

Patient som inte kan kommunicera kräver särskild omsorg i bedömningen

Borde sökt mer aktivt efter buksjukdom – obduktionen visade perforerad appendicit

I fall där patienten inte kan kommunicera med omgivningen krävs särskild omsorg vid handläggning och bedömning. Det kan gälla till exempel när patienten är dement eller som här schizofren. (HSAN 893/05)

Den 59-årige mannen led av schizofreni och fördes den 11 januari till lasarettet på grund av buksmärtor och kaffesumpsliknande kräkningar. Han kunde inte meddela sig, vere sig muntligt eller skriftligt, men hade pekat mot magen när distriktsköterskan frågat var han hade ont.

Buken var öm och han spände emot vid palpation. Klinisk lungundersökning var normal men laboratorieprov visade förhöjt LPK och mycket högt CRP, 339 mg/l. Han lades in på kirurgkliniken och fick antibiotika och magsårsmedicin.

Datortomografiundersökning av buken med frågan »Abscess? Divertikulit?» utfördes på natten. I svaret skrev en ST-läkare bland annat: »Ingen gas eller fri vätska i buken. Inga abscessmisstänkta förändringar i buken.»

Däremot angavs att »vätska ses i ej nämnvärt dilaterade tunntarmar (maximalt 3 cm) och colon«. Dessutom beskrevs kontrastursparningar och innehåll i ventrikeln samt lunginfiltrat basalt i lungorna.

Slutsatsen var att det inte förelåg någon abscess eller säkra tecken på divertikulit. Svaret kontrasignerades senare samma dag av en röntgenöverläkare.

Patienten avled

Patienten bedömdes lida av lunginflammation och skrevs ut från sjukhuset den 14 januari med planerad uppföljning hos annan läkare efter en månad.

Den 16 januari påträffades han avliden i hemmet. Obduktion visade, förutom bilaterala bronkopneumonier med tecken till aspiration, perforerad appendicit och generell bukhinneinflammation.

Patientens syster anmälde en kirurg och ST-läkaren. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av de anmälda.

Kirurgen bestred att hon gjort fel. Om en patient har svårt att meddela sig behövs de ofta göra röntgenundersökningar för klargörande. I detta fall hade patienten kräkts och visat att han hade buksmärtor men utan uppenbar orsak. Smärtorna var inte så uttalade att en operation ansågs nödvändig.

En datortomografi gjordes. Efter den kräktes patienten svart maginnehåll vid ett par tillfällen och man beslutade att göra en gastroskopi. Men patienten vägrade öppna munnen, så den blev inte av.

»Patienten ordinerades antibiotika utan att man funnit någon klar diagnos. När man väljer att behandla med antibiotika i ett oklart fall krävs noggrann uppföljning.«

Datortomografin kunde bara påvisa lunginflammation. En första del av behandlingen blev därför antibiotika i en tillräckligt bred kombination för att även täcka bakterier från en eventuell bukinfektion, trots negativ röntgen.

Buksymtomen föreföll avklina snabbt med denna behandling, och redan efter något dygn fanns ingen ömhet vid bukundersökning. Det kunde styrka misstanken om att patientens symptom egentligen kom från lungorna, framhöll kirurgen.

De undersökte patientens buk dagligen och fann att den var mjuk och öm. Sannolikt skulle de därför ha fullföljt antibiotikabehandlingen utan operation, även om blindtarmsinflammationen hade varit känd för dem.

»Gjorde allt«

Då patienten bedömdes kunna återvända till sitt boende hade hans bukbesvär gått tillbaka. Han ordinerades fortsatt behandling för sin lunginflammation i hemmet. Där hade han återigen drabbats av kräkningar och dragit ner magsäcksinnehåll i lungorna, vilket sannolikt orsakade dödsfallet.

Kirurgen hävdade att de utredningsmässigt gjorde allt för att komma fram till vad som orsakade patientens besvär. Eftersom de kunde konstatera att han snabbt förbättrades på insatt behandling, förmodade de att de drog rätt slutsats angående diagnosen.

