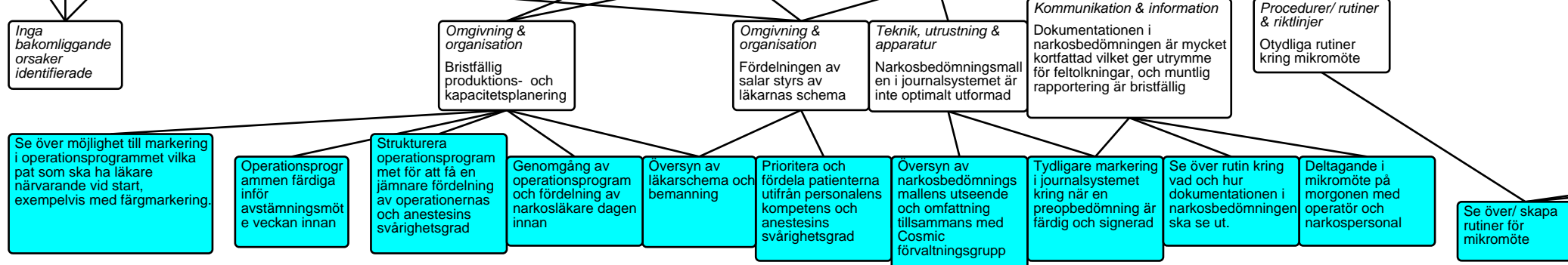
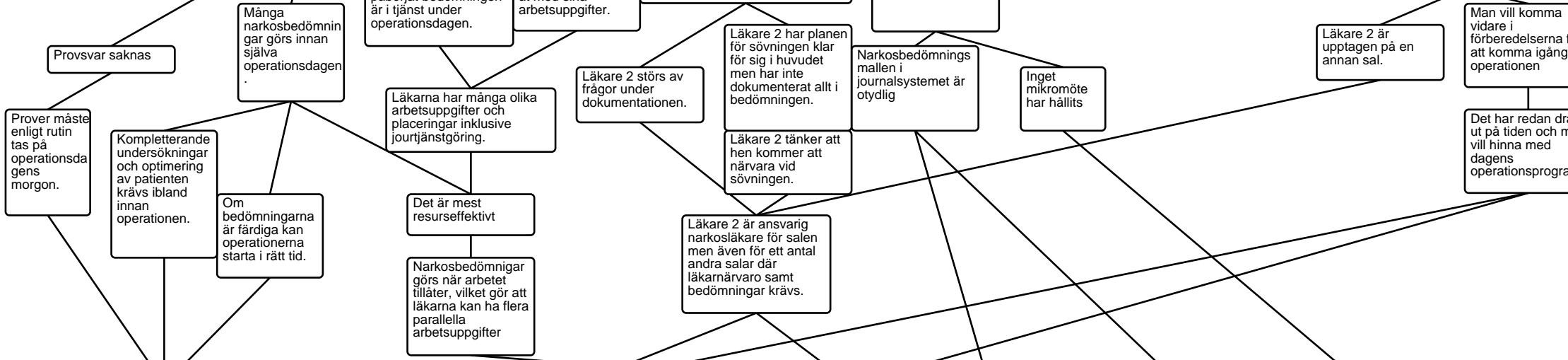
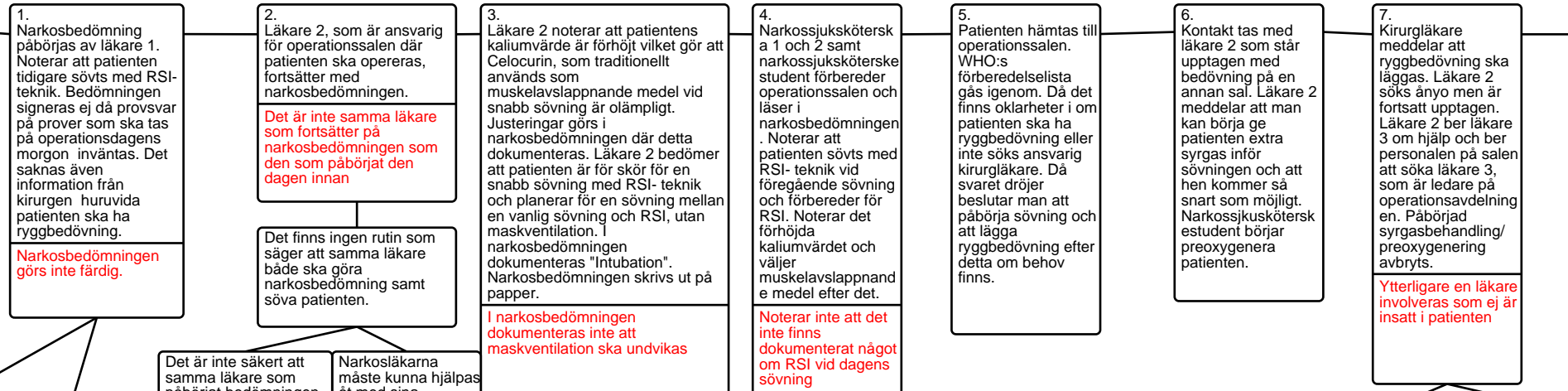


