

Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler i samarbete
med Läkarförbundets juridiska sektion
och förbundets ansvarsråd

Denna vecka:
allmänmedicin

HSAN 159/97:A2

Medicinering och tillsyn anmäls Blind och hjärtsjuk diabetiker avled

Läkaren: »Mycket vårdkrävande tillstånd med svår förvirring»

En man, född den 20 mars 1922, led sedan 30 års ålder av diabetes. Han hade haft en hjärninfarkt år 1987 och led även av hjärtinsufficiens. Den 27 mars 1995 lades han in på vårdcentral för insulinjustering på grund av dåligt sockerläge. Under vårdtiden gjordes ett byte av insulin-sort och behandling med Haldol påbörjades. Blodsockret var svängande.

Den 5 april skrevs han ut till hemmet. Den 17 april kom han åter in till vårdcentralen. Han hade då fått en hjärninfarkt, var blind och förvirrad. Han undersöktes av dr B och lades in för observation. Den 9 maj överfördes han till sjukhem för fortsatt vård och behandling. Där fann man den 16 maj att mannen hade lunginflammation. Sockervärdet var svårstört och han försämrades successivt. Han avled den 3 juni 1995.

Anmälan

Den avlidnes son har anmält två läkare, dr A och dr B. Han har uppgett bl a följande.

Den 27 mars 1995 lades mannen in vid vårdcentralen tillsammans med sin fru. Man ville först lägga in fadern en-

sam, trots att han inte kunde klara sig själv. Efter att han hade vägrat lades båda föräldrarna in. Behandlingen av faderns diabetes sköttes på ett mindre bra sätt. Dr A beslutade om en stor neddragning av insulin dosen. Fadern fick dåligt med mat och medicineringen med Haldol sänkte blodsockret. Den dos Haldol som gavs var större än vad dr A berättade. Haldol var dessutom inte bra, eftersom fadern hade haft ett stroke år 1987. Kontrollen av blodsockret överlämnades inte åt diabetessköterskan, utan åt de anhöriga, trots att de inte var ordentligt informerade. Efter utskrivningen den 5 april var fadern mer distraerad än tidigare.

Den 17 april fick fadern en propp i hjärnan. Han blev blind och talförmågan blev sämre. Dr B lyssnade på hans hjärta och lungor och ville därefter skicka hem honom. Eftersom de anhöriga insisterade, lades han dock in. Dr B borde ha tillkallat en mer erfaren läkare. Under vårdtiden drogades fadern med för mycket Haldol och Stesolid. Han fick Stesolid flera gånger under nätterna. Detta medförde att han gick dåligt och blev andfådd. Sänkan kontrollerades inte alls och blodsockret kontrollerades bara två gånger i veckan. Troligen brydde man sig inte om att ge honom den vård som krävdes, eftersom

han var senildement, bl a sköttes inte toalettbesöken.

Mannen skickades till sjukhemmet, trots att han hade 96 i sänka och begynnande lunginflammation. Han borde i stället ha skickats till lasarettet. En bidragande orsak till att fadern fick lunginflammation var troligen att han försvagats av näringsbrist på grund av den låga insulin dosen. På sjukhemmet gjordes en kraftig höjning av insulin dosen, men då var fadern redan för svag. Omständigheterna kring dödsfallet har inte blivit klarlagda och de anhöriga har inte fått någon dödsattest.

Journalen från vårdcentralen innehåller vissa felaktiga och kränkande uppgifter. Bl a står det att båda föräldrarna är diabetiker, vilket är helt fel.

Utredning

Ansvarsnämnden har tagit del av patientjournalen samt hämtat in yttranden av dr A och dr B. De har bestritt att de handlat felaktigt och uppgett bl a följande.

Dr A: Patienten led sedan ungdomen av diabetes mellitus typ I med komplikationer från perifera kärl, ögon, njurar och hjärta. Dessutom sedan 1987 känd lindrig, icke åtgärdskrävande mitralisinsufficiens. 1987 med datortomo-

grafi verifierad högersidig cerebral infarkt med synfältsbortfall.

Hans diabetes var svårreglerad, varför han 1993 lades in vid en medicinsk klinik för insulinjustering. Detta vårdtillfälle fick dock avbrytas, eftersom han i denna främmande miljö blev mycket förvirrad.

