Erinran:

Feltolkade anamnes – virusinfektion var malaria

Ansvarsnämnden har tilldelat en distriktsläkare en erinran för att denne feltolkade en kvinnas anamnes som virusinfektion när hon i själva verket hade malaria. Läkaren borde ha remitterat kvinnan till en specialist. (HSAN 1909/95)

Den 45-åriga kvinnan kom till vårdcentralen den 5 juli. Hon hade svängande feber sedan några dagar, prickiga utslag och lätt höjd sänka. Hon berättade att hon en vecka tidigare kommit hem från Nigeria.

Doktorn tyckte att hon hade en virussjukdom, men eftersom hon varit i Nigeria bad han att hon skulle komma tillbaka om några dagar om hon inte blev bättre.

Tre dagar senare blev hon sämre med diffus obehagskänsla i magen och hög feber. På en infektionsklinik konstaterades att hon hade malaria.

Dagen efter försämrades hon ytterligare med stigande feber och cerebral påverkan. Hon lades i respirator och behandlades intravenöst med kinin. Hon skrevs ut den 18 juli och var då fortfarande trött men i övrigt återställd.

Kvinnan själv misstänkte malaria

Socialstyrelsen anmälde läkaren och anförde följande.

I kvinnans anamnes fanns uppgiften om vistelsen i Nigeria med. Hon hade beskrivit sin sjukdomsbild med »varannandagsfeber».

Dessutom hade hon själv funderingar kring malaria eller någon annan tropisk sjukdom. Trots det bedömde läkaren att hon sannolikt hade en virusinfektion och föreslog expektans. Troligen fanns det olika anledningar till att distriktsläkaren missade malariadiagnosen:

Patienten hade vid besöket vid vårdcentralen ingen feber och ansågs opåverkad.

Läkaren var inte förtrogen med symtomen vid malaria.

Virusorsakade feber- och exantemtillstånd är vanliga för allmänläkare.

Socialstyrelsen pekade på att det bland alla banala självläkande åkommor då och då dyker upp svårare tillstånd. En av de viktigaste uppgifterna för en allmänläkare är att sortera ut svåra fall från de enkla. I den processen ingår ofta att remittera patienten för ytterligare bedömning.

Distriktsläkaren anförde att han i efterhand insåg att diagnosen malaria blivt försenad.

Att han hade blivit förvillad och i första hand tänkt på en virusinfektion berodde på att kvinnan hade exantem. För att gardera sig mot att hon hade en tropisk sjukdom hade han bett henne återkomma efter några dagar om hon kände sig sämre eller inte hade blivit bra.

Ansvarsnämnden konstaterade att kvinnan till distriktsläkaren hade lämnat sådana uppgifter att de, om han hade tolkat dem rätt, borde ha föranlett en remiss till specialist. Då hade diagnosen malaria ställts tidigare än vad som blev fallet.

Ansvarsnämnden vägde in att patientens allmäntillstånd var opåverkat och att hennes sjukdomsbild var atypisk och lät påföljden stanna vid en erinran. •

Varning:

Väntade för länge med kejsarsnitt – barnet dog

En överläkare har av Ansvarsnämnden varnats för att han väntade för länge med att förlösa en 25-årig kvinna med kejsarsnitt. Barnet dog. (HSAN 1208/95).

Kvinnan kom till förlossningskliniken klockan 2.00 på natten. Barnet låg i sätesändläge. Ettt dygn senare var livmoderhalsen helt öppen, men förlossningen gick långsamt. Därför fick kvinnan värkstimulerande dropp klockan 5.30.

Övervakningskurvan för fostret var normal hela natten, men omkring klockan 8 förändrades CTG till ett saltatoriskt mönster med nedsatt korttidsvariabilitet. Man forsatte att stimulera kvinnan för vaginal förlossning.

Klockan 9.10 beslutade överläkaren om katastrofsnitt. Då visade fosterljudskurvan nästan ingen variabilitet samt bradykardi. Kejsarsnittet utfördes 9.30. Barnets Apgar var 0–0–4. Det avled några dagar senare.

