

# Fick diagnosen depressiv episod – hade tumör i levern

**Patienten fick diagnosen depressiv episod men fick senare veta att han hade en tumör i levern. (HSAN 1123/06)**

Den 61-åriga mannen sökte vårdcentralen för bland annat trötthet. Distriktsläkaren ställde diagnosen depressiv episod, rekommenderade tid för samtalsterapi och förskrev Efexor depot.

Två veckor senare sökte patienten en annan läkare och remitterades för ultraljudsundersökning. Sedermera konstaterades en tumör av osäker eller okänd natur i levern. Patienten anmälde distriktsläkaren.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och övriga handlingar samt hämtade in yttrande av distriktsläkaren.

Denne berättade att patienten ringde till vårdcentralen och beställde tid för läkarbesök. Patienten angav, enligt sköterskeanteckning i bokningssystemet, trötthet samt stresskänsla och nedstämdhet som symptom och besöksorsak.

Vidare hade ansvarig sjuksköterska noterat i samma anteckning att patientens fru nyligen hade genomgått behandling för en malign sjukdom, vilket kan avspeglar anamnesen som patienten lämnade och som överensstämde med den anamnes patienten uppgav till honom under läkarbesöket, menade distriktsläkaren.

Vid besöket framkom att patienten

har ett stressigt arbete inom kriminalvården. Dessutom hade han länge haft en besvärlig privat situation på grund av att hans fru hade opererats för bröstcancer och därefter behandlats med cytostatika.

Patienten uppgav även att han hade sömnsvårigheter och nedsatt koncentrationsförmåga, att han var nedstämd och trött samt hade tappat lusten till det mesta.

Några somatiska besvär, förutom trötthet, eller klara tecken på systemsjukdom framkom inte vid besöket, hävdade distriktsläkaren.

## »Utmattnings och depression«

Hans preliminära bedömning var att det rörde sig om kombination av utmattnings och depression. Patienten fick Efexor och ett återbesök planerades för uppföljning inom 2–3 veckor. Dessutom fick patienten ett sjukintyg som han läste utan att protestera emot.

Distriktsläkaren påpekade att patienten inte hade varit på hans mottagning över en period utan att de endast träffats en gång under 30 minuter.

Besöket dominerades i anamnesen av psykiska besvär. I frånvaro av somatiska symptom förutom trötthet, vilket är ett vanlig symptom hos de flesta som söker läkare med sådan anamnes, är det väldigt svårt att ställa malign sjukdom som preliminär diagnos och att direkt

starta en screeningutredning med röntgen, ultraljud osv, menade distriktsläkaren.

Ett återbesök för kontroll var planerat inom rimligt kort tid. Det blev inte av, vilket innebar att han inte hade möjlighet att följa upp patienten och ställa en definitiv diagnos.

## Diagnosen ställdes på svag grund

Att anamnesen och undersökningen inte var somatiskt inriktad kan delvis förklaras av den bokningstext som gjordes, menar Ansvarsnämnden. Diagnosen på en utmattningsdepression ställdes dock på en svag grund. Uppgift om vilket underlag eller vilka skattningsskalor som använts framgår inte.

Dosen med antidepressivt läkemedel, Efexor 75 mg dagligen med upptrappning till 2 tabletter dagligen efter två veckor, får anses relativt hög. Okontrollerat blodtryck utgör en kontraindikation för läkemedlet i patientens åldersgrupp.

Distriktsläkaren planerade att följa upp patienten, men detta skedde inte. Han fick således inte någon möjlighet att omvärdera sin bedömning. Han bör ändå ha ansvarsgrundande kritik för bristfällig anamnes och undersökning före förskrivningen av det antidepressiva läkemedlet.

Dessutom innebar den bristande handläggningen att han inte fick tillräcklig grund för vidare bedömning av lämplig utredning och behandling av patienten. Han får en erinran.

»... ansvarsgrundande kritik för bristfällig anamnes och undersökning före förskrivningen av det antidepressiva läkemedlet.«

»Av stor vikt för patientsäkerheten att rätt kunna diagnostisera sepsis tidigt«

# Underliggande orsak kan vara avgörande för behandlingsresultatet

**I ett patientsäkerhetsperspektiv är det av stor vikt att vården fortsätter sina ansträngningar att identifiera parametrar som kan ge vägledning för att rätt kunna diagnostisera en blodförgiftning i tidigt skede. Underliggande orsak till blodförgiftningen kan vara avgörande för behandlingsresultatet. (HSAN3643/05)**

En 20-årig man sökte den 23 november akut på en familjeläkarmottagning för svullnad av höger knä och hög feber sedan några timmar tillbaka. Han hade också ett skrapår på knäet. Doktorn bedömde tillståndet som prepatellär bursit. Han försökte punktera slem säcken men fick inte ut någon vätska.

Eftersom CRP var 12 mg/l bedömde doktorn att det sannolikt var en virusinfektion som orsakade den höga febern och uppmanade patienten att söka vård dagen efter på sin hemort för en ny kontroll av knäet och ett nytt CRP-prov.

Då han blev sämre sökte patienten på nytt nästa dag akut på en vårdcentral på

hemorten. Han remitterades till sjukhus. Vid ankomsten till sjukhuset konstaterades att han var i akut septisk chock, och han lades in för intensivvårdsbehandling. Efter utredning ställdes diagnosen subkutan cellulit och septisk chock sannolikt orsakad av streptokocker.

Patienten anmälde doktorn på familjeläkarmottagningen. Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och yttrande av familjeläkaren, som bestred att han gjort fel.

