

## Ung kvinna hade inte epilepsi

### »Sjukhistorien helt avgörande för att kunna ställa den diagnosen«

**Sjukhistorien är helt avgörande för att kunna ställa diagnosen epileptiskt anfall. Men AT-läkaren tog inte upp en korrekt sjukhistoria och dokumenterade inte status tillräckligt noggrant för den unga kvinnan. Därför fälls han av Ansvarsnämnden. (HSAN 2904/03)**

II Den 21-åriga kvinnan hade under tidig barndom haft epilepsi, och under sommaren år 2003 fick hon ett slags krampanfall. Under dagarna efteråt märkte hon av och till bortdomningar i höger sida av kroppen.

Den 21 juli uppsökte hon sjukhuset och träffade AT-läkaren, som bedömde att hon fått epilepsi. Han beslöt att utföra ett EEG och därefter behandla henne med Tegretol.

Han skrev även remiss till ett annat sjukhus för uppföljning och skiktröntgen av huvudet. Remissen kom dock att fördröjas.

#### »Misstänkte stark panikångest«

Kvinnan anmälde AT-läkaren. Hon berättade att hon sökte läkare därför att hon hade drabbats av ett spastiskt anfall och blivit medvetslös några dagar tidigare.

Hon kritiserade remisshanteringen – det tog tre månader för remissen att komma fram. Det såg hon som en lång och onödigt väntan.

Hon fick tid hos en neurolog den 9 oktober. Efter noggrann genomgång av hennes anfallsbeskrivning konstaterade neurologen att hon inte hade diagnosen epilepsi och beslutade att hon omedelbart skulle trappa ner och avsluta den medicinska behandlingen. Läkaren misstänkte att det rörde sig om stark panikångest, uppgav kvinnan.

Om den första läkaren hade skött sitt arbete hade hon kanske fått sin undersökning gjord och kunnat bearbeta sitt tillstånd, ansåg kvinnan.

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

Eftersom hans dokumentation i journalen var kortfattad ville han anförda att eftersom han hade engagerat sig mycket i fallet hade han en klar minnesbild av förloppet.

Kvinnan berättade att hon hade epilepsi som barn och att hon hade haft ett

krampanfall några dagar tidigare. Hon berättade också att hon hade bortdomningar i ansiktet men sa vid undersökningen att hon mådde bra då. Det fanns ingenting i neurologiskt status. Undersökningen var utan anmärkning, sammanfattade AT-läkaren.

Han uppgav att han diskuterade patienten med en neurolog, och de kom överens om att patienten skulle få Stesolid och börja med Tegretol efter EEG-undersökningen.

Kvinnan sa att hon ville göra EEG så snabbt som möjligt då hon ville börja med Tegretol för att undvika eventuellt ytterligare krampanfall. AT-läkaren dikterade i journalanteckning att EEG-svar och remissen om datortomografiundersökning av patientens huvud skulle skickas till det andra sjukhuset, uppgav han.

Han hade ingen förklaring till varför papperen inte skickades till det andra sjukhuset innan han själv gjorde det 6 veckor senare.

#### Bedömning och beslut

Sjukhistorien är helt avgörande för att kunna ställa diagnosen epileptiskt anfall. Den anteckning som AT-läkaren gjorde i patientjournalen var mycket kortfattad. Han omnämnde att patienten fått ett krampanfall utan att ange någon som helst beskrivning av anfallet, konstaterar Ansvarsnämnden.

I övrigt nämns domningar av höger sida, utan beskrivning av vilken kroppsdelen som domnat. Utifrån den anteckning som gjordes går det inte att ställa diagnosen epileptiskt anfall.

AT-läkaren hade inte heller i sitt yttrande kompletterat sjukhistorien. Han uppgav att han rådgjort med neurologspecialist. Men han kan då inte ha rådgjort om diagnosen utan snarare om hur han skulle handlägga vad han uppfattat som ett återinsjuknande i sjukdomen epilepsi, menar Ansvarsnämnden. Status saknas även helt.

Ansvarsnämnden finner att AT-läkaren inte har tagit upp en korrekt sjukhistoria och att han inte dokumenterat status tillräckligt noggrant.

Det har inte gått att utreda vad som orsakat fördröjningen av remitteringen till det andra sjukhuset.

Med beaktande av att han som AT-läkare var oerfaren får han en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. •

II I januari hölls den avslutande dagen på den konferens om patientsäkerhet som avbröts vid Anna Lindhs tragiska död i september förra året. Konferensen bidrog till mycket ökad kunskap och en bredare debatt om hur vården kan arbeta bättre med att förebygga avvikande händelser och skador. Denna debatt måste fortsätta, särskilt mot bakgrund av den tendens vi sett att olyckor i vården prövas i brottmål, i allmänna domstolar.

Värdförbundet anser att det behövs flera åtgärder för att förbättra patientsäkerhetsarbetet. I huvudsak handlar det om fyra punkter:

1. Ändrade attityder i vården.
2. Ökad användning av avvikelserapporteringen.
3. Minskad repressivitet i systemen för patientsäkerhet.
4. Bättre bemötande av arga, besvikna, ledsna och skadade personer.

**För det första** måste en attitydförändring ske inom sjukvården. För många är det förknippat med stor skam att göra fel, en del tycks tro att fel begås bara av mindre kompetenta medarbetare. Detta gör i sin tur att man inte anmäler fel och brister eller att man avstår från att anmäla sin kamrat. Detta synsätt bygger på en felsyn på människan och en tro på att det finns människor som aldrig begår fel oavsett vilken situation de befinner sig eller vilka brister i systemen de har att hantera. Vi måste acceptera att fel kommer att begås; utmaningen är att rätta till felen innan de får allvarliga konsekvenser.

**För det andra** bör den lokala avvikelserapporteringen bli ett verktyg för att öka patientsäkerheten och kvalitetsutveckla verksamheten. Detta är möjligt redan idag, men det finns brister i detta arbete, exempelvis används inte rapporteringen tillräckligt i utvecklingsarbetet. Dessutom räcker det inte att bara de personer som arbetar närmast patienten har ett levande säkerhetstänkande. Ledare och chefer måste utnyttja kunskaper om brister och avvikelser för att kunna förbättra verksamheten.

För att bättre utnyttja de lokala avvikelserna bör information från de lokala avvikelserregistren samlas nationellt. Det kan handla om att på nationell nivå samla kunskap om fallskador, som är en av de stora bristerna i patientsäkerheten. De flesta fallolyckor, cirka 70 procent, återfinns inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det gäller också andra områden, som läkemedelshandling och vårdhygien, där patientsäkerheten behöver förbättras. Därför är det av yttersta vikt att kommunerna engagerar sig i