

Uvarslede øvelser i akutte hændelser på fødegangen – pilotprojekt

Uddannelsesansvarlige overlæge Jette Led Sørensen (projektleder) og Chefjordemoder Mette Simonsen, Obstetrisk Klinik, Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet.

Oktober 2007

Baggrund

Definition af uvarslede øvelser (1) "An emergency drill is defined as scenario based training in obstetric emergencies conducted in "real time" in the normal working environment without the prior knowledge of the staff involved.

Sometimes called fire drill

The aim of such drills is to test local systems and protocols for responding to emergencies, as well as to test professional teamwork and individual skills and knowledge".

Forudsætninger for at indføre uvarslede øvelser

Der er et behov for at indføre evalueringsmetoder, der udover at evaluere på enkeltpersoner også evaluerer organisation, arbejdsgange mv. Til en sådan evaluering vil **uvarslede øvelser** kunne bidrage. Der er få studier internationalt (1,2,3) og ingen danske studier om emnet.

Projektleder har ved studiebesøg i Skotland opsamlet erfaringer, og ud fra det opstillet en række hypoteser, der ønskes afprøvet i praksis, herunder:

1. at medarbejderne inden øvelser skal være undervist i emnerne.
2. at medarbejderne skal informeres om, at der kommer uvarslede øvelse i bestemt emner.
3. medarbejdere skal have en fleksibel adgang til at opsøge undervisning og viden om de emner der skal gennemføres uvarslede øvelser i.
4. fleksibiliteten i organiseringen med villighed til at aflyse i særlige situationer som f.eks. travlhed, underbemanding, nyligt alvorlige hændelser eller meget nyansat personale.
5. der skal arbejdes systematisk med planlægning og observation af øvelserne (herunder planlægges på sigt involvering af organisationspsykologer fra Rigshospitalets udviklingsafdeling)
6. der skal sikres delbriefing af involveret personalet.
7. erfaringer der indhentes fra uvarslede øvelser skal fokusere på at identificere systemfejl, identificere behov for undervisning og gøres kollektive i organisationen.
8. Uvarslede øvelser må ikke gå ud over behandling af "rigtige patienter", dvs. der skal sikres ekstra personale tilstede for at dække kliniks arbejde for personale involveret i øvelse.
9. Efter uvarslet øvelse kan tilbud om umiddelbar gentræning være en fordel. Erfaring fra andre sammenhæng viser, at det er en fordel at have mulighed for umiddelbart gentræning efter øvelse og feedback. Dvs. der i planlægningen skal kunne åbnes mulighed for en gennemgang af et scenario igen.

Egne undersøgelser i obstetrisk klinik af holdninger til uvarslede øvelser

Ca. $\frac{3}{4}$ mener at det vil være lærerigt med uvarslede øvelser.

Uvarslede øvelser vurderes af ca. $\frac{1}{4}$ som værende ubehagelig, $\frac{1}{4}$ er usikre på hvad de mener, og ca. $\frac{1}{2}$ halvdelen at ikke vil være ubehageligt.

Skepsis overfor de uvarslede øvelser er især i jordemodergruppen

Praktisk

Valg af emner til uvarslede øvelser

Det er en forudsætning at emnerne er trænet, dvs. mulige emner er :

1) Forløsning ved fastsiddende skuldre. 2) Basal neonatal genoplivning af den uventede dårlige nyfødte. 3) Håndtering af postpartum blødning. 4) Håndtering af svær præeclamps.

www.obstetrisktraening.rh.dk

Involvering af ansvarlige til at gennemføre uvarslet øvelser

Minimum 4 personer:

- Ansvarlig 1 ved døren giver information til de, der ankommer om at det er en øvelse, og at de skal gøre som de plejer, kalde andre medarbejdere mv. som de plejer.
- Ansvarlig 2 kører scenariet med fantomer og udstyr ud fra "drejebog"
- Ansvarlig 3 er observatør.
- ansvarlig 4 passer midlertidigt det arbejde, som de involverede medarbejdere må forlade.

"Debriefing"

Involveret personale samles med de 3 der er ansvarlige for øvelsen til mundtlig opsamling og feedback.

