

Kunskapsbanksnummer: KB3752794

Datum: 2019-10-17

## Händelseanalys

# Patient med ileostomi söker Akutmottagning med akut buksmärta

Juli 2019

Analysledare:

utvecklingsledare

Närsjukvård i centrala Östergötland

Region Östergötland

## Sammanfattning

Händelseanalysen rör en patient som kommer till Akutkliniken på grund av allmänpåverkan med yrsel, buksmärta och avstannat flöde i sin Ileostomi. Kort tid dessförinnan har patienten vårdats inneliggande på Kirurgavdelning med liknande symtombild och då konstaterat Ileustillstånd som till synes löst sig med behandling med Klyx® (läkemedel för laxering). Patienten försämras påtagligt efter ca nio timmars vistelse på Akutmottagningen och tas efter röntgen, till operation på misstanke om tarmischemi, total vårdtid på Akutmottagningen blev elva och en halv timma.

Identifierade brister i analysen av patientens vårdprocess är bland annat: Slentrianmässigt användande av laxermedel på patienten vid omläggning. Patienten tas inte omhand enligt processåtgärd för "akut buksmärta". Patienten nedprioriteras efter en tids vård på Akuten och det skickar fel signaler till ledningspersonal som istället för att minska vårdtyngden på teamet ökar den efterhand..

Bakomliggande orsaker återfinns inom områden för Procedurer, rutiner och riktlinjer sam Utbildning och kompetens. Övriga tre orsaksområden inom metoden för händelseanalys är inte identifierade.

Utbildning och kompetens:

Tunntarm drabbas inte av förstoppning såsom en tjocktarm gör. Det finns ingen känd vetenskap som stärker rutinen att slentrianmässigt ge Klyx® (lavemang) i en ileostomi vid omläggning.

Bristande kunskap rörande skillnader mellan olika typer av stomier. Tunntarm blir inte förstoppad. Istället för ett bredare perspektiv för diagnos som vid "akut buk" finns ett fokus på att patientens problem orsakas av förstoppning.

Procedurer, rutiner och riktlinjer:

Man förlitar sig på den tidigare vården som getts till patienten. Bedömningen på akuten är att patienten återkommande behandlats med klyx på avdelningen. Tanken är att Klyxbehandling borde lösa det Ileustillstånd som patienten har även vid detta vårdtillfälle.

Patienten hanteras inte enligt processåtgärd för "akut buksmärta".

Det finns inga rutiner för samverkan mellan Akutkliniken och andra kliniker rörande "Reklamationspatient". Med det menas patient som skrivs ut från en klinik och återkommer inom en vecka med samma symptom som tidigare.

Patienten omprioriteras inte till röd patient då patienten drabbas av blodtrycksfall vid första tillfället.

Åtgärdsförslag som ges är bland annat: Utbildning av Stomiterapeut och kirurgspecialist till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor på Akutkliniken rörande processåtgärd för "akut buksmärta" en benämning som relaterar till stomier av olika slag och vad som är specifikt för alla olika stomier.

Beskrivningen av processåtgärder relaterade till "akut buksmärta" bör kompletteras med åtgärder helt framtagna från det utbildningsmaterial som blir grund för utbildningen på akuten.

Använd detta patientfall för att i utbildningssyfte diskutera prioriteringsmetoderna som finns och hur de ska användas.

## Innehållsförteckning

1	Uppdrag.....	4
1.1	Uppdragsgivare.....	4
1.2	Uppdrags- och startdatum .....	4
1.3	Återföringsdatum .....	4
2	Deltagare i analysteam .....	4
3	Metodik .....	5
4	Resultat.....	6
4.1	Händelseförlopp .....	6
4.2	Bakomliggande orsaker .....	10
4.3	Bifynd och andra upptäckta risker.....	11
4.4	Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader .....	12
4.5	Åtgärdsförslag.....	12
5	Tidsåtgång .....	13
6	Uppdragsgivarens kommentarer.....	14
6.1	Åtgärder.....	14
6.2	Återkoppling .....	16
6.3	Uppföljning .....	17
7	Ordförklaringar .....	18
8	Bilagor.....	20

## 1 Uppdrag

Ärendet rör en patient som kommer till Akutkliniken pga buksmärta och avstannat flöde i stomi. Kort tid dessförinnan har patienten vårdats ineliggande på Kirurgavdelning med liknande symtombild och då konstaterat Ileustillstånd som till synes löst sig med behandling med Klyx® (läkemedel för laxering) . Patienten försämras påtagligt efter längre tids vistelse på akutmottagningen och tas efter röntgen upp direkt till operation på misstanke om tarmischemi. Vid operation konstateras istället ett kroniskt Ileustillstånd. Patienten har vid tillfället varit utskriven endast två dagar efter vård på kirurgavdelning. På grund av den korta perioden mellan vårdtillfällena behövs en analys av patientens hela vårdprocess från den 22 juli till den 27 juli då patienten akut opereras efter att på nytt kommit in till akuten den 26 juli.

### 1.1 Uppdragsgivare

Verksamhetschef för Akutkliniken ger uppdraget till Analysteamet att genomföra händelseanalys.

### 1.2 Uppdrags- och startdatum

Uppdragsdatum: 2019-08-10

Startdatum: 2019-08-12

### 1.3 Återföringsdatum

2019-10-30. Deltagande vid återföring är uppdragsgivare, Chefläkare för Regionen, företrädare för Kirurgkliniken samt Analysteam.

