

man efter hematuri har man chansen att tidigt upptäcka och bota dessa ovanliga men livshotande vaskuliter i njuren.

Referenser

1. Kallenberg CG, Brouwer E, Weening JJ, Trevaert JW. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies: current diagnostic and pathophysiological potential. *Kidney Int* 1994; 46: 1-15.
2. Gross WL, Rasmussen N. Treatment of Wegener's granulomatosis: the view from two non-nephrologists. *Nephrol Dial Transplant* 1994; 9: 1219-25.
3. Falk RJ, Hogan S, Carey TS, Jeanette C. Clinical course of anti-neutrophil cytoplasmic autoantibody-associated glomerulonephritis and systemic vasculitis. *Ann Intern Med* 1990; 113: 656-64.
4. Bolton WK, Sturgill BC. Methylprednisolone therapy for acute crescentic rapidly progressive nephritis. *Am J Nephrol* 1989; 9: 368-75.
5. Pusey CD, Rees AJ, Evans DJ, Peters DK, Lockwood CM. Plasma exchange in focal necrotizing glomerulonephritis without anti-GBM antibodies. *Kidney Int* 1991; 49: 757-63.
6. Cole E, Cattran D, Magil A, Greenwood C, Churchill D, Suttom D et al. A prospective randomized trial of plasma exchange as additive therapy in idiopathic crescentic glomerulonephritis. *Am J Kid Dis* 1992; 20: 261-9.
7. Glassock RJ. Intensive plasma exchange in crescentic glomerulonephritis: Help or no help? *Am J Kid Dis* 1992; 20: 270-5.
8. Cohen Tervaert JW, Huitema MG, Hené RJ, Sluiter WJ, The TH et al. Prevention of relapses in Wegener granulomatosis by treatment based on antineutrophil cytoplasmic antibody titre. *Lancet* 1990; 336: 709-11.
9. Talar-Williams C, Hijazi YM, McClellan MW, Linehan WM, Hallahan CW, Lubensky I et al. Cyclophosphamide-induced cystitis and bladder cancer in patients with Wegener's granulomatosis. *Ann Int Med* 1996; 124: 477-84.
10. Radis CD, Kahl LE, Baker GL, Wasko MCM, Cash JM, Gallatin A et al. Effects of cyclophosphamide on the development of malignancy and on long-term survival of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1120-7.
11. Donadio JV, Glassock RJ. Immunosuppressive drug therapy in lupus nephritis. *Am J Kid Dis* 1993; 21: 239-50.

Beroende av observanta och tänkande läkare

Orsaken till att en åldersdement patient skriker kan vara smärtor!

Patienter som inte själva kan kommunicera sina smärtupplevelser till omgivningen är helt beroende av observanta och tänkande läkare och vårdpersonal.

Det hävdas i årets första nummer av Riskronden där det också påpekas att »Orsaken till att en åldersdement patient skriker kan vara smärtor!«

Riskronden berättar om ett belysande fall av försummad smärtbehandling och ett med långvarig och slentrianmässig smärtbehandling utan diagnos.

Fall 1

I fyra år har en 80-årig kvinna vårdat för multi-infarkt-demens. Personalen och andra patienter uppfattar henne som mycket störande eftersom hon har skrikperioder. Kvinnan är också aggressiv ibland.

Problemen diskuteras och läkare skriver ut psykofarmaka, dock utan någon påtaglig effekt på kvinnans sätt att bete sig.

Kvinnan har en gravt nedsatt motorik och intellektuell funktion. Talet inskränker sig till enstaka ord, till synes utan sammanhang. Psykiskt bedöms hon som lättirriterad.

Observationer avslöjar att hon skriker mest när personalen hjälper henne med den personliga hygien och vid måltiderna.

Kvinnan sitter eller ligger oftast hopkrupen. Hennes skrik beskrivs bl a som oartikulerade, hjärtskärande eller som gnyende – ibland kan personalen urskilja »ajajaj».

Utbredda metastaser efter ovarialcancer

Kvinnan dör. I hennes tidigare vårdjournal ska »slutanteckning» göras. Då upptäcks att hon vid en operation fem år tidigare fått diagnosen ovarialcancer.

Uppgiften om att hon var skrikig finns vid ett enda tillfälle i journalen – efter överflyttningen till demensavdelningen. En obduktion visar att kvinnan har utbredda metastaser.

Vid sin död hade kvinnan följande mediciner:

T Lanacrist 0,13 mg × 1, T Impugan 1 × 1, T Sobril 10 mg × 3, T Kalium 1 × 1 och T Fenantoin 100 mg × 2.

Hon hade också vid behov T Nitroglycerin 0,5 mg, T Distalgesic 1–2, T Impugan 40 mg och T Stesolid 5 mg.

Utöver Distalgesic innehåller läkemedelslistan inga smärtstillande preparat!

Fall 2

En 76-årig man skrivs in på ett sjukhem. Han tablettbehandlas för diabetes och går med rullator. Han är klar och redig och i god kondition.

Ett par månader senare noteras att han har värk i vänstra foten, ankeln är röd och varm.

Efter undersökning ställer sjukhemets läkare nästa dag diagnosen artrit och sätter in antiinflammatorisk behandling.

Patienten har ont så följande vecka och ytterligare tre veckor senare kontaktas en annan läkare per telefon. Denne ordinerar båda gångerna, utan att själv undersöka patienten, fortsatt medicinering. Vid det senare tillfället ordinerar Naproxen 500 mg × 3. Dosen överskrider Fass rekommenderade högsta dagsdos med 50 procent, varför personalen genom en tredje läkare ordnar en korrigerad ordination.

Frakturer i vad- och skenben

Elva dagar senare undersöker den tredje läkaren patienten och beställer en röntgen av fotleden. Svaret blir att mannen har tvärfrakturer genom vad- och skenben alldeles ovanför fotleden. Det finns en påtaglig felställning. Läkning pågår. Mannen remitteras till en ortopedklinik.

En utredning visar att patienten tidigare drabbats av osteoporosfrakturer, vilket inte antecknats i journalerna som finns på sjukhemmet.

I stort sett saknas uppgifter om hans besvär men redan en månad före den första läkarundersökningen finns en något svårtolkad anteckning i omvårdnadsjournalen:

»Orolig över med pat. Skriker, klagar över värk i fötterna».

Hade kunnat förebyggas

Misstagen i båda fallen hade kunnat förebyggas med ledning av uppgifter som fanns i tidigare patientjournaler och sådana som fanns eller borde ha funnits i omvårdnadsjournal och rapportblad.

Patienter som inte själva har förmågan att kommunicera sina smärtupplevelser till omgivningen är helt beroende av observanta och tänkande läkare och vårdpersonal, konstaterar Riskronden avslutningsvis. •