar samt tydliga roller för medlemmarna i akutteamet. Ledaren ska organisera teamet, fördela arbetet, lyssna på teammedlemmarna och klargöra situationen så att alla i teamet är informerade. Alla i teamet är ansvariga för patienten och alla har lika stort ansvar att meddela sina observationer samt säga till om något är fel.<sup>1</sup>

IVO finner att beskrivning och utredning av ledningsansvar och kommunikation, under lösningen av skulderdystocin, är otillräcklig i verksamhetens händelseanalys. IVO saknar verksamhetens diskussion kring hur teamarbetet fungerade gällande ledningsfunktionen, kommunikationen inom teamet samt med patient/närstående samt vem/vilka som ansvarade för kontakten med patienten under det akuta skedet.

I vårdgivarens ”Svar på Förslag till Beslut Dnr. 8.2–24852/2014” framkommer bland annat att verksamheten har ett ledningssystem och rutiner som klargör vem som har ansvaret under handläggningen av skulderdystocin. Vårdgivaren anför att förlossningsläkaren alltid har ansvaret när vederbörande finns i rummet. Förlossningsläkaren och ansvarig barnmorska ska kommunicera med kvinnan vid instrumentella förlossningar. Vårdgivaren uppger att samverkan inom vårdteamet har fungerat, men i den akuta situationen brast samverkan mellan vårdteamet och patient/närstående.

---

<sup>1</sup> Vårdhandboken <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>

Enligt händelseanalysen ingick teamträning avseende sugklocka, skulderdystoci och HLR-vuxen, som en del av introduktionen inför öppnandet av BB Sophia. Där framgick inte om enbart handgreppen tränades eller om ledningsansvar och kommunikation ingick. Enligt IVO:s kännedom ingår inte träning av kommunikation och ledningsfunktion i samband med träning av obstetriska akuta situationer enligt ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics). Dock finns det förlossningskliniker som idag har lagt till detta i den praktiska teamträningen. I vårdgivarens ”Svar på Förslag till Beslut Dnr. 8.2–24852/2014” framkommer att även kommunikation, ledningsfunktion och falldragningar ingår i verksamhetens ALSO-träning, vilken genomförs årligen. Vårdgivaren anför vidare att det även genomförs andra utbildningsinsatser kring akuta situationer med fokus på samarbete, kommunikation inklusive ledningsfunktion.

IVO anser att en väl implementerad kommunikationsmodell innefattande teamträning, kunde möjliggjort att signalerna från undersköterskan och maken hade uppfattats av ledningsansvarig och övriga teammedlemmar. Hur mycket det hade påverkat utgången är dock oklart, men förutsättningarna hade möjligen varit bättre.

IVO påtalar vårdgivarens ansvar för att säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet i enlighet med 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

#### *Vårdgivarens bedömning*

Uppdragsgivaren, chefläkaren Harald Almström (HA) stödjer analyssteamets åtgärdsförslag i händelseanalysen och gav i uppdrag till verksamhetschefer och vårdchefer att snarast se till att dessa skulle genomföras.

En ny rutin skulle införas, innebärande att vid alla komplicerade förlossningar ska en person avdelas för att övervaka kvinnan. Anestesikoordinatorn skulle framöver informeras inför alla instrumentella förlossningar. Återkoppling och fallgenomgångar samt gemensamma och kompetensöverskridande utbildningstillfällen som innehåller praktisk träning av akuta obstetriska situationer samt genomgång av tillhörande riktlinjer skulle genomföras. Alla födelserum försågs två dagar efter händelsen med väggfasta kopplingar för sug och syrgas.

Av händelseanalysen framgår att förlossningsförloppet var något utdraget, men att adekvata åtgärder i enlighet med riktlinjerna vidtogs för att stimulera förloppet. Analysteamet gjorde bedömningen att det inte varit indicerat med ett akut kejsarsnitt, utifrån den information läkare och barnmorskor hade om patienten, samt att vidtagna åtgärder ledde till fortsatt progress. Rutinen för att avsluta förlossningen med sugklocka och då tillkalla en extra erfaren barnmorska samt informera barnläkaren hade följts. Enligt händelseanalysen hade tidpunkten för cirkulationskollapsen inte kunnat fastställas, beroende på att patienten inte hållits under kontinuerlig uppsikt, då all uppmärksamhet vändes mot att förlösa och rädda barnets liv. Vidare framgår att barnakutlarm utlöstes innan födelsen och grupplarm vuxen utlöstes cirka en minut efter barnets framfödande.

HA påtalar att erfarenhetsutbyte bör ske med övriga förlossningsenheter i landstinget förslagsvis vid verksamhetschefsmöten, vårdchefsmöten och möten med specialitetsråd. Erfarenheter och vidtagna åtgärder ska också återkopplas till Hälso- och Sjukvårdens Förvaltning.

#### *Tillämpliga bestämmelser*

- 3 kap. 3 och 5 § § och 7 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL
- 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

#### **Bakgrund och beskrivning av ärendet**

Enligt 7 kap. 8 § PSL ska IVO säkerställa att händelser som har anmälts till myndigheten enligt 3 kap. 5 § PSL har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet.

Händelsen rör en 38-årig förstföderska med långvarig infertilitet, där aktuell graviditet skett efter så kallad provrörsbefruktning (IVF). Kända komplicerande patientfaktorer var en måttlig övervikt, BMI 29, och måttlig kortvuxenhet, 154 cm.

I början av graviditeten var blodtrycket förhöjt, vilket föranledde läkarbedömning med planering av extra blodtryckskontroller och kontroll av fostertillväxt med ultraljud i graviditetsvecka 32. Blodtryckskontrollerna visade väsentligen normalt blodtryck.



