

I detta nummer:

- Ansvarsärenden

**Ansvarsärenden**

Reagerade inte på balansstörningar och såg inte till att skiktröntgen genomfördes

Patienten hade hjärntumör – två psykiatrer fälls

Det är känt att balansstörningar är förenliga med tumörsjukdom i hjärnan. I patientens omvårdnadsjournal fanns sådana besvär redovisade. Ingen av de båda psykiatrer som träffade honom på kliniken reagerade på de motoriska svårigheterna. De såg inte heller till att en planerad skiktröntgen genomfördes. (HSAN 991/04)

II Den 44-årige mannen var tidigare frisk. Den 28 januari 2004 sökte han vid vårdcentralen för nedstämdhet. Bedömningen var depression. Behandling med antidepressiva medel sattes in.

Den 12 februari kom han tillbaka till vårdcentralen med fortsatta besvär och suicidtankar. Han remitterades akut till en psykiatrisk klinik, där han blev inlagd. På grund av platsbrist överfördes han samma kväll till psykiatriska kliniken vid ett länsjukhus. Där ordinerades både EEG och skiktröntgen av skallen. Den senare undersökningen hann inte göras innan patienten den 20 februari återfördes till den första kliniken.

Opererades och avled

Den 26 februari fick han permission. Anhöriga märkte att han var mycket dålig och den 28 februari fördes han akut till sjukhus. Där konstaterades att han hade en högersidig hjärntumör, som opererades den 10 mars och visade sig vara elakartad. Han avled den 17 september.

Genom sin bror anmälde patienten flera läkare och sjuksköterskor. Ansvarsnämnden läste patientens journaler och tog in yttrande från de anmälda, som alla bestred att de gjort fel. Alla utom två friades varför vi lämnar dem. De två psykiatrer som fälldes fanns på den psykiatriska klinik som patienten återvände till den 20 februari.

Den ene berättade att han träffade patienten första gången den 20 februari. Utifrån tidigare journalanteckningar och en personlig undersökning bedömde han patienten som deprimerad och i behov av fortsatt inneliggande vård samt psykofarmakabehandling. Han bedöm-

de dessutom att det var för tidigt att överväga annan behandling.

Den 25 februari ansåg psykiatern att patienten inte längre var suicidal och därför borde prova permission. Farmakabehandlingen fortsatte och en ny bedömning skulle göras efter permissionen eftersom patienten fortfarande hade depressiva besvär.

Dessutom rapporterades en del biverkningar, mest trötthet, som psykiatern tolkade som läkemedelsbiverkan. Därför justerade han delningstiden av läkemedlet.

Han fann depression som mest sannolik förklaring till patientens sjukdomsbild, uppgav psykiatern.

»Suicidrisken bedömdes vara noll«

Den andra psykiatern, som stod som patientansvarig läkare, berättade att hon träffade patienten en gång, den 23 februari. Patienten gav en god formell och emotionell kontakt. Han var lugn och sansad, hade en neutral grundstämning. Det fanns inget psykotiskt eller suicidalt. Patienten verkade dock trött och var sängliggande. Suicidrisken bedömdes vara noll.

Patienten hade redan en kombinationsbehandling med Fluoxetin 40 mg dagligen och Ergenyl Retard 900 mg dagligen som sattes in vid länsjukhuset på grund av en suspekt cykloid psykos.

Psykiatern bedömde att patienten led av återkommande depressioner, lindrig episod, när de träffades. Han var då såpass stabil i sitt psykiska tillstånd och uttryckte inget suicidalt, varken tankar eller planer.

Hon skulle ha träffat honom för ny bedömning, men i stället försämrades

hans somatiska tillstånd och han blev inlagd på ett annat sjukhus.

Efter samtalet den 23 februari kände sig patienten lite piggare och hade varken dödstanor eller suicidtankar. Det framkom inte av journalen att han för de andra läkarna uppgav några neurologiska symtom.

