

2018- 06- 28

2018- 06- 28 kl. 19.00

2018- 06- 29 kl. 03

2018- 06- 29 kl. 12 MAVA

2018- 06- 30 förmiddag KAVA

Patienten är en 79- årig man som är njur- och kärlsjuk. Han har även ett känt thorakalt aneurysm som mäter 5 cm. Utredning från vårdcentralen pågår angående bukobehag och han har dagen innan avslutat en antibiotikakur mot ulcus. DT (datortomografi/ skiktröntgen) med inriktning buk utan kontrast är utförd 180621. Patienten inkommer med andningskorrelerad smärta lateralt till vänster i bröstet.

1. Patienten kommer till akutmottagningen och träffar LÄK 1 som bedömer att smärtan är muskuloskeletal pga lokal palpationsömheter över bröstkorgen. Krea stigit från 200 till 292, kalium 5,6 (omkontroll 5,9) BT 152/ 111 och puls 60. Patienten har en känd njursvikt och läggs in på MAVA pga högt krea och högt kaliumvärde. Patienten har haft besvär med diarréer. Uppvätskas och behandlas med Resonium. Hjärtskademarkörer + EKG är u.a. Telemetri kopplas. Troponin- T 56- 62 - utan signifikant skillnad och lätt förhöjt pga högt krea. Enligt SSK 1 anteckning har patienten smärta över bröstet med utstrålning mot rygg och mage.

2. Labprover tas som visar att kreatininet sjunkit till 269 från 292. Kalium sjunkit till 4,9 från 5,9 efter Resonium. BT 128/ 93

3. Undersökning av smärtan görs av LÄK 2, LÄK 3 samt sjukgymnast. Bedöms som myalgi. Patienten får svar på DT- buk som är beställd från primärvården och utfördes 20180621. I samband med antibiotikakuren fått diarréer som har gått över. Kalium och kreatinin är i balans, värdena har förbättrats efter uppvätskning och behandling med Resonium. Dotter och LÄK 2 samtalar i telefon för att dottern är orolig för pappan och önskar fler undersökningar för att diagnostisera smärtan. Efter samtalet med dottern återvänder LÄK 2 till patienten för att göra en ytterligare undersökning. Patienten skickas hem med smärtlindring. Kopia på aktuellt vårdtillfälle skickas till ansvarig njurläkare för bedömning om tidigare lagd kontroll av njurvården.

Anhöriga upplever att de inte får gehör för sina åsikter tex om smärtans karaktär och den planerade hemgången samt att rupturen missas p.g.a. att diagnostiseringen inte är tillräcklig. Otillräcklig uppföljning av elektrolyttrubningen och njursvikten. Värdena har förbättrats men inte stabiliserats.

4. Patienten söker igen pga smärtor i buken. Patienten upplever att smärtorna i bröstkorgen har gått i viss regress men att smärtorna i buken ökat och strålar mot ryggen, korrelerade till rörelse. Läggs in på KAVA. Kalium 6,0, Krea 287 BT 150/ 100. DT thorax/ buk utan kontrast utförs kl. 12:41 enligt planeringen i intagningsanteckning. DT jämfört med 20171109 och 20180621 visar att aneurysmet kan ökat någon millimeter. Enligt utomstående kärlkirurg är detta inom felmarginal. Inga direkta/ indirekta tecken på dissektion. Behandlas ånyo med Resonium, och vätska. Kl. 16.39 NEWS är u.a. Patienten är uppegående och vitalparametrar är stabila.

Anhöriga upplever att de inte fått vara delaktiga i beslutet att genomföra DT utan kontrast samt att diagnostiseringen inte är tillräcklig. Eventuellt otillräcklig övervakningsnivå.