Ultraljudsundersökningen i graviditetsvecka 32 visade en fostertillväxt på + 11 procent, vilket ligger inom normalområdet.

Från graviditetsvecka 27 -28 var SF-måttet (symfys fundus, ett mått på livmoderns tillväxt) stigande och patienten hade därefter graviditeten ut ett SF-mått, som låg betydligt över normalvärdet. Graviditeten bedömdes i graviditetsvecka 37, som en normal IVF-graviditet.

Patienten kom i fullgången graviditet, in till BB Sophia kl. 23.00 på grund av värkar. Modermunnen var då öppen 8 cm. Tre timmar senare gjordes hinnbräckning i syfte att förstärka värkarna då förlossningsprogressen hade avstannat. Modermunnen var helt öppen och retraherad kl. 04.40. Efter läkarkontakt kopplades ett värkförstärkande dropp kl.08.00.

När patienten kl. 09.15, hade krystat under 40 minuter tillkallades läkaren för att avsluta förlossningen med en sugklocka. En extra barnmorska närvarade på grund av att patienten var kortväxt och hade en stor mage, d.v.s. ett förväntat stort barn.

Kl. 09.34 anlades sugklockan och trycksänkningen påbörjades. Två minuter senare gjordes den första dragningen och fosterhuvudet följde till genomskäring. Sugklockan släppte och anlades sedan på nytt. På tredje dragningen kl. 09.44 framföddes barnets huvud och komplikationen skulderdystoci konstaterades föreligga. Sedvanliga åtgärder vidtogs, ytterligare en läkare tillkallades och det togs beslut om att försöka lösa skulderdystoci med patienten i fyrfotaläge. Det misslyckades, då patienten var okontaktbar.

Efter fortsatta manipulationer lyckades man lösa en arm och barnet framföddes kl. 09.52 och omhändertogs omedelbart av väntande neonatolog.

Efter att barnet hade fötts fram konstaterades att mamman var livlös. HLR (hjärt-lungräddning) startades av förlossningsläkaren och grupplarm utlöstes kl. 09.53.31. Anestesiläkare och anesthesjuksköterska kom till förlossningsrummet kl. 09.54 och A-HLR startades (A avancerad). Efter 8 minuter avancerad HLR med volymersättning och adrenalin intravenöst återfick patienten bärande cirkulation.

Patienten överflyttades från förlossningssal till operationssal för vidare stabilisering inför transport till annan intensivvårdsenhet, där respiratorbehandling påbörjades.



Kontakt togs med CIVA (centralintensiven) vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna kl. 10.35. Efter genomförd initial intensivvård med stabilisering av vitalfunktionerna, anlände patienten i intensivvårdsambulans till CIVA kl. 12.47. Patienten återfick aldrig medvetandet och avled efter sex dygns vård på grund av en syrebristbetingad hjärnskada, som uppkommit till följd av hjärtstopp.

Barnet transporterades till Neonatalavdelningen vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, där det vårdades för svår asfyxi (syrebrist). Övriga diagnoser var förlossningsskadan Erb's pares (en skada på nervflätan ovan axeln) samt "nyfödda för tunga för tiden". Födelsevikten var 4850 g och barnet föddes i graviditetsvecka 40+1.

#### *Begärd komplettering*

Vårdgivarens utredning innefattar tre delar: förlossningen, återupplivningen av modern/patienten samt återupplivningen av barnet.

IVO fann anledning att begära vissa förtydliganden av utredningen kring förlossningen, fram till att cirkulationskollapsen diagnostiserades. IVO begärde därför komplettering av vårdgivarens interna utredning bland annat avseende den riskbedömning som gjordes av patienten vid ankomsten till förlossningsavdelningen, den kommunikation som fördes mellan barnmorskan och läkaren under förlossningsförloppet samt komplettering gällande ledningsfunktionen och kommunikationen inom personalteamet och med patienten under det akuta skedet då skulderdystocin löstes.

#### *Underlag*

- Lex Maria-anmälan med bilagor
- Verksamhetens interna utredning Händelseanalys, inklusive schema för händelsekedja, från den 24 augusti 2014.
- "Komplettering svar på händelse..." Chefläkaren Harald Almström, 2015-06-17.
- Kopia av patientjournal inklusive CTG-registrering. BB Sophia.
- Verksamhetens Riktlinjer för riskbedömning inför förlossning på BB Sophia.
- Verksamhetens Obstetrik-PM gällande: "Oxytocin för väckstimulering, instrumentell förlossning", "Skulderdystoci",

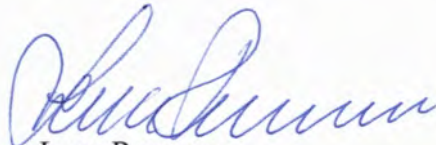
"Hjärtstopp hos gravida kvinnor + A-HLR", "Larmnivåer för grupplarmknapparna", "Neonatal HLR".

- Riktlinjer för enheten Anestesi och operation BB-Sophia PTJ  
Anestesi: "I händelse av IVA-vård", "IVA-transport" och  
"Ambulanstransporter till och från BB-Sophia".
- Resultat från rättsmedicinsk obduktion.
- Journalkopior från Kvinnokliniken, Anestesi och  
Neurologkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset
- "Svar på Förslag till Beslut Dnr. 8.2-24852/2014" Chefläkaren  
Harald Almström. 2015-11-10

---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lena Renman. I den slutliga handläggningen har Ulf Hanson, föredragande läkare inom obstetrik och gynekologi och Jonas Claesson, föredragande läkare inom anestesi samt inspektörerna Anders Haag, Erika Nilsson, Ann-Kristine Persson och Pia Oscarsson deltagit. Inspektören Lotte Hidemo har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Lena Renman



Lotte Hidemo