Han skulle ha blivit utredd om han hade varit kvar på avdelningen, särskilt som han tidigare varit frisk. Patienten brukade må psykiskt sämre under vinterhalvåret, men hade aldrig varit medicinerad, sade psykiatern.

Enligt klinikens rutiner var han planerad för utredning, vilket framkommer vid inläggningen den 20 februari, och de arbetade på att rekvirera journaler från psykiatriska kliniken vid länsjukhuset innan de satte igång en utredningsprocess för att utesluta somatisk orsak till patientens depressiva besvär, framhöll psykiatern.

Bedömning och beslut

Under patientens tid vid psykiatriska kliniken vid länsjukhuset tog en psykiater bland annat ställning till utredning, beställde EEG och skiktröntgen samt satte in behandling på misstanke om cykloid psykos. Denna handläggning var korrekt, anser Ansvarsnämnden.

Enligt journalen från den psykiatriska kliniken vid länsjukhuset sändes kopia på slutanteckningen den 20 februari med patienten tillbaka till den första kliniken. I slutanteckningen är angett att EEG utförts, men att den beställda skiktröntgen ännu inte hade ägt rum.

Det är känt att balansstörningar är förenliga med tumörsjukdom i hjärnan. I patientens omvårdnadsjournal från

psykiatriska kliniken finns den 24 februari redovisat sådana besvär. Varken den förste psykiatern, som träffade patienten då denne kom tillbaka till kliniken den 20 februari samt den 25 februari, eller den andra psykiatern, som träffade patienten den 23 februari och står som patientansvarig läkare i journalen, reagerade på de motoriska svårigheterna. De såg inte heller till att skiktrönt-

gen genomfördes, kritiserar Ansvarsnämnden.

Av de båda psykiaternas yttranden till Ansvarsnämnden framgår inte om de hade tillgång till patientens journal från den psykiatriska kliniken vid länssjukhuset, men om så inte var fallet var det deras ansvar att se till att de fick det.

De har försummat att göra en bedömning av patientens symtombild ur både

somatisk och psykiatrisk synvinkel liksom att se till att den skiktröntgen som planerats vid länssjukhusets psykiatriska klinik, och som var medicinskt motiverad, genomfördes. Underlåtenheten i denna del fördröjde korrekt diagnos, men detta hade med stor sannolikhet inte någon påverkan på det fortsatta sjukdomsförloppet. Felen ger psykiatern en erinran var. •

Allmänläkare och psykiater varnas

Kvinna avled av akut läkemedelsförgiftning efter att ha fått stora doser dextropropoxifen

Sammanlagt talar fynden starkt för att kvinnan har avlidit av en akut förgiftning med olika läkemedel. Det utlåtandet från rättsläkaren är en del i att Ansvarsnämnden varnar en allmänläkare och en psykiater för deras förskrivning av smärtstillande läkemedel. (HSAN 2681/04)

Den 35-åriga kvinnan led av läkemedelsmissbruk och hittades död i sin bostad den 20 mars 2004. Efter rättsmedicinsk utredning gjorde rättsläkaren bland annat följande bedömning.

Vid obduktionen av kvinnan påvisades inte några skador som skulle kunna förklara dödsfallet.

Blödningarna i pannregionen kan ha uppkommit på grund av fall, stöt mot ett föremål eller slag, dock är de med hänsyn till dödsorsaken utan betydelse.

Några sjukliga förändringar av de inre organen som skulle förklara dödsfallet påvisades inte heller.

Substansen dextropropoxifen, som påvisades vid den rättskemiska undersökningen, uppvisade en koncentration som kan ses vid akuta förgiftningar. Fluoxetin hade också nått en koncentration som kan ses vid akuta förgiftningar med flera substanser. Sammanlagt talar fynden starkt för att kvinnan har avlidit av en akut förgiftning med olika läkemedel, främst Distalgesic. Vid obduktionen har inte något framkommit som skulle kunna tala emot självmord, konstaterade rättsläkaren.

