

180312

180312

180529

180608

180628

180710

180720

Patient söker VC för ont i foten.

1. Helsa vårdcentral skriver remiss till röntgen. En vecka tidigare debut av smärta fot och fotled. Djup ventrombos och infektion har uteslutits. Plantar fasciit? Artros? Inflammationstecken?

Röntgensvar visar:  
Ingen skelettskada.  
Ingen atros eller artrit.  
Förändring är synlig på röntgen men missas.

2. Besök på ortopedmottagning. Remiss från vårdcentralen Helsa på grund av utdragen och svårbehandlad fotsmärta. Tendinit? Annan ortopedisk orsak? Bedöms som peroneustendinit. Recept analgetika. Remiss till Rehab Öst för tejpning och ultraljudsbehandling.

3. Ny remiss från vårdcentralen Helsa till ortopedkliniken. Efterfrågar ny bedömning, uppföljning. Patienten tål ej NSAID. Är försämrad i foten.

Remiss avvisas + brevsvar till remittent. Förslag på lokal kortisoninjektion via VC.

4. Telefonkontakt från distriktsläkare till ortopedjour. Önskar hjälp med kortisoninjektion.

Besök till ortopedmottagning ökas till läkare som träffat patienten tidigare. Prioritet inom 1 månad.

5. Patienten söker akutmottagningen på grund av ohållbar smärtsituation. Upplevde att det knakade till i foten. Bedöms av medicinjour. Prover tas, inget stegrat CRP, LPK. Kompletterar med SR och urat. Kortisonkur in samt Citodon. Har ett planerat återbesök till ortopedmottagningen 19/7.

Röntgen borde att utförts i och med att patienten söker för ohållbar smärta. Sorterad som medicinpatient med infektionsfokus. Påtittas ej av ortopedjour.

Förlitar sig på att patienten har ett kommande besök på ortopedmottagningen inom kort?!

6. Inlagd på kirurgkliniken på grund av ileus 18-20/7. 180720 Röntgen vänster fot beställs av kirurg då patienten påtalar smärta från foten som förvärrats sedan patienten trampat snett för en vecka sedan. Konsultremiss skrivs till ortopedkliniken.

Återbesöket 19/7 blir aldrig av.

Patienten inlagd för annan åkomma

Konsult skrivs från kirurgavd och bedömning sker den vägen istället.

#### Utbildning & kompetens

Från rtg- internutredning: Då muskuloskeletala tumörer är relativt sällsynta föreligger bristande erfarenhet av tumörer hos radiologer med fokus inom allmänradiologi.

Inte enbart läsa röntgensvar utan även titta på röntgenbilder. Återkoppla till röntgenläkare eller högre kompetens vid tveksamheter.

180720

180806

180813

180829

180904

180919

7. Bedöms av ortopedjour efter utskrivning från kirurgkliniken. Comminut sannolikt äldre frakturer i os calcaneus engagerande talocalcanealeden. Ingen fraktur eller felställning i fotleden. Beslut om totalkontaktgips. Återbesök till ortopedmottagningen efter 3 veckor för klinisk kontroll.

Rtg har jämfört bilderna med rtg från mars. Ser förändringar i calcaneus men dessa tolkas som enbart fraktur. Ortoped ej ifrågasatt röntgenutlåtande.

Informationsvägen –nivåbedömning trauma vs skada förbises.

Om rtg gjorts i samband med besök på AKM 10/7 istället för under vårdtiden på kir hade kanske andra frågeställningar väckts och bedömning av skada i relation till trauma fått en större betydelse?

Kommunikation & information  
Sekundärinformation kom via remiss.

Viktigt att tänka på skada i relation till trauma.

8. På ortopedmottagningen för gipsproblem under inläggande vård på kirurgkliniken. Skaver på fotrygg och värker i hälen. Omgipsas.

9. Planerat besök ortopedmottagningen. Foten svullen och uppdriven, distinkt smärta över calcaneus. Får cirkulärgips 4veckor, stegmarkera. Åb om 4 veckor med röntgen och då byte till ortos.

