

oktober 2018

Förutsättning:  
 Patient i 70-årsåldern, sambo, ingen hemtjänst, kommer med ambulans till AKM. Vid okänd tidpunkt ramlat på natten och blivit liggande på köksgolvet. Urin- och faces avgång under natten. Enl. pat. själv ej slagit i huvudet.  
 Har fallit över ngn typ av ställning och sedan fått den över sig.  
 Tid diag:  
 Diab.mellitus, typ 2, TIA 2006, FF. Gravt sömnapné syndrom. Fd rökare. Rosfeber febr 2018.

181016 Inl. ant. läk 1

1. Inläggningssak: Fall i hemmet. Har varit besvärligare att gå de senaste 5 dagarna. Har ej tagit sitt insulin de senaste två dagarna, har glömt. Upplever inga besvär från andningen.  
 Status/ AT: Lättutlöst dyspné i samband med förflyttning. Somnar till under undersökning, har svårt att hålla röd tråd i samtal.  
 Andningsfrekv. 40. Bltr 121/ 44, p 107  
 Lätta rassel basal ffa vå sida/ lunga  
 Ekg: FF, kammarfrekv 109. Bladderscan 432 ml- får KAD satt på AKM. Temp 37.2. Blskr: 20 mmol/ l. CRP 98 HB 173, ProBNP 5952, Troponin 40, Krea 205, CK 128 Laktat 2.62, Myogglobin <30 000  
 Plan: kontroller x 4, blskr x 6, bevaka provsvar och rtsvar DT hjärna.  
 Läk. fokuserar inte på risken för att pat. har drabbats av Rhabdomyolys. Pat. har sannolikt legat <6 tim på golvet utan att kunna ta sig upp= förlängd kompression av extremiteter.

Saknas en initial, prel. medicinsk bedömning av pat. aktuella tillstånd.

Oklart händelseförlopp prehospitalt och oklart om läkare har inhämtat inform. från pat. sambo/ fru.  
 Läk. 1 anger att hen "minns pat. väldigt dåligt, men kan läsa av ant. att det fanns mkt oklarheter kring vad som hänt hemma".

Inga bakomliggande orsaker identifierade

181016 kl 15:20

2. Läk. 2 i samråd med Läk.6  
 Waran kryssas om ev. operation 17/ 10, får 2mg konaktion. Vätsketerapi 2 l, 6 h på varje dropp. Kan ej utesluta traumatisk ryggmärgspåverkan. Akut MR- ryggrad beställs.  
 läk. 2 Neurologstatus:  
 1. nedsatt grovkraft i båda benen  
 2. inga reflexer kan utlösas äver akilles bilat.  
 3. vå lår, lateralsida nedsatt känsel jmf m höger  
 4. nedsatt sfinktertonus  
 Waranbeh. reverseras före svar på MR- us.  
 Ingen kontakt tas med ortopedläk. med tanke på ev. op./ bedömning av blödningsrisk och waranbehandling och bedömning av rhabdomyolys med tanke på högt myoglobin, njurpåverkan.

Läk. 6 och läk. 2 bedömer ryggmärgspåverkan som den mest troliga orsaken till pat. neurologi och prioriterar förberedelser inför op. före svar på MR- us.

Saknas personlig redogörelser från läk. 2. Läk 2 och läk 6 arbetar inte längre på sjukhuset.

En avvikelse ang detta skrivs i senare skede av kardiologläkare; AV 11548- 2018, som ifrågasätter läk. 6 bedömning och handläggning av pat. med anledning av att waranbehandlingen sätts ut

18 10 16 kl 16.44

3. Läk. 2 tar telefonkontakt m rygg ort. jour angående beställd MR - us och överlåter till rygg. ort. jour (som inte har träffat eller undersökt pat.) att besluta om MR u- sökn. ska göras akut eller nästkommande dag.  
 Rygg. ort. jouren. tar inget beslut om akut MR eller inte. Ger enbart en rekommendation: " vänta m MR undersökning till i morgon, bedömning: " atypisk bild vid cauda eller ryggmärgspåverkan. Bild ej förenlig med traumatisk ryggmärgsskada".  
 Läk. 2 gör avsteg ? från tidigare tagna beslut tills. med läk. 6 ang. akut MR- us, se punkt 2. och ändrar prioritet på undersökningen med stöd av rygg- ort.läk rekommendation.

