

Udskriftsdato: 15. december 2025

KEN nr 10596 af 20/12/2008 (Gældende)

Klage over manglende observation og dokumentation af meningitispatient

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, j. nr. 0870406

Klage over manglende observation og dokumentation af meningitispatient

Patientklagenævnet finder grundlag for at kritisere de sygeplejersker der behandlede <****> fra den 4. april til den 9. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, jf. lov om sygeplejersker § 5, stk. 1.

Da der løbende har været mange sygeplejersker involveret i plejen af <****>, meddeles dette til orientering til afdelingssygeplejerske A.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere reservelæge B for hans behandling af <****> den 4. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, jf. lægelovens § 6.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere overlæge C for hendes behandling af <****> den 5. og 7. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, jf. lægelovens § 6.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere overlæge D for hans behandling af <****> den 6. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, jf. lægelovens § 6.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere reservelæge E for hans behandling af <****> den 9. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, jf. lægelovens § 6.

Patientklagenævnet finder ikke grundlag for at kritisere overlæge F for hans behandling af <****> den 9. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, jf. lægelovens § 6.

Hændelsesforløb

<****>, som var 21 år, blev overflyttet fra Sygehus 1 til Sygehus 2 den 4. april 2006 med diagnosen virus meningitis.

Ved en klinisk undersøgelse på Sygehus 2 den 4. april 2006 fandt reservelæge B, at <****> kunne vækkes, og at hun var vågen og klar. Reservelæge B orienterede <****> om, at man ville fortsætte behandlingen fra Sygehus 1 med præparaterne Acyclovir og penicillin.

Den 5. april 2006 undersøgte overlæge C <****>, som siden indlæggelsen havde fået det lidt bedre, men fortsat var meget træt og sov det meste af tiden. <****> havde desuden fortsat hovedpine. C fandt, at <****> var nakkestiv, men at den øvrige objektive undersøgelse var normal bortset fra, at <****> havde fået amputeret begge underben. Overlæge C konkluderede, at det drejede sig om en virus meningitis, og at <****> ikke var præget af hjernebetændelse. Overlæge C ordinerede, at <****> skulle observeres tæt, og hvis hun blev dårligere, skulle der foretages ny undersøgelse af rygmarvsvæsken. Behandlingen med Acyklovir og Penicillin blev stoppet.

Den 6. april 2006 havde <****> fortsat normal temperatur, men hun var træt. Plejepersonalet vurderede, at <****> var trykstabil, at hun havde det noget bedre end dagen før, og var noget mindre nakkerygstiv.

Den 7. april 2006 blev <****> undersøgt af overlæge C, som fandt, at <****> havde det lidt bedre, men at hun stadig sov meget. Overlæge C vurderede fortsat, at <****> mest sandsynligt havde en virusmeningitis.

Den 8. april 2006 vurderede plejepersonalet, at <****> sov det meste af tiden, hun havde intet spist og var i væskeunderskud, hvorfor der blev givet tilskud af væske til natten. Hun var selv gået på toilettet, men havde også to gange haft ufrivillig vandladning.

Den 9. april 2006 kl. 07.20 blev reservelæge E tilkaldt, idet <****> umiddelbart forinden ikke kunne kontaktes. Reservelæge E fandt, at <****> var ukontaktbar med en vejtrækningen, hvorfor E tilkaldte en anæstesilæge.

Den 9. april 2006 kl. 07.25 fik <****> vejtrækningsstop. Overlæge F fra anæstesiologisk afdeling behandlede umiddelbart vejtrækningsstoppet ved at indlægge en luftvejstube, men oversigten var dårlig blandt andet på grund af store mængder sekret fra øvre luftveje. Med besvær lykkedes det at lægge luftrørstuben i luftrøret, og beliggenheden blev herefter bekræftet ved lungestetoskopi. Imidlertid havde

<****> i perioden kl. 07.35 til 07.52 ikke været tilfredsstillende ventileret. <****> blev herefter overflyttet til intensivafdelingen og tilkoblet respirator.

Den 9. april 2006 kl. 09.30 informerede overlæge C først <****>s bror og efterfølgende <****>s mor om, at tilstanden var kritisk.

<****> døde den 9. april 2006 kl. 21.45. Efterfølgende obduktion påviste en betændelsesansamling fortil i hjernen.

Klagen

Der er klaget over følgende:

At <****> ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med hendes indlæggelse på Sygehus 2.