ST-läkaren åberopade nio förmildrande omständigheter – en var att appendicitfrågeställning saknades på remissen –

till sin bedömning. Han kritiseras men slipper påföljd varför vi lämnar hans argument. Även röntgenöverläkaren åberopade förmildrande omständigheter.

Särskild omsorg krävs

I fall där patienten inte kan kommunicera med omgivningen krävs särskild omsorg vid handläggningen och bedömningen, framhåller Ansvarsnämnden.

Patienten kom in den 11 januari med buksmärtor och kaffesumpsliknande kräkningar. Han led av schizofreni och kunde inte redogöra för sig. Han vårdades till den 14 januari, då han skrevs ut. Ansvarig läkare var kirurgen.

Vid ankomsten till sjukhuset konstaterades generell ömhet i buken och att patienten spände emot vid palpation. Klinisk undersökning av lungorna visade inget anmärkningsvärt, men laboratorieprov visade tecken på infektion. Patienten ordinerades antibiotika utan att man funnit någon klar diagnos. När man väljer att behandla med antibiotika i ett oklart fall krävs noggrann uppföljning.

Patientjournalen saknar läkaranteckningar mellan inskrivningen och utskrivningen – en klar brist. Av omvårdnadsanteckningar framgår dock att patienten hade fortsatt ont i buken den 12 januari samt att han hade stora kräkningar och att man satte in ventrikelsond.

Dessa omständigheter borde, även om datortomografisvaret inte angav tecken till buksjukdom, ha lett till ett mer aktivt sökande efter sådan sjukdom som orsak till patientens infektion. Det var fel att skriva ut honom utan sådan ytterligare utredning. Kirurgen får en erinran.

Avvikande mening

Nämndens båda läkare och ytterligare en ledamot påpekar att kirurgen, trots att hon blev missledd av röntgensvaret, försökt utreda patienten vidare med gastroskopi och komma med andra möjliga förklaringar till de förhöjda infektionsvärdena. Dessutom svarade patienten med klinisk förbättring och förbättrade laborativvärden. Därför måste det anses tillräckligt med kritik mot kirurgen.

Kritiseras för röntgengranskningen

Datortomografiundersökning av buken utfördes natten mot den 12 januari. Frå-

geställningen på remissen var »Abscess? Divertikulit?«.

Röntgensvaret skrevs av ST-läkaren, som inte fann några abscessmisstänkta förändringar och inte heller gas eller fri vätska i buken. Däremot noterade han vätska »i ej nämnvärt dilaterade tunntarmar (maximalt 3 cm) och colon«, kontrastursparningar och innehåll i ventrikeln samt lunginfiltrat basalt i lungorna.

Vid eftergranskning av datortomografiundersökningen kan konstateras bland annat att det är riktigt att det finns infil-

trat basalt i lungorna och en vidgning av tunntarmen, som är vätskefylld. Det sistnämnda fyndet, paralytisk ileus, motiverar särskild noggrannhet vid granskningen av bland annat lilla bäckenet.

Måste misstänkas tyda på perforation

Vid noggrann granskning syns vätskeansamling dels i lilla bäckenet, dels kring platsen för blindtarmen.

Det finns också fettinfiltration som tecken på inflammation i fettet och bindväven kring blindtarmen.

I anslutning till själva blindtarmen, som kan identifieras som förtjockad, syns gas, som måste misstänkas tyda på perforation.

ST-läkaren får kritik för att han vid sin granskning inte noterade åtminstone vätskeansamlingen i lilla bäckenet. Den kliniska frågeställningen var dock inte riktad mot blindtarmen och datortomografiundersökningen skulle eftergranskas senare samma dag. Med hänsyn till dessa omständigheter, och eftersom han var ST-läkare, slipper han påföljd.