Oklart om läk. 2 informerat läk. 6 om att rygg ort.läk har konsulterats och om ändrad prioritet på MR.

Enligt redogörelse och mailkonversation med läkare 6 så framkommer att hen fokuserade på trauma som primär orsak till patientens svaghet i benen, varför blodförtunnande läkemedel sattes ut och läkare 6 initierade därför (via underläkare) magnetkameraundersökning och kontakt med ryggortoped. Läkare 6 anser att det initialt borde ha utförts en komplett traumaundersökning med skittröntgen. Läkare 6 var medveten om att patienten utvecklade en stroke efter det att blodförtunnande läkemedel reverserats. Hen anser inte att rhabdomyolys var någon betydande orsak till förloppet gällande njursvikt. Dessa bedömningar delas inte enligt de uppgifter som framkommer från övriga involverade i patientens vård och behandling. Det råder oenighet om vad som anses vara adekvat handläggning enligt lege artis.

Omgivning & organisation  
 Oklara roller och ansvarsfördelning mellan läkare på avd leder till fördröjd undersökning och behandling.

Kommunikation & information  
 Brister i kommunikation- och informationsöverföring, kan innebära en patientsäkerhetsrisk.

Tydliggör roller och ansvarsfördelning i läkargruppen på avdelningen.  
 Inför som policy:att överenskomna beslut och åtgärder inte bör ändras av läkare som inte har kompetens för detta, eller av läk. som är inte involverad i pat. vård och behandling, utan föregående kontakt med läkare som har ansvaret för pat. vård och behandling.

181017 kl 00- 05

181017 kl. 09:58

181017 fm

4.  
Ssk 2. Fått 3 l vätska ( 1000 ml på 4 h) + druckit 2 l under kvällen.  
Kontakt med medicinjour gällande fortsatt skral diures.  
Åtgärd: Får furix inj. 40 mg som kan upprepas om utebliven effekt.

Läk.3 Skral diures, senaste tre tim tot 68 ml. Fått 2 l ringer samt druckit totalt 2 l.  
Åtgärd: Furix 40 mg iv, får ges och upprepas om 1 tim vb.

Enl Ssk 2; RLS 1. Fortsatt mycket skral diures, trots 160 mg Furix iv sedan kl. 19:20. Kissat ca 110 ml sedan kl. 00. Urinen är tefärgad sedan kl. 15.00 igår.

Pat. beskriver nedsatt känsel i fötterna, och är orolig för detta. Ssk skriver: ingen känsel från vä ankel och ner, ingen känsel på underbenet och ner. Bra blodtryck, har 1 l syrgas på grimma, sat. 95%, låter rosslig. Har övervakning m telemetri. Ssk 2. som undersök pat. kontaktar och informerar läk 3.

Medicinjour, läk 3, undersöker inte pat. på avdelningen trots ssk info och fynd av avvikande neurologi: nytillkommen sensorikpåverkan.

Läkare: 3,4,5,6 och ssk:1, 2, 3 har noterat och dokumenterat timdiures med små urinmängder (anuri). Ssk har vid upprepade tillfällen kontaktat såväl im. jour som medicinjouren och uttrycker oro för låg diures och ringa effekt av givna furixinj.

