

Tidigare varnad kardiolog friades i länsrätten

»Utlokalisering en påtaglig risk för patientsäkerheten«

Utlokalisering utgör en påtaglig patientsäkerhetsrisk. Om en sådan är nödvändig bör inte akuta patienter som läggs in för observation på grund av oklar diagnos utlokaliseras. I stället bör man välja patienter med klar diagnos och vårdplan och med stabil sjukdomsbild.

Det framhöll Socialstyrelsen i ett yttrande som fick länsrätten att fria en tidigare varnad kardiolog. (Vi berättade om Ansvarsnämndens fällning i nummer 44/2005.)

En 33-årig man fick på kvällen i liggande ställning plötsligt svår smärta i nedre delen av halsen åtföljt av andfäddhet. Han tuppade av en halv minut och var gråblek och kallsvettig.

Vid ett universitetssjukhus undersöktes han av medicinjouren. Han hade lågt blodtryck (78/54 mm Hg), som dock steg efter intravenös infusion.

Patienten undersöktes även av jourhavande kardiolog, som ansåg att det inte fanns skäl att misstänka akut hjärtsjukdom. Patienten lades in för observation. På grund av platsbrist på medicinkliniken hamnade han på en urologavdelning.

Under natten fick han åter smärtor som förvärrades, och vid 12-tiden nästa dag undersöktes han av en avdelningsläkare, som beställde akut skiktröntgen av

lungorna med frågeställningen lungemboli. Undersökningen visade att patienten fått aortadissektion, och han opererades akut.

Ansvarsnämnden menade att svår bröstsmärta i förening med förlust av medvetandet i liggande ställning åtföljt av lågt blodtryck hos en man i 30-årsåldern tyder på någon plötslig, allvarlig och livshotande sjukdom. Patienten förlade smärtan till nedre delen av halsen, men det är väl känt att smärta som har sitt ursprung i hjärtat eller de stora pulsåderkärnen kan upplevas i halsregionen.

Tumregeln är att kombinationen plötslig svår bröstsmärta och åtföljande blodtrycksfall beror på hjärtinfarkt, lungemboli eller dissekerande aortaaneurysm. På grund av patientens ålder låg det närmast till hands att misstänka något av de två senare.

Medicinjouren friades eftersom hon hade rådgjort med kardiologen, som kun-

de anses motsvara hennes bakjour.

Kardiologen borde ha misstänkt aortadissektion och handlat därefter, ansåg Ansvarsnämnden och varnade honom.

Kardiologen överklagade beslutet. Socialstyrelsen tillstyrkte och hävdade bland annat att en primärjour i en jourlinje inte kan anses utgöra bakjourskompetens till en annan jourlinje.

Utlokalisering av patienter utgör en påtaglig patientsäkerhetsrisk. Om en sådan är nödvändig bör inte akuta patienter som läggs in för observation på grund av oklar diagnos utlokaliseras.

I stället bör en omfördelning göras inom kliniken så att patienter med en klar diagnos och vårdplan och med stabil sjukdomsbild temporärt kan få sin plats på en annan klinik.

Rutiner vid överbeläggningar och behov av utlokalisering av patienter är ett ansvar för verksamhetschefer och kan inte belasta jourorganisationen.

Bedömningen riktig

Kardiologen var primärjour för kardiologkliniken då han kontaktades av medicinprimärjouren för att bedöma en eventuell hjärtsjukdom. Efter undersökning bedömde han att patientens symtom inte utgick från någon hjärtsjukdom. Han hade därmed fullgjort sitt uppdrag som konsulterande hjärtspecialist.

Hans bedömning var riktig och kan inte ligga till grund för en disciplinpåföljd.

Han kunde inte heller sägas utgöra bakjour till medicinjouren då denna jourlinje hade en reguljär bakjour. För vidare utredning, behandling och övervakning av patienten ansvarade primärrespektive bakjour på medicinkliniken, slog Socialstyrelsen fast.

Länsrätten instämde i Socialstyrelsens bedömning och undanröjde kardiologens varning.

»Rutiner vid överbeläggningar och behov av utlokalisering av patienter är ett ansvar för verksamhetschefer och kan inte belasta jourorganisationen.«

Kirurg fälldes i Ansvarsnämnden och länsrätten – friades i kammarrätten

»Samstämmighet inom medicinska expertisen fordras för disciplinpåföljd«

»För att disciplinpåföljd ska kunna åläggas fordras bland annat att det inom den medicinska expertisen råder samstämmighet om att vederbörande inte utfört sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet« skrev kammarrätten och friade en kirurg, som

tidigare fällt i såväl Ansvarsnämnden som länsrätten.