Det er herved anført, at <****> blev overført til Sygehus 2, som det blev oplyst var eksperter på meningitisområdet, men at der ikke blev foretaget yderligere undersøgelser i form af en skanning. Det er endvidere anført, at der skete en fejlbehandling af <****>, da man seponerede den ordinerede medicin fra Sygehus 1, mens hun stadig befandt sig på infektionsmedicinsk afdeling. Det er endvidere anført, at <****> ikke modtog fornøden pleje og tilsyn fra plejepersonalet på medicinsk afdeling til trods for, at dette er påpeget som væsentligt i journalen og til trods for, at der skete tydelige ændringer i <****>s tilstand. Endelig er det anført, at <****> i forbindelse med intubation på intensiv afdeling ikke modtog en korrekt behandling som følge af en fejlkommunikation.

Nævnets afgørelse af klagen

De sygeplejersker der behandlede <****> i perioden fra den 4. til den 9. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2, har overtrådt lov om sygeplejersker § 5, stk. 1.

Da der løbende har været mange sygeplejersker involveret i plejen af <****>, meddeles dette til orientering til afdelingssygeplejerske A.

Reservelæge B har ikke overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af <****> den 4. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2.

Overlæge C har ikke overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af <****> den 5. og 7. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2.

Overlæge D har ikke overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af <****> den 6. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2.

Reservelæge E har ikke overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af <****> den 9. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2.

Overlæge F har ikke overtrådt lægelovens § 6 ved sin behandling af <****> den 9. april 2006 på infektionsmedicinsk afdeling, Sygehus 2.

Begrundelse

Der fremgår af journalen, at <****> blev indlagt på Sygehus 1 den 3. april 2006 efter en måneds sygdomsperiode med symptomer på bihulebetændelse, og at forsøg på antibiotisk behandling ikke havde været virksom.

Det fremgår af journalen den 4. april 2006, at <****> ved indlæggelsen på Sygehus 2 blev undersøgt af reservelæge B, som fandt, at hun havde hovedpine, var sløv men klar og orienteret, og at der fandtes nakke-rygstivhed, men ingen feber, samt at der ikke var kramper, lammelser, synsforstyrrelser eller andre symptomer fra nervesystemet. Det fremgår videre, at der ved foretagelse af undersøgelser blev påvist betændelse i hjernebinderne (meningitis), idet der fandtes et svagt forhøjet antal hvide blodlegemer (pleocytose) og let øget koncentration af æggehvistof (protein) i hjernevæsken (cerebrospinalvæsken). Det fremgår videre af journalen, at der på Sygehus 1 var indledt behandling med penicillin (mod bakterier)

og acyclovir (mod virus), idet der afventedes resultater af laboratorieundersøgelser af hjernevæsken (cerebrospinalvæsken), og at denne medicinske behandling med penicillin og acyclovir blev fortsat, samt at den foreløbige undersøgelse af hjernevæsken (cerebrospinalvæsken) på klinisk mikrobiologisk afdeling havde vist hvide blodlegemer af typen polymorfkernede men ingen bakterier.

Det er Patientklagenævnets opfattelse, <****>s symptomer var forenelige med betændelse af hjernehinderne (meningitis), og at der ikke ifølge beskrivelsen i journalen, var symptomer der kunne give mistanke til øget tryk i hovedet (intrakranielt trykstigning). Det er videre nævnets opfattelse, at der var faglig relevant at fortsætte penicillin indtil forsøg på dyrkning var gjort i yderligere 24 timer.

Det er yderligere nævnets opfattelse, at det ikke er normal praksis at udføre scanning af hjernen, såfremt der ikke er tegn til sygdom i hjernen. Nævnet kan hertil oplyse, at ved hjernehindebetændelse (meningitis) kan der ikke ses ændringer ved en scanning.

Det fremgår af journalen den 5. april 2006, at <****> blev undersøgt af overlæge C, som fandt hende nakke-rygstiv, vågen og klar, men træt, og at hun sov meget. Det fremgår videre, at <****> var afebril, men havde forhøjet infektionstal (CRP på godt 500), og at overlæge C ikke fandt indikation for behandling med den på Sygehus 1 ordinerede penicillin, hvorfor denne blev stoppet (seponeret). Det fremgår videre af journalen, at overlæge C fandt, at det drejede sig om en virus meningitis, og at behandlingen med Acyclovir blev stoppet, idet <****> ikke fandtes præget af hjernebetændelse (encephalitis), samt at der blev ordineret en tæt observation af <****> med foretagelse af en ny undersøgelse af hjernevæsken ved forværring.

