

hon helt öppen med den och berättade både för sin chef och sina närmaste kolleger.

Vid ett morgonmöte diskuterades ett annat HSAN-fall ur Läkartidningen nr 44/2005. Då berättade hon för sina kolleger:

– Det är jag som är det sista fallet i tidningen, så ni kan ju läsa det också.

Förstod inte logiken

Några av de andra läkarna läste fallet och sa att de inte förstod logiken i fällningen.

– Jag pratade med kolleger här och med infektionsläkare, dels en personlig vän och dels en infektionskonsult, kring handläggningen av fallet. De tyckte att min handläggning var rimlig och att jag inte borde ha fällts. Det var förstås ett stöd.

Hon frågade sig om hon skulle överklaga HSAN:s beslut eller nöja sig med att hon själv och kollegerna inte tyckte att hon gjort fel.

Hennes klinikchef ansåg att man inte ska ta en erinran så hårt – sånt får man leva med när man som överläkare ständigt måste ta massor av svåra beslut i tung akut internmedicin.

– Det är klart att det blir fel ibland. Och just det här hade jag väl kunnat leva med



Att få fällningen från Ansvarsnämnden var tungt, minns Karin Davidsson be-
drövat. – En lång tid efteråt var jag osäker på mitt kliniska omdöme och
mina bedömningar, framför allt i liknande fall.

för jag upplevde inte att jag hade gjort något större fel.

– Men rätt som det är dyker det upp listor i pressen över fällda läkare. Jag

hade ingen lust att kanske hamna på en sådan lista – så bland annat därför bestämde jag mig för att överklaga fällningen.

Inget läkarstöd

Hon vände sig till Läkarförbundet men något stöd från förbundets konsultationsläkare fick hon inte.

– Det var en motgång att inte få ett sakkunnigutlåtande att stödja sig mot, säger hon.

Men en av förbundets jurister hjälpte henne med skrivelsen till länsrätten.

Stor lättnad

I april 2006 fick hon ett utlåtande från Socialstyrelsen, som biföll hennes överklagande. »Jippi, nu är det klart«, tänkte hon men insåg sedan att utlåtandet, även om det vägde tungt, inte var länsrättens dom.

I februari i år kom så länsrättens utslag. Vis av erfarenheten från förra gången gav hon sig lite tid:

– Vänta lite, sitt ner ...

Och så fanns den där, domen, svart på vitt – hon var friad av länsrätten.

Karin Davidssons lättnad var, och är, mycket stor. ■

Inte fel att avstå från TEE

Karin Davidsson fälldes av Ansvarsnämnden för att inte ha gjort en undersökning med TEE för att bättre kunna bedöma om en 75-årig man hade några endokarditförändringar på aortaklaffarna och för bristande uppföljning. Nu har hon friats av länsrätten.

Mannen fick i mars 2003 ihållande feber (vi berättade om fallet i nr 44/2005). I primärvården kunde man inte hitta någon orsak till febern. Den 26 april lades han in på Kungälv's sjukhus där man konstaterade aortainsufficiens samt förhöjt CRP och SR. Analys med elektrofores visade en akutreaktion.

Han fick antibiotika och skrevs ut den 29 april med planerad telefoni och kontroll av infektionsprov inom ett par veckor. Han mårde då bra och infektionsprov var normaliserade.

Eftersom han ett år senare blivit trött och besvärades av nattlig andfåddhet fick han via vårdcentralen telefoni och återbesök med ultraljud till Karin Davidsson. Han avbeställde återbesöket.

Senare remitterades han till Uddevala sjukhus. Ultraljud visade ytterligare försämrad klafffunktion. Och kranskärlsröntgen visade ett trångt område i kranskärlet. I mars 2005 sattes han upp för klaff- och kranskärlsoperation.

Han anmälde Karin Davidsson för felbehandling den 26–29 april 2003.

»Borde misstänkt endocarditis lenta«

Ansvarsnämnden konstaterade att EKG utfördes. Karin Davidsson borde även ha föranstaltat om en noggrannare undersökning med TEE (transesofagealt ultraljud) för att bättre kunna bedöma om det fanns några endokarditför-

ändringar på aortaklaffarna. En månads trötthet med feber kombinerat med blåsljud, förhöjda infektionsparametrar och lågt Hb borde ha ingett starka misstankar om endocarditis lenta.

Ansvarsnämnden menade att penicillinbehandlingen inte var adekvat. Patienten hade oklar feber, förstörad vänsterkammare och en aortainsufficiens av grad 2/4. Han borde ha följts upp både med hänsyn till febern och klaffet. Karin Davidsson fick en erinran.