## 2 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i analysteamet

Roll & titel	Verksamhet
Analysledare, Utvecklingsledare, metodkunnig	Närsjukvården i centrala Östergötland
Teamledare, Arbetsterapeut, metodkunnig	Närsjukvården i centrala Östergötland
Analysdeltagare, Sjuksköterska	Akutkliniken
Analysdeltagare, undersköterska	Akutkliniken
Analysdeltagare, Specialistläkare kirurg (Kolorektal)	Kirurgkliniken

### 3 Metodik

Händelsen som beskrivs nedan bygger på fakta från

-Patientens journal: Akutkliniken (en sammanfattande anteckning finns där ansvarig läkare journalför hela vårdförloppet i en anteckning,. Angiven tidpunkt för journalanteckningen är den, för tid då patienten ankom mottagningen). Kirurgkliniken, Komplementjournal (Akutjournal skrivs på papper och skannas efter vårdtillfället in i komplementjournalen). Omvårdnadsjournal skrivs inte digitalt.

-Laboratorielistor, ROS

-Rutiner och riktlinjer för Prioritering och triagering. Se bilaga 2 (samt under "7. Ordförklaringar")

Rutiner och riktlinjer för omhändertagande av patient med tillstånd: " Akut buk".

Rutiner och riktlinjer för Ledningsläkare respektive Ledningssjuksköterska

Rutiner för omvårdnad på Akutmottagningen. Se bilaga 3.

#### **Intervjuer har genomförts enskilt och i grupp:**

- Patienten är vidtalad men avstår från intervju eftersom han inte minns något från vårdtillfället.
- Ansvarig läkare Team E (på grund av semester vid tillfälle för gruppintervju)
- Team E: Sjuksköterska och undersköterska, samt ledningspersonal bestående av ledningsläkare.
- Ledningssjuksköterska som delvis ledde arbete under den period Team E omhändertog patienten, (Deltog inte i ovanstående teamintervju).
- Team A kompletterad med ledningspersonal (tar över patientens vård kl 01.00 den 27 juli)
- Operatör: Kirurg och specialist Kolorektalkirurgi

Vidtalade per telefon för förtydliganden rörande arbetsmetoder, rutiner med mera

- Vårdenhetschef för kirurgavdelning där patienten vårdats två dagar innan aktuellt vårdtillfälle.
- Sjuksköterska/Stomiterapeut Kirurgmottagning
- Vårdenhetschef Kirurgmottagning

## 4 Resultat

Följande händelsebeskrivning bygger på den faktainsamling som beskrivs under "3 Metodik" sidan 5.

Alla händelser som är identifierade som viktiga och som beskrivs i analysgrafan (bilaga 1) finns återgivna nedan. Dessa händelser är numrerade och följs av identifierade "felhändelser".

"Felhändelserna" får samma numrering som händelsen, samt ytterligare ett nummer, för att man ska kunna följa beskrivningen i analysgrafan (Bilaga 1) samt vid åtgärdsförslagen. Vidare är tanken att läsaren ska se vilka felhändelser som respektive åtgärdsförslag är relaterade till och är tänkta att minska risken för att delhändelsen uppstår igen.

Alla tider som finns angivna i händelsebeskrivningen är inga exakta tider. De följer tiden för registrerade åtgärder i Akutmottagningens digitala liggare och system. Medarbetarna tar först hand om patienten och dokumenterar därefter.

Ordförklaringar med fördjupad förklaring rörande bland annat arbetssätt, läkemedel samt metodik finns under "7 Ordförklaringar".

Involverad patient, en 59 årig man som sedan tidigare är drabbad av pankreascancer, autoimmunt utvecklad tarmsjukdom, Diabetes, tidigare Ileustillstånd, Ileostomi efter återkommande bukoperationer med fistelgångar samt bråck. Patienten har tät kontakt med kirurgklinik samt den vårdcentral som är behjälplig med stomiömläggningar. I uppdraget för analysen önskar uppdragsgivare en belysning av patientens vårdprocess från det vårdtillfälle då patienten var inlagd på kirurgavdelning och utskrivna 2019-07-24 till vårdprocessen två dagar senare, då patienten vårdades på Akutmottagningen 2019-07-26 till 27.

### 4.1 Händelseförlopp

#### Händelse 1: 2019-07-22 till 19-07-24 Kirurgavdelning

Patienten är inlagd på KAVA på grund av ett Ileustillstånd som orsakats av ett bråck. Patienten lades in på kirurgavdelning efter ankomst och initial utredning den 22 juli på Akutmottagningen. Läkare och undersköterska var samma medarbetare som tog hand om patienten vid båda dessa vårdtillfällen på Akutmottagningen. Patienten skrivs ut den 24 juli med ett flöde i stomin och med kvarstående nytillkommen smärta i rygg.

1.1: Klyx® används för laxering vid varje stomiömläggning på avdelningen trots flöde i stomin och i fistlar vilket påverkar handläggning på akuten i ett senare skede. Akutens läkare kontrollerar vilka åtgärder som vidtagits på kirurgavdelning vid den tidigare inläggningen och ger en likvärdig ordination på att ge Klyx® i patientens Ileostomi för att enkelt lösa patientens problem. Klyx® ges slentrianmässigt vid all stomiömläggning oavsett colo- eller ileostomi. Man har inte omvärderat rutinen på avdelningen, vilken borde vara riktad med särskilda åtgärder för respektive typ av stomi.

1.2. Nya fistlar identifierade av Stomiterapeut. Detta kommuniceras inte till läkare med Kolorektal specialistkunskap enligt överenskommelse. Stomiterapeuten var på avdelningen i annat ärende och blev tillfrågad för råd vid omläggning av patienten. Stomiterapeuten kände patienten väl och såg de

nya fistlarna som hon ville att en Kolorektalkirurg skulle kallas att titta på innan utskrivning. Detta skulle medarbetare ordna. Plan är också att Stomiterapeuten ska ta upp patienten på nästa veckas sektionsmöte eftersom Stomiterapeuten ser behov av uppföljning. Det blir inte tillfälle för detta då patienten kom åter två dagar senare till Akutmottagningen med nya akuta symtom. Patientens utskrivningsstatus kontrollerades inte av specialist eftersom läkare med specialistkompetens som Kolorektalkirurg inte kallades för att bedöma patientens tillstånd innan utskrivning. Fistelutvecklingen hos denna patient är ett mycket ovanligt tillstånd och en kontroll av en Kolorektalkirurg vid utskrivning, hade inte påverkat planen för utskrivning.