Tid för händelse	2018- 11- 27 15:22	2018- 11- 28 ca 7:30	2018- 11- 28 ca 7.45	2018- 11- 28 ca 7.45	2018- 11- 28 ca 8.00	Tid för händelse ca 8.05	Tid för händelse ca 8.05
------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Patient med spridd cancer med ursprung från tarmen. Långvariga besvär med förhindrad tarmpassage med hinder i tarmarna på flera nivåer. Patienten har haft avlastande sond till magsäcken men ej tolererat den varför den tagits bort. Sex dagar tidigare sövd med "RSI"- teknik. Planeras för kolostomioperation för avlastning. Patienten har informerats om de stora risker som operationen innebär.



Tid för händelse ca 8.05

Tid för händelse ca 8.10

Tid för händelse ca 8.15

2018- 11- 28 ca 8.15

Tid för händelse ca 8.30

8. Läkare 3 söks och meddelar att hen ska komma. Läkare 3 delegerar uppgiften vidare till läkare 4 för att hen ska få möjlighet att lägga ryggbedövning.  
**Ytterligare en läkare involveras som ej är insatt i patienten**

9. Läkare 4 anländer för att lägga ryggbedövningen. Då det är vissa svårigheter med detta söks läkare 3 som handleder läkare 4 under bedövningen. Narkossjuksköterska 2 lämnar salen för rast.

10. Läkare 2 har avslutat bedövningen hen varit upptagen med. Ser genom fönstret in i operationssalen att ryggbedövningen är påbörjad och går vidare till en annan sal där läkarnärvaro krävs.  
**Läkare 2 går inte in på salen och det har inte kommunicerats vem som ska närvara vid sövning**

11. Ryggbedövningen läggs och läkare 3 lämnar därefter salen, läkare 4 blir kvar på salen.  
**Läkare 3 lämnar salen och läkare 2 söks inte**

12. Patienten förbereds ånyo inför sövning med extra syrgas. Läkare 4 ser att man förberett med tub med ledare och undrar hur det kommer sig. Narkossjuksköterska 1 samt narkossjuksköterskestudent anger att man förberett för RSI. Läkare 4 läser anestesibedövningen både på papper samt i den digitala journalen och noterar att det inte står något där om RSI. Patienten förnekar sura uppstötningar och bekräftar att hen är fastande. Beslut tas om "vanlig" sövning.  
**Beslut tas om sövning utan "försiktig RSI" eller "intubation utan maskventilation".**

Läkare 4 är under utbildning och ska få möjlighet att utveckla sin kompetens gällande ryggbedövningar.

Mikromöte där narkosläkare samt operatör varit närvarande har inte genomförts.

Läkare 2 tror att den andra sövningen ska gå snabbt och att hen ska hinna tillbaka innan sövningen påbörjas.

Narkossjuksköterska 2 och narkossjuksköterskestudent uppfattar att läkare 4 tagit över ansvaret för salen

Diskussion kring vilken läkare som ska närvara på salen har inte förts. Läkare 3 minns inte om läkare 2 bett om hjälp med både ryggbedövning och sövning eller bara ryggbedövning.

Läkare 4 är inte fullständigt insatt i patientens problematik.

Det är inte samma läkare som gjort narkosbedömningen som tar beslut om sövningsteknik.

Läkare 4 känner sig stressad när allt är färdigt för sövning

Den skriftligt dokumenterade sövningstekniken ifrågasätts inte av övrig narkospersonal

Ingen uppmärksammar att patienten på grund av sitt sjukdomstillstånd och avsaknad av ventrikel- sond har hög aspirationsrisk.

Det står enbart "intubation" i narkosbedömningen

Att lägga ryggbedövningar är en viktig del i jourhavande narkosläkares arbetsuppgifter och det är viktigt att få tillfälle att lägga så många som möjligt för att lära sig att behärska tekniken.

