

Ansvaret för vården åvilar i första hand inte patienten utan läkaren

Ansvaret för vård och behandling åvilar i första hand inte patienten, utan den behandlande läkaren. Det slår Ansvarsnämnden fast och varnar en distriktsläkare, som hävdade att dröjsmålet med adekvata åtgärder efter provsvar orsakades av att patienten underlåtit att informera sig om analysen. (HSAN 1563/05)

Den 61-årige mannen, som avled i mars 2005, undersöktes av distriktsläkaren på vårdcentralen den 5 oktober 2004. Han lämnade prov, som enligt analysen tre dagar senare visade anemi och förhöjt antal trombocyter. Vid ett planerat återbesök den 15 december togs nya prov, som dessutom visade förhöjt antal vita blodkroppar. Patienten remitterades till ett universitetssjukhus.

Hade leukemi

Patientens fru anmälde distriktsläkaren. Först vid besöket i december fick hennes man besked om att provtagningen den 5 oktober visat att han hade leukemi. Distriktsläkaren borde utan dröjsmål ha vidtagit åtgärder med anledning av de avvikande värdena i oktober, menade frun.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och ett yttrande från distriktsläkaren som bestred att han gjort fel.

Han berättade att han kände patienten väl, då denne sedan 2002 fram till i april 2004 hade kontrollerats regelbundet av-

seende hypertension, obesitas, dyslipidemi, prostatahyperplasi och hemorrojder.

Den 5 oktober 2004 kom patienten för ordinarie kontroll. Då nämnde han inga specifika symtom. Fysikaliskt status indikerade ingen ny diagnos. Remiss till EKG och laboratorieprov utfärdades. Patienten fick då anmodanden att ta kontakt för laboratoriesvar.

Den 8 oktober lämnade patienten blodprov. Den 15 oktober lämnade han urinprov men frågade då inte efter svar på blodproven. Blodstatus var lätt men ospecifikt derangerat, berättade distriktsläkaren.

Patienten hördes sedan inte av förrän den 15 december då han ringde för ny tid. Vid besöket uppgav han allmän trötthet men inga andra specifika symtom. Hemoglobin var 85 g/l på mottagningen. Ytterligare blodprov sändes akut till laboratoriet. Svar på dessa erhöles på eftermiddagen och patienten fick akutremiss till hematologklinik.

»Patienten måste ta sitt delansvar«

Patienten hade vid besöket den 5 oktober anmodats att ta kontakt för laboratoriesvar. Den 15 oktober var han på mottagningens laboratorium men frågade inte efter några provsvar. Patienten hade hela tiden möjlighet att personligen hämta laboratoriesvaren alternativt ta kontakt

per telefon. Han var väl förtrogen med detta sedan tidigare. Han hade till och med fått distriktsläkarens privata mobilnummer, uppgav denne.

Distriktsläkaren påpekade att många patienter avbryter/byter sin läkarkontakt utan att meddela det. Patienten måste ta sitt delansvar för uppföljning och behandling. Distriktsläkaren fann det mycket anmärkningsvärt att patienten inte hörde av sig för laboratoriesvar eller för läkarkontakt under tiden 5 oktober till 5 december 2004.

Bedömning och beslut

Patienten undersöktes av distriktsläkaren den 5 oktober och lämnade prov, som visade påtagligt avvikande värden. Trots detta vidtogs inga åtgärder förrän vid ett planerat återbesök två månader senare, kritiserar Ansvarsnämnden.

Distriktsläkaren har gjort gällande att dröjsmålet med adekvata åtgärder orsakats av att patienten underlåtit att informera sig om analysen.

Ansvaret för vård och behandling åvilar emellertid i en sådan situation i första hand inte patienten utan den behandlande läkaren, slår Ansvarsnämnden fast. Distriktsläkaren borde därför utan dröjsmål ha kallat patienten till utredning i samband med att analysen av proven den 5 oktober anlät till mottagningen. Han får en varning.

