

vård av utlokaliserade patienter med allvarliga sjukdomar bör ses över.

De brister som Socialstyrelsen här pekar på kan inte bedömas ha påverkat utgången av sjukdomen i detta fall men utgör inte desto mindre ett förbättringsområde för både patientsäkerheten och kvaliteten i omhändertagandet av både patient och anhöriga.

#### **Bör lumbalpunkteras**

Ansvarsnämnden – djupt oenig, se nästa artikel – konstaterar att när pojken undersöktes den 4 maj hade han 39 graders feber och var gnällig, men i övrigt opåverkad. Vita blodkroppar var förhöjda som vid bakteriell infektion, CRP var 46. Även om provsvaren tydde på bakteriell infektion, var det inte fel att avvakta och råda föräldrarna att återkomma nästa dag om febern inte gick ned.

Nästa dag kvarstod febern och föräldrarna hade märkt tilltagande slöhet och nedsatt sugförmåga vid amning. Vid undersökning verkade pojken irriterad. CRP hade gått upp till 245, vilket tydde på en svår infektion. Snuva och hosta talade för luftvägsinfektion, men några tydliga tecken på komplikation till sådan infektion fanns inte. Pojkens slöhet,

nedsatta sugförmåga och irritabilitet borde ha väckt misstanke om möjlig meningit. Denna misstanke har sannolikt inte väckts hos barnmedicinaren, eftersom han inte kommenterat fontanellspänning och nackstelhet, vilket är en brist. Ett fyra månader gammalt barn med denna bild bör lumbalpunkteras.

Barnmedicinaren misstänkte i stället lunginflammation och beställde röntgen av lungorna, lät göra blod- och urinodling samt ordinerade antibiotika. Den ordinerade dosen var dock lägre än den som används vid behandling av sepsis och/eller meningit.

#### **Borde övervägt meningit**

Barnmedicinaren borde ha övervägt möjligheten att pojken drabbats av meningit och vidtagit åtgärder för att utsluta eller fastställa denna diagnos. För det fall han valt att avvakta med att utföra lumbalpunktion, borde han till bakjouren ha rapporterat att pojken skulle observeras med tanke på eventuell bakteriell meningit.

Socialstyrelsen skrev att »Lumbalpunktion ska utföras vid stark misstanke om sepsis och kraftig allmänpåverkan eller vid andra tecken på hjärnpåverkan.

I aktuell händelse var barnet inte svårt allmänpåverkat och inga fynd tydande på hjärnpåverkan kunde påvisas. Det kan vid dessa omständigheter inte anses fel att inte göra lumbalpunktion«.

Ansvarsnämnden ställer sig frågande till denna skrivning. Bakteriell meningit är en allvarlig sjukdom. Ju längre tid det går innan behandling sätts in, desto större risk är det för kvarstående men i form av skador i hjärnan. Vid ringa misstanke om meningit måste en patient observeras för att vid försämring ta ställning till lumbalpunktion. Om det finns misstanke om att en patient kan ha bakteriell meningit ska lumbalpunktion utföras.

#### **Vidare indikation i denna åldersgrupp**

Meningitsymtom i spädbarnsåldern är inte alltid lika typiska som hos äldre barn och vuxna. Irritabilitet och slöhet hos ett högfebrilt spädbarn bör inge misstanke om meningit, även om tydligt ökad fontanellspänning eller nackstelhet inte föreligger. Vid oklar infektion bör därför lumbalpunktion göras på vidare indikation i denna åldersgrupp.

Den 5 maj förelåg skäl att misstänka att pojken kunde ha bakteriell meningit. Barnmedicinaren får en erinran. ■

## Såväl medicinsk som juridisk klyfta i HSAN

**Ansvarsnämnden är djupt oenig i sitt beslut i den förra artikeln. Det gäller såväl medicinskt som juridiskt.**

Nämndens majoritet faller barnmedicinaren. Det sker med stöd av två läkare, dels föredragande och dels en sakkunnig i ärenden om pediatrik.

Två andra läkare, som sitter i nämnden i detta fall, vill däremot fria barnmedicinaren. Båda menar att någon påföljd

inte ska utdelas eftersom det inte visats att det var fel att inte göra lumbalpunktion.

Rättens ordförande Annika Marcus, som är jurist, vill också fria barnmedicinaren, men på en helt annan grund.

Hon delar majoritetens medicinska bedömning, som alltså går stick i stäv mot Socialstyrelsens, men hävdar med hänvisning till rättspraxis att det inte är rimligt att ge barnmedicinaren en disciplin

plinpåföljd. Hon skriver bland annat:

»Med hänsyn till den rättspraxis som utvecklats vid överprövning av ansvarsnämndens beslut finner jag – i det läge att de båda myndigheterna har så olika uppfattning i den centrala sakfrågan – det inte vara rimligt att ålägga barnmedicinaren någon disciplinpåföljd.

