

Patient med retrofaryngeal abscess skickades hem utan provtagning

Det är betydelsefullt att överväga även ovanliga sjukdomar och inte tankemässigt fastna i den mest troliga diagnosen utifrån det epidemiologiska läget. Det skriver Socialstyrelsen i ett lex Maria-beslut där en man dog i retrofaryngeal abscess. (Soc 41-8206/09)

En man i 60-årsåldern sökte vårdcentralens jourläkare på grund av hög feber, frossa, ont i kroppen och halsen. Han hade kort dessförinnan haft en övre luftvägsinfektion med feber och ont i bihålorna och varit besvärsfri endast i en dag innan han nu i två dygn haft infektionssymtom på nytt. Vid läkarundersökningen var patienten enligt journalanteckning opåverkad. Förstorad lymfkörtel påvisades på utsidan av halsen men inga tecken på svullnad fanns runt tonsillerna. Patientens svalg var svårundersökt, och han uppgav själv att han hade ont på utsidan av halsen.

Läkaren bedömde att patienten hade influensa och skickade hem honom med allmänna råd. Inga prov togs.

Under det närmaste dygnet fortsatte smärtan i halsen, och andningssvårigheter tillstötte och tilltog. På kvällen sökte patienten sjukhusets akuttagning. Han hade då ingen feber, men prov visade höga inflammationsparametrar och en kraftigt nedsatt njurfunktion. Röntgen av hals och bröstorg ingav misstanke om retrofaryngeal abscess. Trots antibiotika och vätskebehandling avled dock mannen inom mindre än ett dygn till följd av sepsis utgående från en retrofaryngeal abscess.

Såväl primärvården som sjukhuset har gjort en anmälan enligt lex Maria. Den som gäller primärvården är färdigbehandlad och Socialstyrelsen har funnit att även om patienten hade ett ovanligt och svårdiagnostiserat sjukdoms-

tillstånd så fanns en del brister i både kvalitet och patientsäkerhet i verksamheten.

Bland annat nämner styrelsen bristfälligt differentialdiagnostiskt övervägande. Socialstyrelsen förutsätter att det aktuella ärendet kommer att diskuteras inom primärvården i ett lärande syfte för att bland läkarna medvetandegöra betydelsen av att i den kliniska vardagen även överväga ovanliga sjukdomar och inte tankemässigt fastna i den mest troliga diagnosen utifrån det epidemiologiska läget, samt att i oklara fall konsultera en specialist.

Socialstyrelsen skriver att verksamhetschefen ska säkerställa att ansvarig personal har tid, kunskap och rutiner för att handlägga patienter med såväl vanliga som ovanliga sjukdomstillstånd.

Sara Gunnarsdotter

Socialstyrelsen definierar överbeläggning

Definitionen av överbeläggning, utlokaliserad och utskrivningsklar patient varierar. Därför har Socialstyrelsen i ett beslut förtydligt vad som avses med begreppen. (Soc 44-1083-1086/09)

I början av 2009 begärde Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Örebro in redovisningar från sjukhusen i Uppsala-Örebroregionen angående platssituationen. Vårdgivarna skulle bland annat uppge hur många överbeläggningar och utlokaliserade patienter de hade under en given vecka, och om dessa innebar en patientsäkerhetsrisk.

Utifrån svaren kunde Socialstyrelsen konstatera att det var svårt att analysera vårdgivarnas statistik eftersom begreppen inte definieras enhetligt.

Socialstyrelsen skriver att definitionen av överbeläggning bör utgå från faktiskt närvarande patienter, inte enbart från antalet inskrivna patienter. Socialstyrelsen konstaterar också att vårdgivarna ofta redovisar en slags ekonomisk överbeläggning, alltså utifrån ett i förväg fastställt platsantal, och poängterar att problemen med såväl överbelägg-

ningar som utlokaliserade patienter måste hanteras utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Socialstyrelsen listar därefter vad som kan anses utgöra patientsäkerhetsrisker och vad som inte nödvändigtvis behöver göra det:

- En överbeläggning som överstiger det av vårdgivaren fastställda platsantalet, men som innebär att patienter ligger i fullt utrustade patientrum på en avdelning med personal som har särskild kompetens för just dessa patienters tillstånd, behöver inte innebära en patientsäkerhetsrisk om personalen har tid och kraft att ge rätt vård. Analogt kan det finnas patientsäkerhetsrisker även om avdelningen inte är fullbelagd, dvs om vårdtyngden är sådan att personalen inte hinner/orkar med.
- Överbeläggningar i illa utrustade utrymmen – utan viktig utrustning i form av till exempel syrgas och larmsystem – bör generellt anses utgöra en patientsäkerhetsrisk.
- Patienter som utlokaliserar till vårdavdelningar där personalen saknar

kompetens och erfarenhet för vård av aktuellt sjukdomstillstånd innebär en patientsäkerhetsrisk.

