

Fälldes trots att hon agerade helt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet

Nu frias distriktsläkaren som inte röntgade devierad näsa efter trauma

Länsrätten friar en distriktsläkare som tidigare varnats av Ansvarsnämnden för att inte ha röntgenundersökt en patient med devierad näsa efter ett trauma.

Den 57-åriga kvinnan föll i sitt hem och sökte natten till den 24 maj vid ett sjukhus på grund av näsblödning och ångest. Näsan konstaterades av distriktsläkaren vara devierad åt höger.

Den 9 juni sökte hon vid vårdcentralen på grund av näsdeviationen. Hon remitterades till sjukhuset där hon blev undersökt den 23 juni. Ytternäsan devierade då kraftigt åt höger och man konstaterade en näsfraktur. Hon remitterades till ett universitetssjukhus för operation.

Kvinnan anmälde distriktsläkaren för felbehandling vid besöket den 24 maj.

Eftersom patienten hade varit med om ett relativt kraftigt våld mot näsan och den devierade, borde distriktsläkaren ha misstänkt en fraktur och ordnat med röntgenundersökning, ansåg Ansvarsnämnden och varnade henne.

Distriktsläkaren överklagade beslutet och får nu rätt i länsrätten.

Hon berättade att hon var akutläkare den natt patienten kom in med ambulans på grund av oro och näsblödning. Hon uppfattade som primär söksak att patienten var orolig och behövde lugnande medicin.

Misstänkte ingen fraktur

Patienten uppgav att hon varit uppe på natten, ramlat och ådragit sig näsblödning. Vid undersökningen var patienten orolig men i övrigt opåverkad.

Distriktsläkaren undersökte båda näsborrarna med spekulum och fann ingen pågående blödning. Näsan var svullen och devierade något. Det fanns ett ytligt sår som hade tejplats. Patienten fick enligt önskemål lugnande medicin.

Distriktsläkaren misstänkte primärt inte någon näsfraktur och skrev därför ingen remiss till röntgen. Dessutom sökte patienten på efternatten då man normalt inte gör en sådan röntgenundersökning.

Men hon betonade noga för patienten att söka på nytt om det började blöda igen eller om hon fick värk eller om svullnaden i näsan inte gav sig, uppgav hon.

Enligt Ansvarsnämnden borde hon misstänkt en fraktur då patienten varit med om ett relativt kraftigt våld mot näsan och då den devierade.

Men distriktsläkaren hade inte uppfattat att våldet varit kraftigt, hävdade hon. Och hon fann i status inga fynd som skulle vara förenliga med våld som orsakat skelettskada. Att näsan devierade något tolkade hon vara orsakat av svullnaden.

Till sitt överklagande bifogade distriktsläkaren bland annat en artikel från Läkartidningen (se artikel på nästa sida) samt utlåtanden från öron-, näs- och halsspecialister.

Socialstyrelsen biföll överklagandet med stöd av sitt vetenskapliga råd, docent Britt Norlander.

Patienten motsatte sig en ändring av Ansvarsnämndens utslag.

I sin utredning hänvisar länsrätten till att det i patientens journal från den 24 maj bland annat står: »Näsan devierar åt höger. Ytligt sår som tejplats. Ingen pågående blödning. Mår bra, återvänder hem. Allmänna råd. Hör av sig hit eller till vårdcentralen vid behov.«

Bedömningen märklig

I utlåtandet från öron-, näs- och halsspecialisterna med Jan Kumlien vid Karolinska Universitetssjukhuset i spetsen framhålls att Ansvarsnämndens bedömning står i skarp kontrast och i motsats till det som sedan decennier lärts ut dels genom öron-, näs- och halsspecialiteten, dels inom traumatologin.

Vid bedömning av en nässkada skall en inspektion av näsan göras för att utesluta blodutgjutning i nässkiljeväggen. Andra yttre mjukdelsskador skall åtgärdas i det akuta skedet.

Vid det akuta skedet skall en bedömning utföras, om det är möjligt, av en eventuell felställd, frakturerad näsa. Denna felställning bedöms kliniskt och röntgenundersökning rekommenderas inte i några fall av isolerad näsfraktur. I undervisningen avråder de bestämt från att röntga näsan, det saknar betydelse för handläggningen.