Blev beroende av Dexofen

Kvinnans far anmälde psykiatern och allmänläkaren för felaktig läkemedelsförskrivning till dottern. Hon blev beroende av Dexofen och tog samtidigt andra läkemedel, bland annat Xanor, berättade fadern.

Ansvarsnämnden har förelagt de an-

mällda läkarna att inge patientjournalen och yttra sig över anmälan. De har inte lämnat in journalen.

Allmänläkaren påpekade med anledning av blödningarna i kvinnans pannregion att »Slag kan icke uteslutas«. Dessutom hänvisade han till rättsläkarens slutsats att utredningsfynden »starkt talar för att kvinnan har avlidit på grund av en akut förgiftning med olika läkemedel, främst Distalgesic«. Detta medel hade han över huvud taget inte skrivit ut, framhöll allmänläkaren.

Psykiatern berättade att han behandlat patienten från 1999 och framåt för depression och ångest. Patienten fick antidepressiv och anxiolytisk medicinerings samt därtöver stödsamtal. Han kunde konstatera en alltmer konstruktiv och hoppfull attityd hos patienten.

»Fullkomligt oväntat«

Patienten födde en son i juni 2002, vilket medförde att hon via mödravårdscentralen erhöll stödkontakt hos socialtjänsten och även vårdinsatser från sin egen psykiatrimottagning. Mellan psykiatern och såväl socialtjänst som psykiatri förelåg vid ett flertal tillfällen samråd, och såvitt kunde bedömas hade patienten ett fullgott stöd. Den tragiska händelsen kom för psykiatern fullkomligt oväntat, berättade han.

Utöver ångest hade patienten en mycket betydande spänningshuvudvärk, för vilken hon erhöll förskrivning av Dexofen, som enligt patienten var det enda verksamma. Så här i efterhand kan det inte uteslutas att patienten kan ha haft ett psykiskt beroende av preparatet, men det bör i så fall ha förelagt innan patienten kom under behandling av psykiatern, menade denne. Förskrivningen av Dexofen har inte varit opåkallad eller för tät, ansåg psykiatern..

Han uppgav att han försökt få patienten att acceptera nedtrappning av medicinerings liksom kontakt med avgift-

ningsenhet. Patienten tyckte inte hon var mogen för detta då, men var positivt inställd till att göra det i framtiden. Patientens samarbetsförmåga var god, liksom prognosen för att senare kunna klara en nedtrappning/utsättning.

Någon grund för tvångsingripande förelåg inte i något skede. Det har inte vid något tillfälle förelagt misstanke om att patienten skulle gå till andra, okända, läkare. Patienten behandlades med Fluoxetin 60 mg med tydlig effekt på ångest och depression. Recept på narkotikaklassade mediciner till patienten har inte skrivits ut efter den 4 december 2003, berättade psykiatern.

Han berättade också att patientens journal inte kunde återfinnas.

Bedömning och beslut

Dexofen innehåller dextropropoxifen och är vanebildande. Av utredningen framgår att allmänläkaren den 23 oktober 2003 skrev ut 100 tabletter Dexofen i styrkan 100 mg med ordinationen 1 tablett högst tre gånger dagligen. Endast sex dagar senare fick patienten åter av honom recept på Dexofen 100 tabletter i styrkan 100 mg.

Från den 5 februari till den 11 mars 2004 har hon tagit ut 600 tabletter Dexofen och därför i genomsnitt kunnat ta 11 tabletter dagligen, att jämföras med ordinerat 1 tablett högst tre gånger dagligen. Det är tydligt att patienten blivit beroende av detta läkemedel, menar Ansvarsnämnden.

Av de 600 tabletterna har allmänläkaren skrivit ut 500. Den 5 februari 2004 skrev han ut 100 tabletter, två uttag, i styrkan 100 mg och ordinationen 1 tablett högst tre gånger dagligen. Denna mängd borde ha räckt i drygt 60 dagar. 14 dagar senare skrev han åter ut 100 tabletter, tre uttag, i styrkan 100 mg.