Hon överklagade beslutet och påpekade att endokardit ska övervägas hos en person med klaff och oklar feber. Dessa personer kan emellertid drabbas av andra febertillstånd.

Patienten hade haft växlande feber i 3–4 veckor. Enligt journalen hade han sväljningsbesvär, tjockhetskänsla i halsen, halsont, tjockt segt slem, kraftig

rodnad över tonsiller och gombågar samt andnings- och rörelsekorrelerade bröstsmärtor. Han hade måttligt förhöjda infektionsprov samt måttlig feber.

Symtomen kan förutom endokardit även tala för någon spridd luftvägsinfektion, pleurit- eller perimyokarditretning.

Inga nya allvarliga symtom

Efter två dagars observation hade inga nya allvarliga symtom tillstött. Febern hade sakta gått ner. Över hjärtat hördes liksom tidigare ett blåsljud, varför ett TTE (transtorakalt ultraljud) gjordes. Det visade ett måttligt läckage i aortaklaffen men bibehållen pumpförmåga.

Det fanns inga tecken på akut eller tidigare hjärtinfarkt. Inte heller fanns något som talade för en infektion i hjärtklaffarna.

Den 29 april var patientens tillstånd bättre. Efter nya prov bedömde Karin Davidsson att endokardit var mindre sannolik och beslutade att avstå från TEE och ytterligare utredning. Det var inte heller läge för att rekommendera klaffoperation.

Efter provtagning 14 dagar senare uppgav patienten för en ST-läkare att han var helt återställd.

Administrativa rutinproblem

På grund av olyckliga omständigheter och administrativa rutinproblem brast det i den planerade uppföljningen och patienten bokades inte till Karin Davidsson utan till en ST-läkare utan djupare kännedom om fallet.

Karin Davidsson uppgav även att hon ungefär ett år senare erbjöd patienten ett återbesök med en ny ultraljudsundersökning. Tyvärr avbokade patienten den tiden och fördröjde kanske därmed klaffoperationen ett halvår.

Socialstyrelsen tillstyrkte överklagan-



Det är bland sina patienter, här Torben Steen, som Karin Davidsson trivs bäst.

det och påpekade bland annat att Karin Davidsson under vårdtiden hade beaktat att patienten kunde ha drabbats av endokardit.

Eftersom undersökningarna med TTE, blododlingar och sjunkande infektionsparametrar inte talade för att patienten hade någon påverkan på sina hjärtklaffar menade Socialstyrelsen att det inte var fel att man inte gjorde TEE.

I en telefonkontakt med en underläkare på sjukhuset som skrev ut honom uppgav patienten att han kände sig helt återställd. Han uppmanades också att söka igen om han blev sämre.

Försämringen av patientens hjärt-

funktion diagnostiserades ca 1,5 år efter intagningen på Kungälv's sjukhus. Det gick inte säkert att fastställa när försämringen skedde och om den kunde ha berott på att patienten under mellantiden drabbats av en hjärtinfarkt, något som framgick vid en ultraljudsundersökning. Under vårdtiden i april 2003 hade man kontrollerat att han inte hade drabbats av någon hjärtinfarkt.

Länsrätten påpekar att Ansvarsnämnden i sitt beslut ansåg att Karin Davidsson borde ha gjort en noggrannare undersökning med TEE för att bättre kunna bedöma om det fanns några endokarditförändringar på aortaklaffarna. Vidare menade Ansvarsnämnden att patienten skulle ha följts upp med hänsyn till febern och klaffelet.

Karin Davidsson har uppgett att hon hela vårdtiden beaktade att patienten kunde ha drabbats av endokardit. Undersökningen med transtorakalt ultraljud, blododlingar och sjunkande infektionsparametrar talade emellertid inte för att han hade någon påverkan på sina hjärtklaffar. Hon ansåg därför att det saknades hållpunkter för endokardit och beslutade avstå från TEE. I stället ville hon aktivt avvakta det fortsatta sjukdomsförloppet.

Det var inte fel att inte göra TEE, menar länsrätten.

Oklara rutiner

Länsrätten framhåller att det var oklara administrativa rutiner på sjukhuset som ledde till att den planerade uppföljningen av patienten gjordes av en underläkare och inte av Karin Davidsson själv.

När patienten ett år senare hade kontakt med henne erbjöds han tid för uppföljning med ultraljud som han sedan själv avbeställde. För detta kan inte Karin Davidsson lastas. Hennes erinran från Ansvarsnämnden undanröjs. ■

Varnas för att ha lämnat förhuden tillbakadragen på 5-åring

Distriktsläkaren borde inte ha dragit tillbaka den 5-årige pojkens förhud på det sätt han gjorde och heller inte lämnat den tillbakadragen. Han varnas. (HSAN 3111/06)

Pojken sökte den 23 augusti 2006 med sin mor vid vårdcentralen på grund av sveda i urinröret och lite blod vid vattenkastning. Han undersöktes av distriktsläkaren, som fann tecken till rodnad och

irritation över ollonet, med vitaktiga och stråkiga beläggningar samt parafimos med förträngning och svullnad av förhuden. Förhuden lämnades tillbakadragen och pojkens mor fick skötselråd.