Den brutna näsan kan med fördel reponeras efter några dagar när svullnaden har lagt sig, och man bättre kan bedöma

om det verkligen föreligger en sned näsa eller om det endast har varit fråga om en svullnad vid det akuta skedet.

Denna operation kan utföras upp till två veckor efter skadetillfället.

Mot bakgrund av de rutiner som utvecklats och som torde parktiseras vid de flesta sjukhus i Sverige anser de att Ansvarsnämnden bedömning är märklig och starkt avvikande från god medicinsk praxis, och också från den utbildning läkare får i traumatologi.

Helt i linje med praxis

Britt Norlander underströk att handläggningen vid akutbesöket den 24 maj inte stred mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Att inte remittera patienten för röntgenundersökning var helt i linje med praxis inom öron-, näs- och halsspecialiteten eftersom en näsfraktur bäst bedöms genom klinisk undersökning sedan den akuta svullnaden lagt sig. En röntgenundersökning av en isolerad näsfraktur tillför ingen nödvändig information och bör därför inte utföras annat än på särskilda indikationer.

Patienten hävdade att distriktsläkaren inte sagt till henne att uppsöka akuten eller vårdcentralen om inte besvären lade sig utan det gjorde hon på eget initiativ. Distriktsläkaren menade att hon hade informerat patienten att söka i ett sådant läge.

Detta finns inte exakt angivet i journalen utan där står »allmänna råd« och »åter vid behov«. Här kan möjligen ord stå mot ord, menade Britt Norlander.

Agerade rätt

Länsrätten påpekar att Ansvarsnämnden som grund för sin varning anförde att distriktsläkaren borde ha misstänkt en fraktur och ordnat med röntgenundersökning.

Men länsrätten finner att distriktsläkaren har agerat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utredningen kan inte heller visa att distriktsläkaren underlåtit att upplysa patienten om att hon vid kvarstående besvär bör uppsöka läkare igen.

Länsrätten upphäver Ansvarsnämndens varning.

»Fick ingen fair prövning«

– Jag anser att Ansvarsnämnden inte har givit den anmälda doktorn en fair prövning. Beslutet att fälla henne är fel – hon gjorde helt rätt och följde de behandlingsrutiner som gäller sedan mer än 20 år.

Så sade Mats Holmström, överläkare och ordförande i Svensk förening för otorhinolaryngologi här i Läkartidningen nr 42/05 efter Ansvarsnämndens beslut i fallet med den nässkadade kvinnan.

HSANs beslut fick öron-, näs- och halsläkare att gå i taket, berättade Mats Holmström, något som bekräftades av många reaktioner till Läkartidningen. Till exempel följande:

»Härresande; HSAN är ute och cyklar; En rent klinisk bedömning där röntgenundersökning inte tillför något och därför inteska utföras; HSAN har uppenbarligen ej haft/skaffat kunskap om traumatologi och röntgenundersökningens plats vid näsfraktur; Om det funnits någon ÖNH-representant med i HSAN när fallet avgjordes skulle utgången blivit en annan«.

Föredragande från fel specialitet

– Här har de använt en distriktsläkare (som föredragande av fallet i HSAN, reds anmärkning) och det finns ingen distriktsläkare i Sverige som hanterar näsfrakturer. Har de misstanke om näsfraktur så skickar de patienten till en öron-, näs- och halsläkare. De opererar aldrig näsfrakturer.

– Jag tycker det är upprörande att de låter en läkare som företräder en specialitet som inte hanterar den här patientgruppen komma med ett underlag som sedan utgör grund för ett fällande utslag. Jag anser att HSAN inte har givit den fällande doktorn en fair prövning, framhöll Mats Holmström.

Såväl Svensk förening för otorhinolaryngologi som ledamöter i traumakommittén vid öron-, näs- och halskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset protesterade mot beslutet hos HSAN.

HSANs ordförande Lars-Åke Johnsson gick inte in på själva sakfrågan utan konstaterade att Ansvarsnämnden inte hade någon möjlighet att behandla anmälan på nytt, överväga en ny bedömning och fatta ett nytt beslut. Det är en fråga för förvaltningsdomstolarna.

Och nu har alltså länsrätten friat distriktsläkaren.