### **Händelse 2: 2 019-07-26 klockan 1630 på Akutmottagningen**

(Alla delhändelser efter denna, rör Akutmottagningens arbete med patienten.)

Patienten skickas från vårdcentralen på grund av yrsel och smärttillstånd. Patienten triageras som orange patient av ambulanspersonal som ger Morfin intravenöst som smärtlindring. En ringer-Acetat 1000 ml är kopplad till patienten vid ankomst till Akutmottagningen. Patienten är blek, grå i huden och kallsvettig.

2.1 Patienten tas inte omhand utifrån processåtgärder som är relaterade till besöksorsaken "akut buksmärt". I patientens journal kan man ta del av hur man löst det tidigare Ileustillstånd patienten blivit inlagd för 2019-07-22. Behandlingen som då tolkades lösa patientens problem, var den behandling med återkommande Klyx® behandling (lavemang) som man genomförde på avdelningen (vilken också är den första vanliga åtgärden på patienter med stomi, som söker på Akutmottagningen och det finns en misstanke om att patienten kan ha drabbats av förstoppning). Teamet på Akuten känner igen patienten sedan dennes förra besök fem dagar tidigare, då patienten upplevdes ha samma symtom. Två av teamets medarbetare träffade patienten 2019-07-22. Kombinationen av att ha vårdat patienten tidigare med samma tillstånd, samt kunna se hur kirurgen hanterat patientens problem under inläggning, gör att åtgärd är att pröva med Klyx® först.

2.2 Kirurgläkare kontaktas inte för bedömning av den nyss utskrivna patienten. Patienten skrevs ut för två dagar sedan men en omedelbar kontakt med kirurgspecialist tas inte från akuten. Patienten är svårtolkad med uttryck för ångest och han har en önskan om att åka hem, samtidigt som hans yttre är gråblekt och kallsvettigt. Man tolkar symtomen som möjliga att lätta med ett Klyx® pga förstoppning, så som man gjort på Kirurgavdelning.

### **Händelse 3: klockan 17.17**

Klyx® är ordinerat och ska ges av sjuksköterska.

3.1 Klyx® ordineras trots att tunntarm inte drabbas av förstoppning. Man tror att man ska lösa ett Ileustillstånd med hjälp av Klyx® om man får bort en förstoppning. I journal från KAVA kan man se att patienten återkommande har behandlats med Klyx®. Tolkningen är att det löst patientens problem. Orsaken till det Ileustillstånd patienten hade vid inläggningen på kliniken var ett bukbräck som stoppade och gav patienten problem. Symtomen var dock desamma eftersom patienten ånyo drabbats av Ileustillstånd.

### **Händelse 4: klockan 17.25**

Patienten flyttas till rum 29 och har inte längre en övervakningsplats.

4.1 Patienten omprioriteras till att bli gul, en lägre prioritering än vid ankomst. Patienten är stabil i sina vitala parametrar. Patientens tillstånd känns igen sedan föregående akutbesök och patienten upplevs inte vara försämrad i jämförelse med det förra akutbesöket som resulterade i inläggning.

#### **Händelse 5: Klockan 20.15**

5.1 Fördröjd provanalys ca tre timmar. Tidigare tagna prover ca kl 16.30 analyseras efter ordination först kl 20.15. Ett mejl från en akutläkare har gått ut till alla medarbetare, där man har kommenterat vikten av att inte slentrianmässigt ta prover. Ansvarig Sjuksköterska vill invänta ordination från läkare och för en dialog med teamläkare som vill avvakta provtagning.

#### **Händelse 6: Klockan 20.45**

Klyx<sup>®</sup> ges i patientens stomi och patienten har nu varit på akuten ca fem timmar. Fortfarande gråblek och kallsvettig.

6.1 Otydlig ledning och styrning i relation till förväntad fyratimmars vård.<sup>1</sup> Patienten har prioriterats som gul patient vilket inte skickar signal till ledningspersonal, om att patienten har akuta vårdbehov och den politiskt beslutade "fyratimmarsregeln" fungerar inte. Patienten är akut sjuk men teamets helhetsbild förvirras av en tanke rörande förstoppning, kombinerat med vilja att lösa patientens ileustillstånd och slippa lägga in patienten igen. Patienten vill själv gå hem och tycker det är bättre med smärtan efter att patienten fått sitt Klyx<sup>®</sup> som dessutom gav positivt svar via stomi och fistlar som visade på att man löst den förmodade "förstoppningen".

#### **Händelse 7: Klockan 21.00**

Patienten är hungrig och serveras nyponsoppa och smörgås

7.1 Det finns ingen planering för att patienten ska "svälta". Patientens förmodade förstoppning är hävd med Klyx<sup>®</sup> som gett gott resultat.

7.2 Dialog förs inte med kirurgspecialist direkt i det första omhändertagandet av patienten 16.30. Respektive specialist gör färdigt sin del av arbetet runt en patient, för att med tydlighet kunna konsultera kollega inom annan specialitet. Detta tankesätt kan fördröja vård och behandling.

#### **Händelse 8: klockan 22.15**

Medarbetare från Team E kontaktar Ledningssköterska då patienten sitter på stol och har trappat blodtrycket. Ledningsläkare går då till teamet och rådgör med teamläkare.

8.1 Dialogen medför inga direkta åtgärder vid denna tid. Ledningsläkare uppfattar patienten som svårt sjuk och framför detta med flera förslag på möjliga orsaker. Ledningsläkaren går aldrig in och styr i en annan specialistläkares patientfall om man inte är direkt inbjuden. Patientansvarig Läkare verkar vara nöjd med dialogen och fortsätter arbeta. Patienten är dock nedprioriterad till gul och det gör att ledningspersonal ger fler ambulansfall till teamet, under tiden som man avvaktar om patienten får bra effekt av Klyx<sup>®</sup> samt mat. Ledningspersonal ger mer arbete till teamet då deras

---

<sup>1</sup> Målsättning för patientens vistelse och vård på Akutmottagning av politisk ledning i Regionens Hälso- och sjukvårdsnämnd).



helhetsbild baseras på aktuell vårdtyngd, som i sin tur baseras på den prioritering/omprioritering respektive teamläkare gör på sina patienter.

