

FLICKA FICK INTE TRÄFFA LÄKARE – HADE TARMVRED

Sjukvårdsorganisationen har varit oförmögen att rätt handlägga ett av sjukvårdens typfall. Ansvaret delas mellan ledningen och de individer som handlagt fallet. Nio personer har vid tio tillfällen under fyra dagar haft kontakt med den 13-åriga flickans mamma utan att någon läkarundersökning kom till stånd. Flickan hade tarmvred. (HSAN 1033/06)

Flickan, som hade opererats för brusten blindtarm i november 2004, fick ont i magen den 13 januari 2006. Tre dagar senare började hennes mor ringa till vårdcentral och sjukvårdsupplysning för att få råd.

Den 18 januari pratade modern med en distriktsläkare, som bedömde att det kunde röra sig om förstoppning. Hon råddes att återkomma om den föreslagna behandlingen inte hjälpte.

Hade tarmvred

Senare samma dag ringde modern på nytt till både vårdcentralen och sjukvårdsupplysningen och pratade med sjuksköterskor. Efter det sista samtalet med sjukvårdsupplysningen åkte de till sjukhus där det konstaterades att dottern hade tarmvred.

Flickans mor anmälde distriktsläkaren och de åtta sjuksköterskor som hon pratade med på vårdcentralen och sjukvårdsrådgivningen för feldiagnostisering. Hon ville bland annat att rutinerna ändras när det gäller att ge råd till människor.

Ansvarsnämnden läste flickans journal och hämtade in yttrande av de anmälda, som alla bestred att de gjort fel.

»Hade inga akuttider«

Distriktsläkaren berättade att hon den aktuella dagen hade telefontid på morgonen och sedan förbokad mottagning under förmiddagen. Eftermiddagen var avsatt till hemsjukvård och ett möte. Hon hade således själv inga akuttider den dagen. Hon kände inte till flickan sedan tidigare.

Den 18 januari blev hon uppringd på

telefontid av flickans mamma. Hon hade då tillgång till tidigare journaluppgifter om att flickan fredagen den 13 januari efter besök på McDonald's fått magknip och kraftig kräkning.

Hon hade fortsatt illamående hela dagen därpå, en fast avföring någon gång under helgen och hade börjat äta lite försiktigt den 15. Mamman hade den 16 fått fortsatt råd om skonkost plus att återkomma om dottern inte blev bättre.

Den 17 januari fanns ett dokumenterat samtal där mamman uppgivit att flickan mätte lite bättre men att de behövde ett intyg avseende tillfällig föräldrapenning. Uppgiften att flickan är blindtarmsopererad 2004 finns också angiven i de tidigare telefonsamtalen.

Under telefonsamtalet den 18 fick distriktsläkaren historien upprepad samt uppgiften att flickan hade en kvarstående buksmärta som kom lite i intervaller. Hon fick ingen känsla för att det var mycket svåra smärtor, uppgav hon.

Flickan hade ingen feber, inga diarréer, inga kräkningar och inga vattenkastningsbesvär. Det fanns ingen säker uppgift om när hon hade avföring senast fränsett någon gång under helgen, dvs för minst tre dagar sedan.

Frågade kring tarmvred

Mamman signalerade en viss oro för dottern och tog åter upp att hon är blindtarmsopererad. Hon frågade kring

tarmvred, och distriktsläkaren menade nog att det inte var hennes första tanke utan att man först borde utesluta förstoppning.

»Hade inga akuttider«

Distriktsläkaren informerade om att hon själv inte hade några akuttider under dagen men trodde att hon då erbjöd möjligheten att komma till en kollega och att man sannolikt då först skulle pröva ett Microlax för att se om det hade effekt och utifrån det göra en vidare bedömning.

Mamman föreslog då att man kunde införskaffa detta själva och ge det hemma. Distriktsläkaren gav instruktionen att man skulle höra av sig till vårdcentralen på nytt under dagen om behandlingen inte hade effekt.

I diskussionen om möjliga orsaker uppstod även frågan kring magkatarr, vilket distriktsläkaren inte heller tyckte var särskilt sannolikt. Men hon såg inget hinder i att man även provade att ge lite Novaluzid.

