

ARTIKKEL 5

"Å være føre var..." – om risikovurderinger og pasientsikkerhet på fødeavdelingen

Undersøkelsesenheten mottok varsel fra et universitetssykehus om en alvorlig hendelse i forbindelse med for tidlig fødsel. Vår undersøkelse viste blant annet at nødvendig utstyr ikke var tilgjengelig raskt nok for den legen som ble tilkalt, og jordmorressursene var ikke fordelt slik at pasienten fikk tilstrekkelig oppfølging før fødsel.

Hva skjedde?

En gravid kvinne med truende for tidlig fødsel ble innlagt på sykehuset til observasjon. Hun fikk ridempende behandling med god effekt i noen dager før riene økte på igjen. Pasienten ble overflyttet fødeavdelingen, fikk på ny ridempende behandling og vakthavende barnelege (lege-i-spesialisering) ble varslet. Vedkommende barnelege informerte bakvakten med ansvar for nyfødttintensiv (heretter kalt nyfødttlegen).

Nyfødttlegen informerte pasienten og sykepleier på nyfødttintensiv, klargjorde utstyret som trengtes, og ble værende på sykehuset i påvente av eventuell fødsel. Hun hadde med seg sin vanlige vaktmobil. På grunn av tegn til utvikling av infeksjon, besluttet gynekologen å avslutte den ridempende behandlingen og la pasienten gå i fødsel. Denne avgjørelsen ble imidlertid ikke formidlet til nyfødttintensivavdelingen eller nyfødttlegen.

Det var en travel natt på fødeavdelingen. Jordmoren som hadde ansvar for pasienten, måtte prioritere andre oppgaver enn å være til stede hos henne hele tiden. Jordmor ba pasienten om å ringe på dersom det tilkom trykkektrang. Da pasienten fikk trykkektrang, ringte hun på og gynekologen kom og undersøkte henne. Fødselen var da svært nært forestående, og gynekologen ba jordmor om å ringe etter barnelegen. Jordmor ringte i stedet nyfødttlegen på en vaktcalling som kun ble benyttet på dagtid. Det tok noe tid å oppdage denne misforståelsen. Dette førte til at barnet ble født før både nyfødttlegen og barnelegen kom til fødestuen. De siste forberedelsene før fødsel var da ikke gjort, noe som førte til ytterligere forsinkelser.

Barnet pustet ikke da det ble forløst, og det ble startet med gjenopplivning. Det ble slått alarm FØDENØD først da barnet var ca 4 minutter gammelt, og anestesilege og nyfødtsykepleiere kom med spesialutstyr. Det var vanskelig å få ventilert barnet, og det ble derfor ringt etter en mer erfaren barnelege som ikke hadde vaktberedskap, men som var tilgjengelig.

Etter hvert lyktes det å få intubert barnet, og barnets tilstand ble forbigående bedre. Da barnet var ca. 13 minutter gammelt ble tilstanden akutt forverret på ny. Plassering av tuben ble kontrollert, og legene mistenkte at lungene

hadde punktert. Det ble derfor bestilt et røntgenbilde av brystkassen som ble tatt på fødestuen. Først da det forelå svar på røntgenbildet som bekreftet mistanken om punktert lunge, ble det gjort tiltak for å forsøke å fjerne luften i lungehulen. Dette var vanskelig fordi det forelå overtrykkspneumothorax (forhøyet trykk i brysthulen). Det ble fortsatt med øvrige gjenopplivnings-tiltak uten at det lyktes å gjenopprette sirkulasjon, og en valgte å avslutte videre behandling da barnet var ca. 70 minutter gammelt. Obduksjon bekreftet at dødsårsaken var en følge av overtrykkspneumothorax.

Helsetilsynets undersøkelse viste at....

Det ble gjennomført et stedlig tilsyn med samtaler med helsepersonellet som var involvert og deres ledere, en befaring på avdeling og samtale med pasienten og barnets far. Vi fikk kopi av prosedyrer og andre relevante styrende dokumenter. Vi kartla arbeidsbelastningen den aktuelle natten og fikk beskrevet rutiner for samhandling og tilkalling.

Ved vår vurdering fant vi ikke tegn til svikt ved den gjenopplivingen som ble gjort etter at nyfødteleggen kom til fødestuen. Beslutningen om å avvete svar på røntgenbildet før behandling på mistanke om punktert lunge, er en vanskelig klinisk avveining. I ettertid er det klart at det kunne vært gjort før røntgenbildet var klart. Vi fant ikke tegn til svikt i oppfølging og informasjon til pasient og pårørende.

Statens helsetilsyn konkluderte likevel med at oppfølging av pasienten før fødselen ikke var forsvarlig. I vår rapport påpekte vi blant annet:

- Utstyret som var nødvendig var ikke tilgjengelig raskt nok for den legen som ble tilkalt, og jordmorressursene var ikke tilstrekkelige for eller fordelt på en slik måte at pasienten fikk god nok oppfølging før fødsel.
- Rutinene for korrekt tilkalling av barnelege om natten var ikke godt nok kjent, og dette førte til forsinkelse før barnelegen kunne starte med avansert gjenopplivning.

- Både rutiner for tilkalling av ekstra jordmorressurser ved stor arbeidsbelastning, og kriterier for tilkalling av barnelege ved ekstremt for tidlig fødsel, var uklare.

Sykehuset ble bedt om å avgi en rapport om hvordan de ville følge opp de forholdene vi påpekte som forbedringsområder i vår tilsynsrapport.

I etterkant av avgjørelsen gjennomførte Statens helsetilsyn et tilsynsmøte med ledelsen ved helseforetaket og ledere ved de to klinikkene og avdelingene. I dette møtet gjennomgikk vi rapporten og avgjørelsen. Møtet var konstruktivt, og det fremstod for begge parter som nyttig å gi gjensidig tilbakemelding og oppklaring av misforståelser og forventninger.

I ettertid av denne alvorlige hendelsen synes det som helseforetaket generelt har fått større fokus på varslingsplikten. Vi har også fått tilbakemeldinger om at tilsynet har bidratt til virksomhetenes eget løpende arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet også i andre deler av helseforetaket.

Hva har sykehuset gjort i etterkant?

- begge fødeseksjonene har innført hovedvakt gjennom hele døgnet som skal ha oversikt, fordele ressurser og selv ikke skal delta i forløsninger
- innført tilstedevakt av barnelege på døgnbasis
- presisert kriteriene for informasjon til og tilkalling av barnelege ved forløsninger
- tydeliggjort korrekt kontaktnummer ved behov for barnelege i akutte situasjoner
- saken er grundig gjennomgått i de to klinikkene, og det er etablert flere møtearenaer mellom klinikkene, samt innført felles simulatoretrening og trening på akutte situasjoner

Til refleksjon og drøfting i helseforetakene

- Kan noe lignende skje hos oss?
- Hvordan kan vi unngå at noe lignende skjer hos oss?