

Felet ursäktligt – AT-läkare frias

Tog inte blodprov för att bekräfta eller utesluta blindtarmsinflammation

AT-läkaren kritiseras av Ansvarsnämnden för att hon inte via ett blodprov bekräftade eller uteslöt blindtarmsinflammation. Förhållandena var dock sådana att felet betraktas som ringa, och AT-läkaren frias därför. (HSAN 927/03)

II Den 27-åriga kvinnan insjuknade den 5 februari i år med buksmärter, kräkningar och hög feber. Hon sökte akut på kirurgkliniken på ett sjukhus och undersöktes av AT-läkaren. Denna konstaterade att patientens buk var mjuk och lätt diffust öm samt bedömde att det rörde sig om maginfluensa. Patienten skickades hem.

Hon blev dock sämre och sökte efter ett dygn på nytt akut på sjukhuset. Hon hade då klara tecken på blindtarmsinflammation. Vid operation samma dag fann man en brusten blindtarm och mycket var i buken. Postoperativt inträffade inget anmärkningsvärt.

Patienten anmälde ansvarig läkare.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av AT-läkaren, som bestred att hon handlat fel.

AT-läkare sedan en månad

Hon berättade att när hon träffade patienten så hade hon tjänstgjort som AT-läkare på kirurgkliniken i drygt en månad.

Patienten låg på undersökningsbritten med 39 graders feber och var mycket trött och tagen. Hon hade haft plötsligt påkomna, kraftiga krampartade smärter i hela buken i ett dygn. Vidare

hade hon haft svårt att behålla mat och dryck, under dagen både kräkts och haft lös avföring.

Vid undersökningen fann AT-läkaren att patienten var helt mjuk i buken, men att den ömmade diffust då man tog på den (som mest på mitten strax nedanför naveln). Då hon kände med ett finger i analkanalen ömmade det endast lite till vänster, och på handsken fastnade det lös avföring, uppgav AT-läkaren.

Hon bedömde att symtomen berodde på maginfluensa då de stämde med den typiska sjukdomsbilden. Hon fann inget som gav misstanke om blindtarmsinflammation eller bukhinnepåverkan.

Hon berättade för patienten att de symtomen var klassiska för »mag-kräk-sjukan«, som då härjade som värst.

Återkom med förvärrade symtom

Drygt ett dygn senare återkom patienten till mottagningen med förvärrade symtom, nu typiska för blindtarmsinflammation och bukhinnepåverkan. CRP var 269. Hon fick antibiotikabehandling och opererades akut tidigt den 7 februari.

Detta var AT-läkarens fjärde nattjourpass, berättade hon. Under dessa arbetade hon som primärjour 15 timmar i sträck, mestadels som ensam läkare, då mellanjouren befann sig någon annanstans på sjukhuset. Det innebar att hon tvingades handlägga patienter självständigt även som AT-läkare.

Hon hade inte fått någon egentlig introduktion om de praktiska rutinerna på akutmottagningen innan hon började sitt

arbete där. Inte heller hade hon fått någon skriftlig information i form av PM angående vilka typer av patienter som AT-läkare inte bör handlägga självständigt, uppgav hon.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att AT-läkaren den 5 februari gjorde en fullständig klinisk undersökning av patienten. Fynden noterades i patientjournalen och var väl förenliga med maginfluensa.

Diagnosen blindtarmsinflammation kan ibland vara svår att ställa, och symtomen för ett sådant tillstånd var i detta fall inte helt typiska.

För att försöka få diagnosen blindtarmsinflammation bekräftad eller utesluten, borde AT-läkaren emellertid ha ordnat med en blodprovstagning, kritiserar Ansvarsnämnden.

Vid händelsen var hon AT-läkare sedan drygt en månad. Annat hade inte visats än att förhållandena på sjukhusets akutmottagning var sådana att en AT-läkare som gick nattjour handlade patienter självständigt utan egentlig information om vilka patienter AT-läkare borde handlägga utan kontakt med mellanjour, konstaterar nämnden.

Även om AT-läkarens underlåtenhet att föranstalta om blodprovstagning är ett sådant fel som inte kan betraktas som ringa, får förhållandena anses innebära att felet är ursäktligt.

