

# Komplikationer ur assistentens perspektiv

Linköpings endoskopidagar



Varför hålla en föreläsning  
kring komplikationer ur  
assistentens perspektiv?



Öka patientsäkerheten

Ansvar för  
patienten

Fördelningen av  
arbetsuppgifterna som  
uppstår kring en  
komplikation

Känna teamkänsla  
i det negativt  
laddade  
komplikation



# Det är när vi ser ut så här





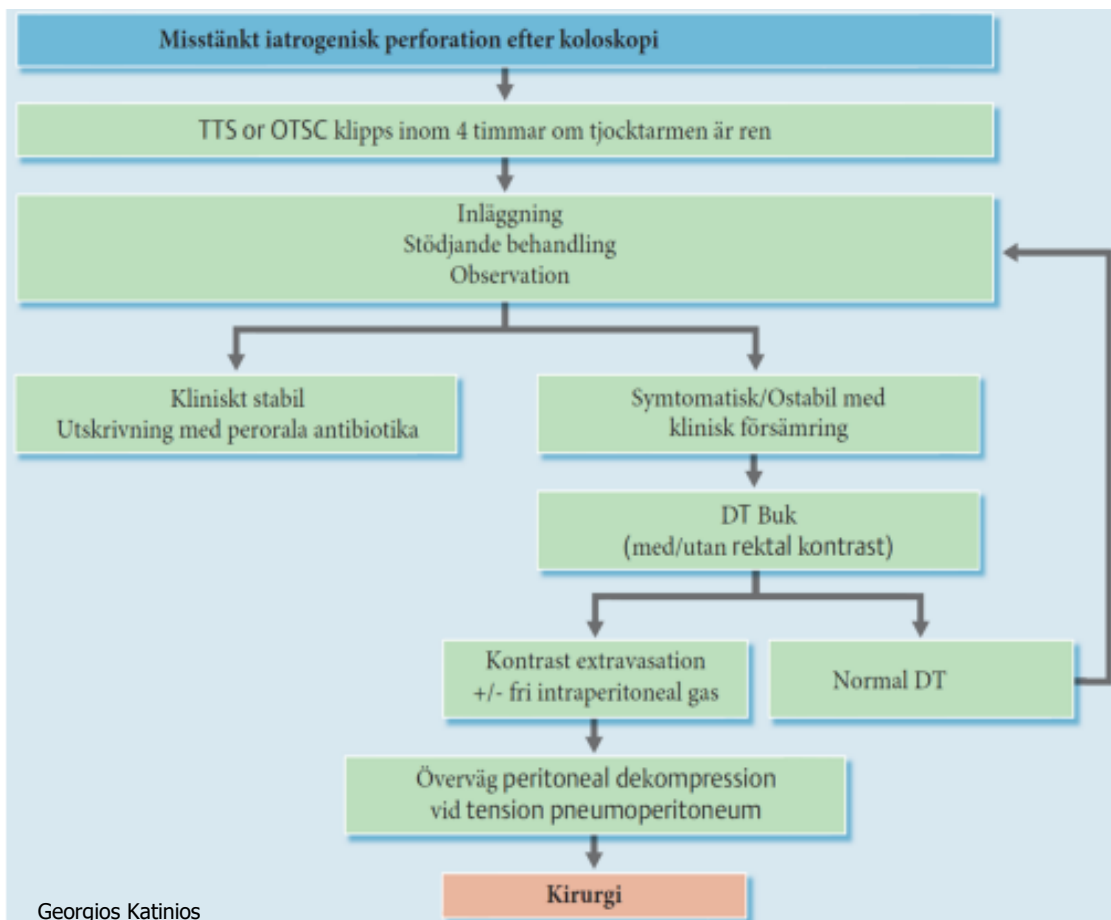
# Och kanske behöver hjälp av dom här...