#### **Händelse 9: Klockan 22.45**

Patienten får ytterligare ett blodtrycksfall under besök på toalett och i samband med detta rivs stomipåse sönder på patienten och en sanering måste påbörjas

9.1. Patient som nyss haft blodtrycksfall får gå på toalett. Trots att patienten får ett tydligt blodtrycksfall för andra gången omhändertas inte patienten som "urakut". Patienten bedöms må bra igen och teamet måste lämna patienten på toaletten, för att möta upp inkommande ambulans.

#### **Händelse 10: Klockan 23.22**

Det är dokumenterat i aktivitetsfältet av läkare att EKG, Troponin-T samt Urinsticka ska tas efter att Teamläkare samrått med Ledningsläkare 2. Klockan 23.54: EKG taget. Klockan 23.55: Venös blodgas tas för första gången och Laktat visar på värde 4,6. Troponin-T tas för att följa en ev hjärtmuskelpåverkan. Klockan 00.00 ca: Nya vitala parametrar tas. Ringer Acetat 1000 ml sätts intravenöst.

#### **Händelse 11: Klockan 00.00**

Patienten får smärtlindring; två Tablett Panodil® 500 mg samt en Subcutan injektion Spasmofen® (det finns misstanke om att smärta kan vara orsakad av njursten, därför ges läkemedlet). Ledningsläkare 2 uppmanar Teamläkare att kontrollera EKG "är det inte avvikande lateralt? Prata med kardiologjouren" (detta kommuniceras via aktivitetsfält som finns i akutliggaren från Ledningsläkare 2). Nytt EKG ordinerar strax innan patienten överrapporteras till Team A ( nya medarbetare tar vid, läkare, sjuksköterska och undersköterska, Ledningsläkare och ledningssjuksköterska är de samma hela natten med start 20.45) Röntgenremiss skrivs.

#### **Händelse 12: 19-07-27 klockan 01.00**

Team A tar överpatienten. Nya vitala parametrar tagna. Patienten upplevs som mycket sjuk och har en cirkulatorisk chock. Nytt EKG tas. Patienten flyttas till Akutrum 2:2. (Akutrum nära Ledningspersonal vilket gör att även dessa kan hjälpa till snabbt om Teamet behöver personalförstärkning. )Klockan 01.25 tas en ny venös blodgas tas. Klockan 01.30 dokumenteras nya vitala parametrar. Klockan 01.50 får patienten ytterligare ett Ringer-Acetate® 1000 ml intravenöst. Läkare ti Team A konsulterar kirurgjour.

12.1 Det är en bristande kontroll av patientens blodvolymstatus vilket medför risk att patienten kan drabbas av över- eller undervätskning. Ambulanspersonalen har rapporterat att patienten haft svårt att kissa senaste dygnet. Detta har inte följts upp på Akutmottagningen med "Bladderscan" (en typ av ultraljudför undersökning av urinblåsans innehåll) av blåsa eller urinmätning. KAD (urinkateter har inte satts på patienten).

### **Händelse 13: Klockan 02.00**

Patienten kommer åter till Akutmottagningen från röntgenundersökning och en första dos Tazocin® ges på grund av misstanke om septisk påverkan. Klockan 02.04 anländer röntgensvaret. Troponin-T nummer 2 tas. Patienten får antibiotika Tazocin® 4 gram intravenöst. En ventrikelsond sätts och 1500 ml svart vätska kommer direkt i sondpåsen enligt dokumentation på akutblad. Klockan 02.23 Tas en ny venös blodgas. Klockan 02.24 Flyttas patienten åter, nu till Akutrum 3:2. 40 minuter efter att ventrikelsonden satts har ytterligare 700 ml vätska har kommit upp. Klockan 02.50 tas en ny artärblodgas. Patienten operationsanmäls och en bedömning görs av narkosläkare innan patienten ska opereras akut.

13.1 Patientens operation dröjer. Det är natt och endast en operationssal är öppen vilket gör att patienten får övervakas preoperativt på Akutmottagningen till dess patienten kan opereras.

### **Händelse 14: Klockan 03.00**

Klockan 03.10: patienten planeras till operation och klockan 03.15 får patienten ytterligare en Infusion Ringer-Acetate 1000 ml intravenöst (Nummer 4.) Klockan 04.05 dokumenteras tillsyn och klockan 04.06 är patienten utskriven till slutenvård., via operation, efter 11,5 timmars vårdtid på Akutmottagningen.

### **19-07-27 Klockan 04. 57 återges i operationsberättelsen:**

”Sammanfattningsvis kronisk tunntarmsileus till följd av knickning/strangulation av distal tunntarm alldeles före Ileostomi med fistelbildning till huden.

Patienten har 6 liter avföring stående i buken vid operation. Buken så svullen att den inte går att sluta efter operation.” Patienten vårdas på IVA fram till den 19-08-18. Patienten opereras igen på grund av att patientens tarm ramlat ur buken vid vändning. Buken sluts 2019-07-28 och efter detta förbättras patientens tillstånd succesivt och med senare vård på kirurgavdelning fram till 19 08-22 då patienten åter kan skrivas ut till hemmet.

## **4.2 Bakomliggande orsaker**

Bakomliggande orsaker har hittats under Procedurer, rutiner och riktlinjer samt Utbildning och kompetens.

