der emellertid att ett stort antal godartade nevus skulle skäras bort och knappa sjukvårdsresurser skulle allokeras till verksamhet utan medicinskt värde. I resursbristens tidevarv strävar vi i sjukvården inte bara att göra saker rätt, utan att även göra rätt saker. Det innebär bland annat att godartade hudtumörer i största möjliga utsträckning får vara kvar, framhöll Ove Bäck, som ansåg att hudläkaren inte hade handlat i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ansvarsnämnden konstaterar att hudläkaren vid undersökningen den 22 september bedömde det pigmenterade födelsemärket som en godartad förändring utan misstanke om malignitet. Hon utförde därför inte någon kirurgisk provtagning.

Det har av journalanteckningen från undersökningen inte framkommit något som tyder på att födelsemärket vid denna tidpunkt visade några tydliga tecken på att det skulle vara malignt melanom.

Ansvarsnämnden delar därför Ove Bäcks bedömning att hudläkarens handläggning inte var i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Men, framhåller nämnden, i samband med pigmentförändringar är det dock viktigt att informera patienten om att återkomma för ny bedömning vid en eventuell förändring.

Det föreligger skilda uppfattningar om huruvida en sådan information har getts eller inte. Ord står mot ord. Det är således inte visat att hudläkaren därigenom har åsidosatt sina skyldigheter. Anmälan leder därför inte till disciplinpåföljd.

Varnas efter allvarliga diagnosfel för två patienter

Missade epiglottit respektive hydrocefalus

En patient med epiglottit skickades hem med penicillin, en annnan med hydrocefalus bedömdes ha magkatarr. Doktorn får en varning. (HSAN 1676/05 respektive 2301/05)

Den 66-årige mannen uppsökte den 29 maj 2005 akutkliniken vid sjukhus på grund av halsont, som blivit värre, sedan tre dagar och feber.

Doktorn bedömde att det rörde sig om en retrofaryngeal abscess. Patienten ordinerades penicillin och fick åka hem. Han återkom dock en timme senare till samma doktor med andningssvårigheter och remitterades akut till medicinkliniken för att utesluta epiglottit. Han opererades samma dag för just epiglottit.

Patienten anmälde doktorn.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande från doktorn, som bestred att han gjort fel.

Misstänkte faryngeal infektion

Patienten kom med övre luftvägsinfektion sedan några dagar. Han hade ont i vänster sida av halsen men ingen hosta. Han hade sväljninssvårigheter men inga andningssvårigheter och inga stridor. Han var feberfri efter Alvedon, uppgav doktorn bland annat.

Misstänkt början av retrofaryngeal infektion och patienten fick därför recept på Heracillin 750 mg 2 ggr om dagen och Rinexin 50 mg 2 ggr om dagen. Han rekommenderades återkomma vid behov (vid stridor eller andningssvårigheter), hävdade doktorn.

Efter en timme kom patienten tillbaka med andfådddhet, stridor och doktorn skrev då akutremiss till medicin (det fanns ingen öron-, näs- och halsmottagning, och inte heller infektionklinik, på sjukhuset under helgen). Han hade ingen anledning att misstänka att patienten led av epiglottit, ansåg doktorn.

Situationen synnerligen kritisk

Ansvarsnämnden framhåller att epiglottit ska misstänkas vid snabbt ökande besvär av halsont, hög feber, sväljningsproblem med svårighet att även svälja saliv och svårighet att andas fritt.När andningsbesvären i form av stridor sätter in är det ofta långt gånget och situationen synnerligen kritisk.

Det kan vara svårt att ställa diagnosen epiglottit i ett tidigt skede. Med en spegel är det dock enkelt att utesluta den diagnosen. Med tanke på patientens symtom borde doktorn ha misstänkt någon form av svullnad eller blockering i nedre delen av svalget.

»Det finns en tydlig skillnad mellan anhörigas berättelse och doktorns beskrivning om vad som förevarit vid undersökningen. Journalanteckningen från patientens besök på sjukhuset dagen därpå talar för att anhörigas beskrivning är den korrekta«

Det framgår inte på vilka grunder han i stället misstänkte retrofaryngeal absscess. På misstanke om den diagnosen borde han ha remitterat patienten till en öronspecialist eftersom tillståndet då kan vara livshotande. Det var således fel att skicka hem patienten med Heracillin.