**Ansvärläk. (ÖL) agerar inte på den information som finns dokumenterad.**  
**Ingen konsultremiss eller kontakt tas med njurmedicinläkare eller neurolog.**

5.  
Svar på MR bröst/ ländrygg: ryggmärg ua utan fokala förändringar. Ingen misstanke om blödning, ingen spinalstenos.

6.  
Rhabdomyolys bedöms av läk. 6 (ÖL) som ej traumatisk. Alkoholinducerad rhabdomyolys misstänks.

Dubblering av kreatininet som nu är 393. Myoglobin 20440. Fortsatt skral timdiures på 20- 30 ml. Får natriumbikarbonat iv 100ml. Fortsatt timdiuresmätning.

Provsvär kl. 07:40: B- PEth- 16 <0.05 umol/ L, PGGT:0,2ukat/ L. Finns skattning med t. ex AUDIT –formulär och svar från HC/ dsk, 180816: 0- 5 p.

**Fortsatt fokus på " alkoholhypotesen"**

**Ingen akut remiss skickas till njurmed.läkare. Fördröjd behandling av njursvikt.**

Det saknas en tydligt utformad vårdplan och behandlingsmål

Läk. 6. uppfattas som " distanserad" vilket kommenteras av i personlig redogörelse, ssk 3: går inte in till pat. inför medicinska bedömningar, samtalar sällan med pat. och anhöriga för att informera sig om pat. tillstånd utan förlitar sig till stor del på info. från vårdpersonal, provsvär, avd.läk. bedömningar, konsulterar inte andra spec. läkare. Ssk 3 önskar bättre återkoppling från avd. läkare.

Avsaknad av arbetssätt som präglas av ett interdisciplinärt synsätt där medicinska och omvårdnadskompetenser arbetar mot ett gemensamt mål.

*Omgivning & organisation*  
Bristande samordning och ostrukturerat arbetssätt leder till fördröjd utredning och behandling.

Oklart varför läk. 6 och läk. 2. trots negativt provsvar fokuserar på alkoholorsakad rhabdomyolys

Trots dok. kring dubblering av kreatininet och anuri, saknas medicinsk värdering/ bedömning. Pat. njurfunktion har försämrats och läk. 2 och läk. 6 agerar inte. Oklart varför.

Inhämtad kommentar från njurmedicinläkare: "När man noterar att pat. inte kissar finns ingen klinisk bedömning om pat. tål mer volym eller inte".  
  
Enligt njurmedicinläkare; Utgår man från den artärgas som togs på akuten skulle pat. ha behövt 1.1 liter natriumbikarbonat

*Inga bakomliggande orsaker identifierade*

181017 kväll

181017- 18 natt

181018 kl 08:41

181018- 181019

7. Pat. ej klar och redig. rossligare i andningen sedan 14.00 tiden. Saturation 93- 94% på rumsluft. Skral diures, får 4 ml furix. Kontakt tas med im.jour

Pat. har en vä sidig svaghet, kunnat ta tag i sänggrinden med vä arm kl. 19.30. Kan ej hålla upp vä arm. Har svårt att följa instruktioner. Trött och aningen somnolent. Temp 37.8, rosslig andning. Im- jour informerad, kommer för att bedöma pat. snarast ang. nya symtom.

IM jour kommer till avd. kl. 22.10 på avdelningen. Urin bedöms vara missfärgad av myoglobin. Kontroller varje timme fram till midnatt, därefter var 4:e tim om pat. upplättas vara stabil. Oklart om läk. träffat pat i ett fysiskt möte.

Rosslig andning, fortf dålig diures ca 900 ml på 9 tim trots 2 l vätska, svarar ngt på Furix, svagare i vä arm, mer förvirrad. Nya prover visar stigande krea (474), lägre myoglobin (6599), Na:129, K 4,4 A- gas PH:7,39

Kontakt med; medicinbakjour, IVA jour, njurbakjour, Njurjouren rek ökad doser Furix om ingen effekt Furix inf. CPAP kan kopplas, har det hemma mot OSAS. Remiss skickas för DT hjärna.