Der skal være fokus på at finde systemfejl og identificere behov for ændring af arbejdsgange og behov for træning.

Der skal undgås fokusering på enkeltpersoners handlinger.

Der skrives referat af den uvarslede øvelse, der godkendes af de involverede i øvelsen.

Referatet planlægges formidlet til personalet samme dag eller umiddelbart efter.

Referatet videreformidles i mail til alt personale i Obstetriks Klinik og der sættes opslag op.

Involvering af organisationspsykologer

Der overvejes på sigt at involvere udviklingsafdelingens organisations-psykologer. De kan overvejes involveret med følgende formål:

1. Styringsgruppens interne kommunikation med involveret personale - Håndtering af feedback / debriefing. Organisationspsykologerne tænkes i første omgang som supervision af planlægningsgruppens arbejde med feedback, dvs uden involvering af ansatte i øvelser.
2. Færdighedstræning (med test af håndgreb og beslutningstagning) udvides til også at inddrage team kommunikation mellem faggrupper på et mere generelt plan.
3. Iagttagelse af interpersonel kommunikation, og efterfølgende feedback.
4. Patientkommunikation med fødende og pårørende (skuespillere) (planlægges ikke primært).

I første omgang indledes med punkt 1. Punkt 2, 3 og 4 har tiltagende kompleksitet. Der skal ikke arbejdes ikke med individuel feedback uden medarbejderes samtykke

Evaluering Checklister

- Checklister ved skulder
- Checkliste ved neonatal genoplivning
- Evaluering ved blødning og præeklamsi (checklister udarbejdes)
- Video overvejes. Tidskrævende at se og debriefe.
Medarbejdermodstand. Planlægges ikke anvendt nu.

Spørgeskemaer

- På alle medarbejdere i Obstetrisk Klinik er "stamoplysninger" indhentet ved tværfaglig obstetrisk i perioden 2003-2006 (N= 220).
- Involveret personale får kort spørgeskema til at besvare lige efter uvarslet øvelse (om forberedelse, læringsværdi, ubehag mv)
- Ved afslutning af pilotperioden (efter ca. 6 måneders), gives spørgeskema til alle medarbejdere om general holdning til uvarslede øvelser (analogt med spørgsmål forud for indledning af al træning) og om uvarslede øvelser har påvirker læsning, opsøgning af instrukser mv.

Videreformidling af til medarbejdere

- Orientering forud bredt på møder, ved opslag og personlige mails.
- Efter hver uvarslet øvelse udsendes erfaringer til alle per mail, og der opsættes opslag.

Økonomi, projekt

Fra H:S VEO midler er tildelt 1,2 millioner kroner.

1. september 2007 er ansat akademisk opkvalificeret jordemoder Pernille Lottrup til ph.d. forberedende arbejde, der blandet andet involverer uvarslede øvelser.

Litteratur

1. Black SB, Brocklehurst P. A systematic review of training in acute obstetric emergencies. British Journal Obstetrics and Gynaecology 2003; 110:837-41
2. Thompson S, Neal S, Clark V. Clinical risk management in obstetrics: eclampsia drills. British Medical Journal, 2004; 328: 269 - 271.
3. Walpole R, Clark V. How to organise a major obstetric haemorrhage Fire-Drill. Continuing Professional Development Anaesthesia 2002; 4 (1):15-18.

Bilag

1. Information til personale om uvarslede øvelser
2. Erfaringer fra de 5 første uvarslede øvelser. Disse erfaringer er sendt ud til alt personalet

Uvarslede øvelser

For læger jordemødre, SOSU, sygeplejersker i obstetrisk klinik og læger med fødegangsarbejde



Fra marts 2007 indledes uvarslede øvelser. Øvelserne tager udgangspunkt i emner, som har været gennemgået ved obstetrisk træning: håndtering af skulderdystoci, blødning efter fødslen, svær præeklampsi og neonatal genoplivning.

De involverede i en uvarslet øvelse vil få mulighed for efterfølgende fælles diskussion/evaluering af øvelsen.