Nyfödd flicka hade förträngd aorta

Fynd av icke palpabla femoralispulsar borde utretts vidare

Barnmedicinaren borde ha ombesörjt att fyndet av de icke palpabla femoralispulsarna hos flickan vid den första konsultationen utreddes vidare, eftersom det var det enda fynd som hade konstaterats. Flickan hade en förträngning av aortan. (HSAN 1333/05)

Flickan föddes den 12 april. Hon undersöktes samma dag av en barnmedicinare A och den 16 april av barnmedicinare B. Varken A eller B kunde känna femoralispulsar. Efter en ny undersökning på kvällen den 16 april konstaterades att flickan hade en förträngning av kroppspulsådern. Flickans mor anmälde A och B.

Ansvarsnämnden läste flickans journal och yttrande av de anmälda, som bestred att de gjort fel. A frias varför vi bara redovisar den friande motiveringen längre ner i artikeln.

B bifogade barn- och ungdomsklinikens PM om tidig hemgång efter förlossning och omhändertagande av barn med blåsljud och misstänkt hjärtfel på BB.

B berättade att han vid sin undersökning noterade att flickan inte längre var febril, vilket hon hade varit i hemmet. I status noterade han inget avvikande mer än att han hade svårt att känna några säkra femoralispulsationer.

Hans tolkning var att barnet hade haft hög temperatur på grund av att det legat för varmt och att temperaturen hade normaliserats. I hans bedömning visade barnet inte några andra tecken på bakomliggande sjukdom.

Flickan återkom efter cirka ett halvt dygn. Hon var blek och andningspåverkad. Vidare utredning visade coarctatio av aortan. Hon fördes till specialistvård på ett universitetssjukhus.

Livshotande tillstånd

Varje år föds mellan 25 och 30 barn med förträngd kroppspulsåder i Sverige, konstaterar Ansvarsnämnden. Förträngningen sitter oftast före ductus arteriosus.

Vid en svårare förträngning försörjs den nedre kroppshalvan nästan helt med blod via denna ductus. När ductus normalt sluts under den första levnadsveckan blir således blodtillförseln till nedre kroppshalvan kraftigt reducerad och ett livshotande tillstånd uppkommer.

Förträngning av kroppspulsåder är

den vanligaste hjärt-kärllmissbildningen som ger hjärtsvikt under den första levnadsveckan.

För att tidigt upptäcka denna sällsynta missbildning undersöks nyfödda barn genom att man försöker känna femoralispulsen i barnets ljumskar.

Rutinmässigt skall minst två undersökningar göras, en det första levnadsdygnet och en i samband med provtagning för PKU vid tre till fem dygns ålder. Det är dock inte alltid lätt att känna femoralispulsarna på ett nyfött barn – det krävs att barnet är lugnt och avslappnat.

Vid den screeningverksamhet som sker på BB-avdelningar är förutsättningarna för att känna femoralispulsarna inte alltid de bästa.

Om den undersökande läkaren trots goda förhållanden inte känner pulsarna bör barnet remitteras för ultraljudsundersökning. Det bör göras oberoende av om man hör blåsljud eller inte när man lyssnar över barnets bröstorg.

Det framgår inte av utredningen hur förutsättningarna var vid undersökningarna av flickans femoralispulsar den 12 och 16 april.

Båda följde klinikens PM

Flickan var sju timmar gammal när hon undersöktes av A (screening). A följde barn- och ungdomsklinikens PM om tidig hemgång efter förlossning och omhändertagande av barn med blåsljud och misstänkt hjärtfel. Hon skall därför inte kritiseras för att hon inte lyckades att diagnostisera flickans hjärtsjukdom.

Vid undersökningen den 16 april uppgav modern att dottern haft feber i hemmet och kändes varm.

B:s undersökning av flickan var således ingen screeningundersökning. B har uppgett att flickan inte visade tecken på bakomliggande sjukdom, men att han hade svårt att känna några säkra femoralispulsationer.

Det framgår inte av utredningen hur väl flickans bröstorg avlyssnades.

B, som följt klinikens PM för omhändertagande av barn med blåsljud och misstänkt hjärtfel, borde ha ombesörjt att fyndet av de icke palpabla femoralispulsarna vid den första konsultationen utreddes vidare eftersom det var det enda fynd som då hade konstaterats.

Han får en erinran.