

SFOAI

Vem ska söva sectio

Birgitta Birgisdottir

Anette Hein

Lex Maria

- Fullgången förstföderska till förlossning, sammandragningar
- CTG förändringar
- Avvaktade amniotomi pga huvudet stod högt
- Amniotomi → mekoniumfärgat fostervatten,
- övergående bradycardi
- Mamma bytte läge till rygg
- →Bradycardi som inte hämtade sig

Lex Maria

- Beslut om urakut sectio
- LARM – knappen
- All personal samlas
-utom narkosläkare (larm gick ej fram)
- Patienten sövdes efter 5 min väntan på narkosläkare
- Barnet föddes med navelsträng 4 varv runt halsen
- Barnet har klarat sig ua

Underlag

- Lex Maria-anmälan
- Händelseanalys
- Yttrande från medicinskt ledningsansvariga läkare, kvinnosjukvarden, och IVA/anestesikliniken
- Yttrande från berörd personal
- Yttrande från biträdande landstingsdirektör
- Yttrande från enhetschef för MTI
- Rutindokument om joursökare och jourtelefoner, Rutindokument om anestesi vid kejsarsnitt,
- Journalkopior
- Utlåtande från Prof. Socialstyrelsens vetenskapliga råd i **obstetrik.**

Vårdgivarens identifierade orsaker till händelsen

- Brister i kommunikation mellan förlossningsläkare och bammorska.
- Felaktig CTG-tolkning gjorde att bakjour endast kontaktades en gång för konsultation.
- Oerfaren läkare medförde en fördröjning i beslut om akut kejsarsnitt.
- Tekniska brister i sjukhusets sök- och larmsystem hade förekommit under en period.
- Rutiner för akut kejsarsnitt följdes inte på operationsavdelningen.
- Sökningen gick inte fram till narkosläkarna vilket medförde en fördröjning i uppstart av kejsarsnitt.

Socialstyrelsen2011-12-02



En fungerande kommunikation, ett tydligt ledarskap och tydliga roller är av stor vikt i stressiga och kritiska situationer såväl på avdelningar som under en operation. På operationssalen fanns inget tydligt ledarskap och ingen tog kommando för uppstart av kejsarsnittet på grund av att sökningar inte nått fram till narkosläkare. Vid kritiska situationer ska patienter kunna sövas av narkossjuksköterska på vitalindikation utan narkosläkares närvaro. Detta kan inte enbart belastas varken narkossjuksköterska eller narkosläkare enskilt utan det är ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för hur metoder för vård och behandling ska tas fram, provas ut, introduceras och följas upp så att patientsäkerheten säkerställs. Vårdgivaren lägger i sina åtgärder fokus på

SFOAIs kommentar

- **Att söva vid ett omedelbart (= urakut) sectio** är en **risknarkos** förknippad med ökad risk för **intubationsvårighet, aspiration och desaturation** hos modern jämfört vid övrig narkos.
- ***Sectio indikation?***
- söva modern, utan narkosläkare kan utsätta modern för livsfara.
- Om i detta fall intubation hade varit svår och modern desaturerat och inte hade kunnat ventileras hade narkosköterskan med säkerhet riskerat att lastas för att hon valt att söva på dessa grunder.
- Underlag till denna risk benefit bedömning ur anesthesiologisk synpunkt saknas helt i socialstyrelsens bedömning.

Socialstyrelsen..... 120112

➤ Nytt beslut daterat någon månad senare....

En fungerande kommunikation, ett tydligt ledarskap och tydliga roller är av stor vikt i stressiga och kritiska situationer såväl på avdelningar som under en operation. På operationssalen fanns inget tydligt ledarskap och ingen tog kommando för uppstart av kejsarsnittet på grund av att sökningar inte nått fram till narkosläkare. Det fanns inga rutiner eller handlingsberedskap för situationer som denna och patienten sövdes först efter fem minuter när annan narkosläkare kommit in på operationssalen. Ingen enskild person kan belastas för detta utan det är vårdgivaren som ska utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren lägger i sina åtgärder fokus

Händelseanalys

- Frisk omföderska
- Induktion pga överburenhet
- Långdragen förlossning
- Har en väl fungerande EDA
- Sugklocka

- Beslut om urakut sectio
- Hotande fosterasfyxi
- Larm – via växeln manuellt
- kl 14.45 på en fredag dvs jourtid
- Alla samlade på sal
- Barnläkare väntar utanför salen
- Inga anestesiläkare dyker upp (fick ingen sökning)

- Utanför salen finns en ST läkare i anesthesi som kommer från ett annat sjukhus , men randar sig på neoavdelningen Finner sig där I egenskap av neonataljour
- Kommer in på salen undrar varför det dröjer
- Kommuniserar med obstetrikern som drev på och uppmanade ST läkaren att söva
- ST läkaren söver kvinnan tillsammans med anssk

- Under tiden har växeln sökt anestesiläkjournen
- Båda kommer fram efter kvinnan sövd
- Barnet föds 14.55 - 10min efter att larmet gått
- Barnet mår bra
- Kejsarsnittet går bra
- Eftersom allt gick bra för mamma och barn kanske situationen uppfattas ua

Underlag till Soc styrelsen

- Händelseanalys
- Yttrande från medicinskt ansvarig kvinnosjukvård
- Yttrande från medicinskt ansvarig Anestesi
- Yttrande från berörd personal
- Dokument journalsökning
- Runtin dokument för anestesi vid kejsarsnitt
- Journal kopior

Händelseanalysen Vad gick snett ?

- Anestesiläkarjourer jour1 och jour 3 larmas ej
- Mamma sövs utan närvaro av specialistutbildad anesthesiolog
- Obefintlig dokumentation i journalen av alla Personalkategorier om det som ej fungerat

Händelseanalysen : Varför?

- Växeln larmar anestesiläkare på sökare
d.v.s Anestesiläkare gyn dagtid
- Obstetriker drev på och stöttade neonataljouren
till att söva
- Stress eller hög arbetsbelastning

.....**Men om det inte hade gått bra ?**

SFOAI Riktlinjer

Kejsarsnitt i generell anesthesi bör handläggas av specialistkompetent anesthesiolog.

- Extrem situation
- ST läkare anställd vi annan klinik annat sjukhus söver
- Ansvar Mamma – Barn
- Obstetrikerns roll



Tack för intresset!

SFOAI

birgitta.birgisdottir@akademiska.se
anette.hein@ds.se