Efter den uvarslede øvelse er der mulighed for umiddelbar træning, eller der kan laves en individuel aftale om træning på et andet tidspunkt.

Mappe med de oplæg, der blev brugt ved træningen, står på fødegangen i personalerummet på øverste reolhylde lige indenfor døren, og på afsnit 4022/24 og på 5033/34.

Kliniske vejledninger er på stuerne for disse emner, og også på nettet. Her er direkte links:

[hypertension og præeklampsi hos gravide](#)

[skulderdystoci](#)

[Postpartum blødning](#)

[Basal genoplivning af nyfødte](#)

Spørgsmål til:

Chefjordemoder Mette Simonsen tlf 3545 0504 mesi@rh.dk

Udd. ansvarlig overlæge Jette Led Sørensen tlf 3545 8901 jetteled@rh.dk

www.obstetrisktraening.rh.dk

Erfaringer fra 1. uvarslede øvelse på fødegangen 1.3.2007 kl. ca. 9.30

Deltagere: Jdm. Birgitte Kruse Eriksen, SOSU Christina Christensen, Afd. jdm. Helle Bentin (referat set og godkendt af dem)

Scenario: Uventet hurtig fødsel, hvor der kommer skulder dystoci

Kørt af: chef jdm. Mette Simonsen, oversygeplejerske Pernille Emmersen, udd.ansvarlig overlæge Jette Led Sørensen

Deltagerne konkluderede bagefter

- Øvelsen virkede autentisk
- Alle tilkaldte kom hurtigt
- Jdm. var god til at udføre håndgrebene og sige højt, hvad hun gjorde.
- Afd.jdm. var da hun kom god til at gøre status: hvad har I gjort af håndgreb, hvor længe har I været i gang.
- Afd.jdm. var god til ikke at overtage, men understøttede stille og roligt de håndgreb, som jdm. var i gang med.
- Afd. jdm. god til at tage tid og se hvor lang tid, der blev brugt på hver enkelt forsøg på håndgreb
- Tonen var god og ordentlig, og stemningen var rolig.
- Efter øvelsen sagde alle, at de synes, at det var sjovt og lærerigt. De fik mulighed for igen at repetere håndgreb på fantomet.

Ville gøre anderledes en anden gang

- SOSU kan selv tage initiativ til at spørge, om hun skal gøre suprapubisk tryk.
- SOSU var uklar på forskel mellem suprapubiks tryk (lige over symfyssen) og fundustryk (i toppen af uterus). Blev efter repetition på fantomet klar over at tryk skal gives lige over symfyssen.
- Der blev kaldt afd.jdm, men det havde været en fordel i denne situation, for at få flere hjælpere, at trykke på alarm knap (måske skete det ikke, fordi det var en øvelse, og ville være gjort i virkeligheden?)
- Da afd. jdm kommer gik hun godt ind i forløsning og håndgreb, men chekkede ikke hvem der var kaldt.
- Tidstagning var upræcis. Der kunne med fordel været startet gråt stopur af SOSU – men gråt stopur var ikke på fødestuen.
- Afd.læge blev ikke kaldt, burde have været kaldt før
- Neonatolog blev først kaldt, da barnet var født, blev da kaldt samtidig af både afd.jdm og SOSU. Neotalog kom meget hurtigt.

Anledning til generelle overvejelser

- Forløsning var flot håndteret efter 3½ minut med godt samarbejde og korrekte håndgreb.
- På stuen skal sikres, hvem der er ansvarlig for at kalde hjælp og hvem, der er kaldt. Det vil oftest være afd.jdm. ansvar.
- Ved indledning af scenariet blev SOSU bedt om at hente relevant medicin til den normale fødsel (synto og K-vitamin). Det virkede uhensigtsmæssigt, at hun forlod stuen, og giver anledning til at overveje, om vi i at aflåst skab på hver fødestue kan have relevant medicin for den normale fødsel (skal overvejes af afd.jdm og klinikledelse).
- Der skal sikres, at der er gråt stopur på alle stuer (sker d.d. ved SOSU Christina)
- Klinikledelsen blev opmærksom på, da øvelsen skulle planlægges, at stue 2, der er nyåbnet, er dårligere udrustet end de andre fødestuer, bla. mangler ur med sekundviser over sengen, og der mangler hylde med relevante retningslinjer (klinikledelsen bringer det i orden).

