

Oenig ansvarsnämnd anmäler läkare för att ha vållat en patients död

De två läkarna i nämnden vill i stället ge kollegan en disciplinpåföljd

En oenig ansvarsnämnd anmäler en distriktsläkare till åtal för att ha satt ut ett för patienten livsviktigt läkemedel utan att försäkra sig om att det skulle återinsättas vid behov. Patienten avled. De två läkarna i nämnden vill inte åtalsanmäla sin kollega utan i stället tilldela honom en varning. (HSAN 3308/05)

En 84-årig kvinna led av bipolär sjukdom och känd hypotyreoos. Hon vårdades sedan knappt ett år på ett sjukhem och hade under lång tid behandlats med Levaxin.

I mars 2005 avslutades medicineringen med Levaxin. Drygt sju månader senare fördes kvinnan okontaktbar till ett sjukhus. Hon hade drabbats av myxödemkoma och avled en vecka senare.

Kvinnans son anmälde personalen på sjukhemmet. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av vårdchefen, distriktsläkaren, vårdenhetschefen samt två sjuksköterskor.

Alla utom distriktsläkaren bedöms ha fullgjort sina skyldigheter och frias, varför vi lämnar deras argument.

Överdoserering av Levaxin?

Distriktsläkaren påpekade att patienten någon gång i mars visat kliniska tecken på vad som skulle kunna rymma även en överdosering av Levaxin: hon blev mer orolig och uppvarvad.

Prov visade också förhöjda värden på ämnesomsättningen, T4 29 (12–23 pmol/l). Levaxin sattes ut den 8 mars. Efter det blev kvinnan bättre. Kontroll beställdes muntligt på rondan om sex veckor eller tidigare beroende på kliniska manifestationer enligt gängse rutiner.

En ny medicinenomgång gjordes den 5 april. På grund av polyfarmaci, och att patienten ibland inte ville ta sina mediciner, försökte man sätta ut fler mediciner. Målsättningen var att försöka behålla bara de 5–6 viktigaste medicinerna. Dagen därpå blev patienten orolig, varför Haldol och Xanor återinsattes. Efter detta togs patienten aldrig upp på rondan.

Vid varje förfrågan om hur kvinnan mådde svarades alltid »som vanligt«, att

hon mådde bra. Vid flera tillfällen träffade han patienten i sin rullstol i korridoren tillsammans med maken, men han märkte aldrig något oroväckande, uppgav distriktsläkaren. Under juni–juli och augusti var han ledig från avdelningen för att arbeta på en vårdcentral samt hade semester. I september var han tillbaka. Han gick igenom samtliga patientpärmar. I kvinnans pärm fanns bara sista medicinlistan från april. I den fanns inget om att Levaxin satts ut tidigare.

I oktober blev han kallad för att bedöma kvinnan sedan hon ramlat. Efter det har han aldrig blivit kallad för bedömning av henne, trots att han var på avdelningen nästan dagligen. Ingen har informerat honom om att kvinnan börjat svullna i ben och ansikte. Först i efterhand fick han

veta att patienten förts till sjukhus, berättade distriktsläkaren.

Ansvarsnämnden konstaterar att det av utredningen framgår att patienten led av en välkänd hypotyreoos. Medicineringen med Levaxin, i dosen 0,1 mg x 1, finns klart dokumenterad bland annat i journalanteckning från den 20 juli 2004. Den 22 februari 2005 gjordes en kontroll med tyreoidaprov, varvid T4 befanns vara lätt förhöjt men TSH var normalt.

Utsättningen orsakade myxödemkoma

Utän att det var motiverat och utan ytterligare kontroll av tyreoidavärdena satte distriktsläkaren helt ut Levaxin den 8 mars 2005. Han har därvid inte heller försäkrat sig om att medicinen skulle komma att återinsättas vid behov.

Distriktsläkaren har påstått att han muntligen beställde en kontroll senast sex veckor efter utsättningen eller tidigare beroende på eventuella kliniska manifestationer. Men det framgår inte av journalen, kritiserar Ansvarsnämnden.