Drogs på plats i narkos

Förhuden svullnade sedan upp och de sökte under kvällen akut vid sjukhus. Vid ett ingrepp under narkos drogs förhuden på plats.

Pojkens mor anmälde distriktsläkaren. Denne drog tillbaka förhuden hela vägen.

Sonen tyckte att det kändes konstigt och hon frågade läkaren om förhuden verkligen skulle vara tillbakadragen. Läkaren försökte då att rätta till den, men lyckades inte och förklarade att den skulle gå ner av sig själv under dagen. Men det gjorde den inte.

Ansvarsnämnden läste pojkens jour-

naler och hämtade in yttrande av distriktsläkaren.

Denne berättade att han under åren handlagt flera fall med parafimos och balanit och var väl insatt i gällande vårdprogram.

I det aktuella fallet skulle han med facit i hand ha remitterat pojken för akut åtgärd.

Emellertid bedömde han att svullnaden var så diskret att inflammationen efter sköljning och avsvällande kräm skulle avklinga inom något dygn. I övrigt

hänvisade han till journalanteckningen från den 23 augusti.

Ansvarsnämnden menar att distriktsläkaren inte borde ha dragit tillbaka förhuden på det sätt han gjorde. Han borde därefter inte heller ha lämnat förhuden tillbakadragen, eftersom han redan noterat att det fanns en viss förträngning och svullnad i förhuden.

Han borde ha varit medveten om att detta kunde förorsaka mer svullnad och ytterligare svårigheter för pojken. Han får en varning. ■

Urinvägsbesvär med buksmärtor och hematuri

Två läkare fälls – upptäckte inte att kvinna hade urinblåsecancer

En ST-läkare och en distriktsläkare fälls sedan de missat att en kvinna med långvariga urinvägsbesvär hade drabbats av cancer i urinblåsan. (HSAN 523/06)

Den 53-åriga kvinnan drabbades under hösten 2003 av täta trängningar och miktionsmärtor. Hon kontaktade vårdcentralen och ordinerades Furadantin.

Den 24 januari 2005 kontaktade hon åter mottagningen på grund av urinvägsbesvär. Det framkom då att besvären varit långvariga och att de återkommit efter avslutad medicinering.

Distriktssköterska A ordnade med provtagning och fyra dagar senare ordinerade ST-läkaren Furadantin.

Den 11 april 2005 tog patienten en ny kontakt med mottagningen på grund av urinvägsbesvär och buksmärtor. Distriktssköterska B avtalade om besök hos ST-läkaren.

Hade cancer i urinblåsan

Nästa notering i patientjournalen gjordes den 9 augusti av distriktssköterska B, då patienten ännu en gång tog kontakt med mottagningen på grund av urinvägsbesvär, med buksmärtor och med hematuri.

Distriktssköterska B avtalade om provtagning samma dag och distriktsläkaren ordinerade Trimetoprim. Dagen därpå uppsökte patienten akutmottagningen vid ett universitetssjukhus. En utredning visade att hon drabbats av en malign tumörsjukdom i urinblåsan.

Patienten anmälde den 15 februari 2006 ansvarig personal vid vårdcentralen för felbehandling från år 2003. Hon hade under en lång tid vid flera tillfällen kontaktat vårdcentralen på grund av svåra urinvägsbesvär. Hon har ordinerats penicillin, vilket inte haft någon effekt.

Trots detta negligerades behovet av utredning med motiveringen att urinprov visat infektionstecken. Den hematuri som konstaterades påstods bero på torra slemhinnor, hävdade patienten.

Alla bestred att de gjort fel

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och hämtade in yttrande av ST-läkaren, distriktsläkaren och distriktssköterskorna. Alla bestred att de gjort fel.

ST-läkaren uppgav att hon i januari 2005 informerades om att patienten hade för urinvägsinfektion typiska urinbesvär. Urinsticka visade leukocyter, erythrocyter samt växt på Triocult. Det

var första infektionen på länge. Då ordinerade hon Furadantin.

I april fick hon återigen information om att patienten hade typiska besvär som vid urinvägsinfektion, och urinprov visade bland annat positiv nitrit. Patient fick Lexinor.

Vid båda tillfällena läste ST-läkaren sjuksköterskans anteckning och övriga uppgifter i journalen, men det fanns ingen information om upprepade urinvägsinfektioner.