Erfaringer fra 2 . uvarslede øvelse på fødegangen 8.3.2007 kl. ca. 8.55

Deltagere: Jdm. Belinda Mistry, SOSU Christina Christensen, afd.jdm. Helle Bentin, jdm. Louise Derving, afd.læge Heidi Sharif, forvagt Betina Breitowitz (referat set og godkendt af dem)

Scenario: Uventet hurtig fødsel, hvor der kommer skulder dystoci

Kørt af: chef jdm. Mette Simonsen, jdm. Kristine Sylvan, udd.ansv. overlæge Jette Led Sørensen

Deltagerne konkluderede bagefter

- Jdm. var god til at holde kontakt til den fødende, infomerede roligt og udførte håndgrebene korrekt.
- Alle tilkaldte, undtagen neonatolog, kom hurtigt (se nedenfor)
- Afd.jdm. spurgte øjeblikkeligt for at få status og bad SOSU om, at tid skulle tages
- Der blev hurtigt slået alarm, da afd. jdm kom, og det indebar, at flere hjælpere kom.
- Afd.jdm. overtog ikke, men understøttede det, som jdm. var i gang med.
- Jdm., der kom efter alarmkaldet, blev på stuen og stod til rådighed, selvom hun ikke fik klar besked om, hvad hun skulle gøre. Af sig selv chekkede hun Sechers bord.
- Lægerne kom, da de så alarmer (telefonkald virkede ikke). Fik klar besked på stuen. De kunne se, at barnet var ved at blive forløst, og de forholdt sig afventende.
- Tonen var god og ordentlig under forløsningen

Ville gøre anderledes en anden gang

- Ved tilkald, skal der siges kort i tlf., hvad det drejer sig om, og ikke kun, at vedkommende skal komme hurtigt. Så kan den tilkaldte evt kalde anden hjælp undervejs til stuen og ”mentalt forberede” sig.
- Afd. jdm. kan med fordel spørge konkret ”har I taget benene op, har I gjort suprapubisk tryk...” så den jdm, der er koncentreret sig om at forløse, kan nøjes med at svare ja / nej.
- SOSU havde svært ved at få telefonen på stuen til at virke. Kan måske en anden gang vælge at bruge afd. jdm dect tlf eller sætte ekstra personer der kommer til at kalde neonatolog og afd. læge (men se i øvrigt nedenfor om kaldesystemer)
- Tidstagning var besværlig at få i gang, da apgar uret ikke kunne tændes pga defekt stik i vægpanelet, og indebar, at der skulle flyttes et stik. Det grå stopur, som var på stuen, kan startes istedet for.
- Neonatologen blev kaldt, men kom ikke. Det viste sig, at hun var længe undervejs, fordi hun var i ”højhuset”. Neonatologen er efter øvelsen informeret om, at hun en anden gang skal sige, at hun er langt væk, men har forstået beskeden. Evt kan der så i stedet kaldes neonatal bagvagt eller neonatalsygeplejerske.
- Skamlen var på stuen, blev ikke taget frem. Kan være en fordel, når der skal gives suprapubisk tryk, hvis hjælperen ikke er så høj. Var ikke aktuelt ved denne øvelse.