Patientklagenævnet kan oplyse, at det er vigtigt at indlede behandling med penicillin ved mistanke til hjernehindebetændelse (meningitis) med bakterie eller virus, imens resultater af undersøgelser afventes. Nævnet kan videre oplyse, at behandling med Acyclovir er normal praksis i tilfælde, hvor der mistænkes alvorlig virusudløst hjernebetændelse (encephalitis). Nævnet kan yderligere oplyse, at en isoleret hjernehindebetændelse (meningitis) med virus ikke behandles med medicin.

Det er Patientklagenævnets opfattelse, at idet der kun var fundet let forhøjet antal hvide blodlegemer (pleocytose) i hjernevæsken, og idet der ikke var meddelt fund af bakterier, var det forsvarligt at stoppe behandlingen med penicillin. Det er videre nævnets opfattelse, at det ikke var under normen for almindelig anerkendt faglig standard at ophøre behandlingen med Acyclovir, idet der ved undersøgelsen af <****> ifølge journalen ikke var tegn på uklarhed eller anden hjerneændring, hvorfor mistanken til virusudløst hjernebetændelse (encephalitis) var lille.

Det fremgår af journalen den 6. og 7. april 2006, at <****> fandtes uden nye symptomer, uden feber og relevant men træt. Det fremgår videre, at der var faldende infektionsparametre, og at der endnu ikke var svar på serologi (undersøgelse af antigener og antistoffers indbyrdes reaktion).

Det er nævnets opfattelse, at <****>s blodprøver viste fald i infektionstallene.

Det er generelt set nævnets opfattelse, at graden og hyppigheden af lægelig vurdering under indlæggelse på medicinsk afdeling ved et planlagt forløb, er en individuel vurdering baseret på ventetid på undersøgelsesresultater eller behov for restitution, og i disse tilfælde er der flere gange dagligt sygeplejefaglig kontakt med en patient, hvorefter lægen tilkaldes efter behov.

Det er yderligere nævnets opfattelse, at det af sygeplejefjournalen fremgår, at <****> den 8. april 2006 om aftenen havde normale værdier i form af puls og blodtryk.

Nævnet kan oplyse, at ved forværring af byld i hjernen (cerebral absces) vil der langsomt indtræde en øgning i trykket i hovedet (intrakranielt trykstigning), hvorved kroppen vil reagere med stigende blodtryk og faldende puls. Ved tiltagende øgning i trykket i hovedet vil der ligeledes forventes tiltagende hovedpine og ændring i bevidstheden stigende til bevidstløshed og sent i forløbet vil der indtræde tegn på hjerneskade, for et eksempel manglende lysreaktion i øjets pupil.

Det fremgår af journalen den 9. april 2006, at der tidligt om morgenen indtrådte en pludselig forværring i <****>s tilstand, og at vagthavende læge E blev tilkaldt. Det fremgår, at reservelæge E fandt <****> ukontaktbar med tegn til livstruende hjerneskade (lysstive pupiller), højt blodtryk (260/170) og med ophør af vejrtrækningen (respirationsstop), og at der herefter foretoges genoplivning. Det fremgår af journalen, at der blev foretaget intubation (indføring af rør i luftvejen), og derefter foretaget stetoskopi (lytteundersøgelse på brystkassen).

Det fremgår af reservelæge Es udtalelse til sagen, at han umiddelbart vurderede, at tuben lå korrekt, idet der hørtes lyde. Det fremgår videre, at idet <****>s tilstand ikke bedredes, blev der foretaget efterfølgende stetoskopikontrol som viste, at tuben lå i spiserøret, og der blev herefter foretaget reintubation.

Det er nævnets opfattelse, at det er kendt, at lyde fra mavesækken (meddelte lyde) kan opfattes som at udgå fra lungerne ved kunstig vejrtrækning (ventilation), og at i det tilfælde, at intubationen ikke medfører en bedring af patientens tilstand, vil lægen erkende situationen og foretage et nyt forsøg på indføring af luftvejstube.

Det er herefter nævnets opfattelse, at reservelæge E ikke handlede under normen for almindelig faglig standard, ved sin stetoskopi af <****> den 9. april 2006.

