

2004 och 2005 kunde ortopederna ha varit mer aktiv. Inget är dokumenterat från hans sida om försök att få till stånd en operation under 2004 eller större delen av 2005.

Som läkare kunde han ha ålagt koordinatören att ta patienten. Läkarens medicinska bedömning är överordnad alla koordinatörer.

Om sjukhuset inte kunde ta in patienten borde det inte ha varit någon svårighet att skicka över honom till tumörteamet.

Det hade även varit tänkbart att remittera en patient som den unge mannen till tumörteam på andra orter där man snabbt hade kunnat ta hand om honom.

Ortopeden har inte varit tillräckligt aktiv i att se till att patientens tumör blev handlagd inom rimlig tid.

För detta får han en erinran. ■

Sepsis, utbredd koagulation i blodkärlen, kraftig blödning i ögonen med nedsatt syn

Oförsvarligt prioritera undersökningen med bortre gräns inom en månad

Av infektionskliniken remiss framgick att patienten hade sepsis, utbredd koagulation i blodkärlen och kraftig blödning med nedsatt syn i båda ögonen. Mot den bakgrunden var det oförsvarligt av ögonläkaren att prioritera undersökningen med bortre gräns inom en månad. En akut undersökning samma eller följande dag hade varit medicinskt motiverad. (HSAN 2125/06)

En 62-årig man togs den 24 maj 2006 in vid sjukhus X på grund av pneumokocksepsis och uttalad disseminerad intravaskulär koagulation (DIC).

Man konstaterade vidare blödningar i båda ögonen och nedsatt syn. Den 1 juni fördes han över till sjukhus Y. Man noterade vid infektionskliniken behovet av ögonkontroll och skickade den 5 juni remiss till ögonkliniken.

Den 13 juni undersöktes han av ögonläkaren, som fann en misstänkt näthinneavlossning.

Patienten överfördes den 15 juni till regionkliniken vid sjukhus Z och opererades nästa dag.

»Skadan förvärrades«

Patienten anmälde ansvarig personal på sjukhus Y och hävdade att väntetiden hade förvärrat hans skada. Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och yttrande från ögonläkaren.

Denne berättade att patienten vårdades på IVA vid sjukhus X på grund av ett DIC-syndrom betingat av en pneumokocksepsis. Den 30 maj konstaterades vid ögonkliniken glaskroppsblödningar samt subkonjunktival blödning.

Patienten överfördes till intensivvårdsavdelningen vid hans sjukhus Y den 1 juni. Den 3 juni fördes patienten till infektionskliniken vårdavdelning.

Den 8 juni kom det via sjukhusets remissgrupperingsrutiner en remiss till ögonläkaren från infektionskliniken,

med begäran om uppföljning av patientens ögonstatus. Några uppgifter från ögonkliniken vid sjukhus X fanns inte med denna remiss, såsom status eller liknande från de undersökningar man gjort där, uppgav ögonläkaren.

Han fick förmoda att han skulle betrakta det som en regelrätt glaskroppsblödning som skulle följas upp. Han valde därför att gruppera patienten så att man skulle kunna avvakta en spontan uppkläring.

Han grupperade remissen som 1 B enligt deras kodsystém, det vill säga att se patienten inom 4 veckor.

»Handläggningen rimlig«

Patienten togs om hand på ögonmottagningen den 13 juni, och ögonläkaren undersökte honom själv.

Höger öga hade klara medier. På vänster öga fanns grumlingar i glaskroppen, framförallt centralt, dock inget blod. Uppåt i bulben kunde man se veck i retina, förenligt med en amotio, vilket bekräftades med en ultraljudsundersökning.

Ögonläkaren tog kontakt med en kollega på infektionskliniken, och de beslöt att remittera patienten till regionkliniken vid sjukhus Z för kirurgisk åtgärd av avlossningen.

Ögonläkaren hävdade att han hade handlagt remissen på ett rimligt sätt. Bakom blödningar i ögonen kan ju finnas flera orsaker.

I detta fall fanns det en klar orsak i form av ett DIC-syndrom, och regelrätta blödningar i glaskroppsrummet brukar de oftast försöka undvika att röra kirurgiskt och i stället avvakta en spontan uppkläring.