Ytterligare tre veckor senare, den 11 mars, då den mängd som skrivits ut den 5 februari alltså skulle vara tillräcklig,

fick patienten åter 100 tabletter och tre uttag.

Ansvarsnämnden menar att allmänläkarens förskrivning av Dexofen till patienten var omdömeslös och inte förenlig med god vård.

Han har också brutit mot föreskriften i 8 § Patientjournalagen att bevara journalen.

Psykiatern har uppgett att han försökt motivera patienten till avgiftning. Såvitt framgår avsågs då hennes överanvändning av Dexofen. Psykiatern har skrivit ut Dexofen 100 tabletter i styrkan 100 mg den 4 december 2003. Vid samma tillfälle skrev han ut Xanor 1 mg 100 stycken.

Mot bakgrund av att han visste att pa-

tienten överdoserade Dexofen, att detta ämne försvårar nedbrytningen av Xanor (alprazolam) och att bägge medlen kan ge andningsdepression var hans förskrivning av Xanor och Dexofen olämplig, kritiserar Ansvarsnämnden. Psykiatern har också brutit mot föreskriften att bevara journalen.

Båda läkarna varnas. •

»Gynekologisk bedömning bör erbjudas frikostigt till yngre kvinnor med akuta buksmärtor«

Missade utomkvedshavandeskap – kirurg och urolog fälls

Hos yngre kvinnor med akuta buksmärtor måste alltid gynekologisk orsak övervägas – och helst uteslutas. Gynekologisk bedömning bör därför erbjudas frikostigt, menar Ansvarsnämnden. (HSAN 385/05)

Den 21-åriga kvinnan födde barn i februari 2004. Den 23 januari 2005 sökte hon akut vid ett universitetssjukhus på grund av smärtor nedtill i buken. Tillståndet bedömdes bero på brusten äggstockscysta och hon fick åka hem.

Tolv timmar senare återkom hon till sjukhuset på grund av fortsatta buksmärtor. Man beslutade om remiss till gynekologisk undersökning och hon fick återvända hem.

Den 29 januari återkom hon akut med lågt blodvärde och sviktande cirkulation. Hon opererades akut på grund av brusten utomkvedsgraviditet.

Hon anmälde ansvariga läkare för fel i vården vid besöken den 23 januari.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av en kirurg och en urolog. Båda bestred att de gjort fel.

»Cystruptur på höger ovarium«

Kirurgen som undersökte kvinnan vid hennes första besök berättade att patienten var frisk sedan tidigare, hade ett 11 månaders barn, inte använde preventivmedel och hade pågående menstruation.

Kvinnan hade plötsligt en timme tidigare fått smärta i nedre delen av buken, mest på höger sida, och det gjorde så ont att hon var tvungen att gå dubbelvikt. Hon hade även mått illa men inte kräkt. Smärtan hade mer eller mindre släppt under väntetiden på akuten.

Kvinnan hade inte ätit något ovanligt, hon hade haft normal avföring och miktion.

Kirurgen lyssnade på hjärtat och palperade buken.

Provtagning var utan anmärkning förutom positivt utslag för blod på urinstickan, vilket kunde förklaras av pågående menstruation. Auskultation av hjärtat var utan anmärkning.

Buken palperades mjuk, lätt upp-svullen, vilket också tolkades som normalt vid pågående menstruation, och lätt öm i nedre delen på platsen för höger ovarium. Han kunde inte notera någon defense eller andra tecken på peritonit, inte heller några palpabla resistenser, framhöll kirurgen.

Efter undersökningen berättade han för kvinnan att både anamnes och status talade emot blindtarmsinflammation, vilket hon var mest orolig för. Hans starkaste misstanke var att det rörde sig om en cystruptur på höger ovarium.