Orsaker inom områden för: Teknik, utrustning och apparatur, kommunikation och information samt Omgivning har inte gått att finna som huvudsakliga orsaksområden. Området kommunikation och information tangerar flera delhändelser men har inte varit deras främsta anledning. Omgivning har undersökts för det är lätt att tänka orsaker relaterade exempelvis till hög vårdtyngd, bristande samverkan eller andra bekymmer inom området, men dessa har inte heller gått att återfinna.

### **Procedurer/rutiner & riktlinjer**

Man avstår från att använda rutinen för ”Akut buk”. Fokus är istället förstoppning, ge vätska, ge

lavemang, därefter är tanken att patienten kan gå hem.

Man arbetar inte utifrån rutinerna för "Akut buk." Om man gjort det hade man vidtagit en mängd åtgärder som underlättat patientens akuta tillstånd och bedömningen av detta. Bland annat hade man vidtagit åtgärder såsom; Sondsättande, Katetersättning. Båda dessa åtgärder hade underlättat möjligheten att ha kontroll på patientens vätskebalans. Beslut om att hålla patienten svältande hade minskat risk för eventuell aspiration vid operation samt avlastning av magsäck och därmed ett minskat tryck på tunntarmen. Snabbare beslut om Röntgenundersökning av patient och med det en snabbare diagnos samt inläggning (5.1, 7.2 & 12.1).

Man förlitar sig på den tidigare vården som givits till patienten. Bedömningen på Akuten är att patienten återkommande behandlats med Klyx® på avdelningen. Tanken är att Klyx® behandling bör eventuellt lösa det ileustillstånd som patienten har även vid detta nya vårdtillfälle (2.1 & 2.2).

Patienten omprioriteras inte till "röd" patient då patienten drabbas av blodtrycksfall vid första tillfället (8.1 & 9.1).

Det finns inga rutiner för samverkan mellan Akutkliniken och andra kliniker rörande "Reklamationspatient". Med det menas patient som skrivs ut från en klinik och återkommer inom en vecka med samma symtom som tidigare (7.2).

### **Utbildning & kompetens**

Bristande kunskap rörande skillnader mellan olika typer av stomier. Tunntarm blir inte förstoppad till skillnad från tjocktarm där besvär relaterade till förstoppning ibland uppstår. Både på Akutmottagningen och på Kirurgavdelning tänker man "tarmstomi" inte Colostomi (relaterad till tjocktarm) eller ileostomi (relaterad till tunntarm) (2.1) .

Istället för ett bredare perspektiv för diagnos som vid "Akut buk" finns ett fokus på att patientens problem orsakas av förstoppning. Man blir "låst" i sin medicinska bedömning av patientens tillstånd (3.1).

Tunntarm drabbas inte av förstoppning såsom en tjocktarm gör. Det finns ingen känd vetenskap som stärker rutinen att slentrianmässigt "Klyx® a" i en ileostomi vid omläggning (1.1).

## **4.3 Bifynd och andra upptäckta risker**

### **Brist på digital omvårdnadsjournal.**

Sjuksköterskornas dokumentation rörande omvårdnad; planering samt åtgärder, läkemedelsordinationer, observation och övervakning mm skrivs på en pappersjournal/Akutjournal. Denna journalhandling ä inte möjlig att läsa till alla delar eftersom det skrivs för hand.

Pappersjournalen skannas efter vårdtillfället på akuten in i en komplementjournal i Cosmic patientjournal.

**Förslag:** Ett sätt att förbättra omvårdnadsdokumentationen är att patientansvarig sjuksköterska skriver en sammanfattande omvårdnadsbeskrivning i Cosmic. Detta gör då att ta del av mycket tidigare än den pappersjournal som får vänta på inskanning.

**Läkarens journalföring görs i en sammanfattande text** för ett helt vårdtillfälle med angiven tid för dokumentationen, som den tid då patienten skrivs in på akutmottagningen. Med en vårdtid om elva och en halv timma är det svårt att läsa sig till vad som i realitet har hänt medicinskt under denna tid.

**Förslag:** Om patient vårdas längre tid än fyra timmar på akutmottagningen bör fler än en läkaranteckning skrivas. Det bör då finnas korrekta tidsangivelser för respektive journalskrivning samt status, bedömning, vårdplan och utvärdering beskriven.

#### 4.4 Vårdskadekostnader/kvalitetsbristkostnader

Det är svårt att bedöma vårdskadekostnad rörande denna patient, då det inte helt klart framkommer att patienten drabbats av vårdskada, på grund av den långa vårdtiden på Akutmottagningen.

#### 4.5 Åtgärdsförslag

Återges även i bilaga 4: Handlingsplan för åtgärder.

Handlingsplanen är arbetsmaterial för uppdragsgivare. Handlingsplanen förändras eventuellt efter återföring, då dialog om möjligt genomförande av åtgärdsförslagen sker.

1.1: Utveckla stomiomläggningen på avdelningen tillsammans med Stomiterapeut och Kolorektalkirurg för att skriva rutin enligt senaste rön som relaterar till just omläggning och behandling av Ileostomi.

Rutinen får i förlängning även bli en rutin som ska vara känd på Akutkliniken via utbildning och rutinskrivning för hantering av ileostomi på Akutmottagning.

Det är viktigt att man observerar och tänker rätt vid olika typer av omläggningar så att man enkelt kan förstå då man inte ser "normala" företeelser. Patientens fistlar tömdes i stomipåsen enligt beskrivning av både undersköterskor och av Stomiterapeut. Detta är en signal om att kroppen hittar egna vägar då stopp i tarmen föreligger som vid ett "kroniskt" Ileustillstånd. Detta borde förmedlats till Kolorektalkirurg för bedömning innan patienten skrevs ut. Man kan således inte ge lavemang för att häva ett sådant Ileustillstånd, möjligen kan man få stomiområdet att bli rent enklare vid omläggning.

12.1: Vid utbildning rörande stomier för alla medarbetare på Akutmottagningen ska även rutiner i "Akut buk" aktualiseras i gruppen. Det är viktigt att inte bedöma patientens tillstånd utifrån det han tidigare sökt för. Det viktigt att i sin bedömning vara objektiv och följa rutiner.