På grund av icke acceptabelt sockerläge med klart förhöjt långtidssocker tog jag in patienten till vår akutavdelning den 27 mars 1995 för ett förnyat försök till sockerinställning. För att förhindra ett nytt förvirringstillstånd tilläts även hans hustru att läggas in tillsam-

”Under vårdtiden kontrollerades även hjärtat med bl a hjärt-lungröntgen. Visade oförändrat fynd sedan föregående undersökning 1990. Således inga tecken på att det beskedliga klafffelet hade haft någon klinisk betydelse för hjärt- och lungfunktionen.”

mans med honom. --- Under vårdtiden gjordes insulinbyte i syfte att förbättra sockerläget. Redan 1994 hade kollegan dr C ordinerat medicinbyte till Mixtard penset ---

Under vårdtiden kontrollerades även hjärtat med bl a hjärt-lungröntgen. Visade oförändrat fynd sedan föregående undersökning 1990. Således inga tecken på att det beskedliga klafffelet hade haft någon klinisk betydelse för hjärt- och lungfunktionen.

I samförstånd med patientens hustru inleddes även här behandling med låg dos Haldol för att dämpa hans aggressiva utbrott, misstänksamhet och svart-sjukeidéer där hemma. Hustrun fick här lära sig att handha insulinpennan. Patienten kunde skrivas ut i gott tillstånd och med något förbättrat sockerläge. ---

Den 17 april drabbades patienten av sin andra cerebrala insult med förvirring, talsvårigheter och blindhet. Inlades därför akut samma dag vid vår akutavdelning. Akut datortomografi utfördes, vilken visade både färsk och gammal hjärninfarkt belägna på ställen i hjärnan, som motsvarade den kliniska bilden med synbortfall. Dessutom tecken på generell hjärnatrofi.

Som väl framgår av sköterskornas rapportblad utvecklade han under vårdtiden på akutavdelningen ett mycket vårdkrävande tillstånd med svår förvirring, motorisk oro, plockighet och ett

uttalat skrikbeteende. Haldol fick återinsättas --- fortfarande i liten dos.

Vid några få tillfällen dessutom supps och tabletter Stesolid 5 mg när situationen blev ohållbar och patienten var mycket ångestladdad.

Jag hade också ett långt samtal med sonen bl a kring denna medicinering och berättade då för honom att dylikt skrikbeteende vid hjärnskada är mycket svårbehandlat med farmakologiska medel. --- Någon nerdrogning av patienten har således ej förekommit!

Eftersom det ej fanns ytterligare medicinskt att göra för att förbättra patientens tillstånd, fattades beslut om överflyttning till sjukhemmet, där bättre resurser fanns för en nu mycket krävande omvårdnad. --- även där daglig tillgång till medicinsk kompetens inklusive läkare. ---

Dr B: På kvällen den 17 april 1995 undersökte jag som jourläkare patienten. Denne inkom i sällskap av hustru och son --- till vårdcentralen med en anamnes av att under dagen ha blivit anorlunda; ostadigare och varit mera »borta» än vanligt. Man hade vidare noterat sluddrigt tal och att han blivit försämrad med avseende på synen, möjligen blivit blind. Vid undersökningen noterade jag att patienten var förvirrad och desorienterad och svår att förstå. Hjärtat och lungorna undersöktes utan vidare anmärkning, se journalen. Neurologiskt förelåg inga förslamningssymtom och ingen sidoskillnad vad gäller armarna och benen. Han var ostadig och svag i benen, med dålig balans, men kunde gå själv kortare sträckor med stöd. ---

Ur tidigare journaler hämtade jag, förutom via intervju av medföljande anhöriga, att patienten hade insulinkrävande diabetes sedan många år samt i övrigt var kärlsjuk med tidigare diagnostiserad och behandlad hjärtsvaghet, att han tidigare drabbats av ett slag-anfall där synen drabbats. Jag uppfattade att patienten var tämligen vårdkrävande i hemmet, och då det redan tidigare varit svårt med förflyttningar mellan våningarna (bland annat sovrum och toalett på skilda våningsplan) hade det nu blivit omöjligt.

