

# Infektionsrisken stor vid bitt från katt

**Kattbett, framförallt lednära, ska behandlas med stor respekt eftersom infektionsrisken, särskilt i handen är mycket stor. Infektionen har ofta ett snabbt förlopp och bör följas upp inom en eller ett par dagar. (HSAN 3174/08)**

En äldre kvinna blir biten i handen av sin katt. Eftersom hon ändå har tid på vårdcentralen två dagar senare i ett annat ärende avvaktar hon till dess att söka vård för bittet.

På vårdcentralen träffar hon i första hand distriktssköterskan för att få hjälp med ett sår på benet men passar alltså också på att fråga om kattbettet. Handen är nu mycket svullen och tydligt rodnad. Sköterskan låter en distriktsläkare titta på bittet. Läkaren bedömer att det rör sig om en stafylokockinfektion och ordinerar flukloxacillin. Nio dagar senare återkommer patienten utan att någon förbättring skett, tvärtom bedömer distriktsläkaren att svullnaden har tilltagit så pass att extensorsenor inte kan ses. Läkaren antar att patienten fått en infektion i senskidor på handryggen och remitterar akut till sjukhus där hon opereras med anledning av sen- och ledinfektion. Patientens har anmält distriktsläkaren till Ansvarsnämnden för fel i vården. Hon anser att läkaren undersökt såväl kattbettet som såret på benet alltför hastigt och alltså dragit fel slutsats vid första besöket.

**Distriktsläkaren bestrider** att han handlat fel och menar att en femminuterskonsultation var fullt tillräcklig för att



Foto: Johnny Gustavsson/Scanpix

göra en bedömning av symtomen. Patienten anser också att det gick för lång tid, nio dagar, till besök nummer två, men läkaren menar att det var överenskommet att patienten själv skulle höra av sig vid utebliven förbättring.

Ansvarsnämnden skriver i sin bedömning att lednära kattbett ska behandlas med stor respekt eftersom infektionsrisken är mycket stor, i synnerhet på handen. Det är viktigt att rikta in terapin mot bakterien Pasteurella. En infektion med den bakterien har ofta ett snabbt symtomförlopp.

**Ansvarsnämnden kritiserar** distriktsläkaren för att ha gjort en undermålig undersökning eftersom journalen saknar funktionsstatus. Flukloxacillin är överksam vid en Pasteurellainfektion och enligt nämnden direkt olämpligt. Dessutom borde distriktsläkaren ordnat med uppföljning inom en eller ett par dagar för att följa förloppet. Ansvarsnämnden ger distriktsläkaren en varning. ■

## Missade lungemboli hos gipsad patient

**Gipsning, andfåddhet och pleurit i anamnesen. Då ska lungemboli övervägas. (HSAN 2249/08)**

En patient som en månad tidigare brutit foten, fått den opererad och gipsad sökte jourcentralen för andningsbesvär och ont i bröstet.

Röntgen visade vätska i vänster lungsäck. CRP 61 mg/l. Läkaren antog att patienten drabbats av influensa och satte in antibiotika samt uppmanade patienten att höra av sig om han inte blev bättre eller rent av försämrades.

**Vid ett planerat besök** hos sin husläkare en vecka senare var patienten lätt subfebril, hade högre CRP än tidigare och kände obehag från insidan av vänster lår. Husläkaren misstänkte lungemboli, något som bekräftades efter vidareremittering.

Patienten har anmält läkaren på jourcentralen till Ansvarsnämnden för att ha ställt fel diagnos. Läkaren bestrider att hon handlat fel och står fast vid att inget talade för lungemboli då hon träffade patienten.

**Ansvarsnämnden** håller inte med utan menar att patientens anamnes med gipsad fot, andfåddhet och pleurit skulle föranlett en akut remiss för bedömning utifrån frågeställningen lungemboli.

