

Tid för händelse

2019- 07- 22 till 19- 07- 24 KAVA

2019- 07- 26 kl 1630 på Akutmott

Patient tidigare drabbad av pankreascancer, Diabetes, autoimmun tarmsjukdom, tidigare ileustillstånd, Ileostomi efter återkommande bukoperationer med fistelgångar samt bräck.

1. Patienten inlagd på KAVA pga Ileustillstånd orsakat av ett bräck. Patienten skrivs ut den 24 juli med ett flöde i stomin och med kvarstående smärta i rygg.

1. Klyx används vid varje stomiömläggning trots flöde i stomin och i fistlar vilket påverkar handläggning på akuten i ett senare skede.

2. Nya fistlar identifierade av stomiterapeut. Detta kommuniceras inte till läkare.

1.1 Akutens läkare kontrollerar vilka åtgärder som vidtagits på kirurgavdelning vid den tidigare inläggningen och ger likvärdig ordination 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 Stomiterapeuten var på avdelningen i annat ärende och blev tillfrågad för råd vid omläggning av patienten.

Stomiterapeuten känner patienten väl och ser de nya fistlarna som hon vill att en kolorektalkirurg ska kallas att titta på innan utskrivning. Detta ska medarbetaren ordna. Plan är också att stomiterapeuten ska ta upp patienten på nästa veckas sektionmöte då Stomiterapeuten ser behov av uppföljning. Det blir inte tillfälle för detta då patienten kom åter till Akutmottagningen med nya akuta symtom, två dagar senare.

Patientens utskrivningsstatus kontrolleras inte av specialist eftersom läkare med specialistkompetens som Kolorektalkirurg inte kallas 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.

2. Patienten skickas från vårdcentralen pga 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. Patienten är blek, grå i huden och kallsvettig.

2.1 Patienten tas inte omhand utifrån processåtgärder för "akut buksmärta".

2.2 Kirurgläkare kontaktas inte för bedömning av den nyss utskrivna patienten.

2.1 I journal kan man ta del av hur man löst det tidigare ileustillstånd patienten blivit inlagd för den 22/ 7. Behandlingen som då tolkades lösa problemet, var den behandling med återkommande Klyxbehandling som man genomförde på avdelningen.

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 den 22/ 9.

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 Patienten skrivs 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.

Utbildning & kompetens

Tunnarm drabbas inte av förstoppning såsom en tjockarm gör. Det finns ingen känd vetenskap som stärker rutinen att slentrianmässigt klyxa i en ileostomi vid omläggning

1.1 Utveckla stomiömläggningen på avdelningen tillsammans med stomiterapeut och kolorektalkirurg för att skriva rutin enligt senaste rön

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

Utbildning & kompetens

Bristande kunskap rörande skillnader mellan olika typer av stomier. Tunntarm blir inte förstoppad.

2.1, 2.2 & 3.1 Utbildning av stomiterapeut och kirurgspecialist till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor rörande akut buktillstånd som relaterar till stomier av olika slag och vad som är specifikt för alla olika stomier.

Procedurer/ rutiner & 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.

2.1 & 2.2 Processåtgärder för "akut buksmärta" bör kompletteras med åtgärder helt framtagna från det utbildningsmaterial som blir grund för utbildningen på akuten.

kl 17.17

kl 17.25

kl 20.15

Kl 20.45

ca kl 21.00

3. Klyxk är ordinerat och ska ges av sjuksköterska.
3.1 Klyx ordinerats trots att tunntarm inte drabbas av förstoppning.

4. Patienten flyttas till rum 29 och vårdas nu inte längre på en övervakningsplats.
4.1 Patienten prioriteras till att bli gul, en lägre prioritering än vid ankomst.

5. Tidigare tagna prover ca kl 16.30 analyseras efter ordination.
5.1 Fördröjd provanalys ca tre timmar.

6. Klyx 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 förväntat fyratimmars-vård.

7. Patienten är hungrig och serveras nyponsoppa och smörgås.
7.1 Det finns ingen planering för att patienten ska "svälta!"
7.2 Dialog förs inte med kirurgspecialist direkt i det första omhändertagandet av patienten 16.30.

3.1 Man tror att man ska lösa ett ileustillstånd med hjälp av klyx om man får bort en förstoppning.

4.1 Patienten är stabil i sina vitala parametrar

5.1 Ett mejl från en akutläkare har gått ut till alla medarbetare där man har kommenterat vikten av att inte släntrianmässigt ta prover.