Enligt journalen hade patienten i no-

»Med stöd av endast anamnes och analys ordinerade ST-läkaren antibiotikamedicinering. Det hade varit rimligt att redan i detta skede ombesörja läkarundersökning.«

vember 2004 vårdats på ortopedisk klinik och i journalen därifrån stod »har inte haft några problem med avföring eller miktio».

ST-läkaren berättade att hon träffade patienten den 18 maj 2005. Då fick hon inga uppgifter om ytterligare urinvägsinfektioner eller andra besvär, till exempel feber, viktnedgång etc.

Inga misstankar väcktes

Hon undersökte patienten och hittade ingenting i status som kunde väcka misstankar om att det var någonting annat än urinvägsinfektion. Utöver urinsticka som visade infektion kontrollerades CRP, kreatinin, elektrolyter. De senare var bra. Infektionen behandlades med Trimetoprim.

Varje gång brukar hon informera patienten om att hon eller han är välkommen tillbaka om de inte blir bättre. Samma information fick sannolikt också den här patienten, menade ST-läkaren.

Distriktsläkaren uppgav att hon den 9 augusti 2005 fick ett skriftligt meddelande om att patienten kontaktat en sjuksköterska på vårdcentralen med besvär som vid en urinvägsinfektion, täta urinträngningar, sveda vid vattenkastning, buksmärta, illaluktande urin samt små blodstrimor. Ingen feber.

Enligt vårdcentralens rutiner kom sedan patienten till laboratoriet och lämnade urinprov som visade förekomst av vita och röda blodkroppar.

Det framkom inget om att patienten själv ställde sig tveksam till att det var en urinvägsinfektion, eller att besvären var atypiska eller hade kvarstått efter tidigare behandlingar. Besvären bedömdes som en urinvägsinfektion.

Distriktssköterskorna frias, varför vi lämnar deras argument.

Vårdcentralen svarade inte på fråga

Ansvarsnämnden har i skrivelse den 19 juni 2006 till verksamhetschefen vid vårdcentralen frågat efter mottagningens rutiner för handläggning av patienter med symtom på urinvägsinfektion. En påminnelse sändes den 7 september, men inga upplysningar har lämnats.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten flera gånger har kontaktat vårdcentralen på grund av urinvägsbesvär, vilka visade sig bero på en allvarlig tumörsjukdom.

I januari 2005 framkom att hon under lång tid haft täta och smärtsamma trängningar och att medicinering endast haft tillfällig effekt.

Distriktssköterska A dokumenterade anamnesen och ombesörjde urinprovtagning, vilket var korrekt. Analysen visade röda och vita blodkroppar, men ingen nitrit.

Med stöd av endast anamnes och analys ordinerade ST-läkaren antibiotikamedicinering. Det hade varit rimligt att redan i detta skede ombesörja läkarundersökning.

När patienten kontaktade mottagningen på grund av kvarstående besvär tre månader senare ordnade distriktssköterska B ny provtagning och avtalade om besök hos ST-läkaren den 18 maj. Detta var korrekt. ST-läkaren har bekräftat att besöket ägt rum och uppgett att hon då ordinerade Trimetoprim.

Eftersom besvären förelegat under lång tid borde hon ha avtalat om återbesök för att utvärdera behandlingseffekten.

Hon har dessutom underlåtit att dokumentera sin handläggning. ST-läkaren får en erinran.

Borde gjort personlig undersökning

När patienten i augusti 2005 återigen kontaktade mottagningen på grund av sina långvariga urinvägsbesvär visade de prov som distriktssköterska B ombesörjde hematuri och bakterier.

Sedan distriktsläkaren tagit del av analysen och anamnesen ordinerade hon antibiotika som behandling mot urinvägsinfektion.

Mot bakgrund av vad som framgick av patientjournalen borde hon ha kompletterat sin handläggning med en personlig undersökning, i synnerhet som symptomen var atypiska för den sjukdom mot vilken hon ordinerade medicinering.

Det hade dessutom varit lämpligt att avtala om återbesök för att utvärdera behandlingseffekten, eftersom det av dokumentationen framgick att tidigare medicinering endast tillfälligtvis lindrat besvären.

Även distriktsläkaren får en erinran, beslutar Ansvarsnämnden.

Det finns dock inget stöd för att kritisera distriktssköterskorna, som dokumenterat en adekvat anamnes och vidtagit korrekta åtgärder med anledning av patientens besvär. ■

»Mot bakgrund av vad som framgick av patientjournalen borde hon ha kompletterat sin handläggning med personlig undersökning, i synnerhet som symptomen var atypiska för den sjukdom mot vilken hon ordinerade medicinering.«