Ansvarsnämnden noterar att läkaren inte ens övervägt lungemboli och påpekar dessutom att antibiotikabehandling är omotiverad vid influensa. Läkaren får en varning. ■

# Remittera frikostigt vid misstänkt kraniosynostos

**Det är ovanligt med prematur synostos i sutura sagittalis, men symtomen är ofta karaktäristiska och det finns ingen ursäkt för att avvakta flera månader med remiss till barnkliniken. (HSAN 2296/08)**

En tre och en halv vecka gammal pojke kommer till barnvårdscentralen med sin mamma. Modern har initierat besöket då hon är orolig över pojkens huvudform. BVC-sköterskan, som tycker att huvudomfånget ökat för mycket sedan föregående besök, hämtar distriktsläkare A för konsultation. Läkaren A ger

lugnande besked; den ås hon kunde känna på pojkens huvud är säkert beroende av hur barnet legat i livmodern.

**Vid sju veckors ålder** kommer pojken tillsammans med sin mamma för en rutinkontroll på BVC hos läkare B. Läkare B gör samma iakttagelser som kollegan gjort för några veckor sedan. När pojken så kommer för sexmånaderskontroll på BVC undersöks han åter av läkare B, som då konstaterar att stora fontanellen är sluten och att pojken har en framskjutande panna. Remiss skrivs till barnkli-

niken där man ett par veckor senare ställer diagnosen prematur synostos av sutura sagittalis.

Modern har anmält både läkare A och läkare B till Ansvarsnämnden för felbehandling. Den operation som måste utföras kommer att utföras som en mer omfattande operation eftersom pojken är för gammal för den skonsammare metoden, något som modern är både missnöjd och ledsen över.

Båda läkarna bestrider anmälan. Läkare A minns inte konsultationen, och det finns inget journalfört. Ansvarsnämnden

# Började hastigt operera bort obefintliga skruvar

**Man måste säkert veta att det finns ett främmande föremål i en fot innan man börjar operera bort det. En läkare som påbörjade operation utan att vare sig röntga eller läsa tidigare operationsberättelse får en erinran.**

En ST-läkare i ortopedi randande sig vid en klinik med inriktning mot fotkirurgi. En dag under hennes första månad på kliniken fick hon hastigt ta över sin handledares patienter då handledaren var tvungen att lämna kliniken för ett brådskande ärende.

En av patienterna, en 48-årig kvinna, kommer på remiss från sin husläkare. Hon har för cirka 15 år sedan opererats för hallux valgus bilateralt. Nu har hon besvär med smärta och klåda där skorna klämmer över inflammerade områden på båda fötterna.

Efter en kort undersökning bestämmer sig ST-läkaren för att operera genast eftersom det fanns en ledig tid. Hon antar att det finns skruvar kvar i fötterna sedan den tidigare operationen och att det är skruvarna som orsakar patientens besvär. ST-läkaren förutsätter att det är hennes handledare som opererat patienten och att det enligt den metod han använder finns skruvar kvar i fötterna. Båda fötterna bedövas och ST-läkaren påbörjar operationen i vänster fot men hittar inga skruvar. Då patienten förstår vad läkaren letar efter kommer det fram att hon inte är opererad enligt metoden med skruvar, inte av ST-läkarens handledare, inte ens i

Sverige. ST-läkaren tillkallar då en erfaren kollega, och tillsammans förlängde de snittet, avlägsnade gamla suturrester och inflammatorisk vävnad. Sedan syddes snittet igen, ST-läkaren bad enligt henne själv om ursäkt, ordnade en tid för röntgen och patienten skickades hem.

Patienten har anmält ST-läkaren till Ansvarsnämnden för fel i vården. Hon skriver att hon är chockad över behandlingen och beskriver det som det märkligaste läkarbesök hon varit med om.

ST-läkaren skriver i sitt yttrande att hon ber om ursäkt och att det hela bygger på ett missförstånd; att patienten till att börja med låtit ST-läkaren förstå att det var handledaren som opererat henne.