Misstänkte magkatarr

Samme doktor undersökte den 13 juli 2005 en 23-årig kvinna som hade huvudvärk samt värk i nacke och rygg. Hon mådde även illa och kräktes på mottagningen.

Vid undersökningen ömmade hon över nackmuskulaturen och övre delen av buken. Vid neurologisk undersökning framkom, enligt journalen, inga tecken till hjärnhinneinflammation och hon kunde röra ögonen normalt.

Doktorn tolkade kvinnans tillstånd som magkatarr.

Vid besök på akutmottagningen dagen därpå hade patienten enligt journalen nedsatt medvetandegrad och hade haft huvudvärk i flera dagar. Man fann att hon hade en uttalad hydrocefalus. Hon fördes med ambulans till neurokirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus, där hon opererades den 15 juli.

Patienten anmälde doktorn genom sin far. Enligt anmälan hade en anhörig fått stödja patienten in på mottagningen. Hon hade kraftig huvudvärk, ont i nacken och hade kräkts åtskilliga gånger. Doktorn kunde inte prata med patienten eftersom hon var i så dåligt skick.

Enligt anmälan bestod behandlingen i att doktorn tittade på patienten, kollade puls och temp, tog urinprov samt kollade öron, näsa och hals. Doktorn tryckte henne kraftigt på magen. Hon reagerade då med smärta, hon hade ju kräkts flera gånger.

»Diagnosen blev muskelinflammation i rygg och nacke och begynnande magsår!!!!«, stod det i anmälan.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av doktorn, som även i detta fall bestred att han gjort fel. Han uppgav bland annat följande:

Bedömning och åtgärd: Tidigare frisk

kvinna som inkommit med nack- och huvudvärk, kräkts 2 gånger på jourcentralen, bukpalpation visat uttalad palpömhet över epigastriet.

Neurlogisk status har ej visat tecken på intrakraniell tryckstegring (pupiller varit liksidiga och reagerade normalt för ljus direkt och indirekt bilateralt, blodtrycket varit 120/70, vilket talar emot intrakraniell tryckstegring).

Inga personlighetsförändringar, ingen morgonhuvudvärk eller kräkningar. Ingen yrsel eller synrubbningar. CRP normalt, halsprov (Strep-A) normalt. Patienten har lämnat urinprov.

Doktorn menade att patienten fick en adekvat undersökning. Han rekommenderade patienten att komma tillbaka om hon hade kvarvarande besvär för eventuellt DT-hjärna.

Han hade ingen anledning att misstänka att patienten led av kolloidcysta i tredje ventrikeln på plats för foramen Monori.

Anhörigas beskrivning korrekt

Ansvarsnämnden konstaterar att i doktorns anteckningar från undersökningen av patienten saknas viktiga anamnestiska uppgifter:

Hur länge hon haft huvudvärk, om den förvärrats, om hon haft morgonhuvudvärk, var huvudvärken satt, vakenhetsgrad och hur länge hon varit illamående och haft kräkningar.

Doktorn har inte heller skrivit någon allmän bedömning av sitt intryck av patienten – det framgår således inte om hon var vid fullt medvetande eller inte.

Det finns en tydlig skillnad mellan anhörigas berättelse och doktorns beskrivning om vad som förevarit vid undersökningen. Journalanteckningen från patientens besök på sjukhuset dagen därpå talar för att anhörigas beskrivning är den korrekta.

Bristerna avseende anamnes och undersökning kan ha bidragit till att doktorn inte på ett korrekt sätt kunnat bedöma patientens sjukdomsbild.

Doktorns felhandlingar motiverar en disciplinpåföljd i vardera av de två fallen, anser Ansvarsnämnden och ger honom sammantaget en varning.