Det er nævnets opfattelse, at det var i overensstemmelse med almindelig faglig standard, at mistænke <****>s tilstand som symptomer på en infektion i centralnervesystemet, idet symptomerne blev underbygget af undersøgelse med fund af ændringer i hjernevæsken (cerebrospinalvæsken), idet der ikke var et samlet billede af symptomer eller tegn på svulst eller byld i hjernen. Det er nævnets opfattelse, at <****> under hele sin indlæggelse blev fundet afebril, og at feber under normale omstændigheder er et vigtigt tegn på alvorlig bakterieinfektion. Det er endvidere nævnets opfattelse, at <****> ved indlæggelsen havde forhøjet infektionstal (CRP) som over nogle dage blev næsten normal, hvilket indikerede en aftagende infektion i kroppen. Det er nævnets opfattelse, at det er normal praksis, at såfremt tilstanden ikke bedrer sig, revurderes diagnosen, når resultater af undersøgelse for bakterier og virus i hjernevæsken (cerebrospinalvæsken) ikke finder mikroorganismer, men disse resultater tager nogle dage, og i <****>s tilfælde fremkom disse først efter hun var afgået ved døden. Det er endelig nævnets opfattelse, at lægerne ikke handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved deres vurdering af <****>s symptomer, idet de normale ændringer af nervesystemets og kroppens reaktioner på en hjernebyld (cerebral absces) ikke var fundet hos <****>.

Nævnet finder herefter, at overlæge C, overlæge D, reservelæge B og reservelæge E handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved deres behandling af <****> fra den 4. til den 9. april 2006 på medicinsk afdeling, Sygehus 2.

Det fremgår af sygeplejersjournalen den 4. april 2006, at <****> ved indlæggelsen havde svær hovedpine, var nakkerygstiv, og sov op til 20 timer i døgnnet, men at hun i vågen tilstand var orienteret i tid og sted.

Det fremgår af journalen den 5. april 2006, at <****> skulle observeres tæt.

Det fremgår af sygeplejersjournalen fra den 5. april til den 8. april 2006, at der blev foretaget daglige observationer af <****> for så vidt angår den cerebrale tilstand (bevidsthedstilstand og evne til at reagere på for eksempel tiltale og svare relevant), hovedpine, ernæring, væske, udskillelse og mobilisering. Det fremgår af sygeplejersjournalen, at <****> var trykstabil i hele forløbet.

Det fremgår af afdelingssygeplejerske As udtalelse til sagen, at der under <****>s indlæggelse blev foretaget daglige observationer af den cerebrale tilstand, herunder omfanget af hovedpine, og af <****>s indtagelse af ernæring og væske, udskillelse, herunder vandladning samt af <****>s mobilitet. Det fremgår videre af afdelingssygeplejerske As udtalelse, at <****> var trykstabil under indlæggelsen.

Patientklagenævnet har noteret sig, at der ikke foreligger optegnelser i sygeplejersjournalen vedrørende måling af værdier, det vil sige puls, blodtryk og temperatur, samt eventuelt iltmætning i blodet fra den 5. april 2006.

Det fremgår af sygeplejefjournalen den 6. april 2006, at <*****> i dagvagten var trykstabil og afebril, og i aftenvagten blev der anført en temperatur på 36,9.

Patientklagenævnet har yderligere noteret sig, at der den 7. april 2006 ikke er anført måling af værdier i sygeplejefjournalen.

Det fremgår af journalen, at <*****> var afebril.

Det fremgår af sygeplejefjournalen den 8. april 2006, at der blev målt et blodtryk på 130/70 og en puls på 76.

Patientklagenævnet kan oplyse, at meningitis er en infektion i hjernebinderne, som kan give alvorlig påvirkning af hjernen, hvor blandt andet forhøjet blodtryk og lav puls kan være symptomer herpå.

Det er nævnets opfattelse, at der på baggrund af <*****>s påvirkede tilstand, samt at der i journalen var ordineret en tæt observation, burde have været foretaget måling 1 til 2 gange i hver sygeplejevagt af puls, blodtryk og temperatur samt eventuelt iltmætning, indtil man var sikker på, at disse var stabile. Det er endvidere nævnets opfattelse, at disse observationer burde have været anført i sygeplejefjournalen eller på et observationsark, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende sygeplejefaglige optegnelser.

Nævnet finder herefter, at de sygeplejersker der behandlede <*****> i perioden fra den 4. til den 9. april 2006 på infektionsmedicinsk afdeling, Sygehus 2, handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Da der løbende har været mange sygeplejersker involveret i plejen af <*****>, meddeles dette til orientering til afdelingssygeplejerske A.

Det fremgår af journalen den 9. april 2006, at den vagthavende læge på medicinsk afdeling om morgenen blev tilkaldt, da <*****> var ukontaktbar. Det fremgår videre, at <*****> kort tid efter fik vejtrækningsstop, hvorfor vagthavende anæstesi-læge, overlæge F blev kaldt.

