



Barnet föds på sjukhus nr1 i 33+1 med hjälp av flera drag med sugklocka pga CTG påverkan. Barnet var kraftigt påverkat respiratoriskt, måttligt asfyxi, Apgar 3+3+4 samt subgalealhematom. Barnet intuberas.

1. Barnet transporterades till sjukhus nr2 för fortsatt vård.

2. Barnet återhämtade sig snabbt och extuberades. Bilirubin stegring under sista 12 timmarna från 103 till 170.
Felhandling:
Ingen uppföljning av bilirubin värdet planerades.

3. Preliminärt beslut togs att barnet ska flyttas till sjukhus nr1 nästkommande dag. Föräldrar får information om preliminärt beslut om flytt till sjukhus 1 nästkommande dag. Epikris skrevs och rapport gavs till sjukhus nr1.
Felhandling:
1) Ingen ny bilirubin kontroll planerades.
2) Information till föräldrar om definitivt beslut om flytt gavs inte.
3) Patient rondades inte på eftermiddagen

4. Transportteam anländer kl 08 Barnet transporterats till sjukhus nr1.
Felhandling:
BUS innan transport ej utförd, provtagning för Bilirubin ej utförd Överrapportering av ansvarig läkare till transportteam ej fullständig.

5. Direkt efter ankomst till sjukhus nr1 konstateras kraftig gulsot, hela hudkostym involverad. Ljusbehandling startas direkt, glucosdropp kopplades, bilirubinvärdet visade 483. Blodbytesgräns är 325. Även kraftigt förhöjt NA 150 värde konstaterat. Kontakt tas med sjukhus nr2 som sänder Transportteam till sjukhusnr 1 med beredskap för blodbyte. Bilirubin värdet hade då efter intensiv ljusbehandling samt glucosdropp, succesivt gått ned och blodbyte behövde inte utföras.

Barnet skrivs ut till hemsjukvård med bra allmäntillstånd. Neurologiskt ua. MR hjärna visade inga tecken till kärnikterus

1 och 3) Orsak: Rondrutin enl. SBAR genomfördes inte vilket medförde att labsvar inte uppmärksammades

1) Orsak: Riskfaktorer för hyperbilirubinemi uppmärksammades inte

2 och 3) Orsak: Information till föräldrar var ofullständig

2) Orsak: Tjänstgörande läkares / tidigare erfarenheter om ansvarsfördelning var avvikande jämfört med gällande rutiner.

Orsak: Patientsvarig läkare var upptagen med annan akut sjuk patient vilket föranledde att barnet inte blev undersökt samt rapport inför transport blev ofullständig.

Orsak: Patienten rondades inte på eftermiddagen

Orsak: Tjänstgörande läkare saknade kännedom om gällande rutin

Kommunikation & information
Relativt ny rondrutin som är under implementeringsfas

Utbildning & kompetens
Läkare har denna kunskap men pga nyanställning i verksamheten var avdelningens provtagningsrutiner och rutin för tolkning av provsvar inte känd

Omgivning & organisation
Rutin följs inte i detta fall. Nyanställd läkare bedömde barnet som stabilt och istället för rond gjorde kort avstämning med SSK.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Befintlig allmän riktlinje om transportteam omfattar inte aktuell situation

Kommunikation & information
Befintlig allmän riktlinje om transportteam är inte tillräckligt känd

Åtgärdsförslag:
Fortsatt implementering av ny rondrutiner enl. SBAR. Uppföljning att rutin efterföljs.

Åtgärdsförslag:
Applicera del av ST-läkares introduktionsprogram även för nyanställda specialister.

Åtgärdsförslag:
Befintlig allmän riktlinje om transportteamet formaliseras till rutin och kompletteras med en checklista inför transport.

Åtgärdsförslag:
Informera all personal om ny rutin samt ny checklista inför transport.