Anledning til generelle overvejelser

- Forløsning var flot håndteret, efter ca. 4 minut med korrekte håndgreb.
- Der var denne gang i alt 6 personer på stuen indenfor få minutter, og det stiller krav til interpersonel kommunikation.
- På stuen skal sikres, hvem der er ansvarlig for at kalde hjælp og hvem, der er kaldt. Det vil oftest være afd.jdm. ansvar, evt. kan det overgives til nyankomne hjælpere.
- Der skal være en synlig tavle (den eksisterende er for lille) med tlf. nr. (afd.jdm, obs.læge, neo.læge, anæstesi). Skal formentlig placeres ved Sechers bord. (jdm. Kristine Sylvan Andersen sørger for dette).
- Der er problemer med tlf. på fødestuen. Den er placeret et dårligt sted og svær at komme til for udstyr mv. Denne gang virkede telefonen ikke. Giver anledning til overvejelse, om telefon skal erstattes af alm. tlf. eller, om der skal dect.tlf. på stuerne. (Det vil klinikledelsen tage op).
- Ved kommende øvelse skal der sikres hvilken jdm., der kan erstatte det arbejde, som en jdm. i øvelse må forlade. Den jdm. der er til øvelse og efterfølgende debriefing skal have klar besked på hvem der taget over for hende (det ansvar ligger hos klinikledelsen og de ansvarlige for øvelsen).
- Der skal på alle fødestuer gennemføres et check af vægpanelet med elektriske installationer (klinikledelsen er ansvarlig for at det iværksættes)

Erfaringer fra 3 . uvarslede øvelse på fødegangen 18.4.2007 kl. ca. 10.15

Deltagere: Jdm. Britt Strøm Johansen, SOSU Ulla Anderssen, afd.jdm. Kirsten Byder, forvagt kursusreservelæge Katrine Birch, bagvagt klinikchef Morten Hedegaard

Scenario: Hurtig fødsel med efterfølgende postpartum blødning

Kørt af: chef jdm. Mette Simonsen, jdm. Kristine Sylvan, udd.ansv. overlæge Jette Led Sørensen

Deltagerne konkluderede bagefter

- Alle tilkaldte kom hurtig på stuen
- Blødningskassen blev hurtig hentet og fungerede godt
- Gode til at orientere nyankomne på stuen
- Gode til at gøre løbende status og repetere hvilken medicin og væske, der var givet
- Gode til at vurdere blodtabet klinisk, og fik det kontrolleret ved vejning
- Uterus blev kuglet, og der blev relevant spugt til vaginalbristninger
- Der blev lagt 2 venflons, planlagt relevant væske og givet syntocinon im, methergin im, cytotec rectalt, og syntocinondrop
- Hovedgærdet blev lagt ned og der blev givet ilt, da pulsen steg og BT faldt
- Observationskema blev startet, men kunne måske have være indledt før

Ville gøre anderledes en anden gang

- Der bør ved postpartum blødning altid sikres, at blæren er tømt.
- Der skal som venflon nr 2 gerne lægges tykkere venflon, hvid eller grå
- Giv væske svarende til blødningen (se nedenfor)
- Starte observationskema tidligere

Anledning til generelle overvejelser

- Forvagten skal kaldes ved ca. 600-700 ml blodtab eller manglende effekt af medicin.
- Bagvagten skal kaldes ved ca. 1000 ml blodtab, hvis der skal planlægges intrauterin palpation
- SOSU kan med fordel sige højt, hvad hun gør, også selv om det er rutineting, så alle på stuen er orienteret
- Ved blødning gives almindeligvis først 2 liter Nacl og derefter 1 Voluven (dog kun 1 liter Nacl til præeklamptikere). Der skal gives ca. 3 gange så meget Nacl, som der er blodtab (se klinisk vejledning)
- Øvelsen blev af involverede deltagere opfattet som ”sjov”, men ikke livagtig nok i forhold til blødningsmængden. Planlægningsgruppen vil fremover rent teknisk sikre, at der kan komme et hurtigere og større blodtab
- Deltagerne udførte ikke alt, som de foreslog, men sagde blot at de ville, og det medførte, at dele af scenariet så for let ud, og ikke var tidstro nok. Fremover skal sikres, at alle handlinger udføres rent praktisk, da vi ellers ikke kan opdage, hvad der ikke fungerer (feks skal S-droppet blandes, dråbetæller bringes til at køre osv). Planlægningsgruppen skal fremover kommunikere det tydeligt for deltagerne.
- Der var ikke her planlagt, at patient-kommunikation skulle indgå, men deltagerne ville i dette scenarie have haft overskud til at gøre det.
- Debriefingen blev videooptaget med fokus på Mette og Jette, da det skal bruges af dem til at få feedback af organisationspsykologerne i udviklingsafdelingen på, hvordan vi debriefer efter uvarslet øvelser.
- Deltagerne i denne øvelse sagde, at der godt kunne have været videooptagelse af selve øvelsen.
- Der er behov for en blødningskasse mere på fødegangen, da det hænder, at der behov for den på flere stuer eller på operationsstuden samtidigt.
- Forvagten blev for meget forstyrret af opkald under debriefingen. Der bør sikres at andre kan tage forvagtshyleren under debriefingen. [Link til PVI om postpartum blødning](#)