Föräldrarna anmälde överläkaren och anförde bl a att CTG-kurvan visade ansträngda fosterljud på ett tidigt stadium utan att överläkaren gjorde något.

»Svårt avgöra vilket som går fortast»

Överläkaren sade att han var bedrövad och djupt skakad över den olyckliga utgången. Med facit i hand skulle naturligtvis kejsarsnitt ha gjorts tidigare, menade han.

Han pekade på att avvikande och svårtolkade mönster i fostrets hjärtljud tämligen ofta ses i utdrivningsskedet Han bedömde enligt riktlinjerna för tolkning av fosterhjärtljud mönstret som misstänkt patologiskt. Det föranledde fortsatt noggrann övervakning och snar förlossning.

Vid ett avvikande mönster i fostrets hjärtverksamhet i slutet av en förlossning är det alltid svårt att avgöra vilket som går fortast, att förlösa patienten vaginalt eller att göra ett kejsarsnitt, sade överläkaren.

Han hade övervägt dessa två möjligheter och bedömde att vaginal förlossning var att föredra fram till dess att den djupa bradykardin uppstod. I det läget var kejsarsnitt enda utvägen, bedömde han.

Hotande asfyxi

Ansvarsnämnden sade att sätesförlossning är komplicerad och kräver goda övervakningsresurser och tillgång till läkare.

CTG-kurvan hade varit normal hela natten, men omkring klockan 8 förändrades den och blev gravt patologisk förenligt med hotande fosterasfyxi.

Trots detta forsatte man att stimulera mamman för vaginal förlossning och inte förrän omkring klockan 9.10 beslutade överläkaren om katastrofsnitt. Då hade fosterljudskurvan varit gravt patologisk i drygt en timme och en kvart, varav den sista halvtimmen med uttalad bradykardi helt utan variabilitet. Under denna tid togs heller inte något skalpblodprov.

Med största sannolikhet hade barnet haft ett helt annat utgångsläge om kvinnan förlösts med kejsarsnitt när CTG-kurvan blev gravt patologisk klockan 8, konstaterade Ansvarsnämnden. •

Varning:

Misslyckades med att lägga ryggbedövning – borde bett kollega om hjälp

Läkaren misslyckades upprepade gånger med att ge en kvinna ryggbedövning i samband med förlossning. Hon fick inte in nålen. Hon borde ha bett en kollega om hjälp, menade Ansvarsnämnden och varnade henne. (HSAN 1525/94)

Kvinnan anmälde läkaren och uppgav bl a att denna hade gjort minst elva insticksförsök utan framgång. Först efter uppmaningar från barnmorskan hade läkaren kallat på en kollega som lade bedövningen.

Läkaren anförde bl a att patienten hade svårt att skjuta ut ryggens mellersta del. Eftersom detta var en förutsättning för att lägga epiduralbedövning hade proceduren blivit besvärlig och långdragen, cirka 45 minuter.

Att hon inte tidigare kallade på hjälp av mellanjouren berodde på att hon visste att denne var upptagen med en intensivvårdspatient.

Måste inse att man kan misslyckas

Ansvarsnämnden pekade på att det primära i den situation som läkaren befann sig i, att inte hitta rätt med nålen, är att inse att man som behandlande läkare kan misslyckas. Detta alldeles oavsett erfarenhet och utbildning.

Det riktiga är då att be en kollega som man bedömer vara minst lika erfaren som man själv att överta patienten och den tilltänkta åtgärden.

Läkaren borde ha varit mer lyhörd för kvinnans smärtor och tidigare avbrutit försöket att ge ryggbedövningen. Att mellanjouren var upptagen av annat var inte någon förmildrande omständighet. Läkaren borde ha inväntat, alternativt avlöst, denne.

Läkaren kritiserades också för att inte ha journalfört sticken i ryggen. •