En 70-årig kvinna utreddes för buksmärta (vi berättade om fallet i Läkartidningen nummer 44/2004). På röntgen hittades förstorade lymfknotor, som skulle

kunna bero på tumörsjukdom i buken. Därför gjordes en provtagning från en sådan lymfknota i buken samtidigt som tarmarna genomletades. Det utfördes med laparoskopisk teknik av bland annat kirurgen.

Nästa dag blev kvinnan dålig. Man

tvungades öppna buken akut och hittade en svår bukhinneinflammation orsakad av en skada på tunntarmen, som kom till vid titthålsingreppet. Kvinnan anmälde kirurgen.

Ansvarsnämnden tog bland annat in ett yttrande från vetenskapliga rådet Ulf Haglund. Denne menade bland mycket annat att det valda primära ingreppet inte borde ha företagits. I stället borde en ultraljudsledd perkutan punktionsbiopsi av förstora lymfkörtel utförts.

Nämnden anslöt sig till Haglunds bedömning. Skonsammare diagnostiska metoder hade således varit att föredra, dels när det gällde att erhålla ett vävnadsprov från en lymfkörtel, dels då det gällde förfarandet att med laparoskopisk teknik undersöka tunntarmspaketet.

Kirurgen fick en erinran.

Beslutet fastställdes

Kirurgen överklagade beslutet till länsrätten, som emellertid fastställde Ansvarsnämndens beslut. Det skedde med stöd av Socialstyrelsen, som delade vetenskapliga rådet Ulf Haglunds bedömning att det vid operationstillfället inte fanns tillräcklig indikation för ett så omfattande ingrepp som gjordes. Indikation för inspektion av tunntarmen kunde i vart fall inte anses ha förelegat.

Den omständigheten tillsammans

med att den valda tekniken innebar en avsevärd risk för komplikationer gjorde att ingreppet inte kunde ses som förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kirurgen överklagade länsrättens dom. Han framhöll att han hade att välja mellan olika diagnostiska metoder. Båda de aktuella metoderna har sina risker och sina otillräckligheter beträffande diagnosutfallet. Men båda är förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Han valde då att följa det gällande vårdprogrammet och samtidigt inspektera tunntarmen. Det visade sig att det inte fanns någon tumör i tunntarmen, men hade det funnits en tumör hade undersökningen varit väl motiverad. Indikationer för båda åtgärderna fanns.

Diagnostiken ofta svår

Kirurgen återopade ett utlåtande av professor Eva Cavallin-Ståhl, som framhöll att behandlingen av lymfom styrs av vilken subtyp det handlar om. Det är därför av största vikt att en korrekt klassifikation görs.

Ofta är diagnostiken svår. Det bästa underlaget för en riktig lymfomdiagnostik är en hel lymfkörtel.

I vårt land finns en specialistgrupp för lymfomdiagnostik, som består av åtta hematopatologer. Huvudman är professor

Christer Sundström. Gruppen rekommenderar att lymfomdiagnosen och klassifikationen baseras på en hel lymfkörtel om detta är möjligt.

Om metoden att via laparoskop avlägsna lymfkörtel från buken är väl inarbetad vid kliniken, och inga kontraindikationer för ingreppet finns, är det helt klart att man bör använda den för lymfomdiagnostik, menade Eva Cavallin-Ståhl.

I det här fallet fanns inga kontraindikationer mot laparoskopi.

Socialstyrelsen tillstyrkte

Socialstyrelsen hämtade in ett muntligt utlåtande från sitt vetenskapliga råd professor Christer Sundström, som instämde i Eva Cavallin-Ståhls bedömning.

Den här gången tillstyrkte Socialstyrelsen överklagandet.

Kammarrätten konstaterade att det för att disciplinpåföljd ska kunna utdelas, fordras bland annat att det inom den medicinska expertisen råder samstämmighet om att den anmälde inte utfört sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Med hänsyn till de medicinska utlåtandena fann kammarrätten det inte visat att kirurgen hade handlat i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och undanröjde därför hans disciplinpåföljd från de lägre instanserna.

