

Dag 1, tidig morgon

Dag 1, tidig morgon

Dag 1, förmiddag

Dag 2, kväll

Dag 3

Dag 4

Dag 6

Dag 7

Dag 20

Dag 20

Patient inkommer medvetslös till medicinakuten. Intox. Har legat på golvet, oklart hur länge. Vänster underben är påtagligt svullet och patienten har trycksår i ansiktet.

1. Medicinjour tar emot patienten. Kontaktar ortopedjour (läkare 3) som tittar på benet, Misstänkt raddomyolys och kompartmentsyndrom.

Ortopedjour (läkare 3) kontaktar bakjour (läkare 1) som bedömer att det är CRUSH- syndrom. Patienten har högt CK och myoglobin vilket tyder på detta. Fasciotomi (klyvning av bindvävshinnan) bedöms medföra större risk för komplikation (infektion/ amputation) än att låta bli att operera. Patienten flyttas till intensivvårdsavdelning.

Ingen felhändelse utifrån de förutsättningar och den information som fanns.

2. Ortopedläkare (läkare 2) tar kontakt med bakjour (läkare 1). Bedömning görs att muskeln gått i nekros och att det finns stora risker med fasciotomi (infektion/ amputation). Medvetna om att benets funktion sannolikt kommer att bli påverkat, men att riskerna för amputation och infektion är mindre om man inte opererar.

Ingen felhändelse utifrån de förutsättningar och den information som fanns.

3. Sjuksköterska uppmärksammar att vänster fot blivit kall. En DT angiografi görs som påvisar tryck på artären och minskad cirkulation till foten. Beslut tas av läkare 1 att fasciotomi ska göras. Patienten opereras. Bedömt att det fanns stor risk för muskelnekros och därmed risk för postoperativ infektion. Efter operationen är foten fortfarande kallare och utan palperbara pulsationer. Infektionsprofylax sätts in på grund av stora sår och nekrotisk muskel.

Ingen felhändelse. Situation förändrad och man agerar utifrån nya kliniska fynd där den konstaterade minskade cirkulationen bedömts ge en ökad risk för amputation.

4. Patienten flyttas till intensivvårdsavdelning på annat sjukhus.

Ingen felhändelse.

Ingen felhändelse, men vill utifrån patientsäkerhetsperspektiv uppmärksamma att patienter flyttas på grund av platsbrist trots allvarliga tillstånd.

5. Vid läkarbedömning konstateras att patienten har nedsatt känsel för beröring nedanför fotknölnarna på vänster fot, är dock inte helt utan känsel. Patienten har ingen förmåga att röra foten. Rena sår.

6. Sårrevision, debridering av nekrotisk vävnad och omläggning. Foten har börjat utveckla kontraktur. Remiss till ortopedteknisk avdelning för ortos mot droppfot.

7. Flyttas från intensivvårdsavdelning till ortopedavdelning för fortsatt omvårdnad och rehabilitering. Kontakt tas med arbetsterapeut och fysioterapeut.

8. Skrivs ut från sjukhus för fortsatt vård och rehabilitering via primärvård

Klinisk droppfot vänster, ingen aktiv dorsalextension eller rörelser i tår. Patienten inkom med en svår skada där väl genomtänkta åtgärder vidtogs för att minimera risk för stora och mycket allvarliga komplikationer (amputation/ infektion) varför bedömning görs att det inte är en vårdskada.

Fortsatt arbete inom sjukhuset för att minimera flyttar av patienter.