Rätt diagnos först efter en månad och ett hjärtstillestånd

»Med de symtomen är det förvånande att man inte ombesörjde borrerliaserologi tidigare«

Med hänsyn till de kliniska symtomen är det förvånande att man inte ombesörjde borreliaserologi i ett tidigare skede. Eftersom det dessutom var känt att patienten nyligen utsatts för otaliga myggbett, vilket bör föranleda misstankar om fästingbett trots att patienten inte kan erinra sig något sådant, var en sådan analys särskilt motiverad, understryker Ansvarsnämnden. (HSAN 2930/05)

Den 41-årige mannen hade under sommaren i fjol vistats i östra USA, bland annat i New Jersey och New York. Han hade blivit mycket myggbiten, vilket medfört kraftiga reaktioner.

Den 25 juli, dagen efter hemkomsten, insjuknade han med hög feber, huvud- och nacksmärtor samt värk i leder och muskler.

Den 1 augusti uppsökte han vårdcentralen, där provtagning visade hållpunkter för urinvägsinfektion, men han hade inga subjektiva symtom på någon sådan åkomma. Kliniskt noterades multipla och stora rodnader på bröst och bål och han remitterades till infektionskliniken vid länssjukhuset.

Kunde skrivas ut

Mannen lades in för observation och man misstänkte initialt att han drabbats av West Nile-feber, en virusinfektion som förekommer där han vistats under semestern.

Han hade dock förhöjt antal vita blodkroppar i blodet och CRP var relativt kraftigt förhöjt, vilket i stället talade för att sjukdomen orsakades av bakterier. Den 2 augusti ställde en ST-läkare diagnosen virusinfektion och utslag samt bedömde att patienten kunde skrivas ut.

Vid telefonkontakt med ST-läkaren samma vecka berättade patienten att han alltjämt var mycket sjuk, och han framförde misstankar om Lyme-sjuka som förekommer i de områden där han nyligen vistats.

Fortsatta smärtor i leder och muskler

Vid återbesök den 18 augusti hade han kvarstående smärtor i muskler och leder. Dessutom hade hans högra tumled svullnat.

Efter undersökningen diskuterade ST-läkaren tillståndet med en kollega och patienten ordinerades kortisonmedicinering på grund av misstankar om någon inflammatorisk sjukdom. Man ombesörjde även utvidgad analys av prov avseende rickettsios-sjukdomar, vilket också kunde avfärdas.

Den 28 augusti drabbades patienten av yrsel och kraftigt tryck över bröstet. På sjukhus konstaterades hinder i hjärtats retledningssystem. Han drabbades av kramper och hjärtstillestånd som snabbt kunde hävas, men det blev nödvändigt att operera in en pacemaker. Då kompletterades utredningen med borreliaprov, som utföll positivt och patienten ordinerades adekvat antibiotika.

Patienten anmälde ST-läkaren. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande från ST-läkaren, som inte ansåg att hon gjort något fel.

Hon berättade alla klinikens läkare deltog den 2 augusti i diskussionen kring vilka sjukdomar med koppling till patientens USA-resa som kunde ha betydelse. Borrelia nämndes redan här men ansågs inte trolig på grund av den atypiska symtomatologin.

När hon träffade patienten på ronden tog hon en ny reseanamnes och frågade även om fästingbett. Patienten hade inte noterat något sådant och hade vistats i städer i områden av USA där Lyme-sjuka är vanlig. Men vad ST-läkaren kunde minnas hade han inte varit ute i naturen utanför staden/städerna.

Patientens allmäntillstånd var tämligen gott och någon neurologisk påverkan sågs inte. Han var på morgonen feberfri. Många provsvar invänta des.

»Borrelia diskuterades igen«

ST-läkaren kontaktade SMI dit de skickat virusserologin för att diskutera om de kände till andra amerikanska viroser för vilka man kunde ta prov. Rocky Mountain spotted fever, en fästingburen bakterieinfektion (rickettsios), diskuterades och analys beställdes. Borrelia diskuterades än en gång.

De beslöt att patienten kunde åka hem med planerad uppföljning på mottagningen. Vid en avtalad telefonkontakt rapporterade patienten att kände sig mycket trött.

Patienten frågade om det inte kunde

vara borrelia, men eftersom läkarna tänkt på detta gemensamt på kliniken flera gånger svarade ST-läkaren att symtomen inte var typiska för detta.

De första serologierna var negativa, svar kom den 8 augusti men uppföljningsprov var planerat till återbesöket.

