

Remarkabelt HSAN-beslut om rinosinuit

■ HSAN har utdelat en erinran för en, enligt nämnden, felaktig handläggning av viros och rinosinuit. Nämndens bedömning är anmärkningsvärd i flera avseenden och kräver enligt vår åsikt korrigering.

Om beslutet får stå oemotsagt får HSANs agerande flera anmärkningsvärda konsekvenser. Det får också indirekt betydelse för läkare och sjukvårdspersonal vid bedömning av patienter vid akutmottagningar.

HSAN har aldrig erkänt att beslut kan vara normativa – avsikten är alltid att bedöma det enskilda ärendet och handläggningen i det specifika fallet. Trots detta kan besluten sägas bli normativa, då ingen i fortsättningen önskar kritik.

HSANs agerande har kommenterats av kollegan Mats Holmström i Läkartidningen 44/2008 (sidan 3141). Vi delar hans synpunkter. Vi har haft tillgång till den anmälda läkaren A:s brevväxling med HSAN, anmälan från patienten samt HSANs yttrande. Beslutet omfattar flera intressanta aspekter på sjukvård.

Ärendet handlar om verksamheten på en akutmottagning med allmänläkare. Anmälaren upplever att han inte blivit korrekt bedömd och anser sig få stöd för denna uppfattning då han nästa dag får en ny, och som han ser det, korrekt undersökning. Han erhöll därefter penicillin (pcV). Anmälan avslutas med: »Tanken slår mig att någon annan patient med en allvarlig åkomma får beskedet att det bara är ngn. virus och ordinerar Alvedon. Tanken svindlar.«

Den anmälda läkaren A bedömde att patienten hade en viros och satte inte in någon behandling men rekommenderade återbesök vid behov. Näste läkare, B, bedömde att sinuit förelåg och satte in pcV.

HSAN ansåg att någon undersökning inte skett, vil-

ket innebar att den anmälde »brustit i omhändertagandet«. Vad behöver en läkare göra för att en undersökning ska anses utförd? Finns en lägstanivå? Kan en bedömning av patients allmäntillstånd samt anamnes vara tillräcklig?

I detta fall har en allmänläkare varit föredragande i HSAN. Kan olika normer för undersökning föreligga beroende på specialitet? Vad ingår i ett »standardstatus« för allmänläkare, ÖNH-läkare etc? Måste även uppenbart irrelevanta undersökningar utföras?

Vi vill hävda att en läkare inte ska behöva genomföra undersökningar in absurdum. Läkare måste få välja nivå, volym och omfång på undersökningar allt efter de uppgifter som erhålls vid mötet mellan patient och läkare. Den bedömning som sker måste accepteras som en undersökning – om den är adekvat och/eller korrekt kan avgöras endast genom någon form av efterkontroll eller med ledning av sjukdomens utveckling.

Frågeställningen: viros. Om en patient ger en trovärdig anamnes, och allmäntillståndet visar en opåverkad patient, ser vi inget hinder för en handläggning enligt läkare A. Samma bedömning hade kunnat ske via telefon till sjuksköterska eller läkare, och beskedet hade sannolikt blivit det som A gav patienten.

Besöket dag två beror på att patienten inte kände sig tillfreds med bedömningen, och läkare B tar en anamnes och genomför en undersökning. På grund av »viss palpationsömhets« över pannan ställs diagnosen sinuit, och pcV insätts.

Allmäntillståndet bedömdes av A som opåverkat. Det är ett fynd. Det finns ingen av oss känd »standard« för journalföring, och om HSAN med

detta fall försöker sätta någon form av minimikrav hamnar man helt fel av skäl som framgår nedan. Det måste vara ansvarig läkares/sjuksköterskas rätt att bedöma vad som behöver göras men med ansvar för konsekvensen av sitt handlande.

Vi anser det viktigt att påpeka att B:s handläggning står helt i strid med de rekommendationer Läkemedelsverket och Strama utarbetat och även i strid med den utbildning som bedrivs på med kand-kurser inom ÖNH.

B:s handläggning/undersökning är otillfredsställande för att styrka diagnosen »sinuit« (diagnosen rinosinuit har ersatt sinuit, och i detta speciella fall ska diagnosen vara »akut rinosinuit«). Diagnosen rinosinuit indicerar inte obligat pcV-behandling.

Näsan ska undersökas – detta har inte gjorts av vare sig A eller B. Men om läkare bedömer att viros föreligger kan denna undersökning anses onödig. Det förändrar inget i behandlingen. A:s agerande är konsekvent och medicinskt korrekt.

B:s bedömning och behandling är anmärkningsvärd, då diagnosen sinuit ställts utan nässtatus men väl med några andra helt ovidkommande undersökningar såsom öronstatus (inga symtom från öronen), hjärta, blodtryck och ytliga lymfkörtlar. Munhålan undersöktes, vilket bör anses som adekvat. Perkussionsömhets och värk vid framtåtlutning är båda symtom med mycket lågt diagnostiskt värde. Patienten hade enligt uppgift ingen feber. Ett förhöjt CRP hade kunnat styrka diagnosen akut rinosinuit. B:s undersökning är belastad av ovidkommande undersökningar och saknar vissa kritiska moment.

Av den fällande domen får man intrycket att HSAN an-

sett B:s diagnos (rinosinuit) korrekt. Annars hade patientens anmälan klingat ohörd, eller? HSANs kunskaper om diagnostik och behandling av rinosinuit verkar bristfälliga om nämnden godtar B:s handläggning.

Om man accepterar resultatet av B:s undersökning kan A inte anses ha gjort fel i medicinskt hänseende. Frågan är var »ribban« måste läggas vid bedömning av övre luftvägsinfektion och viros. Vi anser nog att det av A skrivna »Status: AT: Gott och opåverkad. Förkyld« måste accepteras på en akutmottagning för att få en rimlighet i journalskrivningen.

B:s journalföring/bedömning kan verka korrekt men har trots detta medfört en sannolikt helt onödig mediciner. Även om B hade funnit underlag för diagnosen akut rinosinuit, anser vi att A:s handläggning varit korrekt. Tillstånd kan försämrats och patienten kan utveckla en akut bakteriell rinosinuit.

Det framgår att patienten var missnöjd med bedömningen. HSAN hade i detta fall kunnat anmärka på att det fanns en förtroendeklyfta mellan patient och läkare, men någon felbehandling förelåg enligt vår uppfattning inte, och journalföringen bör kunna accepteras på en akutmottagning.

Bevare oss för omfattande undersökningar och journalföring för att tillfredsställa byråkrati. Läkarens tid med patienten är kort nog ändå.

För Svenskt rhinologiskt sällskap

Lars Lundblad
överläkare, docent

Jan Kumlien
överläkare, docent;
båda vid ÖNH-kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset
Solna
jan.kumlien@karolinska.se