**Ansvarsnämnden skriver** att det är nödvändigt att kontrollera förhållandena med röntgen och om möjligt tidigare operationsberättelse innan man påbörjar en operation för att avlägsna osteosyntesmaterial. I det aktuella fallet har ST-läkaren inte tillräckligt förvässat sig om att det verkligen fanns skruvar i patientens fötter. Dessutom fick patienten inte heller på grund av den hastiga handläggningen någon preoperativ sprittvätt, något som ökar risken för postoperativ infektion. Ansvarsnämnden ger ST-läkaren en erinran. Nämnden var emellertid inte enig, ordföranden anser att ST-läkarens handlande berättigar kritik, men med hänsyn till att hon är under utbildning och med kort varsel fick ta över en kollegas patient är det inte tillräckligt för att leda till disciplinpåföljd. ■

friar läkare A eftersom det var fråga om en hastig konsultation och ett rutinbesök ändå var inbokat några veckor senare.

**Läkare B hänvisar** till handboken Barnhälsovård där det enligt henne finns en passus om att sagittalsuturen ibland kan palperas som en »ås«, men att det kan vara en normalvariation som inte behöver föranleda någon åtgärd. Läkare B menar också att eftersom tillståndet inte är livshotande så ska kirurgi inte utföras så tidigt att själva ingreppet medför onödigt stora risker. Hon poängterar dessutom att inget remisstvång råder på den aktuella barnkliniken, utan att en förälder själv kan söka om det finns

misstanke om sjukdom hos barnet.

Ansvarsnämnden däremot menar att även om barns huvudform kan variera mycket så måste man som konsultläkare på BVC ha kännedom om kraniosynostos. Prematur synostos av sutura sagittalis är visserligen ovanligt, men kännetecknen är karaktäristiska i form av bland annat en åsbildning över suturen, en avvikande skullform och ett onormalt ökat skullomfång. Vid sådana fynd ska man vara frikostig med remiss till specialistbedömning. Läkare B borde redan första gången hon träffade pojken ha remitterat honom till barnkliniken, alternativt själv gjort en ny bedömning redan efter 3–5 veckor. Ansvarsnämnden ger läkare B en erinran. ■



## 1 630 sömntabletter på ett år är för mycket

**En distriktsläkare skrev länge ut stora mängder zopiklon till en patient med tidigare missbruksproblem. Ansvarsnämnden anser att läkaren förlorat kontrollen över sin förskrivning och ger honom en varning. (HSAN 2217/08)**

Patienten, en kvinna född 1960, gick hos distriktsläkaren i många år och följde även med då läkaren började arbeta på en annan vårdcentral. Under 1990-talet hade patienten missbruksproblem som hon så småningom lyckades bryta. De senaste åren sökte kvinnan hjälp hos distriktsläkaren i samband med ångest och smärta relaterat till en behandlad bröstcancer med metastaser. Läkaren skrev ut sömnmedlet zopiklon »med sikte på två tabletter till natten«, men efter som patienten i perioder lidit av mer smärta, oro och även dödsångest har hon ibland tagit tabletter även på dagen.

**Under perioden** februari 2007 och ett år framåt skrev läkaren ut sammanlagt 1 630 tabletter zopiklon, oftast den högre dosen 7,5 mg. Efter att patientens dotter informerat läkaren om att patienten överdoserat sömnmedlet ihop med alkohol remitterade han henne till psykiatriens beroendeenhet.

Patienten har via sin dotter anmält distriktsläkaren till Ansvarsnämnden. Distriktsläkaren bestrider att han handlat fel och redogör för den täta kontakten med patienten, hur han bistått med kuratorshjälp vid onkologkliniken samt upprepade gånger (utan framgång) försökt behandla med preparat som inte är vanebildande på samma sätt som zopiklon. Läkaren uppger att såvitt han vet har patienten endast vid ett tillfälle tagit 15 sömntabletter i samband med alkohol. Läkaren framhåller också att han försökt förmå patienten att trappa ner intaget av sömnmedel.

**Ansvarsnämnden påpekar** att zopiklon, som är starkt beroendeframkallande, sällan eller aldrig ska förskrivas till personer med känd beroendeproblematik. Även om Ansvarsnämnden ser läkarens goda intention att hålla en kontrollerad förskrivning så anser den att han inte verkar ha insett hur omfattande förskrivningen verkligen har varit. Dessutom anser nämnden att läkaren inte visat att han under den långa perioden annat än precis mot slutet gjort tillräckligt för att bryta patientens tablettberoende. Distriktsläkaren får en varning. ■