

Erinran:

Bedömde debuterande diabetes som medicin- biverkningar

Patientens symtombeskrivning borde ha fått överläkaren att misstänka debuterande diabetes. I stället blev hennes tolkning att det rörde sig om biverkningar av mediciner. Därför har hon av Ansvarsnämnden fått en erinran. (HSAN 1446/95)

Den 32-åriga mannen remitterades i november 1993 till överläkaren med diagnosen ångestsyndrom och bensodiazepinberoende.

Överläkaren gjorde flera försök att trappa ner medicindosen, dock utan att lyckas.

I april 1995 satte hon på nytt in Cipramil för att försöka minska patientens behov av Sobril. Den 16 juni skrev hon i journalen att patienten efter en dosökning till 40 mg Cipramil hade täta miktionssträngningar, törst, muntorrhet och uttalad trötthet. Hon tolkade detta som biverkningar av Cipramil.

Förklaringen till symtomen var dock en debuterande diabetes. Den diagnosen ställdes i början av juli 1995.

»Diabeteskoma och skadad arm»

Patienten anmälde överläkaren och anförde följande.

Två veckor efter besöket hos överläkaren den 16 juni hamnade han i diabeteskoma. Han ramlade och slog sönder högra armen. Han fick en blodpropp i armen och även försämrad syn. Efter fyra operationer fungerade fortfarande inte höger arm och hand.

Mångårig ångest med mycket medicin

Överläkaren bestred anmälan och menade att det fanns fakta som logiskt talade för hennes bedömning.

Hon återgav patientens mångåriga ångestbesvär och berättade att han tagit lugnande mediciner, depressionsmediciner och psykosmediciner. Han hade också försökt med samtalsterapi och sjukgymnastik utan större framgång.

Konsumtionen av Sobril hade ökat kraftigt till ett högt intag varje dag. Patienten var

beroende av bensodiazepiner. Han avgiftades och var tablettfri några år.

Dessa år präglades av så svår ångest att han av en annan läkare hade bedömts behöva långvarig, kontinuerlig medicinering med bensodiazepiner. Så under några år tog han åter bensodiazepiner innan överläkaren träffade honom för första gången på hösten 1993.

Högre doser Sobril krävdes

Då, sade överläkaren, var situationen bekymmersam. Medicinen gav ingen bra effekt men medförde biverkningar. Samtidigt klarade sig patienten inte utan den. Det senaste året hade det krävts högre doser av Sobril för att få någon effekt, men ångesten fanns kvar.

Överläkaren konsulterade då läkaren som hade behandlat patienten tidigare. Han rekommenderade fortsatt förskrivning av bensodiazepiner, eventuellt i ökad dos.

Överläkaren kom överens med patienten om att denne skulle hålla doseringen och att man skulle undersöka möjligheterna att reducera dosen.

Vid uppföljningen den 16 juni 1995 hade patienten själv ökat Sobril till 150 mg om dagen. Han tog 40 mg Cipramil varje dag och hade blivit uttalat trött och fått vattenkastningsproblem. Han var törstig och muntorr.

»Biverkningar»

Överläkaren såg symtomen som biverkningar av den höga Sobrildosen och Cipramil.

Hon uppgav att patienten såg opåverkad ut. Han var ung och tidigare kroppsligt frisk. Hennes första rekommendation var att han skulle återgå till den tidigare doseringen, som han hade tolererat.

Om symtomatologin hade kvarstått efter dosreduktionen, påstod överläkaren, skulle hon givetvis tänkt i andra banor.

Patienten höll fast vid sin anmälan och sade bl a att han hade berättat för överläkaren att han drack 5–6 liter per dag. Enligt doktorn blev det muntorrhet. Han kastade vatten varje timme. Enligt doktorn blev det vattenkastningsproblem.

Borde misstänkt debuterande diabetes

Ansvarsnämnden menade att det i efterhand framstod

som helt klart att patientens symtombeskrivning borde ha fått överläkaren att misstänka debuterande diabetes.

Även om vissa symtom som miktionsstörningar, muntorrhet och trötthet uppges som biverkningar till Cipramil borde hon som alternativ ställt diagnosen begynnande diabetes, ansåg nämnden. •

Varning:

Borde ordnat återbesök eller remitterat patienten till ögonklinik

En ögonläkare har av Ansvarsnämnden varnats för att han inte gav en kvinna med akut synnedsättning en återbesöks tid för kontroll av utvecklingen eller remitterade henne till ögonklinik. (HSAN 1030/94)

Den 43-åriga kvinnan anmälde ögonläkaren och berättade följande.

Hon hade upptäckt att synen på vänstra ögat hastigt försämrades. Vid besök hos ögonläkaren fick hon veta att det inte fanns någon anledning till oro. Hon skulle vara bra igen inom sex månader.

Men hon blev inte bättre. Så eftersom hon inte fått någon återbesöks tid uppsökte hon själv ögonläkaren igen, åtta och en halv månad senare.

Hon blev omedelbart remitterad till ett sjukhus ögonavdelning där man konstaterade att hon hade näthinneavlossning. Hon opererades direkt.

Efter ögonläkarens grava missbedömning, sade kvinnan, kommer hon att ha endast ledsyn på vänstra ögat.

Allvarlig synnedsättning

Ögonläkaren uppgav att han vid första besöket hade undersökt kvinnan med indirekt oftalmoskopi samt biomikroskopi. Han diagnostiserade en utgjutning i gula fläcksområdet (central serös retinit). I övrigt fanns inget onormalt.

Han menade att fyndet helt

motsvarade patientens måttliga synnedsättning. Han hade upplyst henne om att åkomman sannolikt skulle läka av sig själv inom sex månader, med eller utan nedsättning av synen.

Patienten kom långt senare tillbaka på grund av en »hastig» och mycket allvarlig synnedsättning. Den dramatiska försämringen av synen var orsaken till hennes besök, menade läkaren, inte den uteblivna förbättringen vilket kvinnan angivit i sin anmälan.

Vid detta andra besök konstaterade ögonläkaren en stor näthinneavlossning och remitterade patienten till sjukhus.

Ögonläkaren menade att kvinnan i sin anmälan hade lämnat flera uppgifter som inte stämde.

Förde mycket knapphändig journal

Ansvarsnämnden konstaterade att kvinnan sökte ögonläkaren första gången för en akut synförsämring i vänster öga. Läkaren hade fört en mycket knapphändig journal, anamnestiska uppgifter saknades helt.

Åtta och en halv månad senare opererades kvinnan för näthinneavlossning.

Avlossningen omfattade hela nedre näthinneomfånget och synen normaliserades aldrig under mellantiden. Därför var det sannolikt att den svullnad i näthinns gula fläck som först konstaterades var en del i en låg näthinneavlossning, som hade börjat redan vid första besöket hos ögonläkaren.

Närsynthet bör vara varningssignal

En sådan avlossning är svår att fastställa i ett tidigt skede. Men närsynthet är en predisponerande faktor och bör därför vara en varningssignal.

Ansvarsnämnden vägrade in patientens relativt låga ålder, hennes närsynthet, den akuta synnedsättningen och att diagnosen central serös retinit ställdes endast genom oftalmoskopiska metoder och inte verifierades med angiografi.

Mot den bakgrunden fanns det anledning att kritisera ögonläkaren.

Han borde ha givit patienten en återbesöks tid för att kontrollera utvecklingen eller remitterat henne till en ögonklinik för närmare utredning, slog nämnden fast.

Nämnden kritiserade också den den bristfälliga journalföringen och varnade ögonläkaren. •