Erfaringer fra 4 . uvarslede scenarie på fødegangen 31.5.2007 kl. ca. 9.50

Deltagere: Jdm. Michelle Skop Kolls, SOSU Malene Engelund, afd.jdm. Bigitte Hillerup, forvagt kursusreservelæge Mette Hammerum, bagvagt afd.læge Heidi Sharif (sidste deltog ikke debriefing)

Scenarie: Hurtig fødsel med efterfølgende fastsiddende placenta og blødning.

Kørt af: Chefjdm. Mette Simonsen, jdm. Kristine Sylvan, udd.ansv. overlæge Jette Led Sørensen. Pia Huusfeldt dækkede for jordemødre der forlod fødegangen.

Organisationspsykolog Morten Jack, udv.afd. RH var tilstede mhp observation af Mette og Jette mhp scenariet og debrifingen.

Deltagerne vurderer selv at dette fungerede godt

- Tilkaldt jdm. var god til at orientere sig på stuen
- Tilkaldt afd.jdm. og SOSU kom hurtig på stuen
- SOSU startede med det samme et observationsskema og planlagde BT og puls kontrol
- Afd. jdm havde på eget initiativ taget blødningkasse med
- Afd. jdm var hurtig til at lægge 2 venflons, prioriterede at den ene var en grå tyk venflon pga blødning.
- Gode til at orientere nyankomne på stuen
- Overvejede relevant intrauterin palpation ved 1000 ml blodtab og fortsat blødning

Ville gøre anderledes en anden gang

- SOSU skal vælge elektronisk blodtryksapparat, så BT kan måles hurtigere
- Jdm. skal hjælpe SOSU med at prioritere, når jdm. sætter SOSU i gang med flere opgaver samtidigt.
- Jdm. og afd.jdm. vil hurtigere en anden gang prioritere, at der ved fastsiddende placenta og blødning bliver lagt blærekateter.
- Der er ikke grund til at prioritere at sprøjte medicin eller væske i navlesnoeren ved fastsiddende placenta, hvor det bløder. Her skal iv-adgang, blodprøver og medicin prioriteres højest.
- Vil opstarte vejning af blodtabet og ikke kun skønne klinisk
- Evt. kalde ekstra hjælp, hvis der mangler hænder, her kunne feks. være brugt hjælper til at gå med blodprøver, blande S-drop og hente ting.

Anledning til generelle overvejelser

- Der er nu dect. tlf. på alle stuer. Det skal sikres, at alle SOSU ved, hvor de står, og hvordan de betjenes (Pia Huusfeldt laver en aftale med afd.jdm. om, hvordan vi sikrer, at alle SOSU får dette gennemgået – det skal krydses af på en navneliste, at den enkelte SOSU har fået det gennemgået)
- De nye telefonlister, der står på skråhylden, skal hænges op på væggen ved telefonene, samme sted på alle stuer (Pia beder SOSU Malene om at gøre det)
- Vagthavende forvagt var nede i amb. i stuen og kom derfor lidt forsinket. Hvis vagthavende eller andre er langt væk, skal man sige, at man kommer lidt senere, så andre evt kan kaldes
- Ved blødning gives almindeligvis først 2 liter NaCl og derefter 500 ml Voluven (dog kun 1 liter NaCl til præeklamptikere). Der skal gives ca. 3 gange så meget NaCl, som der er blodtab (se klinisk vejledning)
- Der skal på alle stuer ligge to 1000 ml NaCl og en 500 ml NaCl (dette sikres ved Pia Huusfeldt evt. via afd. jdm)
- Der er behov for en klar rollefordeling på stuen, så der er klarhed over, hvem der har overblikket og hvem, der gør hvad
- Scenariet blev af involverede deltagere opfattet som relevant og brugbar.
- Bagvagt indgik ikke i debriefing pga af andet arbejde. Debriefingen var i øvrigt uforstyrret
- Personer i planlægningsgruppen skal have tydeligt skilt på, så man kan se, at de kører scenarie eller er observatører, og ikke kan spørges om faglige ting. Planlægningsfolk bør i det omfang det er muligt ikke stå for tæt på lejet.
- Tilkaldte har travlt med at komme på stuen, men skal af den observatør, der står i døren tydeligt informeres om, at det er et uvarslet scenarie og, hvilke roller alle har