10. Söker ortopedmottagningen för gipsproblem –sitter för hårt. Omgipsas.

11. Söker ortopedmottagningen för gipsproblem –tilltagande smärta. Läkare kontaktas Blir ordinerad Norspanplåster. Planerat återbesök veckan efter skjuts upp till om 4 veckor.

Tilltagande smärta vid 1,5 månad gammal fraktur, borde ha omvärderat diagnos.

Bedöms av jourläkare som tillkallas till gipsrum.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer  
Läkare som tillkallas har inte överblick över hela vårdförloppet. Bristande kontinuitet.

PAL för icke opererade komplicerade återkommande patienter. Skapa rutin för hur dessa ska identifieras.

12. Planerad omgipsning hos sköterska. Kraftig svullnad och ökad smärta. Värmeökning och viss felställning. Dagjour tillkallas. djup ventrombos konstateras. Har nu haft gips i 8,5 veckor Röntgen visar kraftig urkalkning av skelettet i hälen. Kirurgen friar leverprover –ej misstanke om cancer i nuläget. Beslut om bygelgips som tillåter belastning. Tidigare planerat återbesök om 2 veckor får kvarstå.

1. Besöket var bokat före beslut om bygelgips. TCC-gips går bra att ha på röntgen.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer  
Vid besöket där beslut om bygelgips ändras inte nästkommande besök.

Rutin finns avseende att titta på planeringen när patienter gipsas om.

181002

181015

181018

181023

181023

181026 – 181116

13. Planerat återbesök med röntgen. Otydliga bilder på grund av bygelgipsen. Huden fin. Något mindre svullen sedan förra månaden. Möjlig misstanke om genomgången Charcotfot, i så fall behov av gips i ytterligare 2 månader. Återbesök till sjuksköterska om 4 veckor för omgips. Återbesök till läkare om 8 veckor med röntgen utan gips. Remiss CBCT utan gips drop in skrivs.

1. Gipset togs ej bort före rtg.  
2. Riktat in sig på fel diagnos. Omprövar inte tidigare beslut.

14. Extra återbesök med röntgen, CBCT utan gips. Beslut om fortsatt gipsbehandling. Dagjour tillkallas. Beslut om fortsatt gipsbehandling. Misstänkt granulom utvecklats lateralt. Växt på sig och varit lättblödande. Lapiseras.

Ej granulom utan tumorsuppressivning.

Tror att det blivit sår av gipsen. Ingen anteckning om hud vid tidigare gipstillfälle

15. Söker ortopedmottagningen för gipsproblem – smärta hälsen, fotrygg samt underben. Läkare kontaktas på mottagningen. Röntgenbilder granskas – talar för Charcotfot, stämmer dock inte med symtombilden i övrigt. Utökad provtagning. MRT beställs (inom 1- 2 v.) Återbesök till överläkare när MR är gjort.

Samma läkare träffar patienten för fjärde gången. Börjar ifrågasätta diagnosen.

16. MR- genomförs. Av- och omgips på mott i samband med detta. Åb bokas till 8/ 11.

17. AKM. Plötslig debut av smärta vå underben. Slättrtg visar ingen ny fraktur. Pat läggs in på GAVA för smärt lindring. MR visar förändring i hälsenet, skrivs upp på jourrapport för att diskuteras på följande dags röntgenrund.

18. Flyttas över till avd 9 r/ t EDA. Genomgår transfemoralt amputation 2/ 11.

Förlängd smärta

Utbildning & kompetens  
Ovanlig diagnos. Hittar förklaringsmodeller som till stor del stämmer med klinik.

Högre misstänksamhetsnivå hos patienter med genomgången cancer. Ompröva din sanning när symtombilden skaver.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer  
Då det inte finns någon misstanke om malignitet så antas det vara ett granulom. Granulom kan dock inte utvecklas på hel hud, finns ingen anteckning om hudstatus.

Särskild mall vid dokumentation vid omgips så att till exempel hudstatus alltid noteras.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer  
Många olika läkare som träffar patienten. Avsaknad av kontinuitet försvårar bedömningen.

PAL för icke opererade komplicerade återkommande patienter. Skapa rutin för hur dessa ska identifieras.