Inför återbesöket gjorde ST-läkaren ett flertal databassökningar på symtomkonstellationen patienten uppvisat och platserna han besökt, uppgav hon.

Mådde inte bättre

Vid återbesöket blev ST-läkaren bekymrad över att patienten inte mådde bättre. Han hade feber och ont i kroppen. Han hade dessutom ledvärk och svullnad av tumleden. CRP-värdet hade halverats men han var inte bättre.

Hon kontaktade åter läkaren som sett honom initialt. Misstanken om immunologisk, reaktiv sjukdom stärktes och på rekommendation sattes kortison in och utredning avseende systemsjukdom inleddes.

ST-läkaren berättade att hon i början av september först fick veta att patienten vårdades på medicinkliniken för myokardit och senare att han fått hjärtstillestånd och att diagnosen borreliakardit hade ställts.

Borde misstänkt Lyme-sjuka

Patientens symtom var förenliga med många sjukdomar, bland annat Lymesjuka, konstaterar Ansvarsnämnden.

Med hänsyn till de kliniska symtomen är det förvånande att man inte ombesörjde borreliaserologi i ett tidigare skede. Eftersom det dessutom var känt att patienten nyligen utsatts för otaliga myggbett, vilket bör föranleda misstankar om fästingbett trots att patienten inte kan erinra sig något sådant, var sådan analys särskilt motiverad.

Därtill påtalade patienten själv att besvären kunde orsakas av Lyme-sjuka samt förmedlade till och med skriftlig information om sjukdomen.

Först sedan han drabbats av hjärtstillestånd ombesörjdes sådan borreliaserologi, som bekräftade patientens misstankar, kritiserar Ansvarsnämnden.

Av utredningen framgår att ST-läkaren rimligen borde ha fattat misstankar om Lyme-sjuka redan med anledning av patientens kliniska symtom, i synnerhet om hon tagit del av det skriftliga material han själv förmedlat.

Hon borde under alla omständigheter ha ombesörjt borreliaserologi, åtminstone i samband med återbesöket den 18 augusti.

Med hänsyn till att ST-läkaren på ett engagerat vis försökt finna orsaken till patientens sjukdom och vid ett flertal tillfällen konsulterat erfarna kollegor, finner Ansvarsnämnden att disciplinpåföljden kan stanna vid en erinran.

Stark kritik mot organisation inom psykiatrin sedan patient avlidit

Två psykiatrer varnas för att inte ha gjort personliga bedömningar av bälteslagd patient

»Det är djupt otillfredsställande att vården vid den psykiatriska kliniken bedrivs på ett sådant sätt att jourläkare kan befinna sig fem mil från den avdelning där vården bedrivs«. Kritiken kommer från Ansvarsnämnden i ett fall där två psykiatrer och en internmedicinare varnas sedan en patient avlidit av astma och läkemedelspåverkan. (HSAN 2003/04)

Den 54-årige mannen led av paranoid schizofreni och hade sedan 1980-talet vårdats inneliggande vid ett flertal tillfällen. Den 25 november 2002 sökte han akut vid sjukhus. Han blev psykotisk, ett vårdintyg utfärdades och han blev inlagd på ett annat sjukhus (fem mil från det första sjukhuset).

Den 30 november försämrades han med tilltagande irritabilitet och aggressivitet. Nästa morgon blev han lagd i bälte. Kl 13.30 hade han somnat och släpptes ur bältet. Under kvällen noterade man ansträngd andning och han undersöktes vid 19-tiden på akutmottagningen. Vid 21.30 hade han akuta andningsbesvär och fördes på nytt till akutmottagningen. Kl 21.50 konstaterade man att han avlidit. Efter rättsmedicinsk obduktion angavs som dödsorsak astma och påverkan av läkemedlet Cisordinol.

Socialstyrelsen anmälde en psykiater, A, som var bakjour från kl 09.00 den 1 december.

Socialstyrelsen hävdade bland mycket annat att A, trots att hon visste att bältesläggning pågick, inte personligen hade undersökt patienten för att bedöma hans tillstånd, för att ta ställning till fortsatt bältesläggning eller till vilka särskilda skäl som fanns för att bältesläggningen skulle fortgå mer än fyra timmar.