Analysteamet beaktar om uppföljningen av elektrolyttrubningen och njursvikten under vårdtillfället är otillräcklig. Värdena hade förbättrats men inte stabiliserats och bedömningen är att elektrolyterna och njurvården hade förbättrats tillräckligt. Förklaring till smärtorna finns, som inte behöver akut åtgärd. Handläggningen av elektrolyt- och njurvården hade inte påverkat förloppet

Ingen återkoppling till dottern eftersom patienten informeras.

Kommunikationen gällande bakomliggande orsaker till beslutet angående DT utan kontrast har inte varit tydliga till anhöriga.

Verksamheten ansvarar för säker och ändamålsenlig vård.

Efter analysgruppens diskussion med utomstående kärlkirurg och röntgenläkare, och enligt bedömningen i intagningsanteckningen var det rimligt att göra DT utan kontrast i första skedet.

I första hand skall handläggning diskuteras med patienten.

Kommunikation & information
Kommunikationen har inte varit optimal mellan sjukvården och anhöriga(barn).

Vid behov ge patienten möjlighet att ta med anhöriga vid viktiga informationstillfällen enligt Patientlagen 2014:821 5 kap. 3 §.

2018- 06- 30 kl. 18.35 - 19.01

2018- 06- 30

2018- 06- 30

5. Patienten krampar till (blir omedelbart stel i hela kroppen, lyfter kroppen i bäge och faller sedan tillbaka helt blek) och blir medvetslös vilket bevittnas av undersköterska i samband med provtagning. HLR påbörjas genast. Första rytm PEA. Patienten får sedan bärande cirkulation. Fortsatt bradykardi, sedan asystoli efter 5 minuter. HLR fortsätter en knapp halvtimme med LUCAS.

6. Anhöriga anländer till KAVA. Ansvarig sjuksköterska tar emot anhöriga och berättar kortfattat om händelsen och följer sedan med anhöriga in till patienten. Frun får muntlig och skriftlig information av sjuksköterskan. Frun lägger informationsmaterialet i handväskan.

Anhöriga upplever att de inte har fått ett bra omhändertagande i samband med patientens dödsfall. Enligt anhöriga så blir de hänvisade in till ett rum där sjuksköterskan kortfattat (2 minuter) berättar om dödsfallet. Därefter blir de hänvisade till rummet där patienten ligger och de får gå in dit själva utan sjuksköterska. När de har tagit farväl av maken/ pappan får de gå hem utan någon muntlig eller skriftlig information. Barnen kommenterar att "vi blev inte ens bjudna på en kopp kaffe".

Patienten avlider i hjärtstopp.
Obduktionsutlåtande:
Rupturerat thorakalt aortaaneurysm (5 cm stort aneurysm med ett 1,5 cm lång ruptur).
Ingen synlig dissektion.
Hjärta uppvisar uttalade kroniska ischemiska skador.
Svår generell ateroskleros.
Obduktionsresultatet innebär att en hjärtdöd, pga arytm i utlöst av patientens kroniska hjärtsjukdom kan inte uteslutas.

Analysteamet kontrollerar om det var otillräcklig övervakningsnivå då patientens kaliumvärde var över normalvärde, men kaliumvärdet var inte inom riskvärdena för en högre övervakningsnivå (exempelvis Telemetriövervakning).

Tveksamt om befintliga rutiner täcker det aktuella mötet mellan anhöriga och personal.

Bifynd:
Ingen dokumentation från kirurgsjouren 20180630, detta har inte påverkat förloppet.

Bifynd:
Kärlkirurg blir kontaktad via telefon. Kärlkirurger har ingen formell jour/beredskap men svarar om de är tillgängliga.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Otillräckliga rutiner vad gäller omhändertagande av anhöriga vid dödsfall.

Uppdatera och förbättra befintliga rutiner genom att identifiera vad som är viktigt för anhöriga angående omhändertagande av anhöriga vid dödsfall. Förslagsvis samla anhöriga en stund vid en kopp kaffe innan de går hem för att fånga eventuella frågor och funderingar hos anhöriga. Informationsmaterial överlämnas med fördel vid denna stund.