Det fremgår af journalen, at overlæge F fandt <*****> respirationsløs (uden vejtrækning), cyanotisk (blåfarvet), men at der var en følelig puls. Det fremgår af journalen, at <*****> havde været vanskelig at ventilere, og at overlæge F forsøgte ventilation på maske. Det fremgår videre, at idet det var vanskeligt at få luft i lungerne, besluttede overlæge F umiddelbart herefter at intubere <*****> (nedføre et plastkrør i luftrøret). Det fremgår af journalen, at det var vanskeligt at få et godt indblik til strubeindgangen på grund af store mængder sekret, som forsøgte ophentet, og at der efter nedføring af tuben, blev foretaget en stetoskopering (lytteundersøgelse med stetoskop) af lungerne.

Det fremgår af overlæge Fs udtalelse til sagen, at stetoskoperingen blev foretaget af den tilstedeværende medicinske læge, idet han ikke havde hænder fri til det.

Det fremgår af journalen, at der hørtes indblæsningslyde over lungerne, men idet <*****> ikke rettede sig, mistænkte overlæge F, at tuben kunne ligge i spiserøret i stedet for i luftrøret, hvorfor han med besvær foretog en reintubation (fornyet nedføring af plastkrør), og at tuben denne gang var korrekt placeret. Det fremgår videre af journalen, at der opstod en kortvarig episode med hjertestop (asystoli), som ophørte efter kortvarig hjertemassage.

Det fremgår af journalen den 9. april 2006, at <*****> under hele forløbet havde haft udvidede pupiller, som var uden reaktion på lysstimulation (som tegn på svær hjernepåvirkning), og at der ikke var nogen reaktion på smertevoldende stimuli. Det fremgår videre, at en akut CT-scanning af hjernen viste, at den var et stort infarkt (vævsdød, fremkaldt af nedsat eller ophævet blodgennemstrømning).

Patientklagenævnet kan oplyse, at når en anæstesi-læge foretager intubation, føres spidsen af tuben gennem stemmebåndsridsen ned i luftrøret (trachea). Denne procedure foretages oftest under synets vejledning, idet anæstesi-lægen ved hjælp af et særligt instrument (såkaldt laryngoskop) kan iagttage indgangen til luftvejen.

Nævnet kan yderligere oplyse, at en objektiv bekræftelse af, at en tube er korrekt placeret i luftrøret, kan opnås ved anvendelse af et særligt måleinstrument, en såkaldt capnograf. En capnograf analyserer luftens indhold af CO₂ (kultveilte). Eftersom organismens CO₂ udskilles gennem lungerne og dermed gennem udåndingsluften, vil udåndingsluften i en tube, som er korrekt placeret i luftrøret indeholde CO₂, hvorimod ”udåndingsluften” i en tube, som utilsigtet er forkert placeret i spiserøret (oesophagus), ikke indeholder CO₂. Igennem de seneste 10-15 år er det blevet almindelig anerkendt faglig standard på landets operationsstuer (hvor langt de fleste intubationer bliver udført), at anæstesiapparaterne er forsynet med en capnograf. Derimod er det endnu ikke almindelig anerkendt faglig standard, at man på øvrige lokaliteter så som intensivafdelinger og andre steder på sygehusene, hvor akut intubation kan blive nødvendig, råder over en capnograf.

Det fremgår af overlæge Fs udtalelse til sagen, at intubationen blev foretaget på medicinsk afdeling, idet <****> var akut vejrtrækningstruet, og at der derfor ikke var tid til at overflytte hende før intubationen.

Det fremgår af journalen, at det ved intubationen var vanskeligt at få oversigt, blandt andet på grund af, at der var meget sekret.

Nævnet kan oplyse, at lige bag indgangen til luftvejen ligger den øvre munding af spiserøret (oesophagus), og at det derfor kan forekomme, at tubespidsen utilsigtet føres ned i spiserøret i stedet for i luftrøret (en såkaldt accidentel oesophagusintubation). Hvis dette sker, vil der ikke blive tilført ilt til patientens lunger og blod, og det er derfor vigtigt, at anæstesilægen sikrer sig, at tuben er nedført i den korrekte åbning.

Det er nævnets opfattelse, at overlæge F handlede faglig relevant, idet han reintuberede <****>, da hun ikke rettede sig inden for et par minutter efter den første intubation. Det er videre nævnets opfattelse, at overlæge F handlede faglig korrekt ved at lade en anden læge foretage stetoskopien af <****>, idet det af journalen fremgår, at han ikke umiddelbart havde adgang dertil.

Nævnet finder herefter, at overlæge F ved sin behandling af <****> den 9. april 2006 på infektionsmedicinsk afdeling, Sygehus 2 handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.