Hennes underlåtenhet bör därför inte föranleda disciplinpåföljd, beslutar Ansvarsnämnden. •

Temporalisarterit, inte virusinfektion – patienten blev blind på ena ögat

Bristande erfarenhet mildrar påföljden för två läkare

Felen är varken ringa eller ursäktliga, men disciplinpåföljden kan med hänsyn till att läkarna är oerfarna stanna vid en erinran. Det beslutar Ansvarsnämnden i ett fall där en underläkare och en AT-läkare misstog temporalisarterit för en virusinfektion. (HSAN 3093/02)

II En 67-årig kvinna drabbades i början av oktober 2002 av feber med frossbrytningar. Hon fick antibiotika, men det tillstötte muskel- och huvudvärk. Provtagning hos husläkaren visade förhöjd sänka och snabbsänka. Hon remitterades till sjukhus på grund av oklar infektion.

Kvinnan undersöktes den 10 oktober av underläkaren, som bedömde att besvären orsakades av en ospecificerad virusinfektion. Hon uppmanades att fortsätta med den ordinerade antibiotikabehandlingen och i övrigt smärtstillande vid behov.

Misstänkte viros

Kvinnan återkom till sjukhuset den 15 oktober på grund av värk i bakhuvud, nacke och hals. Sänkan och snabbsänkan uppmättes till 96 respektive 44.

Denna gång undersöktes hon av AT-läkaren, som misstänkte viros och hänvisade henne till husläkaren.

En vecka senare ordinerades kvinnan

medicinering på grund av misstanke om muskelreumatism.

Tillståndet förbättrades initialt, men i mitten av november drabbades hon av synstörningar och lades in på sjukhus. Utredningen visade temporalisarterit, och hon ordinerades adekvat medicinering i hög dos.

Kvinnan anmälde ansvariga läkare vid sjukhuset för felbehandling den 10 och 15 oktober. Hon menade att diagnosen fördröjdes av den bristfälliga handläggningen, vilket medförde att hon förlorade synen på höger öga. Ansvarsnämnden tog in patientens journal samt yttrande från de anmälda läkarna.

Underläkaren uppgav sig ha tagit

anamnes och utfört sedvanligt kliniskt status. Patienten hade då ingen huvudvärk eller synrubbing, däremot värk och stelhet över nacken ner mot ryggmuskulaturen men i övrigt inget anmärkningsvärt.

Tog flera riktade prov

Underläkaren tog ett flertal riktade prov inklusive CRP. Vid detta tillfälle framkom varken anamnestiskt eller i status några tecken som tydde på temporaliserterit.

Bedömningen blev att patienten hade haft en infektion och eventuellt även komplikation i form av någon virusinfektion. Patienten rekommenderades att fortsätta med antibiotikabehandlingen enligt tidigare ordination, berättade underläkaren.

Först sex veckor efter primärbedömningen på akutmottagningen och under pågående kortisonbehandling insjuknade patienten med synrubbingar och fick synned sättning på höger öga, påpekade underläkaren.

AT-läkaren berättade att patienten kom till henne på grund av smärta i nacke, bakhuvud och hals, alltså samma

symtom som tidigare. Hon tog sedvanlig anamnes och status inklusive EKG, blodprov samt neurologiskt status.

Patienten uppgav inte några tilltagande problem sedan föregående besök, inget om ögonsymtom eller ont över tinningarna.

Med tanke på den tidigare anamnesen med långvariga infektionssymtom, fortsatt lätt förhöjt CRP (44) och ingen förbättring på antibiotikabehandlingen gjorde AT-läkaren samma bedömning som underläkaren, att patienten hade en ospecifik virussjukdom.

»Kunde ha någon annan sjukdom«

Eftersom patienten vid två tillfällen haft en SR-stegring återremitterade AT-läkaren henne till distriktsläkare för fortsatt SR-utredning. Hennes tanke var här att patienten förutom en infektion kunde ha någon annan sjukdom.

AT-läkaren ansåg att hon hade bedömt och behandlat patienten korrekt med tanke på symtomen vid det aktuella tillfället.

Att patienten fem veckor efter besöket på akuten fick ögonsymtom och säkerställd temporaliserterit var inget AT-

läkaren ansåg sig ha kunnat förutse utifrån fynden och sjukhistorien som var tillgängliga den 15 oktober.