Tidigare tecken till försämring av patientens njurfunktion och tillkomst av neurologiska symtom har uppmärksamats med inte föranlett aktiva åtgärder. Dialysbehandling på börjas inte trots akut försämring av patientens tillstånd.

Ingen bedömning görs om pat. har behov av högre vårdnivå.

8. Ssk 4; Bedöms sämre i andningen, im- jour åter kallad till avd för bedömning.

Krea kl 22:15 är 574.

CT skulle visar tillkomst av färsk infarkt. Ej akt för rädda hjärnan larm enl NKK bakjour. Kvarstannar på MAVA, om försämring till IVA eller HIA.

Pat. reagerar inte på smärtstim vä arm som tidigare. Kontakt tas med jour. Ingen åtgärd. Sedan kl 03.15 andningsuppehåll ca 25 sek./ min då han sover. Varit vaken mestadelen av natten.

Läkare 5; Träffar pat.kring 03.00 då man noterat andningsuppehåll, svullnat kring handleder och ögon. diures senaste 3 tim ca 230 ml. Bensvullnad bilateralt. Remiss till stroke rehab.

Fått en stroke (infarkt i hjärnan)  
Utvecklar under natten lungödem

9. Krea fortsatt stigande (590). Myoglobin 1291.

Ssk 5; Meddelar ansvarig dr läk 6, att pat. blivit avsevärt försämrad. Pat. tas över till HIA. Pat. till HIA för intensivbehandling då pat. natten till den 18:e får lungödem. Akut dialysbehandling ges.

Njurmedicinläkare ej kontaktad i tid

10. Vårdas på HIA.

Enligt analysteamets bedömning; Lungödem hade möjligen kunnat undvikas och pat. fått dialys under lugnare omständigheter och flytt till HIA kunnat undvikas.

Analysteamets samlade bedömning finner för sannolikt att läkare ej/ bedömt eller underskattat risken för övervätskning och utv. av lungödem

Avd. läk. sköter allt det praktiska arbetet kring patienten. Oklart om läk. 6 läk. själv varit inne och bedömt pat. "bedside"

Utbildning & kompetens  
Bristar i bedömning av hyrläkares kompetens vid anställning

Tydliggöra verksamhetens behov av rätt kompetens vid anställning av hyrläkare

181019 em

181021 em

181023 em

181025- 181031

181031 em/ kväll

11.  
Kl 15:45 Flyttas från HIA till SPEVA.

Trolig absensattack, grov neurologi verkar oförändrad, Dock RLS 2- 3, går att väcka men ej orienterad och försvinner ner i medvetande i samtal. DT hjärna görs visar; demarkering av akt, ischemiska förändringar i hö parietallob. Ingen blödning

12.  
Ssk 8, telefonsamtal med hustru som har många frågor om pat. tillstånd. Närstående upplever ej att de fått den information och det stöd som de behövde?

13.  
Ssk 16; Pat. är omedveten om sin situation. Är på bra humör och skrattar mycket. God aptit, äter bra. Behov av matningshjälp vid måltid.

14.  
Vårdas på strokeavd. Episod med bröstsmärta. EKG visat FF och lätta ST-förändringar. Troponindynamik.

Bedöms ha haft typ 2 hjärtinfarkt. Utvecklar hypernatremi sannolikt r.t njursvikt i polyurisk fas

Samtal mellan sjukgymnast och pat. sambo: Dagarna innan insjuknandet hade pat. gått sämre, släpat hö ben. Frun gick och la sig vid 00.00 tiden och pat.var uppe. Frun vaknar av en duns vid 08:00, misstänker att pat. legat på golvet några tim. När pat. hittas ligger han med en konstig vinkel i vä höft- " foten mot rumpan". Frun försöker dra benet rätt, pat. har ont.