Dubbla frakturer och en axel ur led missades hos man med nedsatt autonomi Läkare på särskilt boende borde ha bedömt patientens hela tillstånd

Som konsultläkare på ett särskilt boende är man visserligen i stor utsträckning beroende av sjuksköterskans rapport, men distriktsläkaren har ändå haft att bedöma patientens hela tillstånd. (HSAN 3116/05)

Den 69-årige mannen har en demenssjukdom och bor på ett särskilt boende. Han hade i mars 2005 haft en hjärtinfarkt med hjärtstillestånd, och han medicinerade även för bristande sköldkörtelfunktion.

Den 29 oktober 2005 föll han ur sin rullstol. I samband med fallet var han okontaktbar i någon minut, och i efterförloppet hade han ont i hela kroppen och försämrad talförmåga. Han undersöktes två dagar senare av en distriktsläkare, som inte fann någon svullnad, missfärgning eller palpationsömheter i vänster axel eller vänster knä.

På grund av ett förhöjt CRP-värde misstänkte han att patienten hade en luftvägsinfektion och ordinerade antibiotika.

Hade två frakturer och axeln ur led

Den 1 november rapporterades att patienten kände smärta i höger axel vid rörelser. Distriktsläkaren ordinerade antiinflammatorisk gel och Alvedon, utan att undersöka honom.

Den 2 november remitterades patienten för röntgenundersökning, då en sjuksköterska på boendet hade rapporterat fortsatta svåra smärtor i höger axel och

vänster höftled. Hon bedömde också vänster ben som utåtroterat och förkortat, varför hon misstänkte en höftfraktur.

Röntgenundersökningen visade en fraktur på vänster lårbenshals, en fraktur i höger överarm samt att axeln var ur led.

Patientens son anmälde en sjuksköterska och distriktsläkaren. Han undrade, med hänvisning till vad läkare och sköterskor sagt i samband med röntgenundersökningen, om pappan verkligen undersöktes grundligt, vilket är särskilt viktigt med gamla dementa människor som inte kan kommunicera verbalt.

Sjuksköterskan kritiserar av Ansvarsnämnden men frias, varför vi lämnar henne.

Distriktsläkaren berättade att han den 31 oktober av en sjuksköterska på sjukhemmet blev ombedd att titta på patienten, som

hade feber samt ont i vänster axel och vänster knä.

Enligt sjuksköterskan hade patienten den 29 oktober fått ont i vänster axel efter att, i samband med en misstänkt ny blodpropp med cerebral påverkan, ha ramlat ur sin rullstol.

Smärtan i vänster knä hade däremot börjat före fallet. Patientens tidigare vänstersidig svaghet på grund av stroke.

Ingen misstanke om skada

Vid besöket låg patienten opåverkad i sängen, berättade distriktsläkaren.

Undersökningen gav ingen misstanke om skelettskada i vare sig vänster axel el-

ler vänster knä. På grund av att patienten hade feber och hosta begärde han provtagning av CRP. Då detta var förhöjt insattes penicillin vid misstanke om lunginflammation.

Distriktsläkaren bedömde även att infektionen förklarade den diffusa värk i kroppen som patienten, enligt personalen, verkade ha.

Personalen på sjukhemmet brukar snabbt reagera om patienterna verkar ha ont någonstans.

Den 1, och framför allt den 2, november signalerade personalen att patienten hade ont i höger axel och vänster höft, vilket föranledde att röntgenundersökningar gjordes den 2 november.

Distriktsläkaren menade att han, med den information som fanns den 31 oktober, gjorde en rimlig undersökning av patienten.

Skulle bedömt hela tillståndet

Då distriktsläkaren undersökte patienten den 31 oktober begränsade han undersökningen till vänster axel och knä eftersom detta var vad sjuksköterskan hade uttalat oro för.

Ansvarsnämnden påpekar att man som konsultläkare på ett särskilt boende visserligen i stor utsträckning är beroende av sjuksköterskans rapport, men distriktsläkaren har ändå haft att bedöma patientens hela tillstånd. Särskilt som det rör sig om en patient med nedsatt autonomi har distriktsläkaren brustit i noggrannhet vid undersökningen.

Han har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter, och felet är varken ringa eller ursäktligt. Han får en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden.