

Diafragmabråck fick dödlig utgång

Passivitet och bristande kommunikation mellan olika läkare ledde till att ett misstänkt diafragmabråck hos en liten flicka inte följdes upp ordentligt, och patienten dog. (HSAN 0498/08)

En fyraårig flicka insjuknade i oktober förra året med bland annat buksmärter. Vid undersökning med lungröntgen och datortomografi på hemortens sjukhus såg man en defekt i mellangärdet där tunntarmar trängt upp i bröstkorgen. Det fanns också vätska i vänster lung- säck.

Flickan överfördes akut till barnkirurgisk klinik på ett universitetssjukhus, där hon undersöktes av överläkare A som var bakjour. Före undersökningen hade överläkaren tillsammans med en röntgenläkare studerat röntgenbilderna, men såg inte diafragmabråcket utan bedömde att vätska i lungsäcken var det primära problemet. Överläkaren ordnade därför förflyttning av flickan till barnmedicinsk klinik för bland annat urtappning av vätskan.

Vid röntgenronden morgonen därpå var överläkare A ledig. En annan överläkare i barnkirurgi, B, trodde att det kunde röra sig om diafragmabråck och föreslog kompletterande röntgenundersökning, men den gjordes aldrig. Flickan blev sämre och avled samma kväll. Obduktionen visade inklämd tarm uppe i bröstkorgen.

Flickans föräldrar anmälde de båda överläkarna samt en underläkare C vid samma klinik till Ansvarsnämnden. Trots att deras dotter kom från hemortssjukhuset med misstänkt diafragmabråck, som är en livshotande diagnos, gjorde överläkare A inga kompletterande undersökningar för att säkerställa diagnosen, skriver de. Överlämnandet till barnmedicin skedde muntligt, utan journalanteckningar, vilket bidrog till att diagnosen tappades bort.

Överläkare B anmäls för att han inte såg till att den undersökning han föreslagit

verkligen utfördes, och underläkare C för att han när flickan blev sämre ordinerade lavemang utan att undersöka henne.

De anmälda läkarna beklagar det inträffade men förnekar att de handlat fel. Överläkare A anför bland annat att hon inte såg några tecken på klassiskt diafragmabråck, medan däremot vätskan i lungsäcken försvårade flickans andning och krävde akuta åtgärder. Överläkare B säger att undersökningen inte var hans ansvar eftersom patienten inte var inskriven på hans avdelning.

Ansvarsnämnden inhämtade ett sakkunnigutlåtande från en utomstående docent i barnkirurgi. Denne konstaterar att sjukhuset gjort en fördömlig händelseanalys av förloppet, som pekar på ett flertal brister i organisationen och i kommunikationen mellan de inblandade läkarna. Bland annat saknar journalen helt anteckningar skrivna av barnkirurger.

Experten riktar emellertid också stark kritik mot överläkare A. En barnkirurg som konfronteras med ett barn som har tarmar i bröstkorgen och som har avsevärda symtom borde inta en aktiv hållning och ta på sig vårdansvaret, skriver han. A borde därför ha behållit flickan inom sin enhet i stället för att remittera till barnmedicin. Även läkarna B och C kritiserar för passivitet.

Ansvarsnämnden instämmer i sakkunnigutlåtandet om brister i kommunikation mellan olika läkare, men anser inte att det fritar de inblandade från ett personligt ansvar. Överläkare A får en varning för att hon brustit i omsorg om patienten, genom att inte mer aktivt fullfölja undersökning och bedömning. Även läkarna B och C får kritik av Ansvarsnämnden, men deras fel bedöms inte som så allvarliga att de medför någon påföljd. ■

»Trots att deras dotter kom från hemortssjukhuset med misstänkt diafragmabråck, som är en livshotande diagnos, gjorde överläkare A inga kompletterande undersökningar...«



Omslag till Läkartidningen nr 26–27/2008, »Dålig kommunikation i vården bidrar till patientskador.«

Endokardit upptäcktes inte på sjukhuset

Patienten skrevs ut från sjukhuset trots att den ansvarige läkaren borde ha misstänkt en allvarligare bakomliggande sjukdom. Senare konstaterades att patienten led av endokardit. (HSAN 3558/07)

En 27-årig man fick i maj 2007 halsont och feber. Han återhämtade sig inte de följande månaderna utan kände sig trött, hade ledvärk och magrade 8–10 kg. Vid besök hos sin mor uppsökte han akutmottagningen där den 5 augusti, på grund av buksmärter och diarré, och blev inlagd på kirurgkliniken. Undersökning med bland annat skiktröntgen och gastroskopi visade ingen klar orsak, och efter tre dagar skrevs patienten ut med uppmaning att kontakta vårdcentralen på sin hemort.

När patienten den 15 augusti kom till sin vårdcentral, skickades han direkt till sjukhus där man konstaterade mjältinfarkt. Efter akutvård där överfördes patienten senare till reumatologisk klinik, där utredningen visade att han led av endokardit.

Patienten har anmält den ansvariga läkaren på kirurgkliniken och en AT-läkare för Ansvarsnämnden. Han anser att läkarna gjorde fel när de skrev ut honom trots att han hade svåra smärter och vad som sedan visade sig vara en allvarlig sjukdom.

Båda läkarna bestrider att de handlat felaktigt. Den patientansvarige läkaren, som är specialist i kirurgi, säger att man gjorde en relativt omfattande och adekvat kirurgisk utredning utan att finna någon orsak till patientens besvär, och att dennes tillstånd spontant förbättrades. På grund av misstanke om inflammatorisk sjukdom skrevs en remiss för medicinkonsultation, men någon medicinläkare kom aldrig till kirurgkliniken.

Ansvarsnämnden konstaterar att specialistläkaren gjorde en adekvat kirurgisk utredning, men att han missbedömde patientens totala hälsotillstånd. Mot bakgrund av den ofrivilliga viktminskningen och att patienten fortfarande hade buksmärter och hög CRP då han skrevs ut, borde läkaren ha misstänkt en allvarligare bakomliggande sjukdom. Han borde därför låtit en internmedicinare undersöka patienten före utskrivning, och remitterat honom direkt till sjukhus på hemorten.

Den ansvarige specialistläkaren får därför en erinran. AT-läkaren kan däremot inte kritiserar, eftersom hon inte hade ett eget patientansvar. ■