6.1 Patienten har prioriterats som gul patient vilket inte skickar signal till ledningspersonal om att patienten har akuta vårdbehov och den politiskt beslutade "fyratimmarsregeln" fungerar aldrig.

7.1 Patientens förmodade förstoppning är hävd med klyx som gett gott resultat.

7.2 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.

I journal från KAVA kan man se att patienten återkommande har behandlats med klyx. Tolkningen är att det löst patientens problem.

Patientens tillstånd känns igen sedan föregående akutbesök och patienten upplevs inte vara försämrad i jämförelse med det förra akutbesöket som resulterade i inläggning.

Ansvarig Sjuksköterska vill invänta ordination från läkare och för en dialog med teamläkare som vill avvakta provtagning.

Patienten är akut sjuk men helhetsbilden förvirras av en tanke rörande förstoppning kombinerat med vilja att lösa 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 som dessutom gav positivt svar som visade på att man löst "förstoppningen".

Utbildning & kompetens
Istället för ett bredare perspektiv för diagnos som vid "akut buk" finns ett fokus på att patientens problem orsakas av förstoppning.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Man avstår att använda rutinen för "Akut buk". Fokus är istället förstoppning, ge vätska, ge lavemang, patient kan gå hem.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Patienten hanteras inte enligt rutin för "Akut buk".

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
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.

3.1 Se tidigare förslag om utbildning rörande stomier under 2.1.

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.

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

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 på akuten.

ca kl 22.15

ca kl 22.45

ca kl 23.22

ca kl 00.00

2019- 09- 27 kl 01

8. 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.

9. Patienten får ytterligare ett blodtrycksfall under besök på toalett och i samband med detta rivs stomipåsen sönder på patienten och en sanering måste påbörjas.
9.1. Patient som nyss haft blodtrycksfall får gå på toalett.

10. 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.

11. Patienten får smärtlindring; två Panodil® 500 mg samt en subcutan injektion Spasmofen® (misstanke om att smärta kan vara orsakad av njursten). 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 ordineras 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.

12. Team A tar över patienten. Nya vitala parametrar tagna. Nytt EKG taget. Patienten flyttas till Akutrum 2:2. (nära Ledningspersonal) Klockan 01.25 tas en ny venös blodgas tas. Klockan 01.30 tas nya vitala parametrar. Klockan 01.50 får patienten ytterligare ett Ringer-Acetat® 1000 ml intravenöst. Team A läkare tar kontakt och konsulterar kirurgjour.
12.1 Bristande kontroll av patientens blodvolymstatus vilket medför risk för över- eller undervätskning.

8.1 Ledningsläkare uppfattar patienten som svårt sjuk och framför detta med flera förslag på möjliga orsaker.

9.1 Trots att patienten får ett tydligt blodtrycksfall för andra gången omhändertas inte patienten som urakut.

Patienten är nerprioriterad till gul och det gör att ledningspersonal ger fler ambulansfall till Teamet under tiden som man avvaktar om patienten får bra effekt av klyx samt mat.

Patienten bedöms må bra igen och teamet måste lämna patienten på toaletten för att möta upp inkommande ambulans.

Ledningspersonal ger mer arbete till teamet då deras helhetsbild baseras på aktuell vårdtyngd som i sin tur baseras på den prioritering respektive teamläkare gör på sina patienter då så behövs.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Patienten omprioriteras inte till röd patient då patienten drabbas av blodtrycksfall vid första tillfället.

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

12.1 Ambulanspersonalen har rapporterat att patienten haft svårt att kissa senaste dygnet. Detta har inte följts upp på akutmottagningen med bladderscan av blåsa eller urinmätning. KAD har ej satts.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Man arbetar inte utifrån rutinerna för "Akut buk." (processåtgärder finns för ssk)

12.1
Vid utbildning rörande stomier för alla medarbetare ska även rutiner i "Akut buk " aktualiseras i gruppen

ca kl 02

ca kl 03

19- 07- 27 ca kl 04. 57 postop

13. 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.

14. 03.10 patienten planeras till operation och klockan 03.15 får patienten ytterligare en Infusion Ringer- Acetat 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.

"Sammanfattningsvis kronisk tunntarmsileus till följd av knickning/ strangulation av distal tunntarm alldeles före ileostomin med fistelbildning till huden. Patienten har 6 liter avföring stående i buken vid operation. Buken är 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. Efter vård på kirurgavdelning fram till 19 08- 22 kan patienten skrivas ut till hemmet.

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