[Link til PVI om postpartum blødning](#)

Erfaringer fra 5 . uvarslede scenarie på 5033-34 30.8.2007 kl. ca. 9.50

Deltagere: Spl Helle Plougmann, spl Lise Zezulka, spl Christina Cedergren, spl Luise Albirk, introduktionslæge Mathilde Maagaard og afd.læge Charlotte Anderson

Kørt af: forsknings-JDM Pernille Lottrup, chef-JDM Mette Simonsen, uddannelsesansvarlig overlæge Jette Led Sørensen, JDM Kristine Sylvan, oversygeplejerske Pernille Emmersen
JDM Rikke Nue hjalp med patientplejen.

Scenarie: Barselskvinde der 3 timer efter normal fødsel udvikler præeklamsi

Hvad fungerede godt

- Identificerede hurtigt, at det drejede sig om præeklamsi
- Hurtigt kaldt alarm
- God omsorg for ” patienten-dukken” med klud på panden
- Hentede hurtigt overvågningsudstyr fra opvågningen
- Hentede hurtigt dropvogn fra opvågningen
- Førte grønt observationsskema
- Der blev givet korrekt antihypertensiv behandling i form af trandate 20 mg iv. og blev gentaget med yderligere 20 mg iv (ved manglende effekt kan dosis øges – se PVI)
- Der blev hurtigt opsat magnesiumdrop med korrekt bolus - dosering
- Instruksen til at blande magnesium drop fungerede godt for de sygeplejersker, der stod med det
- Da ”patient-dukken” krampede blev hovedgærdet lagt ned og givet ilt
- Der var taget højde for, at de involverede sygeplejerskers patienter blev passet af andet tilkaldt personale – dette var organiseret af planlægningsgruppen.

Ville gøre anderledes en anden gang

- Afklare hvem der er tovholder og har styringen på stuen
- Afklare arbejdsopgaver - hvem gør hvad. Hvis arbejdsopgaver byttes eller ikke løses, skal det siges højt.
- Sig højt hvad du gør eller har gjort
- Uanset om der en læge på stuen, skal der blive en sygeplejerske derinde også
- Opsummere løbende, hvad der sker på stuen
- Alle nyankomne på stuen skal enten have en ”klar ordre” og hvis nyankomne har behandlingsansvar, skal de have en tydelig opsummering
- Præeklampsikassen skal hentes med det samme
- Hver enkelt skal sætte sig ind i, hvad der er i præeklampsikassen, så man ikke går unødigt efter medicin, der er i kassen

Anledning til generelle overvejelser

- Når lægen kaldes, skal meldingen være, hvilken symptomer patienten har (dvs hér præeklamsi), så lægen undervejs kan forberede sig tankemæssigt på opgaven
- Når bagvagtslæge kommer på stuen, skal tydeligt afklares, hvem der leder stuen. Bagvagt kan godt vælge at lade yngre læge fortsætte under supervision. Men aftalen skal være klar.
- Øvelsen giver anledning til, at der skal diskuteres hvor meget ”udstyr”, der skal være på sengestuerne på barselsiden – skal der være BT-apparat, iltaggregat og dropstativ ved alle senge? 5033/34 vil diskutere dette.
- Personalet skal vide, at man kan ringe fra patienttelefonen på stuen til andre tlf og DECT-tlf
- Dårlige patienter skal forblive på stuen og udstyr skal hentes ind til patienten. Patienten skal ikke flyttes

[Link til PVI om præeklamsi](#)