

in honom, påbörjade antibiotikabehandling samt beställde blodprover. Blodtrycket var 100/53 och pulsen cirka 100.

Ortopeden diskuterade detta med jourhavande medicinläkare och fick beskedet att avvakta. CRP var vid inskrivningen 30 och en timma senare 68.

På kvällen uppmättes blodtrycket till 90/50 och klockan 01.30 till 68/53 och pulsen till 149. En sjuksköterska A kontaktade då ortopederna, som i sin tur bad medicinjouren bedöma patienten.

»Accidentiellt fynd«

En bedömning av medicinjouren gjordes kring klockan 02.00. Hennes uppfattning var att det var ett »accidentiellt fynd«, som kunde följas under nästa dag samt att blodtrycket inte behövde kontrolleras ytterligare under natten.

På förmiddagen den 14 mars bedömdes patienten av flera läkare och under bilden av septisk chock fördes han till intensivvårdsavdelning. Samma dag opererades han för spridning av infektionen till benets muskulatur (nekrotiserande infektiös fasciit).

Han behandlades i respirator, reopererades vid flera tillfällen och uppvisade njursvikt. Efter ett långdraget förlopp förbättrades han och den 24 mars kunde han överföras till ortopedavdelning.

Anmälde två läkare och två sköterskor

Patienten anmälde två läkare och två sjuksköterskor. Hans tillstånd försämrades och när han kom till IVA, omkring klockan 10.30, var han i ett mycket kritiskt, livshotande tillstånd och njurarna hade slutat producera urin.

Varför kontaktade inte ansvariga sjuksköterskor, bland annat B, läkare under natten eller på förmiddagen den 14 mars när han försämrades allvarligt? Ansvariga läkare som bedömde hans tillstånd den 13 mars och under natten var inte uppmärksamma på de symtom han visade och gjorde därför en felaktig bedömning. Hans tillstånd försämrades hela tiden, uppgav anmälaren.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och hämtade in yttranden av ortopederna, medicinjouren samt sjuksköterskorna A och B. Alla bestred att de handlat fel.

Ortopeden berättade bland annat att han lade in patienten under diagnosen prepatellär bursit. Han gjorde senare själv en ny bedömning av patienten.

Medicinjouren kontaktades vid två separata tillfällen på grund av patientens snabba puls och sedermera låga blodtryck. Vid båda dessa tillfällen diskuterade han patienten personligen med sin erfarna medicinkollega, tillika kardiolog. Ortopeden blev inte kontaktad från avdelningen och fick inte heller infor-

mation om att patienten hade blivit sämre under natten/morgonen, sa han.

Medicinjouren uppgav att hon främst tog hänsyn till den internmedicinska frågeställningen då hon ansåg att patientens ortopediska och infektiösa tillstånd skulle handläggas av ansvarig klinik. Patienten uppvisade inga tecken på chock eller annan allmänpåverkan.

Han hade en takykardi, som i sammanhanget tedde sig som ett rent accidentiellt fynd, menade hon. Han hade en anamnes om konditionsnedsättning och medicinjouren misstänkte att hans takykardi hade förelegat en längre tid varför hon föreslog en vidare utredning.

Det låga blodtrycket uppfattade hon som en kombination av dehydrering på grund av kräkningar och diarré, respektive en effekt av den sena timmen och givet smärtstillande läkemedel.

Mjukdelsinfektion med allvarlig septisk bild är mycket ovanlig, och utifrån de fakta som förelåg vid hennes bedömning kunde hon inte rimligen förutse att sjukdomen skulle få ett så aggressivt förlopp, ansåg medicinjouren.

»Bedömning och beslut

Såväl sjuksköterska A som B undgår helt kritik från Ansvarsnämnden.

Ortopeden tog vid två tillfällen kontakt med jourhavande medicinläkare med anledning av patientens låga blodtryck och höga puls, dels i samband med inskrivningen av patienten, dels när han fick reda på att trycket sjunkit ytterligare. Han fick beskedet av medicinjouren att det låga trycket var accidentiellt och inte föranledde någon åtgärd. Det finns därför inte skäl att klandra ortopederna, menar Ansvarsnämnden.

Medicinjouren skrev i sitt konsultsvar »Förmodligen accidentiellt fynd. Verkar vara fix tachycardi med frekvens kring 135. Kan vara sinustachycardi, men även en ektopiskt utlöst förmaksrytm«.

Den bedömningen är inte rimlig, hävdar Ansvarsnämnden. De fynd som fanns borde ha fått medicinläkaren att misstänka stafylokock- eller streptokockinfektion i blodet. Patienten skulle då ha flyttats till intensivvårdsavdelning redan under natten till den 14 mars eller i varje fall skulle intravenösa infusioner ha getts och blodtrycket ha kontrollerats.

Medicinjouren skrev i sitt yttrande att hon som alternativ förklaring misstänkte att det låga blodtrycket berodde på vätskeförluster på grund av kräkningar och diarré. Enligt journalen hade inte patienten drabbats av kräkningar och diarréer under vårdtiden, men om så varit fallet borde medicinjouren ha ordinerat intravenösa infusioner, anser Ansvarsnämnden och varnar henne. •

Missade kraftig nedsättning av synen

Distriktsläkaren borde ha prövat synfunktionen hos kvinnan eftersom hon sökte för synnedsättning. Eftersom han inte gjorde det och därmed inte upptäckte att hennes syn var kraftigt nedsatt får han en erinran. (HSAN 1201/02)

» Den 59-åriga kvinnan har diabetes, för vilket hon behandlas med tabletter. Hon har också behandlats för komplikationer från ögonen.

Den 7 mars 2002 uppsökte hon vårdcentralen på grund av disig syn på båda ögonen sedan några veckor. Hon undersöktes av distriktsläkaren, som bedömde att det rörde sig om gråstarr eller efterstarr. Han ansåg att man kunde avvakta till ett planerat återbesök på ögonkliniken vid ett lasarett den 19 mars.

Där fann man att patienten hade en uttalad synnedsättning. Hon remitterades till ögonkliniken vid ett universitetssjukhus och opererades dagen därpå för näthinneavlossning i höger öga.

Patienten anmälde distriktsläkaren. Ansvarsnämnden läste patientjournalerna samt hämtade in yttrande av distriktsläkaren.

Denne bestred att han skulle ha gjort fel, eftersom han varken anamnesticiskt eller kliniskt fann tecken till näthinneavlossning. Han hänvisade till journalen från vårdcentralen, där han antecknat bland annat följande.

»Bedömning: Inga tecken på irit. Normalt tryck. Möjligen kan hennes svängande sockervärde förklara hennes disiga syn som kommer intermittent. Patienten har ingen smärta. Har återbesök på ögonkliniken 02-03-19, om accentuerade besvär höra av sig hit före. Diagnos H539P Synstörning (H)«.

»Bedömning och beslut

Distriktsläkaren borde ha prövat synfunktionen hos kvinnan eftersom hon sökte för synnedsättning. Han skulle då rimligen ha upptäckt att hennes syn var kraftigt nedsatt och remitterat henne akut till ögonläkare. Näthinneavlossningen hade då kunnat upptäckas en dryg vecka tidigare, anser Ansvarsnämnden.

Det är osäkert om fördröjningen hade någon betydelse för slutresultatet. Distriktsläkaren gjorde dock inte en tillräckligt noggrann undersökning för att kunna fatta ett korrekt beslut om behandling.

Han får en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. •