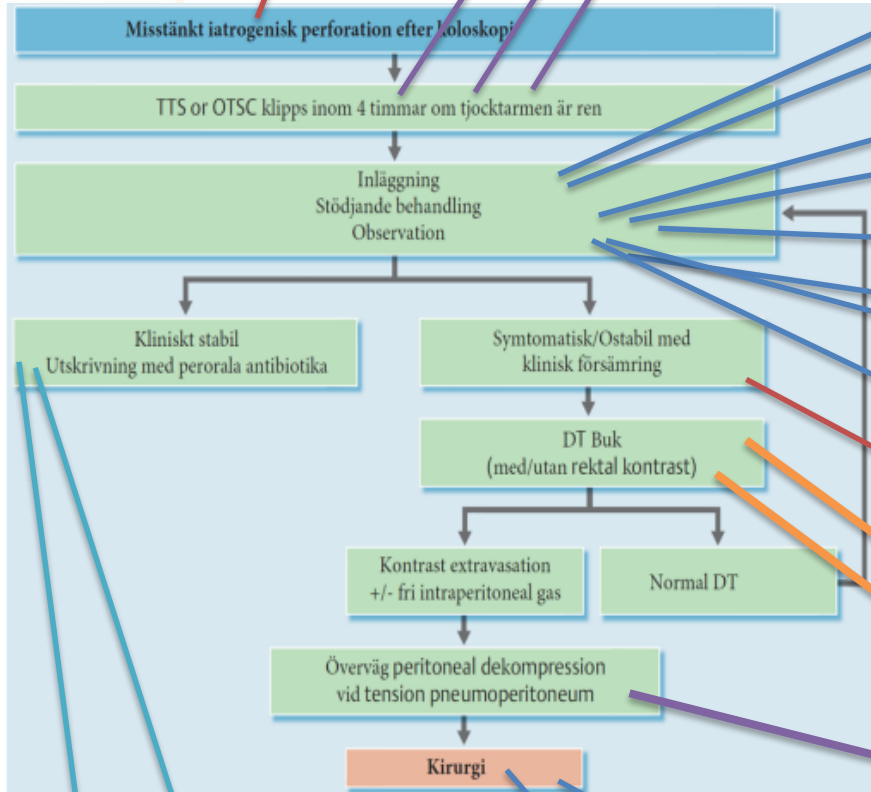
- Vad händer innan vi har kommit hit?





# Algoritm tagit ur PM för perforation vid koloskopi





Skopist informerar SSK/assistent på sal och planerar för vidare handläggning

Förmedla ut till personal att fler clips eller specialclips behöver hämtas

Önskar skopist stänga perforationen själv eller behöver kollega tillkallas? Vem kontaktar?

Har assistenten kunskap om specialclips ska sättas eller behövs annan personal?

Antibiotika, I.V infusion, provtagning? Vem gör?

Koordinator på endoskopi kontaktar koordinator på vårdavdelningen förbereda ev inläggning

Kan annan läkare hjälpa till kontakta ansvarig läkare på avdelning för rapport och VUL?

I väntan på plats på avd vem ansvarar för patienten samt upprätthåller dokumentation samt kontrollerar kliniska parametrar

Koordinator på vårdavd förbereder plats + inläggning, kontaktar vårdplatskoordinator om akutinläggning

Transport till avdelningen- Boka/vem går?

Informera patienten och ev anhöriga för vidare planering

Rapport från ansvarig SSK skopin till SSK på avdelning (rtg, prover, parametrar, AB, fasta, I.V-infusion

Vårdnivå, kontroll av vitalparametrar, vem ansvarar Övrigt endoskopiprogram, finns personal?

Anläggning av större storlek på PVK r/t kontrast, krav från röntgen?

Finns aktuellt krea på patienten inför röntgen?

Vilken vårdnivå är lämplig?

Planing/uppföljning via VC?  
Nytt besök via endoskopi?  
Prover för uppföljning?

OP-beslut behöver skrivas

Narkosbedömning – ev optimering?