2.1 , 2.2 & 3.1: Processåtgärd för besöksorsak "akut buksmärta" bör kompletteras med åtgärder helt framtagna från det utbildningsmaterial som Kirurgkliniken medarbetare kan bidra med och som blir grund för utbildningen på Akuten.

2.1, 2.2 & 3.1: Utbildning av Stomiterapeut och kirurgspecialist till Akutmottagningens läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, rörande "akut buksmärta". Utbildningen ska relatera till stomier av olika slag och vad som är specifikt för alla olika stomier.

4.1, 5.1 & 6.1: Använd alltid processåtgärder för "Akut buksmärta" vid besvär från buk, oavsett historik, för att säkerställa objektiv bedömning av varje patient.

7.2: Lägg till en rutin till processåtgärd för "akut buksmärta" att: Om specialistvård har förelegat inom en veckas gränssnitt ska specialisten konsulteras direkt, efter att ett första status tagits på Akuten för att en komplett vårdplan ska kunna göras för vården av patienten på Akuten. Intentionen är en snabb bedömning och vid behov snabb inläggning, med rätt åtgärder förberedda i det nya akuta skedet.

7.1: Diskutera denna händelse på Arbetsplatsträff och diskutera gärna hur den "perfekta" vårdprocessen hade sett ut samt hur man då skulle ha arbetat.

8.1 & 9.1: Använd detta patientfall för att i utbildningssyfte diskutera prioriteringsmetoderna som finns och hur de ska användas. Patienten nedprioriterades till gul patient vilket innebar att patienten kunde vänta på åtgärder. Då patienten fick blodtrycksfall omprioriterades patienten inte till röd, vilket hade gett ledningspersonalen möjlighet, att förstå att patienten hade behov av kontinuerliga vårdinsatser av sitt team. Team E hade då inte fått mer patienter så länge aktuell patients vårdbehov var akut.

## 5 Tidsåtgång

Tidsåtgång	Tid i timmar
För analysledare	45
För analysteam	36
För involverade (intervjuer, återkoppling etc.)	5
SUMMA	86 timmar totalt

## 6 Uppdragsgivarens kommentarer

### 6.1 Åtgärder

I Händelseanalysen lyfts ett flertal åtgärdsförslag kopplade till själva händelsen samt förslag kopplade till bifynd. Kommenterar samtliga dessa nedan.

#### **1.1: Utveckla stomiomläggningen på avdelningen tillsammans med Stomiterapeut och Kolorektalkirurg för att skriva rutin enligt senaste rön som relaterar till just omläggning och behandling av Ileostomi.**

Då detta åtgärdsförslag berör annan verksamhet än Akutkliniken i första läget så avstår jag här från att kommentera huruvida detta skall genomföras eller ej och vilken tidsplan som skulle behövas för det.

Om en rutin tas fram behöver den informeras om på Akutkliniken och de lämpligen ex i samband med Utbildningsdagar för att om möjligt nå en så stor del av personalen som möjligt. Utb dagaran planeras med relativt lång framförhållning så genomförandet av sådan information och utbildning kan jag inte avgöra innan dess att en tidsplan för upprättande av rutin finns. Fanns en framtagen rutin så skulle det dock vara ett stöd för verksamheten på akutmottagningen.

**Genomförande:** X antal månader efter inrättande av rutin för stomiomläggning och behandling.

#### **12.1: Vid utbildning rörande stomier för alla medarbetare på Akutmottagningen ska även rutiner i "Akut buk smärta" aktualiseras i gruppen. Det är viktigt att inte bedöma patientens tillstånd utifrån det han tidigare sökt för. Det viktigt att i sin bedömning vara objektiv och följa rutiner.**

Lämpligen planeras detta med aktualisering av processåtgärder för "Akut buksmärta" in tillsammans med den föreslagna framtagna rutinen i samband med gruppdagar. När detta kan ske beror på när en sådan rutin förväntas kunna vara klar.

**Genomförande:** X antal månader efter inrättande av rutin för stomiomläggning och behandling.

Beträffande premature closure – att inte bedöma patienten utifrån vad de tidigare sökt för – så är det ett återkommande tema i samband med utbildning av våra akutläkare och lyfts i ett flertal sammanhang. Detta belyser återigen vikten av det

**Genomförande:** Görs redan kontinuerligt så betraktas som genomfört.

#### **2.1 , 2.2 & 3.1: Rutin för Akut buk bör kompletteras med åtgärder helt framtagna från det utbildningsmaterial som Kirurgklinikens medarbetare kan bidra med och som blir grund för utbildningen på Akuten.**

Se ovan under åtgärdsförslag 1.1 och 12.1

**Genomförande:** X antal månader efter inrättande av rutin för stomiomläggning och behandling.

#### **2.1, 2.2 & 3.1: Utbildning av Stomiterapeut och kirurgspecialist till Akutmottagningens läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, rörande "akut buk". Utbildningen ska relatera till stomier av olika slag och vad som är specifikt för alla olika stomier.**

Se ovan under åtgärdsförslag 1.1 och 12.1. Görs i samband med gruppdagar enligt ovan.

**Genomförande:** X antal månader efter inrättande av rutin för stomiömläggning och behandling.

**4.1, 5.1 & 6.1: Använd alltid processåtgärder för "Akut buksmärta" vid besvär från buk, oavsett historik för att säkerställa objektiv bedömning av varje patient.**

Detta framgår redan i befintliga rutiner. I det här fallet har ett avsteg från befintliga rutiner gjorts, ev pga premature closure kopplat till tidigare vårdtillfälle samt kännedom om patienten sedan tidigare.

**Genomförande:** Rutin finns, så betraktas som genomfört. Kommer påminnas om detta i samband med genomgång av aktuellt ärende på kliniken.