## »CRP talade mot bakteriell infektion«

Patienten sökte för rodnad och svullnad samt ömhet i höger knä. Han hade även feber och frossa. Tillståndet tedde sig som en prepatellär bursit – mycket vanligt hos dem som arbetar knästående som golvläggare, murare etc, menade doktorn.

Det som avvek i detta fall var feberutvecklingen. Av det skälet togs ett CRP-prov, som var i det närmaste normalt, vilket talade mot en bakteriell infektion.

Det fanns inga tecken på ökad vätska i knäleden och han har inte erfarenheten att bursiter i normalfallet sprider sig till knäleden. Punktion av bursan gjordes, men inget pus kunde tappas ut. Doktorn bedömde att det var för kort tid för att en avgränsad varbildning hunnit uppstå.

Patienten var inte från orten, och transport till hemorten kunde ordnas med arbetskamrater.

Doktorn försäkrade sig om att patienten skulle söka vård på hemorten nästa morgon. Patienten fick 2 st T Pronaxen

250 mg som tillägg till Alvedon. Alvedon lades över knäleden.

Doktorn uppgav att han fick bekräftelse på att patienten sökt igen då en förfrågan om journalkopia kom nästa morgon.

## Ursäktliga omständigheter?

Ansvarsnämnden hämtade även in ett yttrande från Socialstyrelsen i påföljdsfrågan:

Kan de faktum att CRP-provet talade emot bakteriell infektion och att doktorn försäkrat sig om att patienten skulle söka vård påföljande dag utgöra sådana ursäktliga omständigheter som gör att disciplinpåföljd kan underväljas? undrade Ansvarsnämnden.

Socialstyrelsen konstaterade att patienten dagen efter besöket hos doktorn remitterades till sjukhus med frågeställning septisk artrit då lokalstatus för höger knä försämrats och CRP stigit.

Vid ankomsten till sjukhuset noterades att patienten var i septisk chock. Efter intensivvård tillfrisknade han.

## Kan snabbt bli livshotande

Sepsis är i tidig fas svårdiagnostiserat med diffus symtomatologi men kan på kort tid utvecklas till ett livshotande tillstånd.

Socialstyrelsen ansåg att den bedömning som läkaren gjorde inte var orimlig och att rådet att söka sjukvård redan påföljande morgon var adekvat.

I ett patientsäkerhetsperspektiv är det av stor vikt att vården fortsätter sina an-

strängningar att identifiera parametrar som kan ge vägledning för att rätt kunna diagnostisera en blodförgiftning i tidigt skede.

Underliggande orsak till blodförgiftningen kan vara avgörande för behandlingsresultatet, framhöll Socialstyrelsen.

## Viktigt utesluta bakteriell infektion

Ansvarsnämnden understryker att det vid ledsvullnad alltid är viktigt att utesluta en bakteriell infektion. Patienten var vid undersökningen högfebril med frossa och allmän sjukdomskänsla. Detta var allvarliga varningstecken på en begynnande infektion, trots att CRP var i det närmaste normalt.

Även skrapsåret på knäet utgjorde i detta fall ett observandum.

Läkaren kan därför inte undgå kritik för att han vid sin bedömning inte tagit hänsyn till den totala sjukdomsbilden. Att det vid punktionen inte kom någon vätska, vilket talar emot bursit, borde med hänsyn till övriga symtom ha föranlett honom att överväga en bakteriell infektion.

## Bedömningen inte orimlig

Det är emellertid svårt att diagnostisera sepsis i ett tidigt skede eftersom symtomatologin är diffus och tillståndet på kort tid kan utvecklas till livshotande.

Ansvarsnämnden finner mot den bakgrunden, i likhet med Socialstyrelsen, att den bedömning som läkaren gjorde inte var orimlig och att rådet att söka sjukvård redan påföljande morgon var adekvat.

Läkarens handläggning kan därför inte anses så felaktigt att den motiverar annat än kritik.

**Trots att patienten skrek av smärta på grund av att bedövningen inte tagit riktigt fortsatte gynekologen ingreppet. Han fälls av Ansvarsnämnden. (HSAN 2278/06)**

Den 34-åriga kvinnan opererades i somras för att avlägsna en polyp i livmodern. Gynekologen utförde ingreppet utan att bedövningen hade tagit ordentligt.

Patienten påtalade vid flera tillfällen att hon kände precis vad han gjorde och att det gjorde mycket ont. Ändå fortsatte gynekologen med ingreppet.

## Skrek av smärta

Kvinnan anmälde honom och pekade på flera brister, bland annat att gynekologen inte slutade operera trots att hon grät och skrek av smärta.

# Opererades utan tillräcklig bedövning

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och tog in yttrande av gynekologen, som bestred att han gjort fel.

Han kunde bara djupt beklaga att patienten upplevt ingreppet så smärtsamt som framgick av hennes anmälan. Under ingreppet fördes hela tiden en dialog med patienten för att bland annat kunna bedöma eventuell smärtreaktion.

Han hade noterat en smärtupplevelse hos patienten, men uppenbarligen missbedömt styrkan av den, uppgav han.

Ansvarsnämnden slår fast att smärt-

lindringen under ingreppet varit otillräcklig och att gynekologen även uppfattat detta. Han fortsatte ändå med ingreppet.

## Skall utformas i samråd med patienten

Detta är inte i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården skall utformas i samråd med patienten på bästa sätt.

Felet är varken ringa eller ursäktligt och därför får gynekologen en varning, beslutar Ansvarsnämnden.