- Utlokalisering av patienter som saknar en utsedd ansvarig läkare innebär en patientsäkerhetsrisk.
- Återkommande/permanenta överbeläggningar och utlokalisering av patienter innebär en patientsäkerhetsrisk.
- Omflyttningar av patienter på grund av överbeläggningar innebär alltid en risk för smittspridning.

Socialstyrelsen poängterar också att om personal bedömer att beläggningssituationen innebär patientsäkerhetsrisker ska avvikelserapport skrivas, och om en vårdgivare planerar en neddragning av antalet vårdplatser ska en riskanalys genomföras som ska kunna redovisas för Socialstyrelsen.

Utifrån vårdgivarnas redovisningar har Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Örebro beslutat göra inspektioner för att bedöma vilka åtgärder som vidtagits för att förebygga patientsäkerhetsrisker i samband med överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

Sara Gunnarsdotter

Nio läkare utan tydligt ansvar

Någon/några måste ha ansvaret för en patients vård och behandling, och det ska framgå tydligt av journalen vem/vilka det är. Annan personal och patienten ska också känna till det. (Soc 41-126338/08)

En kvinna i 60-årsåldern vårdades ineliggande på kirurgkliniken i drygt två veckor på grund av buksmärter. Diagnosen perforerad divertikulit med abscessbildning ställdes. Tillståndet behandlades konservativt med dränage av abscesser samt antibiotika. Inflammationen var emellertid svårläkt, och frågan om operation och snar kolonutredning fanns med från början.

Då patienten skrevs ut hade det skett en förbättring och en möjlig operation avskrevs tills vidare, men man ansåg det viktigt med snar uppföljning. Patienten hade dränen kvar vid hemgången, och dessa skulle spolats dagligen av distriktsköterskan.

Utöver kontakten med distriktssköterskan hade patienten också inplanerat återkommande uppföljningsbesök på kirurgmottagningen. Förutom detta kontaktade patienten själv kirurgmottagningen via akuten vid två tillfällen. Vid ett planerat återbesök en och en halv månad efter utskrivning bedömdes kvinnans tillstånd ha förbättrats både kliniskt och radiologiskt, dock kvarstod en förändring i tarmen jämfört med föregående kontroll. En kvarstående abscess kunde heller inte uteslutas. Vid besöket hade patienten inte några uppenbara symtom på stopp i tarmen, och man beslöt att avvakta en månad innan

vidare utredning med koloskopi och radiologisk undersökning skulle göras.

När så två månader hade gått utan att något hänt så lades patienten in akut vid kirurgkliniken på grund av tilltagande buksmärter och förstoppningssymtom.

En datortomografi samma dag visade en uttalad förstoppning och ett hotande tarmstopp med frågetecken. I utlåtandet stod att även tumor borde övervägas med tanke på det långdragna förloppet. Eftersom man utifrån röntgenbilderna bedömde att det fanns en viss passage kring förändringarna beslöt man att prova laxerande behandling. Denna fick dock avbrytas på grund av smärta. Eftersom kolonutredningen var inplanerad till tio dagar senare beslöt man att invänta besked från den.

Ett par dagar senare steg patientens infektionsparametrar kraftigt och patienten försämrades. En akut bukoversikt bekräftade fortsatt tarmstopp. Efter några timmar var patienten så dålig att man beslutade om en akut operation. Morgonen därpå dog patienten av en septisk chock. Vid operationen hade man funnit en cancertumör som senare bekräftades via obduktion.



Det var många om ansvaret för den 60-åriga kvinnan som avled.

Foto: Yuri Arcurs

Kirurgkliniken har anmält händelsen enligt lex Maria. Verksamheten själv har noterat att skrivna rutiner vid ileus inte fanns vid händelsen samt att läkningen av abscesserna inte gick som förväntat. Kliniken har efter händelsen internt diskuterat händelseförloppet och handläggning. Man har också reviderat sina rutiner för divertikulit.

Socialstyrelsen noterar i sin bedömning att patienten träffade sammanlagt nio läkare med olika kompetens under vårdtiden, men det framgår inte av anteckningarna vare sig vem som har ansvar för att hålla ihop

patientens vård och behandling eller vilken plan för vård och behandling som beslutades vid bland annat de dagliga ronderna. Detta ska enligt Socialstyrelsen framgå tydligt både i journalhandlingar och i kommunikering mellan personalen och mellan personalen och patienten.

Trots den rådande eller långdragna inflammatoriska processen framgår det heller inte av journalhandlingarna om andra alternativ diskuterades eller övervägdes för att möjliggöra en koloskopisk undersökning.

Socialstyrelsen är också kritisk till att röntgenremisserna i många fall är skrivna med en diagnosstyrd frågeställning, något som kan leda i fel riktning om det inte också finns en symptomstyrd frågeställning.

Sara Gunnarsdotter