»Uppfattade inga svåra smärtor«

Sammanfattningsvis menade distriktsläkaren att hon utifrån den information hon hade handlade adekvat i syfte att först utesluta en mer vanlig åkomma, dvs förstoppning som ofta ses när magen varit i olag efter magsjuka.

Om flickan i stället blev sämre, eller om föreslagna åtgärder inte hade effekt, skulle mamman återkomma under dagen för att få en akuttid för undersökning av magen.

Distriktsläkaren uppfattade inte att flickan hade mycket svåra smärtor och var säker på att hon skulle ordnat med akuttid hos en kollega om mamman verkligen insisterat på det.

Delar ansvaret

Ansvarsnämnden konstaterar först att den inte kan besluta om förändring av rutiner.

Händelsen visar på en sjukvårdsorganisation som av flera skäl har varit oförmögen att rätt handlägga ett av sjukvårdens typfall.

Ansvaret delas mellan ledning och de individer som handlagt fallet. Nio personer har vid tio tillfällen under fyra dagar haft kontakt med flickans mamma utan att någon läkarundersökning kom till stånd.

Flickan insjuknade med sina besvär den 13 januari 2006, och hennes mamma tog den första kontakten med sjukvårdsupplysningen och vårdcentralen den 15

»Läkaren borde ha undersökt flickan eftersom hon hade varit sjuk i fem dygn och mamman redan före den 18 januari hade kontaktat vården vid fem tillfällen.«

respektive den 16 januari. Vid den första kontakten var bedömningen som sjuksköterskan gjorde rimlig om än felaktig.

Flera av de andra sjuksköterskorna har uppmanat mamman att ta kontakt med vårdcentralen, och en av dem hänvisade till läkare. Deras handläggning kan därmed inte kritiseras.

Mamman tog sedan kontakt med vårdcentralen den 18 januari och talade med

distriktsläkaren. Läkaren borde ha undersökt flickan eftersom hon hade varit sjuk i fem dygn och mamman redan före den 18 januari hade kontaktat vården vid fem tillfällen.

Distriktsläkaren får ansvarsgrundande kritik, som mynnar ut i en erinran.

Sjuksköterskorna som hade kontakt med mamman efter samtalet med distriktsläkaren borde ha rekommenderat

läkarbesök och inte själva ha givit behandling på telefon.

Deras handläggning är emellertid förståelig på grund av läkarkontakten tidigare samma dag och kan inte leda till annat än kritik.

När det gäller den sista sjuksköterskan så skickade hon flickan till sjukhus. Hennes handläggning kan därmed inte kritiseras. ■

UPPTÄCKTE INTE HÖGMALIGN BRÖSTCANCER

Två distriktsläkare fälls – en tredje frias

Flera gånger undersöktes den 41-åriga kvinnan av olika läkare. Efter ett drygt halvår fick hon diagnosen – en 3,5 centimeter stor högmalign bröstcancer med spridning till lungorna. (HSAN 865/06)

Kvinnan undersöktes den 6 juli och 19 juli 2005 vid vårdcentralen på grund av smärtor mellan bröstet, under armhålan och bak på ryggen. Hon bedömdes lida av Tietzes syndrom.

Den 28 augusti sökte hon på nytt. Då registrerades en ömmande uppdrivning över sternum, och hon fick remiss för undersökning med ultraljud.

Den 7 november 2005 och 5 januari 2006 sökte hon på nytt på grund av smärtor i torax. Vid det senare besöket fick hon remiss till kirurg. Denne rekommenderade, utan undersökning, bröstbensröntgen. En sådan utfördes den 27 januari och visade inga säkra patologiska förändringar.

Knöl i bröstet

Den 1 februari sökte hon vid vårdcentralen på grund av en knöl i vänster bröst. En utredning visade att det rörde sig om en 3,5 cm stor, högmalign bröstcancer. Tumören var vid upptäckten spridd i lungorna och hade också förorsakat en omfattande destruktion i sternum.