Patientens tre döttrar anmälde utöver A även psykiater B, som var bakjour från den 30 november till kl 09.00 den 1 december, samt en internmedicinare.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttrande från de anmälda.

»Äventyrar säkerheten«

A uppgav att hon under sina drygt två år på kliniken påpekat att det äventyrar den medicinska säkerheten att ha den psykiatriska akutverksamheten och slutenvården långt ifrån varandra (fem mil).

Hon berättade att hon av primärjouren fick veta att patienten var bälteslagd kl 10.00. Det framgick inte att bältesläggningen redan pågått 2,5 timmar. Hon bad primärjouren ta reda på tidpunkten för bältesläggningen med tanke på »fyratimmarsregeln«. Kl 12.00 fick hon veta att den tidsgränsen redan var passerad, men att patienten var på väg in i sömn.

Hon bedömde då att hon inte skulle hinna fram i tid (45 minuters bilfärd) för att göra en psykiatrisk specialistbedömning innan patienten somnade. Hon fick förlita sig på primärjourens beskrivning.

Nödvärnsperspektiv

Psykiater B uppgav att hon den 1 december kl 07.15 via telefon av primärjouren fick veta att patientens psykiska tillstånd präglades av oro och kraftigt utagerande. Detta var skälet till att patienten lades i bälte utifrån nödvärnsperspektiv (omkring kl 07.15).

Hon påpekade att hon försäkrades sig om att detta patientfall gick från primärjouren till nästa bakjour, psykiater A.

Internmedicinaren, bakjour på medicinkliniken, framhöll i sitt yttrande att han inte hade tillgång till patientjournalen eftersom han lämnat sin tjänst. Han hade inget minne av att ha blivit kontaktad om den aktuelle patienten. Men han förmodade att primärjouren hade framställt problemet på ett sådant sätt att de

ansåg att det räckte med rådgivning per telefon och att han inte behövde komma till sjukhuset.

Om han hade fått uppgift om att patienten kunde misstänkas ha fått en överdos av läkemedel hade han säkert rekommenderat inläggning på övervakningsavdelningen.

Anmärkningsvärt

Ansvarsnämnden anser att det är anmärkningsvärt att uppgiften om tidpunkten för bältesläggningen är flytande och rapporterats olika i journalen respektive i den information som primärjouren gett till bakjouren per telefon.

När patienten lades i bälte som nödvärnsåtgärd var psykiater B bakjour. Eftersom primärjouren var AT-läkare och därför inte kunde fatta beslut om bältesläggning, borde B ha inställt sig på sjukhuset och gjort en personlig bedömning av patienten samt sedan rapporterat direkt till pågående bakjour som var psykiater A. B får en varning.

Skulle gjort personlig undersökning

Vid den kontakt som psykiater A hade med primärjouren vid 12-tiden blev hon informerad om att patienten inte kommit till ro och hon ordinerade ytterligare lugnande i form av bensodiazepiner samt fortsatt bältesläggning.

Eftersom ingen läkare undersökt patienten, vare sig under den försämring som inträffat den 1 december eller under flera dagar, borde A ha tagit initiativ till en personlig undersökning. Hon får en varning, bestämmer Ansvarsnämnden.

Blodgaserna borde analyserats

Vid undersökningen på akutmottagningen vid 19.30-tiden var patienten djupt medvetslös och reagerade endast med avvärjningsrörelser vid smärtstimulering.

Han företedde försvårad andning som vid obstruktion, astmasjukdom. Uppgift om andningsfrekvens saknas i journalen, men blodtrycket var 160/65 och pulsen 114.

Syrgasmättnaden var sänkt, mellan 86 och 92 procent. Eftersom det inte var känt vilken syrgasmättnad patienten hade i vaket tillstånd, fanns det skäl misstänka att sänkningen var uttryck för andningsdepression och att den var en följd av massiv läkemedelbehandling i förening med astma.

Blodgaserna borde analyserats för att få en uppfattning om graden av kolsyreretention och patienten borde ha övervakats på somatisk vårdenhet. Internmedicinaren, som enligt journalen konsulterats i fallet, får en varning.

annons