Kunde inte misstänkas

Kirurgen förklarade för kvinnan att man kan ställa denna diagnos med hjälp av gynekologiskt ultraljud och att om besvaren återkommer eller hon får feber så bör hon söka igen för att få en gynekologisk undersökning.

Han rekommenderade kvinnan att i så fall i första hand inte söka på kirurgakuten utan på kvinnoklinikens akut-mottagning eftersom väntetiden där kan vara mycket kortare och läkaren där direkt kan utföra ultraljudsundersökning.

Händelseförloppet i det här fallet är vanligt på akutmottagningen. Många patienter – speciellt unga kvinnor – söker med buksmärtor av kraftigt varierande slag, sade kirurgen.

Att utgången i detta fall blev rupturerat utomkvedshavandeskap kunde inte misstänkas när han träffade henne, hävdade han. Hon hade pågående menstruation, smärtorna hade debuterat plötsligt och gått över inom en kort tid så att hon i princip var besvärsfri när han undersökte henne.

Urologen, som undersökte kvinnan vid hennes andra besök på akuten tolv

timmar senare, berättade att han gjorde en »ompalpatation«. Anamnestic framkom att buksmärtan kvarstod, men fortfarande var diskret. Någon försämring hade inte inträtt.

Kvinnan uppgav att hon hade menstruation. Hon var opåverkad och afebril. Urologens undersökning visade ett diskret bukstatus, nertill i buken. Han föranstaltade om förnyad provtagning och ny bedömning efter att provsvaren anlät. Ett par timmar senare med färdiga provsvar var situationen oförändrad. Samtliga prov utföll normalt.

Urologen bedömde att tillståndet bestod i en ospecifik buksmärtor där för tillfället specifik diagnos inte kunde ställas. Med en opåverkad afebril patient, normalt utfall av provtagning och diskret bukstatus bedömde han att patienten inte behövde läggas in.

Med tanke på buksmärtans lokalisation nedtill i buken ansåg han att en gynekologisk undersökning var motiverad, men symtomen just då påkallade inte en akut sådan bedömning, menade urologen.

Han skickade hem kvinnan med uppmaningen att ta ny kontakt om hon blev sämre. Att någon ny kontakt inte togs berodde enligt anmälan på att tillståndet tillfälligt förbättrades, uppgav urologen.

Bedömning och beslut

Hos yngre kvinnor med akuta buksmärtor måste alltid gynekologisk orsak övervägas, och helst uteslutas. Gynekologisk bedömning bör därför erbjudas frikostigt, anser Ansvarsnämnden. Uppgiften i detta fall om smärtor och blödning borde ha föranlett remiss för akut bedömning av gynekolog.

Läkarna har av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felen är varken ringa eller ursäktliga och medför disciplinpåföljd i form av en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. •

»Två distriktsläkare beskrev symtomen men förstod inte att patienten hade infektiös tenovaginit«

Kvinnan hade klara symtom på infektiös tenovaginit – svullnad, smärta, feber och oförmåga att röra fingret. De båda distriktsläkarna beskrev tydligt hennes symtom men förstod uppenbarligen inte vad det rörde sig om. Det borde de ha gjort, anser Ansvarsnämnden. (HSAN 2715/04)

II Kvinnan uppsökte den 7 juni 2004 vårdcentralen på grund av värk över vänster handrygg med svullnad och värk över långfingret och förhöjd temperatur. Distriktsläkare X misstänkte infektion i fingret och ordinerade antibiotika.

Patienten kom tillbaka fyra dagar senare och undersöktes då av Y. Hon hade kontinuerligt haft feber upp emot 39 grader, som nu sjunkit till 37 grader. Långfingret var fortfarande svullet, rodnat och värmeökat. Y uppmanade henne att fortsätta med antibiotika och att återkomma om hon inte blev bättre.