Patienten anmälde tre distriktsläkare, samtliga vid vårdcentralen, för fel i vården under tiden juli 2005–januari 2006.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande från de

anmälda, som alla menade att de inte gjort något fel.

Distriktsläkare A berättade att han träffade patienten den 6 och 19 juli 2005. Då framkom inget som fick honom att misstänka bröstcancer.

»Adekvata frågor«

Distriktsläkare B menade att hon vid besöket den 24 augusti 2005 ställde frågor som var adekvata för de besvär patienten uppgav. Patienten hade svårt att bära och röra armen samtidigt och hade mycket besvär av detta i sitt arbete. De talade också om spänd muskulatur.

B ansåg att hon gjorde den undersökning som hon i det läget fann adekvat, dvs kände på den delen av bröstkorgen där patienten hade smärta. Hon fann också en uppdrivning som ömmade vid undersökningen. Hon undersökte även axlarna för rörlighet och kraft samt noterade att patienten eventuellt hade spänningar i axlarna.

Hon bedömde att ömheten och svull-

naden kunde ha med patientens besvär att göra och skickade henne på ultraljudsundersökning. Då antiinflammatorisk gel fungerade bättre än tabletter rekommenderade hon gel. B rekommenderade även kontakt med sjukgymnast.

Distriktsläkare C träffade patienten första gången vid ett akutbesök den 7 november 2005. Tiden var ju begränsad, men hon tyckte ändå att hon kom fram till en rimlig diagnos, menade C.

Vid nästa besök, den 5 januari 2006, framförde patienten ett specifikt önskemål – hon ville ha en remiss till kirurg på grund av den ömmande svullnaden över bröstbenet.

C skrev remiss till en kirurgklinik samma dag. Symtomatologin var ovanlig för bröstcancer. C beklagade att hon inte kom att överväga diagnosen.

Två av läkarna fälls

Distriktsläkare A träffade patienten två gånger med kort mellanrum och kunde inte känna någon uppdrivning över bröstbenet. Hans bedömning får därför anses rimlig, menar Ansvarsnämnden.

Distriktsläkare B palperade en uppdrivning, förtjockning över bröstbenet, och skickade patienten på ultraljudsundersökning.

Svaret visade en subkutan förtjockning. B borde ha undersökt bröstkörteln och utrett den iakttagna uppdrivningen/förtjockningen. Hon får en erinran.

Distriktsläkare C fann vid sin undersökning i november en annan diagnos än föregående läkare, med hänvisning till att besvären tolkades komma från axeln.

Även hon borde – eftersom det av journalen framgår att det rörde sig om oklara, långdragna besvär från bröstkorgsregionen med en uppdrivning/förtjockning i bröstet – ha undersökt bröstkörteln och utrett patienten vidare, eller ordnat med en snar uppföljning.

Även hon får en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. ■

»Svaret visade en subkutan förtjockning. B borde ha undersökt bröstkörteln och utrett den iakttagna uppdrivningen/förtjockningen.«

MISSADE TOTAL HÄLSENERUPTUR

En klassisk stukning. Den diagnosen höll allmänläkaren fast vid under patientens fyra besök. Men det var en total hälseneruptur. (HSAN 821/06)

Den 54-årige mannen hade skadat foten vid uppdragning av en båt. Doktorn ställde diagnosen stukning. Han undersökte patienten tre gånger till, inklusive en röntgenundersökning som inte visade skelettskada, de närmaste veckorna.

Då patienten inte blev bättre sökte han en annan läkare. Han remitterades till sjukhus och opererades för en hälseneruptur. Han anmälde doktorn.

Denne uppgav att patientens anamnesen var fåordig, men kliniskt hade patienten en klar klassisk stukning med ett ganska stort hematom nedanför yttre fotknölen. Där var han också palpatoriskt öm. Smärta, svaghet och svårighet

att gå på tå omnämndes aldrig. Klassisk erfarenhet talade direkt efter skadetillfället endast för en fotledsvrickning.

Var patientens partiella hälseneruptur en sekundär skada? undrade doktorn.

