

mars 2018

180328 kl 18

180328 kl 19

180328 kl 20

180328 kl 22

Åldrig patient. Alzheimerdemens. Hjärtsvikt. Ländryggsspondylos. Höftfraktur (LIH- spik) höger på 90- talet. Bor på demensavdelning på kommunalt boende. Klarar förflyttning säng till stol med hjälp av personal samt kan gå några steg med stöd/ rullator

1. Ramlar i samband med förflyttning inomhus på boendet. Sjuksköterska tillkallas av omvårdnadspersonal. Undersöks av sjuksköterska. Klagar över smärta i vänster höft men kan stå på benen och kunnat gå till rummet. Primärvårdsjourläkare informeras. Misstänkt höftfraktur. Handläggs enligt collumprogram. Får smärtstillande (Ketogan). Ambulans tillkallas.

2. Vid ambulansens ankomst ligger patienten i sängen, palpationsöm över vänster höft, ej utåtrotterat. Klarar av att ställa sig, vända sig och sätta sig på ambulansbår, grimaserar. Läter tät och rosslig på andningen, hostig sedan några dygn, anhörig följer med patienten. Luftvägen är fri. Förhöjd andningsfrekvens (28). Lunginflammation? Cirkulationen stabil (p 70, bltr 160/ 85). Demens, vill helst hem. Temp 37.7 efter paracetamol på boendet under eftermiddagen. Orange prioritet (andningsfrekvens) och ESS 34 (skada höft/ lår). Transporteras till akutmottagningen.

3. Undersöks av läkare 1 på sjukhusets akutmottagning. Patienten kan ej redogöra för anamnes och kan ej samarbeta vid undersökningen. Remiss för rtg av vä höft, bäcken samt lungor. Uppfattas som rosslig på lungorna. Viss misstanke om lunginflammation. Har lätt förhöjd kroppstemperatur och stegrad CRP (85). Patienten kan inte medverka till ytterligare provtagning. Vänster höft: kan ej testa rotation. Patienten tycks vara palpöm vänster höft och ljumske. Inga tecken till trauma i det området, eller svank eller extremiteter. Vill ej sträcka ut benen, svårt att bedöma om benet är roterat.

- Fullständig klinisk undersökning utförs ej

4. Rtg- undersökningar utförs. Läkare 2 (rtg, TMC (Telemedicine Clinic)) tolkar bilderna. Svar skrivs in i datasystemet. Läkare 2 anger att det inte finns någon skelettskada eller felställning i vä höft/ bäcken och att lungbilderna visar på vidgade lungkärl förenligt med hjärtsvikt. Svar läses av läkare 1.

- Vid eftergranskning (den 2/ 4), kan fraktur ses på rtg- bilderna av vä höft
 - Läkare 2 gör en felaktig tolkning av rtg- bilderna på höften

Frakturen är synlig redan vid det första undersökningstillfället 2018- 03- 28 men missades. Det är i princip alltid lättare att se en fraktur med facit i hand. Det är av den anledningen viktigt med förnyad undersökning om status fortsätter tala för skelettskada.

Fraktur syns tydligt på bild. Förbiseenden av denna art (sk perceptionsfel) är väl kända inom radiologin och är svåra att helt eliminera

Enligt muntliga uppgifter från boende har patienten gått/ stått efter fallet vilket är ovanligt vid en fraktur

Patienten kan ej medverka fullt ut vid undersökning relaterat till demenssjukdom, var svårbedömd

Skulle krävas kraftigt lugnande/ smärtstillande för att (mot patientens vilja) kunna genomföra undersökning komplett

Inga bakomliggande orsaker identifierade

Inga bakomliggande orsaker identifierade

180328 kl 23

180329, natt

180329, fm

180329, kväll

180330, fm

5. Läkare 1 diskuterar med senior kollega läkare 3. Höftfraktur utesluten och man förordar inläggning på vårdavdelning 1 för behandling av eventuell luftvägsinfektion. Läkare ansvarig för vårdavd 1 kontaktas och accepterar inläggning av patienten. Läkare 1 skriver in patienten på vårdavd 1 och ger muntlig rapport till sjuksköterska.

- Rtg- us avfärdar fraktur men kliniska tecken (smärta) finns
- Ingen förnyad bedömning med klinisk undersökning utförs
- Ingen ortopedspecialist kontaktas/ undersöker patienten på AKM
- Rekommendation om fortsatt handläggning framgår ej till vårdavdelning 1

Då patienten inte skulle åka hem såg man vid tillfället ingen anledning att vid patientens vistelse på AKM ta kontakt med Ortopedjour för bedömning och ytterligare ställningstagande kring patientens smärta. Ansvarig akutläkare skall alltid titta på rtg bilderna och nytt status utföras om patienten skall åka hem. I detta fall blev patienten inlagd och ansvaret för fortsatt bedömning av smärta och status överlämnades till vårdavdelning 1.

6. Inlagd på vårdavdelning 1. Klagar över smärta i vä höft och får smärtstillande (Ketogan) vid ett tillfälle under natten.