**7.2: Lägg till i rutin relaterad till besöksorsak för "Akut buksmärta" att: Om specialistvård har förelegat inom en veckas gränssnitt ska specialisten konsulteras direkt, efter att ett första status tagits på Akuten för att en komplett vårdplan ska kunna göras för vården av patienten på Akuten. Intentionen är en snabb bedömning och vid behov snabb inläggning, med rätt åtgärder förberedda i det nya akuta skedet.**

Detta behöver utvecklas ytterligare och förklaras hur det skulle gå till och vad som menas. Dels för att det inte finns specialistkompetens på området 24:7 och dels då möjlighet till kontakt med specialist måhända kan vara än viktigare innan det att patienten har kommit till akutmottagningen.

Om den specialist som åsyftas är likställd med kirurg mellanjour på US så behöver det då också tydliggöras vilka krav det krävs på inställetid för bedömning av mellanjour på akutmottagningen. Om en snabb bedömning är möjlig och kan garanteras så skulle det kunna vara en framkomlig väg.

**Genomförande:** Oklart

**7.1: Diskutera denna händelse på Arbetsplatsträff och diskutera gärna hur den "perfekta" vårdprocessen hade sett ut samt hur man då skulle ha arbetat.**

Kan planeras in och genomföras efter det att Händelseanalysen har presenterats för samtliga intervjuade. Formen hur det skall gå till och göras på ett intressant och lärande sätt behöver diskuteras, i det arbetet önskar jag involvera medarbetare som var med och tog hand om patienten vid det aktuella tillfället.

**Genomförande:** Planeras att genomföras första kvartalet 2020.

**8.1 & 9.1: Använd detta patientfall för att i utbildningssyfte diskutera prioriteringsmetoderna som finns och hur de ska användas.**

Detta kommer kunna ske i samband med falldragning på APT och i samband med utbildningsdagar med tema "Akut buk"

**Genomförande:** Planeras att genomföras första kvartalet 2020 samt i samband med gruppdagar enligt tidigare punkter.

### **Brist på digital omvårdnadsjournal.**

Ett projekt är initierat tillsammans med länets andra akutmottagningar för att se över möjligheterna till digitalisering. Projektet är initierat oberoende av et här ärendet, men ett av de primära syftena är att få till en bättre omvårdnadsdokumentation. Ett första möte är inplanerat, men när ett ev genomförande kan vara klart kan jag idag enbart spekulera kring.

### **Läkarens journalföring görs i en sammanfattande text**

Detta kommer kunna hänga ihop med punkten ovan. Mindre justeringar innan dess kan komma att bli aktuellt.

## **6.2 Återkoppling**

Återkopplingen till verksamheten av händelseanalysen planeras ske i flera steg.

**Steg 1:** Inbjudan till samtliga som varit delaktiga i Händelseanalysen (HA) såväl de som intervjuats (oavsett kliniktilhörighet) som analysteam till en återföring av HA i sin helhet inklusive föreslagna åtgärder. Förslagsvis så presenteras HA av analysledaren. Vid återföringen deltar även jag såsom uppdragsgivare och ev ytterligare personer med personalansvar.

**Genomförande:** December 2019

**Steg 2:** I inbjudan kommer det att framgå att jag vill att de som blivit intervjuade och som deltar i samband med återkopplingen skall överväga om de kan tänka sig att aktivt delta i en återföring till hela kliniken i samband med APT och gruppdagar.

**Genomförande:** Besked 2 veckor efter genomfört återkoppling till om intresse finns att bidra med återkoppling till hela kliniken

**Steg 3a:** Om ja. Planering av återkoppling sker med de som visat intresse av det. Metodstöd kan komma att åberopas från ex Stab och/eller Chefläkarkansliet. Återföring kan komma att planeras som ex en M&M konferens.

**Genomförande:** Förberedelsetid på ca 6-8 veckor.

**Steg 3b:** Om nej. Återföring hålls av analysledare och uppdragsgivare i samband med APT och gruppdagar.

**Steg 4:** Återföring utifrån vad som beslutas ovan sker på APT och gruppdagar.

**Genomförande:** På APT i januari alternativt februari 2020 utifrån vad som beslutas ovan under steg 3 a resp 3 b. Genomgång sker även i samband med Gruppdagar när Akut buk och uppdaterad stomirutin planeras in utifrån åtgärdsförslag ovan.



### **6.3 Uppföljning**

Uppföljning sker ett halvår efter genomförda åtgärder. Sannolikt tidigt hösten 2020 om det inte skall ske innan dess att gruppdagar är genomförda. Ansvarig för kallelse till denna uppföljning är Chefläkarfunktionen.