Ansvarsnämnden menar att det inte är ovanligt att hälseneruptur förväxlas med ledbandsskada i fotleden. En god anamnes och ett noggrant status kan dock lätt avslöja en hälseneruptur. Maximal ömhet över hälsenan, eventuell palpabel grop längs senans lopp samt avsaknad av plantarkraft i fotleden, diagnostiserat med Thompson's test, ger diagnosen.

Otillräckliga undersökningar vid fot-skador kan medföra onödiga och långva-

riga smärttillstånd. Detta framgår av de återkommande anmälningarna till Ansvarsnämnden.

De slutsatser som kan dras av sådana anmälningar måste därför återföras till dem som är verksamma i vården, samtidigt som kraven på likformighet och annan rättssäkerhet tillgodoses. Därför frågade Ansvarsnämnden Socialstyrelsen om läkarens undersökningar av patientens fotskada varit så bristfälliga att det motiverade disciplinpåföljd. Socialstyrelsen besvarade inte frågan.

Senan helt av

Journalen visar att doktorn vid första besöket undersökte den skadade foten, dock framgår inte hur omfattande undersökningen var. Hälsenan tycks inte ha undersökts, inte heller maximal ömhet, rörlighet eller kraft i fotleden, och från de följande besöken saknas anteckningar om närmare undersökning av foten.

Det är inte sannolikt att skadan uppstått senare än vid det ursprungliga skadetillfället eller att senan då var annat än helt av, vilket den var vid operationen ungefär en månad senare. Doktorn får en erinran. ■

PRIMÄRVÅRDEN OCH PATIENTFÖRSÄKRINGEN

Under de senaste fem åren har det genomsnittliga antalet anmälningar om patientskada till patientförsäkringen varit 9 000.

Av dessa berör 10 procent primärvården, av vilka 38 procent får ersättning därför att skadan bedöms som undvikbar, vilket alltså är grunden för att patienten skall få ersättning.

Med undvikbar menas att en erfaren specialist inom samma specialitet skulle ha kunnat undvika skadan genom att genomföra åtgärden, behandlingen, diagnostiken eller vad det kan vara fråga om på ett annat sätt eller med en annan metod. Inom all vård ersätts ungefär 45 procent av anmälningarna. För primärvård är denna siffra alltså lägre.

De opererande specialiteterna ligger på en högre nivå, medan de sjukhusbundna internmedicinska områdena ligger lägre.

De vanligaste orsakerna till ersättning inom primärvården är försämrad grundsjukdom till följd av försenad eller ute-

bliven diagnos (25 procent), lokal skada, exempelvis efter injektion (18 procent), smärttillstånd (7 procent), behandlingsrelaterade infektioner (9 procent), perforation, till exempel i samband med öronspolningar (7 procent), samt ett stort antal andra orsaker.

Trauman och tumörer toppar

Av de skador som orsakats av försenad eller utebliven diagnos utgörs knappt en tredjedel av traumatiska skadefall och 17 procent av tumörsjukdomar. Resterande andel utgörs av ett brett spektrum av diagnoser inom såväl somatik som psykiatri.

Skador som leder till ersättning för bestående men, invaliditet eller död är mer frekvent förekommande inom primärvården (14 procent av inkomna skadeanmälningar och 38 procent av ersatta ska-

dor) än inom andra specialiteter. Det är särskilt de försenade eller uteblivna diagnoserna efter trauma som ger upphov till bestående men eller invaliditet.

Någon fullständig samlad statistik på besöksantal finns tyvärr inte inom den öppna vården, vare sig i primärvård eller i sjukhusvård.

Det är därför inte möjligt att relatera skadeanmälningar till dessa. Om man i stället relaterar dem till befolkningsunderlaget är det tydligt att de är mer frekventa i gleset befolkade områden av landet med stora avstånd.

För att finna effektiva och bestående åtgärder för att minska riskerna för upprepaning av samma skador bör händelseanalyser genomföras då man upptäcker att en patient skadats eller utsatts för risk vid kontakt med vården. Detta är särskilt viktigt om patienten fått bestående men av skadan.

Jon Ahlberg
chefläkare,

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag;
medicinsk redaktör, Läkartidningen