Som remissen var skriven fick man, eftersom patienten faktiskt vårdats på sjukhuset X och hade blödningar i ögonen, förmoda att han även hade fått ögonen undersökta av ögonspecialist. Det

visade sig också mycket riktigt att så var fallet, framhöll ögonläkaren.

I daganteckningen av den 30 maj från ögonkliniken vid sjukhus X stod det bland annat under Bedömning, åtgärd: »planerar ny kontroll inom ett par dagar«.

Hade gjort en annan prioritering

Om denna uppgift kommit till hans kännedom hade han naturligtvis snarast tagit in patienten för undersökning, hävdade ögonläkaren.

Hade han haft tillgång till ögonkliniken vid sjukhus X journalanteckningar, som en bilaga till den remiss han fick för gruppering, hade prioriteringen blivit en helt annan.

När därför en kollega på infektionskliniken den 12 juni redogjorde för patientens synbesvär, bestämde ögonläkaren sig för att ta in patienten direkt för undersökning då synskärpan kraftigt hade gått ned på vänster öga.

Han kunde konstatera att patienten hade en näthinneavlossning på vänster öga och remitterade därför denne till regionkliniken för operation.

Oförsvarlig prioritering

Ansvarsnämnden konstaterar att även om ögonläkaren inte hade haft tillgång till ögonjournalen från sjukhus X framgick det av infektionskliniken remiss att patienten hade sepsis, utbredd koagulation i blodkärlen och kraftig blödning med nedsatt syn i båda ögonen.

Mot bakgrund av dessa uppgifter var det oförsvarligt att prioritera undersökningen att ske inom så lång tid som en månad.

En akut undersökning samma dag eller nästa hade varit medicinskt motiverad för att klarlägga ögonstatus och anledningen till den akuta synnedsättningen.

Ögonläkaren får en erinran. ■

Upptäckten av RS-virusinfektion hos spädbarn försenades

Borde snabbt ha remitterat flickan till barnmedicinsk bedömning

Flickans ringa ålder och övriga hälsotillstånd innebar nedsatt immunförsvar och nedsatt muskelkraft. Distriktsläkaren kritiseras därför för sin passiva handläggning, främst för att han inte snabbt remitterade flickan till barnmedicinsk bedömning. (HSAN 1051/06)

Den två månader gamla flickan kom till vårdcentralen den 13 februari med hosta och feber. Hon var född sex veckor för tidigt och hade Downs syndrom, ett öppetstående ductus arteriosus och syrebrist vid födseln. När distriktsläkaren undersökte henne var hon snabbbandad, men allmäntillståndet var gott. Diagnosen blev förkylning.

Vid ett telefonsamtal med en sjuksköterska två dagar senare framkom inget direkt alarmerande. Efter rapport från sköterskan bedömde distriktsläkaren att man kunde avvakta men rekommenderade mamman att söka jourmottagningen om flickan blev sämre.

Fick andningsstopp

Mamman kontaktade jourmottagningen, men flickan fick ett andningsstopp. Under ambulanstransport blev flickan bättre, och på sjukhuset bedömdes allmäntillståndet som gott. En undersökning visade att hon hade en RS-virusinfektion (respiratoriskt syncytialvirus).

Mamman anmälde distriktsläkaren. Ansvarsnämnden tog in flickans journal och yttrande från distriktsläkaren.

Denne uppgav att flickan vid undersökningen den 13 februari var vid gott allmäntillstånd – ej febril, ingen väsande andning.

Flickan hade fin färg och hostade ingenting under undersökningen. Där fanns inga biljud från lungorna, inga tecken till lunginflammation eller annan bakteriell komplikation. CRP visade ett normalt värde. Han tolkade detta som en förkylning, en virusinfektion utan bakteriell komplikation.

Problemet var snuva och nästäppa, och han informerade mamman om vikten av att hålla näsan öppen med hjälp av

Nezeril och saltlösning regelbundet och framför allt före matning och sömn.