Patienten insjuknade i oktober 2005 med myxödemkoma och fördes okontaktbar till sjukhus den 30 oktober. Hon avled den 7 november.

Enligt journalanteckningar från medicinkliniken vid sjukhuset gjordes där bedömningen att anamnes, status och

blodprov så starkt talade för att dödsorsaken var myxödemkoma att obduktion inte var nödvändig. Vidare noterades att det syntes helt klarlagt att utsättningen av Levaxin orsakat patientens myxödemkoma.

Distriktsläkaren har av oaksamhet åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen genom att sätta ut en för patienten livsviktig medicin utan att samtidigt försäkra sig om att den skulle komma att återinsättas vid behov. Felet är allvarligt och motiverar disciplinpåföljd.

Enligt 7 kap 20 § jämfört med 6 kap 19 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall Ansvarsnämnden göra anmälan till åtal om den mot vilken disciplinpåföljd kan övervägas är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet.

Distriktsläkaren kan skäligen misstänkas för att av oaksamhet ha vållat patientens död. Ansvarsnämnden skall därför anmäla gärningen till åtal.

Avvikande mening

De två läkarna i Ansvarsnämnden delar inte nämndmajoritetens åsikt.

Överläkaren Per Nilsson anser att distriktsläkaren i stället skall åläggas disciplinpåföljd i form av en varning.

Även överläkare Mats Palmér anmäler avvikande mening i frågan om anmälan till åtal och menar att disciplinpåföljd i form av en varning bör åläggas distriktsläkaren med anledning av felaktigt utsättande av Levaxin. Däremot bör anmälan till åtal inte ske. Grunden för detta är att Ansvarsnämnden tidigare i liknande fall haft som praxis att utdela disciplinpåföljd och inte att anmäla till åtal. Han ser ingen anledning att ändra praxis i detta fall.

Dessutom bidrog fler faktorer än själva utsättandet av Levaxinmedicineringen, där det inte är klarlagt att distriktsläkaren var ansvarig, till den tragiska utgången. Det är bland annat att utsättandet av medicineringen inte följdes upp med provtagning avseende sköldkörtelfunktion och att ett symptom på sköldkörtelhormonbrist inte uppmärksammades i tid, framhåller Mats Palmér.

Ansvarsnämnden konstaterar vidare att enligt sjukhemmets riktlinjer skall

systematiska läkemedelsgenomgångar ske med all vårdpersonal, en rutin som synes ha frångåtts av distriktsläkaren.

En av sjuksköterskorna har uppgett att han vid upprepade tillfällen försökte uppmärksamma distriktsläkaren på att det var viktigt att samordna läkemedelsbehandlingen, vilket även noterades i

journalen. Han har även enligt egen uppgift frågat om behandlingen med Levaxin skulle återupptas eller om nya kontroller skulle göras.

Av utredningen framgår att det har funnits en vårdplanering upprättad för kvinnan med dokumenterad riskbedömning och bältesordination. Trots detta

har ett antal fallskador uppkommit. Det är av största vikt att all personal är informerad om gemensamma riktlinjer för verksamheten och innebörden i dessa samt riktlinjer för varje enskild patient, eftersom alla har sina unika behov.

Ansvarsnämnden friar den övriga anmälda personalen.

Hälseneruptur kunde omgående ha bekräftats med Thompsons test

Distriktsläkaren borde åtminstone ha kompletterat undersökningen med Thompsons test eller kontroll av om patienten kunde stå på tå, vilket omgående hade kunnat bekräfta en hälseneruptur. Att han inte gjorde det ledde till dröjsmål med behandlingen av rupturen. (HSAN 70/06)

Den 51-årige mannen undersöktes av distriktsläkaren sedan han tre dagar tidigare skadat vänster fotled, som fastnat i samband med att han fallit framåt. Underbenet och fotleden svullnade vid skadetillfället och det uppstod ett blåmärke. Distriktsläkaren konstaterade att foten smärtade vid böjning och sträckning samt bedömde att besvären orsakades av blödningen. Han ordinerades insmörjning med Hirudoid.