Opererade svår knäskada utan röntgenundersökning – missade fraktur

Ortopeden skulle inte ha nöjt sig med en manuell och okulär besiktning utan ha ordnat en preoperativ röntgenundersökning av pojkens knäskada. (HSAN 1982/05)

Den 15-årige pojken kom till sjukhuset med en sårskada vid vänster knäled efter en olycka med en gräsklippare. Ortopeden beslutade att revidera såret utan föregående röntgenundersökning. Vid sårrevisionen genomfördes en manuell och okulär besiktning av knäleden men ingen genomlysning.

En röntgenundersökning efter opera-

tionen visade en fraktur, vilket ledde till ytterligare en operation.

Pojkens pappa anmälde ortopedern.

Ansvarsnämnden läste pojkens journal och tog in yttrande av ortopedern, som godtog anmärkningarna mot honom.

Han berättade att pojken hade ett stort sår på insidan av knäleden, cirka tio centimeter långt. Hans tolkning var att skadan orsakats av gräsklipparens kniv.

Det var klart att sårskadan öppnade knäleden och såret var uppenbart förorenat med gräs och jord. Pojken var dock inte påtagligt smärtpåverkad och rörde även en del på benet vid undersökningen.

Han hade bra känsel och cirkulation i benet, som inte var svullet eller felställt.

Den kliniska bilden gjorde inte att ortopedern i första hand misstänkte en fraktur. Han bedömde att det viktigaste var att snabbt revidera såret, spola rent och sy ihop det för att minska infektionsrisken med tanke på den öppna knäleden.

Pojken ordinerades intravenös antibiotika och såret lades om och förbereddes för snar operation. Ortopeden beställde ingen preoperativ röntgenundersökning då han inte hade någon direkt klinisk misstanke om fraktur. Dessutom planerade han att besiktiga och känna

igenom leden i samband med sårrevisio- nen. Vidare fanns beredskap för genomlysning peroperativt, uppgav ortoped- en.

Vid operationen kände han noga igenom leden med fingrarna och kunde bara finna en lös minimal broskbeklädd ben- bit ca ett par millimeter i storlek. I övrigt kunde han inte känna något frakturmis- stänkt. Den lilla flisan togs ut.

Eftersom ortoped- en inte kände något annat frakturmisstänkt avstod han från genomlysning. Han beställde dock en postoperativ röntgenundersökning för att säkert utesluta en okkult fraktur, ex- empelvis en helt odisklokerad fraktur el-

ler fissur som ju ändå kan vara svår att se peroperativt med en C-båge. Röntgen- undersökningen visade en medial fe- murkondylfraktur som krävde ytterliga- re ett operativt ingrepp.

Bedömning och beslut

Av journalen framgår att skadan orsaka- des av en gräsklippare och att det var en öppning in i knäleden. Det var således fråga om ett avsevärt våld och med tanke på skademekanismen borde operatio- nen ha föregåtts av en röntgenundersök- ning, hävdar Ansvarsnämnden.

Det framgår även av journalen att kärl-

och nervfunktionen i benet var oskadad. I ett sådant läge var det inte någon över- hängande fara förenad med att inte ope- rera pojken direkt. Mot den bakgrunden fanns det tid att före operation genom röntgenundersökning utesluta eller på- visa skelettskada.

Alternativet var att i samband med operationen använda röntgengenomlys- ning, vilket dock var ett något sämre al- ternativ. Ortopeden gjorde emellertid endast en manuell och okulär besiktning av knäskelettet vid sårrevisio- nen, med resultatet att frakturen upptäcktes först senare. Han får en erinran.

»Borde uteslutit andra orsaker till besvären innan han bedömde dem som psykiska«

Patienten hade lungemboli – distriktsläkare varnas

Patientens besvär var inte psykiskt be- tingade som distriktsläkaren trodde. I stället hade han lungemboli och di- striktsläkaren varnas. (HSAN 1246/05)

Den 57-åriga mannen sökte den 3 januari 2005 vårdcentralen på grund av besvärlig hosta sedan två veckor. Distriktsläkaren bedömde att det rörde sig om en luftrörs- infektion och ordinerade antibiotika.