Min bedömning efter undersökningen blev att patienten sannolikt fått ett nytt slaganfall som framförallt drabbat den redan stigmatiserade synen. Omfattningen av en ny blödning eller propp var det dock svårt att uttala sig om i det skedet. --- Jag tyckte då, mot bakgrunden av den totala situationen, inte att tillståndet krävde några akuta behandlings- eller undersökningsinsatser. Patienten erbjöds inläggning på vård-

centralens avdelning. Grunderna för inläggning var ur medicinsk synpunkt framförallt att kunna observera och följa det fortsatta förloppet. Den sociala situationen i övrigt var här också en starkt bidragande orsak, då jag uppfattade att orken tröt hos anhöriga, särskilt patientens hustru.

Här uppstod emellertid en diskussion, där min behandling och bedömning ifrågasattes av patientens son som också i övrigt tog en i hög grad aktiv del i undersökningen och framförallt bedömningen. Jag tyckte det var bäst att han lades in för observation. Dock togs alternativet upp i resonemanget, just på grund av den aktiva omsorg som sonen visade. Såvitt jag minns insisterade inte denne primärt på att fadern skulle stanna på vårdcentralen. Snarare upplevde jag att det förelåg en diskussion där argument för olika möjliga alternativ till fortsatt vård vägdes, och där jag fann min bedömning ifrågasatt överhuvudtaget. Detta tolkade jag emellertid i hög grad som dels familjeomsorger om sjuk anhörig, dels möjligen som att situationen var tung nog för familjen i hemmet.

--- Dagen efter inläggningen blev patienten av på avdelningen tjänstgörande kollega skickad för datortomografiundersökning av skallen. Här kunde en färsk blödning konstateras jämte spår av det tidigare slaganfallet. Detta ändrade dock inte den fortsatta behandlingen. Patientens tillstånd på avdelningen präglades i övrigt mycket av förvirring och oro med ångestinslag. På

”Dagen efter inläggningen blev patienten av på avdelningen tjänstgörande kollega skickad för datortomografiundersökning av skallen. Här kunde en färsk blödning konstateras jämte spår av det tidigare slaganfallet.”

grund av detta behandlades han med lugnande medel, Haldol, som sattes in som regelbunden medicinering, samt i övrigt lugnande medel vid behov, särskilt nattetid. Enligt journalanteckningar hade han redan tidigare ordinerats Haldol mot förvirring och oro. Familjen gavs som tidigare möjlighet att ta aktiv del i vården.

Socialstyrelsen har i beslut den 22 november 1996, dnr 42-5199/96, bl a utrett vissa klagomål från sonen på vården av fadern vid vårdcentralen. Styrelsen har gjort bedömningen att det medicinska omhändertagande av patienten

varit godtagbart och att en överflyttning till sjukhus knappast skulle ha bidragit till någon väsentlig förändring eller förbättring.

Bedömning

Enligt 3 § lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m m på hälso- och sjukvårdens område prövar ansvarsnämnden frågor om disciplinpåföljd när det gäller yrkesutövning som har samband med undersökning, vård eller behandling av patienter eller klinisk forskning på människor. Föreliggande anmälan i den del den rör omständigheter efter dödsfallet kan därför inte prövas av nämnden.

En patient med flera sjukdomar måste skötas med utgångspunkt i en helhetssyn på sjukdomsbilden. Behandlingen av en avgränsad sjukdom som diabetes kan inte styra hela vården.

Utredningen visar att patientens sockervården var svårstyrda. Mot bakgrund av hans grava psykiska tillstånd och övriga symtom kan behandlingen av hans diabetes emellertid inte kritiseras. En annorlunda behandlingsstrategi hade möjligen gett andra sockervården, men den hade med all sannolikhet inte påverkat utvecklingen av hans sjukdomsbild.

Dr B har uppgett att han inte hade för avsikt att skicka hem patienten då denne kom till vårdcentralen den 17 april. Det finns inget som stödjer anmälares

påstående om motsatsen. Utredningen ger inte heller stöd för att en mer erfaren läkare borde ha tillkallats eller att det i övrigt finns skäl att kritisera handläggningen vid inläggningen.