7 Utskrivning av patienten, sjukresa, information m.m



# Min första erfarenhet av endoskopisk komplikation

- Anställd ca 1 mån då jag mötte begreppet "ESD" i tidboken

Patienten förbereds likt en vanlig koloskopi, saknar uppgifter då jag saknar behörighet i NPÖ och patienten kommer utomläns så har endast läst remiss.

Mitt första möte med Olga – ingen känner varandra och vet vilka vi är.





# Självklart uppstår komplikation!

- Uppstår flera blödningar med försök till endoskopisk åtgärd.
- Kirurgjour och anestesijour tillkallas
- Långt ingrepp som ej kan fullföljas
- Inläggning och överflyttning till BRIVA då vi har inte dokumenterat parametrar eller har något utgångsstatus på patienten.

→ Komplikationen hade ändå uppstått MEN osäkerheten och okunskapen hos mig som assistent bidrar till fördröjningar i patienthanteringen och orsakar onödiga störningar hos skoperande läkare



# Hur ska vi tänka då?

- På kliniken har vi utfärdat ett PM för patienter som planeras för ESD, där en separat del är utfärdat för omvårdnaden kring patienten samt kontroller och ev handhavande vid inläggning. Detta bör utfärdas för fler (alla) PM gällande endoskopiska undersökningar
- Om assisterande personal vet om förloppet och handhavandet vid en komplikation är det lättare att främja arbetet för läkaren/skopisten.
- Skapa en trygghet i teamet för allas skull



## THE S.A.C.R.E.D. TEAM-CENTRED APPROACH TO ADVANCED GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY: EUROPEAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (ESGE) POSITION STATEMENT

Hey-Long Ching<sup>1</sup>, Michelle S. Lau<sup>1</sup>, Iman A. Azmy<sup>2</sup>, Andrew D. Hopper<sup>1,3</sup>, Martin Keuchel<sup>4</sup>, Tibor Gyökeres<sup>5</sup>, Roman Kuvaev<sup>6,7</sup>, Elisabeth Macken<sup>8</sup>, Pradeep Bhandari<sup>9</sup>, Mo Thoufeeq<sup>1</sup>, Philippe Leclercq<sup>10</sup>, Matthew Rutter<sup>11,12</sup>, Andrew M. Veitch<sup>13</sup>, Raf Bisschops<sup>14</sup>, David S. Sanders<sup>1</sup>.

- En grupp av experter från ESGE har skapat SACRED-filosofi. Den ska introducera till nästa utbildningsnivå för avancerade endoskopiundersökningar.
- ESGE vill flytta uppmärksamheten bort från att enbart utveckla skopisten till att hela endoskopiteamet har nytta av att genomgå utbildning tillsammans som enhet.





# Kort om SACRED

- S** selektion – formaliserad handläggning av varje patient med ett MDT rekommenderas och är fördelaktig för endoskopiska ingrepp
- A** acceptera att alla kan göra misstag, ingen är ensam ansvarig och ha en "no-blame" kultur
- C** komplikation – det ska finnas etablerade och lämpligt handhavande vid uppkomst av komplikation
- R** (rekognosering) vid avgörande endoskopiska interventioner bör skopisten engagera hela teamet och detta ska besvaras av teamet.
- E** (envelopment) information lämnas till patienten. Förutbestämda alternativa handlingsplaner bör finnas innan start.
- D** dokumentation ska finnas innan, under och efter.



## Avslutningsvis

- Vid upprättandet av PM/arbetsbeskrivningar bör det skrivas separat del som berör omvårdnad och administration som sker vid en komplikation
- Detta är ett osynligt arbete som man inte får kunskap om förens det sker

Om det finns en teoretisk grund att stödja sig mot som assistent blir handhavandet kring patienten säkrare och planering för patientens flöde underlättas.

Man vet aldrig när en komplikation uppstår men när det händer ska varje medarbetare känna sig trygg med hanteringen av den



# TACK