Patienten återkom akut den 9 januari. Hans hosta hade förbättrats, men han hade fått sömnbesvär. Det framkom att han hyperventilerade då han lade sig ner, och att han hade försökt sova sittande i en stol.

Distriktsläkaren fann att andningslju- den var bättre än vid det tidigare besöket och bedömde patientens besvär som psy- kiskt betingade. Patienten ordinerades lugnande medicin.

Patienten avled

Den 13 januari återkom han på nytt till di- striktsläkaren med fortsatta besvär. Den- ne bedömde alltjämt att besvären var av psykisk natur.

Den 23 januari uppsökte patienten jourläkarcentralen på vårdcentralen och fick träffa en annan läkare. Han var enligt journalanteckningen trött, matt och »i stort sett sängliggande«. Andningslju- den var opåverkade, men EKG visade för- maksflimmer och ingav misstanke om genomgången hjärtinfarkt. Patienten re- mitterades akut till ett lasarett. En utred- ning visade lungemboli.

Han fick behandling men drabbades på sjukhuset av en hjärtinfarkt och avled den 29 januari.

Patientens fru anmälde distriktsläka- ren. Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av distriktslä- karen, som bestred att han gjort fel.

Denne berättade att han haft mannen som patient i många år. Patienten kom in akut den 3 januari och beskrev då besvärlig hosta med färgat slem som kom upp sedan ett par veckor. Även andra i famil- jen hade haft infektion. Han hade också haft feber även om det blivit lite bättre.

»Lunginflammation inte uteslutet«

Distriktsläkaren hörde lite slemljud när han lyssnade över lungorna och bedömde detta som en luftrörskatarr i första hand. Men han nämnde också att lunginflam- mation inte var uteslutet och ordinerade antibiotika. Blodprov eller lungröntgen skulle inte förändra ställningstagandet och beställdes inte.

Vid besöket en vecka senare var patien- ten bättre från hostan, mådde allmänt bättre men kände sig orolig på natten. När distriktsläkaren lyssnade på lungor- na lät det också bättre.

De pratade mer om oroskänsla, och pa- tienten beskrev att han kände igen detta från en tidigare situation i livet när första barnet skulle födas. Patienten fick några enstaka sömntabletter att använda vid behov.

Ytterligare fyra dagar senare kom pati- enten till vårdcentralen och angav inför besöket att han kände sig nedstämd. Han beskrev besvär av nedstämdhet och oro, samt att han hade svårt att komma till ro, varför de nu pratade betydligt mer om dessa besvär istället, uppgav läkaren.

Hostan var bättre och patienten mådde

fysiskt bättre, men han var fortfarande trött, vilket distriktsläkaren uppfattade som rimligt efter en besvärlig infektion.

De resonerade om risken av depres- sion, som ibland kan bli betungande och långvarig, vilket patienten sa att han hade viss erfarenhet av. De kom därför fram till att han kunde börja med mediciner mot detta redan nu i tidigt skede. Patienten sökte jourcentralen tio dagar senare se- dan han blivit sämre. Han blev inlagd på sjukhus.

Distriktsläkaren hade ingen misstanke om lungemboli när han träffade patien- ten. Han uppfattade att den sannolikt kunde ha kommit successivt innan pati- enten sökte sista gången på jourcentra- len, eftersom han då blivit sämre igen.

Bedömning och beslut

Patienten undersöktes av distriktsläka- ren den 3, 9 och 13 januari. Vid det första tillfället sökte han på grund av besvärlig hosta och distriktsläkaren bedömde att det rörde sig om en luftrörsinfektion. Detta var en rimlig bedömning.

När det vid nästa besök, den 9 januari, framkom att patienten hyperventilerade när han lade sig ner och försökte sova sit- tande, borde distriktsläkaren emellertid ha övervägt och uteslutit andra orsaker till besvären innan han bedömde dessa som psykiska, anser Ansvarsnämnden.

Han omvärderade inte heller sin be- dömning när patienten återkom fyra da- gar senare. Somatiskt status med and- ningsfrekvens, syremättnad, hjärtaus- kultation eller EKG har, såvitt framgår av journalen, inte heller kontrollerats vid detta tillfälle. Han får en varning.