

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 benbit ca ett par millimeter i storlek. I övrigt kunde han inte känna något frakturmisstänkt. 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, exempelvis en helt odisklokerad fraktur el-

ler fissur som ju ändå kan vara svår att se peroperativt med en C-båge. Röntgenundersökningen visade en medial femurkondylfraktur som krävde ytterligare ett operativt ingrepp.

Bedömning och beslut

Av journalen framgår att skadan orsakades 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 operationen ha föregåtts av en röntgenundersökning, hävdar Ansvarsnämnden.

Det framgår även av journalen att kär-

och nervfunktionen i benet var oskadad. I ett sådant läge var det inte någon överhängande fara förenad med att inte operera pojken direkt. Mot den bakgrunden fanns det tid att före operation genom röntgenundersökning utesluta eller påvisa skelettskada.

Alternativet var att i samband med operationen använda röntgengenomlysning, vilket dock var ett något sämre alternativ. Ortopeden gjorde emellertid endast en manuell och okulär besiktning av knäskellet 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 betingade som distriktsläkaren trodde. I stället hade han lungemboli och distriktsläkaren 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 luftvägsinfektion 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 andningsljuden var bättre än vid det tidigare besöket och bedömde patientens besvär som psykiskt betingade. Patienten ordinerades lugnande medicin.

Patienten avled

Den 13 januari återkom han på nytt till distriktsläkaren med fortsatta besvär. Denne 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«. Andningsljuden var opåverkade, men EKG visade förmaxflimmer och ingav misstanke om genomgången hjärtinfarkt. Patienten remitterades akut till ett lasarett. En utredning visade lungemboli.

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

Patientens fru anmälde distriktsläkaren. Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av distriktsläkaren, 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 familjen 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 luftvägskatarr i första hand. Men han nämnde också att lunginflammation inte var uteslutet och ordinerade antibiotika. Blodprov eller lungröntgen skulle inte förändra ställningstagandet och beställdes inte.

Vid besöket en vecka senare var patienten bättre från hostan, mådde allmänt bättre men kände sig orolig på natten. När distriktsläkaren lyssnade på lungorna lät det också bättre.

De pratade mer om oroskänsla, och patienten 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 patienten 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 depression, 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 sedan han blivit sämre. Han blev inlagd på sjukhus.

Distriktsläkaren hade ingen misstanke om lungemboli när han träffade patienten. Han uppfattade att den sannolikt kunde ha kommit successivt innan patienten sökte sista gången på jourcentralen, eftersom han då blivit sämre igen.

Bedömning och beslut

Patienten undersöktes av distriktsläkaren 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 luftvägsinfektion. 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 sittande, borde distriktsläkaren emellertid ha övervägt och uteslutit andra orsaker till besvären innan han bedömde dessa som psykiska, anser Ansvarsnämnden.

Han omvärderade inte heller sin bedömning när patienten återkom fyra dagar senare. Somatiskt status med andningsfrekvens, syremättnad, hjärtauskultation eller EKG har, såvitt framgår av journalen, inte heller kontrollerats vid detta tillfälle. Han får en varning.