

Viktigt att inte snåla med undersökningar

Trots att såväl sjuksköterskor som sjukgymnast flera gånger påtalade att den afatiska kvinnan verkade ha ont i och svårt att röra ena höften gjordes ingen utredning av vad som senare visade sig vara en fraktur. (Soc 14250/09)

En äldre kvinna inkom till sjukhuset i ambulans sedan man funnit henne i det närmaste okontaktbar på golvet i hemmet. Det visade sig att patienten fått en stroke, och hon fick vård på en strokeavdelning. Kvinnan kommunicerade inte nämnvärt men upplevdes som orolig.

Personalen på avdelningen uppfattade en rörelseinskränkning och smärta i ena höften, och en sjuksköterska påtalade det för AT-läkaren på avdelningen. Vederbörande gjorde dock bedömningen att det inte förelåg någon fraktur. Men personalen noterade också fortsättningsvis att kvinnan verkade ha ont och inte kunde röra höften som hon skulle. En överläkare och AT-läkaren gjorde dock samma bedömning som tidigare.

I samband med att patienten skulle få en PICC-kateter, sex dagar efter inskrivning, påtalade avdelningspersonalen för kollegerna på operation att patienten verkade ha ont i en höft som även var svullen och missfärgad. Man gjorde då en genomlysning och upptäckte en fraktur.

Patienten var nu i stort sett döende, och man beslöt att inte genomföra röntgenundersökning såvida patienten inte förbättrades. Fram till patienten dog drygt två veckor senare gavs smärtlindring endast i små doser, och PICC-katetern togs aldrig i bruk.



Foto: Science Photo Library

PICC-katetern togs aldrig i bruk, och röntgenundersökning gjordes aldrig av patienten, som hade nedsatt autonomi och en höftfraktur.

Händelsen har anmälts enligt lex Maria, bland annat med anledning av den försenade frakturdiagnosen.

Socialstyrelsen skriver att det var svårt för sjuksköterskorna att få gehör för hur de upplevde patientens situation och att det hela försvårats av att det inte fanns någon stadigvarande läkare på avdelningen. I avdelningens egen händelseanalys lyfts fram att ortopediska bedömningar av icke-kommunicerbara patienter kräver stor kompetens och erfarenhet, något AT-läkaren naturligtvis saknade.

Socialstyrelsen bedömer att det redan initialt borde ha funnits misstankar om att patienten hade ramlat eftersom hon hittades på golvet i hemmet och personalen signalerade att hon verkade ha ont i höften, varför man borde ha röntgat i ett tidigt skede.

Enligt Socialstyrelsen visar den aktuella händelsen på vikten av att vara frikostig med undersökningar som kan utesluta eller verifiera skada, när patientens autonomi är nedsatt. ■

Resursbrist försenade akut ileusoperation

En patient sökte sjukhusets akutmotagning på grund av smärta i buken och kräkningar. Jourhavande läkare bedömde att det rörde sig om ett gallstensanfall och lade in patienten. Under natten gavs injektioner med smärtstillande läkemedel.

Följande morgon var patienten blek och kladdig. Tarmvred misstänktes, och akut DT-undersökning bekräftade detta. Under tiden hade blodtrycket sjunkit, och patienten överfördes till intensivvårdsavdelning. Jourhavande kirurg bedömde ändå att man kunde avvakta förloppet eftersom fyndet bedömts som relativt beskedligt och buken var mjuk.

Under de följande timmarna försämrades patienten och senare på natten var buken uppdriven med tecken på bukhinneinflammation. Patienten anmäldes omedelbart till operation, men då operationsavdelningens resurser redan var helt uttömda av andra pågående operationer kunde man inte komma igång förrän följande förmiddag. Då hade patientens tillstånd blivit ännu allvarligare, och patientens liv stod inte att rädda trots omfattande operativt ingrepp.

Händelsen anmäldes enligt lex Maria. Socialstyrelsen ställer sig kritisk till att man först bestämde att inte operera om inte patienten försämrades, och sedan när försämring skedde så fanns inte möjligheten att operera akut på grund av bristande resurser. Även om det i efterhand inte går att avgöra om patientens liv hade kunnat räddas av en mer skyndsam handläggning anser Socialstyrelsen att resursbristen vid operationsavdelningen utgör en risk för patientsäkerheten. (Soc 41-7956/08) ■

Komplicerade förändringar ledde till felplacerad gastrostomi

En kvinna i 40-årsåldern insjuknade i en svår tumör i bukhålan. Under en andra operation upptäckte kirurgen att tillväxten av cancer var »ofantlig« med flera metastaser i och omkring såväl tunn- som tjocktarm. Dessutom fanns omfattande sammanväxningar i tarmarna efter den första operationen.

Vävnadsprov visade lågdifferentierad cancer. Kirurgen bedömde att radikal exstirpation inte var möjlig utan beslutade i stället om avlastande åtgärder i

form av sigmoidostomi, men också gastrostomi, då risken för tarmvred ansågs uppenbar.

Vid en röntgenkontroll efter operationen visade det sig att gastrostomin var placerad i colon transversum i stället för i magsäcken. Patienten omopererades akut.

Patienten, som strax därpå avled, anmälde kirurgen till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Hon skriver att

gastrostomin i tjocktarmsväggen orsakade henne illamående, smärtor, kräkningar och psykiskt lidande.

Kirurgen medger utan omsvep att han gjorde ett misstag men skriver att de anatomiska förhållandena vid operationen som blev fel var mycket svåra.

Det tar också HSN fast på i sitt beslut och skriver att med hänsyn till de avancerade förändringarna i buken så stannar påföljden för kirurgen vid en erinran. (HSAN 2110/09) ■