En eventuell remiss till barnklinik var inte uppe till diskussion. Han såg inget behov av en sådan, och modern frågade inte efter någon. Han uppmanade henne att kontakta vårdcentralen igen på dagtid eller jourcentralen på jourtid om flickan blev sämre.

RS-virusprovtagning med snabbtest har de inte tillgång till på vårdcentralen. Hade flickan haft trångt i luftrören, hög feber eller nedsatt allmäntillstånd hade han remitterat henne till barnkliniken, där barnläkarna då brukar ta RS-virusprov, uppgav distriktsläkaren.

»Brast inte i riskbedömningen«

Vad gäller riskbedömning och bedömning av spädbarn med extra hög risk för att få RS-virusorsakade andningsbesvär av den grad att sjukhusvård krävs, finns detta beskrivet i Läke-medelsverkets behandlingsrekommendationer från 2000, bakgrundsdokumentationen, hänvisade distriktsläkaren.

Där anges att vid RS-virusinfektion i åldern 0–1 år behövs sjukhusvård hos 1–2 procent av barnen utan riskfaktor, hos 2,3 procent vid underburenhet <35 veckor, hos 2,8 procent vid underburenhet <32 veckor. Påtagligt större är risken vid hjärtfel, 6,1 procent (det rör sig om operationsfall eller hjärtfel med hjärtsvikt) samt vid kronisk lungsjukdom (cystisk fibros och liknande), 10 procent.

Flickan har ingen kronisk lungsjukdom, inget gravt hjärtfel och är inte född före vecka 32. Han ansåg därför inte att han brustit i riskbedömningen.

Den 15 februari hade han en indirekt kontakt med mamman via en telefonrådgivningssköterska vid 16-tiden. (Vårdcentralen stänger kl 17, då öppnar jourcentralen.) Av sköterskan fick han veta att mamman var orolig för att flickan efter besöket hos honom fått feber kring 38 grader och dessutom hade nedsatt aptit. Febern svarade dock mycket bra på Alvedon, och flickan hade

fina urinmängder. Snuvan fanns kvar men flickan hade sovit bra.

Han bedömde 38 graders feber som måttlig och såg i den goda Alvedoneffekten ett gott tecken. Han fann därför ingen överhängande fara för en bakteriell komplikation. De goda urinmängderna talade mot intorkning och för att flickan fick i sig tillräckligt med vätska.

»Rimligt att avvakta«

Med den utgångspunkten ansåg han att det var rimligt att avvakta till nästa morgon, men om febern då kvarstod var det lämpligt att flickan fick en akuttid på förmiddagen för en ny undersökning – återigen med tillägget att om flickan fick högre feber, svårigheter med andningen eller om modern på annat sätt upplevde något oroande i flickans tillstånd under kvällen eller natten skulle hon åka in till jourcentralen. Han fick ingen indikation på att flickan i detta läge hade blivit sämre i andningen.

Det som sedan hände flickan därhemma kunde tolkas inte som ett stopp i luftvägarna utan som en CNS-utlöst apné, hävdade läkaren.

Distriktsläkaren ansåg att han inte kunde klandras för att han inte förutspått ett sådant oväntat andningsuppehåll.

Handläggningen för passiv

Distriktsläkaren borde vid besöket den 13 februari ha tagit tillbaka flickan för en ny bedömning snarast, om han då inte tänkte på möjligheten av RS-virusinfektion. Uppgiften och fyndet att flickan var snabbbandad, i kombination med de övriga hälsoproblemen, var emellertid tillräckligt för att remittera henne vidare redan då, menar Ansvarsnämnden.

Vid telefonkontakten, som togs den 15 februari för att flickan blev sämre, avgjorde distriktsläkaren efter en rapport från sjuksköterskan att man kunde avvakta till nästa dag eller i vart fall till en ytterligare eventuell försämring.

Flickans ringa ålder och övriga hälsotillstånd innebar nedsatt immunförsvar och nedsatt muskelkraft både den 13 och den 15 februari. Distriktsläkaren kritiserades för sin passiva handläggning, främst för sin underlåtenhet att remittera flickan till barnmedicinsk bedömning.

Han får en erinran. ■