Deltagande i mikromöten är sällsynt förekommande

Läkare 2 är ansvarig för flera salar

Läkare 4 bedömer att patienten kan vara cirkulatoriskt instabil och då ej skulle klara en RSI. Snabb induktion med stora doser läkemedel ökar risken för blodtrycksfall och chock.

Läkare 4 är inte ansvarig för salen utan har tillkallats för att lägga ryggbedövning.

Läkare 2 står upptagen på en annan sal.

Man vill påbörja operationen

Man lutar på narkosbedömningen

WHO:s checklista går inte igenom igen

Den har redan gått igenom

Den skriftliga narkosbedömningen är gjord av en erfaren läkare

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Procedurer/ rutiner & riktlinjer  
Förutsättningarna för att kunna delta i mikromöten är inte optimala

Omgivning & organisation  
Fördelningen av salar styrs av läkarnas schema

Kommunikation & information  
Brister i kommunikation kring vilken läkare som ska närvara vid sövningen

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Omgivning & organisation  
Bristfällig produktions- och kapacitetsplanering

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Procedurer/ rutiner & riktlinjer  
Oklarheter kring hur WHO:s checklista används och hur dokumentation kring detta ska se ut.

Utbildning & kompetens  
Den sammantagna kompetensen på salen kring handläggning av patienter med hög aspirationsrisk är inte optimal

De är under specialistutbildning

Två av tre av närvarande narkospersonal saknar längre tids erfarenhet

Översyn av läkarschema och bemanning

Prioritera och fördela patienterna utifrån personalens kompetens och anestesis svårighetsgrad

Markering i operationsprogrammet vilka pat som ska ha läkare närvarande vid start exempelvis med färgmarkering.

Strukturer operationsprogrammet för att få en jämnare fördelning av operationernas och anestesis svårighetsgrad

Genomgång av operationsprogram och fördelning av narkosläkare dagen innan

Översyn av läkarschema och bemanning

Rutin för användning och dokumentation av WHO:s checklista 2.0 ska tas fram och spridas inom organisationen

Genomgång för samtlig personal av detta fall för utbildning avseende aspirationsrisk

2018- 11- 28  
ca 8.45

2018- 11- 28  
ca kl 9.25-  
12

2018- 11- 28  
ca kl 12.00

2018- 11- 29  
Förmiddag

2018- 11- 29  
Kl 12:30

13. "Vanlig" sövning påbörjas. Narkossjuksköterskestudent ventilerar patienten med andningsmask under knappt två minuter. Narkossjuksköterskestudent laryngoskoperar och ser i samband med det att det finns maginnehåll i svalget. Narkossjuksköterska 1, läkare 4 samt narkossjuksköterskestudent hjälps åt att lägga patienten på sidan samt att suga rent, samtidigt larmar operationundersköterska. Läkare 3 kommer in på salen och hjälper till med rensugning samt intubation. Patienten syresätter sig väl. Narkossjuksköterska 2 samt läkare 2 anländer till salen. Rensugning med hjälp av bronkoskopi diskuteras men bedöms ej nödvändigt.

Patienten sövs med ej optimal sövningsteknik.  
Personal under specialistutbildning står vid huvudändan och sköter sövningen

14. Patienten opereras. En bit in under operationen försämras patientens syresättning.

15. Patienten överflyttas till intensivvårdsavdelningen för vård efter operationen. Har svår andningssvikt.

16. Patientens tillstånd försämras trots intensivvård. Beslut tas om att trappa ner intensivvårdsbehandlingen.

Patienten avlider på intensivvårdsavdelningen i anhörigas närvaro.

Man diskuterar inte vem som ska stå vid huvudändan

Ingen erfaren narkosläkare finns på plats

"Vanlig" sövning utförs i enlighet med tidigare beslut.

Det står inte i narkosbedömningen att sövning utan maskventilation ska utföras

Läkare 2 står upptagen på en annan sal

Dokumentationen är ofullständig

Läkare 2 är ansvarig för flera salar

Läkare 2 störs av frågor under dokumentationen och är ansvarig för flera operationssalar.

Läkare 2 tror att hen ska närvara personligen vid sövningen.

Omgivning & organisation  
Fördelningen av salar styrs av läkarnas schema

Omgivning & organisation  
Bristfällig produktions- och kapacitetsplanering

Översyn av läkarschema och bemanning

Prioritera och fördela patienterna utifrån personalens kompetens och anestesiens svårighetsgrad

Översyn av narkosbedömningsmallens utseende och omfattning tillsammans med Cosmic förvaltningsgrupp

Genomgång av operationsprogram och fördelning av narkosläkare dagen innan.