Hälseneruptur konstaterades

Tio dagar senare återkom patienten på grund av kvarstående smärtor och svårigheter att gå. Distriktsläkaren bekräftade ömhet över proximala hälsenan men fann inga tecken till vävnadsskador. Patienten ordinerades smärtlindring och uppmanades att återkomma om det uppstod svullnad vid hälsenan.

Han uppsökte sedermera en annan läkare, som remitterade honom till ortopedklinik där man konstaterade en hälseneruptur. Patienten opererades. Han anmälde distriktsläkaren för felbehandling.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av distriktsläkaren. Denne berättade att han vid sin första undersökning bedömde att det rörde sig om en skada i mjukdelar i samband med att patienten tre dagar tidigare fastnat med foten i en elkabel. Vid skadan uppkom en blödning med blåmärke och svullnad.

På grund av åderbräck sedan tidigare i benet angavs möjligheten av ett brustet

åderbräck som tänkbar förklaring till blåmärket. För att om möjligt förhindra uppkomst av inflammation och påskynda återbildningen av blödningen ordinerades Hirudoidsalva. Vid undersökningen fanns svullnad upp på underbenet samt noterades smärta vid böjning och sträckning i foten. Mot värken rekommenderades Distalgesic.

Vid återbesöket tio dagar senare hade patienten kvarstående besvär efter skadan med mindre svullnad och mer lokal smärta. I samband med undersökningen fanns en ömhet vid hälsenas övre del upp mot muskulaturen i vaden. Hälsenan undersöktes och inga tecken till skada i senan kunde upptäckas. Eftersom

svären ökade eller om han svullnade ner i hälsenan. Efter det hade han inte haft kontakt med patienten.

Distriktsläkaren uppgav att han bedömde att det inte fanns tecken på hälsneskada vid hans undersökningar. Men med råd om relativ vila och inflammationsdämpande tabletter försökte han påskynda läkningen och minska risken för fortsatta besvär.

Bedömning och beslut

Patienten hade skadat fotleden och distriktsläkaren konstaterade ömhet vid hälsenan och upp över underbenet där det också utvecklats ett blåmärke. Läkaren bedömde att besvären härrörde från mjukdelarna.

Trots att patientens besvär kvarstod och patienten dessutom utvecklade gångsvårigheter vidhöll distriktsläkaren denna bedömning. Han borde i detta skede åtminstone ha kompletterat med Thompsons test eller kontroll av om patienten kunde stå på tå, vilket omgående hade kunnat bekräfta en hälseneruptur, kritiserar Ansvarsnämnden.

Distriktsläkaren förefaller således inte ha reflekterat över skademekanismen och inte heller över smärtornas kliniska lokalisering, vilket medförde dröjsmål med behandlingen av hälsenerupturen.

Orsaken var sannolikt en summarisk anamnes, vilket medförde brister i den kliniska utredningen. Såvitt framgår av dokumentationen undersöktes hälsenan först vid det andra besöket.

Oavsett vad distriktsläkaren uppfattat om traumat borde smärtornas lokalisering och de gångsvårigheter som senare utvecklades ha föranlett en noggrannare undersökning.

Distriktsläkaren får en erinran, beslutar Ansvarsnämnden.



Thompsons test, som Ansvarsnämnden anser att distriktsläkaren borde ha använt, utförs med patienten knästående på en undersökningsbänk med fötterna utanför bänken. Undersökaren kramar vadmusklerna där vaden har sitt största omfång. En normalreaktion innebär att foten passivt plantarflekteras. Testet är positivt om det inte sker någon plantarflektion.

besvären kvarstod befarades begynnande inflammation, varför inflammationsdämpande värktablett ordinerades samt relativ vila rekommenderades. Han uppmanade patienten att återkomma om be-