Satte in behandling mot gikt

Patienten återkom den 16 juni och träffade på nytt X. Värken hade spridit sig upp till underarmen. Hon hade fortfarande ont i fingret, som var svullet. X misstänkte att det var fråga om gikt och satte in behandling mot detta.

Den 19 juni uppsökte patienten ett sjukhus där man konstaterade att det rörde sig om infektion i fingrets senskida. Hon remitterades omedelbart till ett centralsjukhus för behandling.

Patienten anmälde X och Y.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler och hämtade in yttrande av läkarna, som bestred att de gjort fel.

X berättade att hon vid patientens första besök såg rodnad över distala handryggen samt ett mycket rodnat, svullet och ömmande långfinger som inte kunde böjas. Hon beställde laboratorieprov, som visade förhöjda vita blodkroppar och CRP. Urinprov visade tecken till urinvägsinfektion. X valde att behandla med Ciprofloxacin.

Patienten blev av med urinvägsinfektionen, men hade kvarstående besvär med vänster långfinger. Hon sökte därför åter vid vårdcentralen den 11 juni, där hon träffade Y, som ordinerade henne att fortsätta antibiotikakuren, uppgav X. Ciprofloxacin hade haft avsedd effekt på infektionen med feberminskning, minskad rodnad och svullnad.

Patienten blev dock inte bra. Vänster långfinger var fortfarande ont, svullet

och rött. Patienten tyckte att det värkte uppåt i underarmen. Hon sökte därför åter den 16 juni och då såg X att vänster långfinger var rodnat, svullet och värmeökat. Patienten var palpationsöm och hade inskränkt rörelseomfång.

Nya laboratorieprov visade att vita blodkroppar hade normaliserats och CRP-värdet hade gått ner från 105 till 29. Antibiotika hade således haft effekt på hudmjukdelsinfektionen.

Vid första besöket togs urat i blodet. Det visade ett förhöjt värde. Vid nästa besök hade detta värde stigit ytterligare. Förhöjda värden av urat får man vid urinsyragikt. Patienten fick därför kapslar Indomee, berättade X.

Patienten hade blivit sämre

X bad patienten höra av sig om hon inte blev bättre. Sedan dess har X inte haft kontakt med patienten, uppgav hon. Hon fick inte rapport om försämring av fingret. Hade hon fått information om detta, hade patienten skickats vidare till kirurgen eftersom man då hade behandlat både med antibiotika och antiflogistika.

Hon har sett av kirurgens journal att infektionsparametrarna den 19 juni hade stigit och blivit höga igen. Dessa visade bra värden när X senast såg patienten. Således har det hänt en försämring efter det att hon träffade patienten, hävdade X.

Y berättade att när han träffade patienten fanns en journaldokumenterad infektion, som engagerade vänster långfinger och upp till nivå av ungefär halva handflatan.

Ciprofloxacin som förskrevs den 7 juni har haft avsedd effekt på infektionen med feber-

minskning, minskad rodnad och svullnad. Patienten uppmanades återkomma om den inledda förbättringen inte fortskred. Några tecken på infektionsspridning såsom lymfvägsinflammation eller lymfkörtelsvullnad fann inte Y, uppgav han.

Ansvarsnämnden pekar på att det finns få tillstånd inom handens diagnoser där omedelbar kirurgisk behandling är aktuell. Infektiös tenovaginit är dock en sådan diagnos, där infektionen annars leder till att senan smälter ned till ett obrukbart finger.

Vid misstanke om infektiös tenovaginit skall senskidan spolas akut. Detta oavsett tidpunkt på dygnet och patienten skall därför remitteras till sjukhus omgående.

Patienten hade klara symtom på infektiös tenovaginit – svullnad, smärta, feber och oförmåga att röra fingret. Både X och Y beskrev tydligt hennes symtom men förstod uppenbarligen inte vad det rörde sig om. Det borde de ha gjort. Genom att inte göra det, eller i varje fall inte rådfråga någon mer erfaren kollega, har de gjort fel. Båda varnas. •