Den ene barnmedicinaren fick sin påföljd mildrad, den andra friades

1-åring som fick för hög dos epilepsimedicin led ingen allvarlig skada

Den ene barnmedicinarens disciplinpåföljd mildrades, den andras upphävdes. Det beslutade länsrätten sedan läkarna överklagat fällningar i Ansvarsnämnden i samband med att en 1-årig pojke fått för hög dos epilepsimedicin.

Vi berättade om fallet i Läkartidningen nummer 38/2005.

Ansvarsnämnden konstaterade att pojken drabbats av epilepsi och ordinerats Ergenyl. Normal dosering är 20–40 mg/kg, vilket för pojken innebar en maximal dygnsdos på ca 500 mg. Medicineringen inleddes med låg dos som successivt ökas tills biverkningar uppstår eller anfallsfrihet uppnås. Om biverkningar uppstår eller anfallen kvarstår justeras medicineringen på annat sätt.

Det doseringsschema som barnläka-

re A upprättade avsåg medicinering med mixtur Ergenyl 60 mg/ml, men av misstag ordinerade han i stället droppar 200 mg/ml. Pojken fick således en tre gånger högre dos än avsett. A varnades.

När sedan B träffade pojken framkom att han förbättrats av medicineringen, men hon informerades senare om att han drabbats av kräkningar.

»Borde kontrollerat ordinationen«

Det kunde föranlett misstankar om läkemedelsbiverkan eller överdosering. Visserligen är det vanligt med kräkningar hos små barn även under andra omständigheter, men B ändrade doseringen. I och med det borde hon också ha kontrollerat ordinationen. B fick en erinran.

Båda barnmedicinarna överklagade Ansvarsnämndens beslut.

A hävdade i länsrätten att den kritiska feldoseringen uppkom när han hade en belastad arbetssituation. Sedan han undersökt pojken hade han påbörjat receptföreskrivningen. Han blev avbruten på grund av ett akut ingripande på förlossningen – han var neonataljour.

Han återvände efter 30 minuter och observerade inte att han redan hade skrivit »drp« på receptet utan beräknade mixturen som han vanligen brukar använda.

Några biverkningar av akut eller bestående natur uppkom inte och barnets blodprov påverkades inte alls, hävdade A, som yrkade i första hand att hans varning skulle upphävas och i andra hand att den skulle mildras till en erinran.

B menade att det inte fanns anledning att misstänka att ett helt upptrappings-

schema var fel när det dessutom journalförts precis hur mycket pojken skulle få av läkemedlet. Att det var just A, som är mycket erfaren, som gjort ordinationen borde också ytterligare styrka rimligheten i hennes handlande.

»PM minimerar riskerna«

Ingenting i patientens symtombild gav misstanke om överdosering. Dessutom ordinerades uppföljning med koncentrationsprov av läkemedlet.

Vid händelsen fanns inget PM på barnkliniken om vilken typ av valproatpreparat som skulle användas. Ett sådant har

sedan skrivits av ansvarig barnneurolog. Riskerna för att något liknande ska hända igen har alltså minimerats.

B framhöll att kliniken hade ett ansvar, vilket är en anledning att inte belasta enskilda läkare med disciplinära påföljder.

Socialstyrelsen menade att pojken trots förväxlingen vid ordinationen hade fått en god och omsorgsfull vård.

Läkemedelsbehandlingen var i huvudsak enligt Fass, även om dosökningen skedde något snabbare än rekommenderat. Uppföljningen, inklusive blodprov, var noggrann. Pojken besvärades av övergående kräkningar men led ingen

allvarlig skada. Socialstyrelsen tillstyrkte läkarnas överklaganden.

Påföljden mildrades

Länsrätten bedömde att A av oaktsamhet inte hade fullgjort sina skyldigheter visavi barnet. Mot bakgrund av omständigheterna och Socialstyrelsens yttrande mildrade länsrätten påföljden från varning till erinran.

För B upphävdes disciplinpåföljden eftersom det inte fanns skäl att anse att hon uppsåtligt eller av oaktsamhet hade underlåtit att fullgöra sina skyldigheter, hävdade länsrätten.