II Bedömning och beslut

Kvinnans sänka var 80–90 och snabb-sänka 40–50. Dessa värden är inte förenliga med virusinfektion, som underläkaren och AT-läkaren antog. Med hänsyn till dessa värden och till patientens påtalade muskel- och huvudvärk var det i stället rimligt att misstänka att hon hade drabbats av temporaliserterit, anser Ansvarsnämnden.

Det är betydelsefullt att denna sjukdom upptäcktes och behandlas i ett tidigt skede för att förhindra att blodkärlen som försörjer ögonen angrips, vilket medför synpåverkan.

Trots att patienten hade hög sänka i förening med muskel- och huvudvärk fattade de båda läkarna inte misstanke om detta tillstånd och konsulterade inte heller någon erfaren kollega. En adekvat behandling fördröjdes.

Läkarnas fel är varken ringa eller ursäktliga, men disciplinpåföljden kan med hänsyn till att de var oerfarna stanna vid erinran, anser Ansvarsnämnden. •

Felmedicinering ökade riskerna vid allvarliga sjukdomstillstånd – två läkare varnas

En urolog vid ett närsjukhus och en verksamhetschef vid en vårdcentral varnas för att de med sin medicinering ökade riskerna för var sin patient. Den ena patientens prostatacancer accelererade och den andras subaraknoidalblödning kunde ha försämrats. (HSAN 178/03 respektive 2818/02)

II En 66-årig man hade en prostatacancer som bedömdes vara relativt beskedlig. Patienten och urologen kom överens om exspektans och kontroller.

Efter en tid klagade mannen över impotens. Urologen ordnade en hormonutredning, som visade att patientens testosteronvärde var något lågt.

För att påverka mannens potens skrev urologen ut testosteronpreparatet Undestor som långtidsbehandling.

Patienten flyttade sedan till en annan stad. Vid en kontroll vid lasarettet där konstaterade en annan urolog att patienten hade en lokalt avancerad prostatacancer. Behandlingen med Undestor avbröts. En tid senare sattes hormonbehandling med Casodex in.

Patienten anmälde den förste urologen med motiveringen att dennes be-

handling hade förstorat hans prostata.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av urologen. Denne sa bland mycket annat att »felet ... är att förskrivningen av Undestor har skett till en patient med känd prostatacancer ... kan ha påverkat detta förlopp i negativ riktning«.

Ansvarsnämnden konstaterar att prostatacancer kan vara testosteronberoende och att elimination av testosteronet i kroppen är en sedan länge vedertagen behandlingsmetod vid sjukdomen. Tillförsel av testosteron vid prostatacancer är kontraindicerat.

Det är sannolikt att Undestor i det här fallet hade accelererat tillväxten i prostata så att kurativ behandling inte längre var möjlig. Urologen får en varning.

Barnalbyl mot subaraknoidalblödning

Den 36-åriga kvinnan kom akut till jourcentralen efter att kvällen innan ha fått plötslig svår huvudvärk. Läkaren, tillika verksamhetschef, ställde diagnosen »svår spänningshuvudvärk«. Han ordinerade Albyl minor.

Två dagar senare sökte kvinnan sin husläkare, som misstänkte att hon drabbats av subaraknoidalblödning. Han remitterade kvinnan till sjukhus där dia-

gnosen bekräftades. Kvinnan fördes till ett universitetssjukhus för behandling.

Hon anmälde läkaren på jourcentralen och uppgav bland annat att hon för denne hade berättat att det »knäppte till« i huvudet innan värken kom och att hon aldrig annars hade huvudvärk.

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal. Läkaren valde att inte yttra sig.

Inget tydde på spänningshuvudvärk

Ansvarsnämnden konstaterar att en subaraknoidalblödning kan vara livshotande. Nämnden säger vidare att kvinnan när hon kom till jourcentralen hade symptom på en sådan blödning.

Det fanns inga anamnestiska uppgifter om återkommande huvudvärk som kunde tyda på spänningshuvudvärk. Huvudvärkens intensitet och karaktär tydde inte på spänningshuvudvärk, och det kom inte fram några skäl för psykisk anspänning.

Läkaren ordinerade salicylat som kan ha försämrat blödningen, menar Ansvarsnämnden.

Han borde ha misstänkt att det kunde röra sig om en subaraknoidalblödning och remitterat kvinnan vidare för undersökning.

Läkaren får en varning. •