Såvitt framgår av utredningen skötes vården vid vårdcentralen på ett ändamålsenligt sätt. Behandlingen med

”Såvitt framgår av utredningen skötes vården vid vårdcentralen på ett ändamålsenligt sätt.”

Haldol och Stesolid var adekvat och i enlighet med praxis.

Det kan inte kritiseras att mannen flyttades till ett vårdhem i stället för till sjukhus. Behandling av lunginflammation sker numera både i vanligt boende och på sjukhem.

Utredningen ger inte stöd för att någon av de anmälda åsidosatt sina åligganden i yrkesutövningen. Journalen är i allt väsentligt förd utan anmärkning. Anmälan kan således inte leda till disciplinpåföljd.

Beslut

Ansvarsnämnden prövar inte anmälan i den del den rör omständigheter efter dödsfallet och lämnar den i övrigt utan åtgärd. •

Kommentar från Läkartidningens medicinskt sakkunnige

Fall, där anhöriga gör anmälan med anledning av att en förälder eller ett barn avlidit, innebär ofta speciella problem. Inte sällan riktar sig klagomålen mot ett flertal personer och åtgärder i vården av den anhörige, men när man studerar journaler och yttranden, kan det ofta vara svårt att inte tycka, att man gjort, vad som skäligen kan begäras. Man får ett intryck av att anmälan till stor del är ett led i ett sorgearbete. I några fall kan »aggressiviteten» i anmälan tänkas vara ett uttryck för att den anhörige själv inte tycker sig ha gjort tillräckligt för att stödja den anhörige före eller under sjukdomsperioden.

Så verkar det dock inte ha varit i det här presenterade fallet; sonen har följt fadern vid olika kontakter med sjukvården och även i viss mån försökt styra vården. Detta har även gällt i slutskedet, när fadern var så märkt av komplikationer till diabetessjukdomen, att god omvårdnad måste ha varit viktigare än medicinska, livsförlängande åtgärder. •

Läkartidningen har bett professor Lars Räf att kommentera fallet mot bakgrund av hans omfattande erfarenhet av incidenter i vården, från bl a HSN och Patientförsäkringen.

Apkoppor i Kongo

Som vi nämnde i våras i den här spalten har WHO gjort en fältstudie av ett utdraget utbrott av apkoppor (monkeypox) i södra Kongo (f d Zaire): områdena Katoko Kombe och Lodja. Det team från WHO, CDC och EPIET-programmet som skickades ut i februari fick snabbt åka hem när inbördeskriget rullade fram över området, men under oktober har man gjort en ny studie på plats.

Intresset för monkeypox kommer naturligtvis av att man slutat vaccinera mot smittkoppor i världen. Denna vaccination gav nämligen korsimmunitet mot monkeypox, och frågan är nu om monkeypox kan spridas mellan människor i en befolkning som inte har något smittkoppskydd.

Det aktuella utbrottet började redan i februari 1996, och verkar nu ha klingat av: teamet observerade bara 14 pågående fall under sitt besök. Totalt identifierade man 419 fall som retrospektivt uppflydde falldefinitionen. Av dessa var mellan 22 och 35 procent primärfall, dvs smittade direkt från apa, resten var sekundära. Smitta mellan människor är vanligare än vad som beskrivits i tidigare utbrott, möjligen på grund av att tidigare studier underskattat vaccinasjukdomen. För detta talar att 85 procent av fallen var 16 år eller yngre. Fem patienter dog (letalitet 1,5 procent); alla dessa var mellan 4 och 8 år.

Preliminär serologi visar att flera fall sannolikt hade vattkoppor, vilket försvårar analysen av utbrottet.

Nytt försök på Nätet

Flera läsare av den här spalten har uttryckt irritation över svårigheten att hitta Smittskyddsinstitutet på Internet. Det har tagit tid att få upp vår nya hemsida, bl a beroende på att den måste ligga utanför vår brandvägg, eftersom vi vill vara fullständigt säkra på att känslig information inte kan nå utifrån. Nya adressen är:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se> med alla bokstäver utskrivna. (Förkortningen SMI var redan upptagen av Stockholms Musikpedagogiska Institut). Hemsidan är ännu rätt tom, men vi arbetar på att fylla den, och avser bl a att återskapa vår »utbrottslista» inom kort.

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*