Undersökningen ytlig utan provtagning och andra diagnostiska överväganden

Urinvägsinfektion var appendicit

När patienten åter sökte läkare var det fel av kirurgen att inte ifrågasätta den tidigare ställda diagnosen urinvägsinfektion och att inte mer aktivt försöka bekräfta eller utesluta den. Patienten hade appendicit. (HSAN 748/06)

Den 28-åriga kvinnan uppsökte den 6 oktober 2005 akut primärvården på grund av smärta långt ned i buken. Sedan urinprov tagits misstänkte man att smärtorna orsakats av en urinvägsinfektion, varför hon ordinerades antibiotika.

Dagen därpå mätte hon sämre och fick på samma vårdcentral ett nytt recept på ett annat antibiotikum. Trots detta steg febern, och med mer ont sökte hon akut mitt i natten på ett universitetssjukhus. Hon träffade först sjuksköterska X och därefter kirurgen, som undersökte henne.

Appendix hade brustit

Han kände att buken var mjuk men öm. Han ifrågasatte inte den tidigare diagnosen och ansåg att urinvägsmedlen inte hunnit verka. Patienten skickades därför hem.

Ett och ett halvt dygn senare var hennes tillstånd sådant att hon återkom till akutmottagningen. Hon träffade då sjuksköterska Y, som gav henne en tid på jourläkarcentralen senare under dagen. Väl där misstänktes appendicit, vilket verifierades vid en akut operation.

Det fanns fullt av var spritt i bukhålan på grund av att appendix hade brustit. Patienten skrevs ut fem dagar senare.

Patienten anmälde de båda sjuksköterskorna och kirurgen. Ansvarsnäm-

den läste patientjournalen och tog in yttrande av de anmälda, som alla bestred att de gjort fel. Sköterskorna frias varför vi lämnar deras argument och bara återger de friande motiveringarna sist i artikeln.

Kirurgen berättade att patienten sökte på grund av buksmärta och urinvägsinfektion.

Hon hade någon dag innan sökt familjeläkare på grund av buksmärta. Där hade man kontrollerat urinen med urinsticka och funnit tecken på urinvägsinfektion. Man hade därför satt in antibiotika i form av Selexid och skickat urin för odling.

Samma dag som hon sökte på akutmottagningen hade hon ånyo varit i kontakt med familjeläkaren eftersom hon inte hade blivit bättre. De hade då bytt antibiotikum till Ciprofloxacin, som har ett bredare spektrum.

När patienten kom till akutmottagningen hade hon tagit endast en tablett av det nya preparatet och hade inte blivit bättre. Hon uppgav sig nu ha ont i hela magen. Hon hade förutom antibiotikum också tagit Ipren som smärtstillande.

Var öm i hela buken

Vid undersökningen berättade patienten att det gjorde mycket ont när hon kastade vatten.

Hon var öm i hela buken men mest över urinblåsan. Temperaturen var 38 grader, medan blodtryck och puls låg inom normala gränser.

Han uppfattade inte hennes smärta på samma sätt som hon uppgett i sin an-

mälän. Han förklarade för henne att det sannolikt var hennes urinvägsinfektion som förorsakade symtomen. Hon hade fått antibiotikum för kort tid för att det hade kunnat verka fullt ut, menade kirurgen.

Han föreslog Alvedon som smärtstillande i första hand och uppmanade patienten att höra av sig dagen efter om hon inte hade blivit bättre.

Det visade sig sedan att tillståndet förorsakades av blindtarmsinflammation. Med den information som kirurgen hade när han undersökte patienten, ansåg han emellertid att det var svårt att komma till en annan bedömning än att symtomen orsakades av en urinvägsinfektion som tidigare konstaterats hos husläkaren.

Felbedömning kunde blivit ödesdiger

Kirurgens undersökning av patienten var ytlig, inga prov togs och inga andra diagnostiska överväganden gjordes, kritiserar Ansvarsnämnden.

Sjukhistorien var dock inte riktigt typisk för en appendicit.

När patienten åter sökte läkare var det emellertid fel av kirurgen att inte ifrågasätta den tidigare ställda diagnosen urinvägsinfektion och att inte mer aktivt försöka bekräfta eller utesluta den. Han får en erinran.

Sjuksköterskorna bedömer patientens tillstånd bara på muntlig redogörelse och prioriterar efter denna. I detta fall gjorde båda sköterskorna en felbedömning.

Y hänvisade patienten till en annan vårdinsats, en felbedömning som kunnat bli ödesdiger. För detta bör han kritiseras.

Varken Y eller X bör dock åläggas disciplinpåföljd, anser Ansvarsnämnden.