- Behov av förnyad klinisk us framgår ej till ansvarig läkare på vårdavd 1

Inskrivning skedde nattetid av akutläkare. Rapport om patienten ges från läkare 1 till ssk på vårdavd 1

7. Rond på vårdavd 1. Beslut om utskrivning till ordinarie boende av läkare 4. Anledning till varför boendet skickade in patienten var för att de misstänkte en fraktur i vänster höftled. Stabila vitala parametrar. Får göra en lungröntgen som inte visar något infiltrat. Hjärtat ses förstorat med vidgade lungkärl centralt förenligt med svikt. Slätröntgen av vänster bäcken och höftled visar ingen fraktur eller felställning. Kontakt med boendet och patienten får återkomma för fortsatt vård. Man har tillgång till inhalation. Antibiotikakur pga misstänkt luftvägsinfektion. Närstående informerade via tfn av läkare 1

- Smärta i vä höft kvarstår
- Ingen förnyad bedömning med klinisk undersökning utförs
- Ingen remiss till ortopedisk specialist, ingen CT av höft/ bäcken utförs

Enligt läkare 4:as redogörelse; patienten lades in på vårdavd 1 via akutmottagningsläkare då fraktur uteslutits på röntgen. Dock var det mitt i natten och patienten hade väntat länge på akutmottagningen och hade lite rosslig andning. Skrevs ut nästa dag då hon bedömdes må bäst hemma (demens) och inte hade någon infektion som krävde inläggande vård. Höften var friad med rtg samma dygn varför förnyad undersökning inte gjordes. Patienten hänvisades till vårdavd 1 pga en infektion vilken bedömdes och behandlades med patientens bästa i fokus.

8. Åter på boendet sedan em. Närstående på besök och noterar att patienten har utätroterat vä- ben. Patienten vill ej belasta benet. Är sängliggande, smärta.

9. Skickas åter till sjukhusets akutmottagning pga ohållbar situation med svår smärta. Närstående (döttrar) medföljer. Benet förkortat och utätroterat. Skiktröntgen av höft/ bäcken utförs. Påvisas fraktur collum femoris vänster, kraniell förskjutning och dorsalt felvinklad. Inlägges på vårdavdelning 2. Planeras för akut operation med protes. Avvikelse skrivs av läkare 5.

Oklar kommunikation och ansvarsfördelning kring uppföljning av smärtan. Läkare på vårdavd 1 uppfattade att frakturmisstanke var helt avskrivnen.

Mycket kort vårdtillfälle. Bristande tid att utvärdera smärta. Demenssjukdom försvårar kommunikation och bedömning.

Patienten mobiliserades inte för att utvärdera smärta/ förmåga innan utskrivning

(För) stor tillit till rtg- utlåtanden utan hänsyn till kliniska fynd

Återgång till trygg miljö prioriterades framför utvidgad diagnostik.

Procedurer/ rutiner & riktlinjer
Bristande kännedom och därmed följsamhet till befintlig rutin gällande inläggning

Utbildning & kompetens
Kritiskt förhållningssätt då status talar mot rtg- fynd

Kommunikation & information
Kommunikation mellan berörda verksamheter ang hur fortsatt smärta skulle följas upp sänkades

Omgivning & organisation
Högspecialiserade vårdavdelningar ökar risk för att symtom/ diagnostik/ bedömningar utanför den egna specialiten förbises

4. Uppdatering av Akutläkarnas "Introduktionsbok"; rutiner för hur patienter som läggs in på vårdavdelning skall handläggas. Påminna akutläkare om uppdaterade rutiner:
- Titta på rtg bilder och jämför pat status mot bilder och utlåtande
- Rutin vid inläggning: ta ställning till ytterligare handläggning/ initiering av utredning, tex remisser för rtg, remisser för konsultation

2. Information till läkare på vårdavd 1 om vikten av förnyad us om status fortsätter tala för skelettskada

3. Återföring av fallet inom berörda verksamheter för att bidra till lärande och minska risken för återupprening

1. Säkerställa rutiner för informationsöverföring till vårdavdelning; rekommendationer och planering skall dokumenteras i inläggningsjournal samt kompletteras med muntlig information enligt SBAR

180331

180404

sommar/ höst 2018

10. Operation i spinalanestesi med halvprotes. Okomplicerad operation. Postoperativt trött och medtagen. Svikt i hjärtfunktion. Utvecklar rodnad sacralt relaterat till sängläge.

11. Mobiliserad till stående och kan ta några steg med hjälp av gåbord och bälte. Utskrives till boendet kommande dag.

12. Succesiv avtackling med försämrat allmäntillstånd. Avlider i november 2018 relaterat till hög ålder.

Korrekt diagnos fördröjdes med två dygn. Korrektion kunde inte ske med spikar pga att frakturläget hade försämrats relaterat till den fördröjda diagnosen av collumfraktur. Spikar skulle ha varit att föredra då det är mindre påfrestande med kortare operationstid och mindre blödning. Utsattes för ökad risk i och med mer omfattande kirurgi på en äldre och skör patient. Mortalitetsrisk vid höftfraktur ökar signifikant om man inte opereras inom 24 h. Utsattes för ett ökat lidande med smärta pga fördröjd operativ åtgärd