## 7 Ordförklaringar

Allvarlig vårdskada	Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som 1. Är bestående och inte ringa, eller 2. Har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Bakomliggande orsak (BO)	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
BO: Procedurer, rutiner och riktlinjer	Rutiner/instruktioner, tid, transport och leverans, utförande, vårdnivå
BO: Omgivning	Arbetsmiljö, bemanning/schema, förhållande, stress.
BO: utbildning och kompetens	Handledning, introduktion, utbildning/kunskap.
BO: Teknik, utrustning och apparatur	Användargränssnitt, funktion, rutiner, instruktioner, bruksanvisning
BO: Kommunikation och information	Information och kommunikation mellan vårdgivare och patient eller mellan vårdgivare, skriftligt och muntligt.
Bladderscan	BladderScan är en portabel och användarvänlig ultraljudsmätare som snabbt och noggrant mäter volymen i urinblåsan. Blåsvolymen mäts med en volumetrisk 3D probe och efter några sekunder presenteras resultatet på apparatens display. Man kan med BladderScan undvika onödig kateterisering..
Colostomi	Stomi där avföring från tjocktarm (Colon)kommer ut i en påse som är klistrad på huden runt stomi (läs mer under "stomi" nedan).
Felhändelse	Något som man normalt först i efterhand kan konstateras gick fel i en Delhändelse och som beskrivs i analysgraf som under lag för att komma fram till bakomliggande orsak till felhändelsen.
Händelseanalys	Systematisk identifiering av orsaker till en negativ händelse eller ett tillbud
Ileus	Ileus är latin för grekiskans <i>eileos</i> , som i sin tur kommer från grekiskans <i>eilein</i> , "tränga på, trängas; vrida sig" - att jämföra med svenskans tarmvred. Vid ileus är passagen i mag-tarm-kanalen upphävd. Strangulation (ischemi) av tarm är en livshotande komplikation till ileus och utgör en av de "the big five", d v s en av de fem mest akuta bakomliggande diagnoserna vid akuta buksmärter Det kan uppstå vid alla typer av ileus. Ileus kan drabba både tunntarm och tjocktarm med olika symtombilder som resultat. Även inom gruppen mekaniska tunntarmsileus varierar den kliniska bilden beroende på hindrets nivå, och ileus hör enligt vår egen erfarenhet till de diagnoser som är lättast att missa tidigt i sjukdomsförloppet.
Ileostomi	En <b>ileostomi</b> är operativt anlagd öppning (stomi/stoma) i nedre delen av tunntarmen (ileum) som förs ut genom bukväggen till huden så att avföring kan tömmas ut. Den kan vara temporär eller permanent (läs mer under "stomi" nedan).
Klyx®	Lavemang som ges på indikation; förstoppning eller för tarmtömning vid olika typer av undersökningar exempelvis röntgen av bäckenregionen.

M & M konferens	Mortalitets och Morbiditetskonferens som genomförs i läkargrupper inom klinik. Konferens för dialog, diskussion och utveckling i vårdarbete.
Negativ händelse	Händelse som medfört skada/vårdskada
Prioritering	Genomförs på varje patient som söker Akutmottagning inom Region Östergötland. Prioriteringen sköts med hjälp av en systematisk och evidensbaserad värdering utifrån metoden RETTS (se förklaring nedan).
Politiskt beslutade "fyrtimmarsregeln"	Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Östergötland antog 2015 ett beslut om att alla patienter som kommer till en Akutmottagning i Östergötland ska ha fått vård, behandling, inläggning eller hemgång inom fyra timmar.
Processåtgärd	Evidensbaserat material som ger åtgärder utifrån patientens "besöksorsak" som i detta fall rörde "akut buksmärta".
RETTS	RETTS, Rapid Emergency Triage and Treatment System, fungerar så att man vid första undersökningen mäter och bedömer ett antal vitalparametrar (VP), samt fångar en standardiserad och strukturerad anamnes, ESS (Emergency Symptoms and Signs), besöksorsak och aktuella symtom. Vitala parametrar tillsammans med ESS ger rekommendationer om prioritetsnivå och på vilket sätt patienten behöver provtagning och/eller övervakning.
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Spasmofen®	Läkemedel som ges som suppositorium pga smärtor av olika slag, där morfin och opiater kommer ifråga, t ex vid spastiska kramptillstånd i glatt muskulatur, särskilt i gall- och urogenitalia samt mag-tarmkanalen.
Stomi	En stomi är resultatet av en operation som är avsedd att ta bort sjukdom och lindra symtom. Det är en konstgjord öppning som låter avföring eller urin från tarmen eller urinvägen passera.
Stomiterapeut	Legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning (30 p) för arbete med patienter som fått någon typ av stomi.
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra skada/vårdskada
Triagering	Triage är en bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad utifrån RETTS; anamnes, symtom och vitalparametrar. Bedömningen resulterar i en gradering, oftast mellan 1 och 5 (eller färgerna röd, orange, gul, grön och blå) som anger hur länge det är medicinskt säkert för patienten att vänta på en första läkarkontakt. Triagenivå 1 (röd) kräver omedelbar läkarkontakt medan det med nivå 5 (blå) anses vara säkert för patienten att vänta upp till fyra timmar, beroende på triagesystem. Vitalparametrar är patientens uppmätta andningsfrekvens, saturation, puls, blodtryck, kroppstemperatur och vakenhetsgrad.
Vårdskada	Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Patientsäkerhetslag 2010:659)
Vårdskadekostnader	De merkostnader som en negativ händelse genererat, exempelvis till följd av förlängd vårdtid och/eller vård på högre vårdnivå

## 8 Bilagor

Bilaga 1: Analysgraf

Bilaga 2: Rutin för Triage och Retts på Akutmottagningen

Bilaga 3: Rutin för omvårdnad på Akutmottagningen

Bilaga 4: Handlingsplan för åtgärdsförslag OBS; arbetsmaterial för uppdragsgivare. Handlingsplanen förändras eventuellt efter återföring då dialog om möjligt genomförande av åtgärdsförslagen sker.

## 9 Referenser

**Vårdhandboken: Om olika stomityper**

<https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/tarmfunktion/stomi/stomityper/>

**Internetmedicin om Akut buk:**

<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3035>

**Bilder som stöd för RETTS bedömning:**

[https://www.google.com/search?q=RETTS&safe=active&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=3w1a3Tje0h5uEM%253A%252CbV\\_ndqTL80DcoM%252C\\_&vet=1&usg=AI4\\_kTLaSWkcB9YcPHPX4IDkFF\\_iJMBKw&sa=X&ved=2ahUKewiSqarb5qDIAhVPIIsKHQKAANYQ9QEwBnoECAYQCQ#imgrc=3w1a3Tje0h5uEM:](https://www.google.com/search?q=RETTS&safe=active&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=3w1a3Tje0h5uEM%253A%252CbV_ndqTL80DcoM%252C_&vet=1&usg=AI4_kTLaSWkcB9YcPHPX4IDkFF_iJMBKw&sa=X&ved=2ahUKewiSqarb5qDIAhVPIIsKHQKAANYQ9QEwBnoECAYQCQ#imgrc=3w1a3Tje0h5uEM:)

**Internetmedicin om Ileus**

<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3220>