15.  
Patienten flyttas åter till MAVA för beh. av diabetes och elektrolystörningar (högt S- Na). Har haft hjärnblödning och bedöms inte vara betjänt av rehabilitering i den fas han är i nu. Skrivs in utan pat.kontakt. Jourkontakt vid behov. Enl rapport sitter han uppe och äter själv samt tittar på TV.

Läkare 8; Pat. m snabb försämring av neurologiskt tillstånd inför ankomst på MAVA. Svarar ej på tilltal, svarar/ lokaliserar inte smärta. Ej ljuskänsliga pupiller. Långa andn. Uppehåll m stor sannolikhet orsakad av central påverkan. Disk.m neurologjour resp. neurologbakjour. Misstanke om myelinolys och/ eller ny CVL. DT hjärna angio remiss skickas på vital indikation, Ställning till vidare beh, e DT svar. Beslut ej HLR.

DT 2018 10 31, kl. 20:40 nytillkommet sedan föreg u- sökn en ca 3,5x2x2,7 cm stor blödning parasagittalt frontalt vä sida. Blod finns utmed falx och i fissura intrahaemisphaerica och få närliggande fåror. DT angio m iv kontrast; 2018 10 31:20:40; Nytillkommen blödning frontalt parasagittalt upp mot konvexiteten vä sida. Inga tecken till basilaristrombos, Inga kärlocklusioner.

MR hjärna 2018 10 31, kl. 23:34: Några uppenbara hållpunkter för pontin myelinolys påvisas ej. I övr. är status oförändrat m nytillkommen parasagittal blödn, hemorragiska infarkter parietalt hö sida, spår av kortikala blödningar frontalt och parietalt samma sida. Ingen påvisad sinustrombos.

Saknas bedömning/ ställningstagande / beslut om palliativt skede / vård

181101 kl 01

181101 em

181103 kl 06

181103

16.  
Ssk 19; Neurologläk. har varit i kontakt med närstående och berättat om den dåliga prognosen enl im-jouren. Pat. rosslig andning, sjunkande sat. från 95- 89, motoriskt orolig. Stigande undertryck, ökad andn. frekv. från 20/ min- 30/ min. Fortsatt högt S- Na.

17.  
Pat. reagerar inte på tilltal eller smärtstimulering. Djupt medvetslös.  
Har extra vak.

Saknas bedömning/  
ställningstagande / beslut  
om palliativt skede / vård

18.  
NY CT hjärna då patienten är fortsatt medvetslös. Pat. flyttas till IVA för fortsatt vård. Blödning bedöms ej operabel av neurokirurg. RLS 4. IVA- läkare diskuterar med anh. ang. vad man tror att patienten hade önskat; vill inte blir ett "vårdpaket". Palliativ vård. Patienten avlider på IVA kl 20:45

Patienten tas till IVA trots dålig prognos

Patient som läggs in pga sviktande allmäntillstånd efter fall i hemmet. Rhabdomyolys och njurpåverkan/ skada. Det går inte att utesluta att annan handläggning av den vid inläggningen uppmärksammade njurpåverkan och neurologiska påverkan hade kunnat minska risken för  
a) njursvikt, övervätskning med lungödem och hjärtinfarkt  
b) stroke

Patienten avlider i sviterna av njursvikt samt stroke

Inget aktivt beslut tas om behandlingsbegränsningar r/ t saknas samlad medicinsk bedömning av pat. tillstånd. Pat. vilja / önskan efterfrågas inte (pat. själv / anhöriga, närstående).

Procedurer/ rutiner & riktlinjer

Avsaknad av rutin för hur brytpunktssamtal skall initieras

A) Skapa rutin gällande brytpunktssamtal och behandlingsbegränsningar.

B) Införa brytpunktssamtal/ bedömningar vid förändring/ försämring av redan svårt sjuk pat.

C) Fördjupade diskussioner på etikträffar om att avstå och avbryta behandling

Aterföring av händelseanalys till berörd personal för att bidra till lärande och minska risken för återupprepning.