Enligt min mening bör därför anmälan lämnas utan åtgärd gentemot honom.« ■

## Förskrev medicin som kräver personlig kontakt utan att träffa sin unga patient

**En psykiater förskrev Seroscand, vilket krävde noggrann bedömning och uppföljning genom personlig kontakt, till sin unga patient – utan att träffa henne. Dessutom visade hans journalföring stora brister. (HSAN 2910/06)**

Patienten insjuknade i tonåren med ätstörningsproblem och hade kontakt med

den barn- och ungdomspsykiatriska vården. I augusti 2004 inledde hon, 17 år ung, på grund av depression en kontakt med den vuxenpsykiatriska vården. Hon fick tabletter fluoxetin. Hon hade sedan samtalskontakt med kliniken.

Den 31 juli 2005 togs hon in vid sjukhuset och vårdades på grund av depression till den 16 augusti. Den 7 september

blev hon inlagd på grund av intoxication och vårdades vid sjukhuset fram till den 5 oktober 2005. Hon har därefter haft fortsatt samtalskontakt vid den psykiatriska kliniken. Patienten anmälde i höstas en avdelningschef, en verksamhetschef samt en psykiater. De två första frias varför vi bara följer psykiatern.

Enligt anmälan hade psykiatern bland

annat den 26 november 2004 skrivit ut läkemedel en vecka efter patientens överdosering utan att träffa henne.

Han hade felbedömt hennes vårdbehov när han upprepade gånger inte tillgripit tvångsvård fast hon uppvisat självdestruktivt beteende. Dessutom hade han brustit i journalföringen.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av psykiatern.

### »Avsevärd förbättring«

Denne berättade att patienten inledde poliklinisk behandling hos en skötare den 9 augusti 2004.

Han träffade själv patienten vid detta tillfälle och bedömde att hon behövde behandling med ångestdämpande/anti-depressiv medicinering (fluoxetin 10 mg dagligen), en behandling som tidigare diskuterats under behandlingskontakten vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken.

Patientens tillstånd diskuterades på en behandlingskonferens den 30 augusti och han beslutade då att öka dosen fluoxetin till 20 mg dagligen.

Under de polikliniska kontakterna med skötaren under hösten 2004 redovisade patienten en avsevärd förbättring av sitt psykiska hälsotillstånd.

### Planen fungerade inte

Dock berättade hon vid sitt besök den 7 december 2004 att hon några veckor tidigare intoxikerat sig. Det hade de på kliniken inte fått veta vare sig via patienten, anhöriga, medicinakuten eller den psykiatrijour hon uppsökt i anslutning till intoxicationen.

Bedömningsanteckningen den 19 november kom inte till hans kännedom när han förnyade receptet på Seroscand den 26 november.

Den uppgjorda planen den 7 december om besök var fjortonde dag fungerade inte. Patienten uteblev eller ringde återbud och kontakten med skötaren sköttes mestadels per telefon.

Anmälan avsåg också slutenvårdsbehandlingen och uppföljning via öppenvård under hösten 2005.

Psykiatern uppgav att han var behandlingsansvarig läkare för patienten från den 8 augusti 2005. Den 12 augusti bedömdes att patienten inte borde vistas utanför avdelningen utan sällskap av anhöriga eller personal, vilket hon accepterade. Psykiatern bedömde också att om

patienten begärde sig utskriven, skulle man ta ställning till om konvertering till vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) var påkallad.

Det finns ingen möjlighet att kontrollera patienternas tillhörigheter eller kroppsvisitera patienter som vårdas enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Ställningstagande till vård enligt LPT gjordes av psykiatern den 6 september 2005, av en överläkare den 11 och av psykiatern den 22 och 27 september. Det finns ingen möjlighet att tvångsvårda patienter som inte uppfyller kriterierna för vård enligt denna lag.

Psykiatern framhöll att det är känt att ungdomar inte så lätt låter sig styras i en poliklinisk kontakt utan avbryter kontakten och uteblir från uppgjorda möten.

Ansvarsnämnden konstaterar att sjukhuset inte haft bristande vårdrutiner. Det finns därför ingen anledning att kritisera avdelningschefen och verksamhetschefen.

Psykiatern skrev den 26 november 2004 till patienten ut recept på Seroscand utan att ha träffat henne. Detta trots att hon en vecka tidigare sökt akut på grund av intoxication med antidepressiva läkemedel och alkohol samt självdestruktivt beteende.

Sådan medicinering kräver noggrann bedömning och uppföljning genom personlig kontakt. Läkemedlet är inte helt ofarligt och har vissa biverkningar.

### Uppgiften fanns i journalen

Även om psykiatern uppgivit att han inte varit informerad om akutbesöket när han utfärdade receptet har information om det varit tillgänglig i journalen.

Vid vårdtillfället i augusti 2005 träffade psykiatern patienten den 8 augusti. Journalen vid den kontakten innehåller inget ställningstagande till suicidrisk eller bedömning av psykiatrisk status i övrigt samt saknar överväganden kring fortsatt vård och behandling.

Den fortsatta kontakten under vistelsen på vårdavdelningen var enligt journalen ytterst sporadisk och journalen saknar uppgift om utskrivningssamtal.

Dock finns en epikris över vårdtiden, som avslutades den 16 augusti 2005, men den är signerad först den 29 oktober 2006 – det vill säga efter det att Ansvarsnämnden infordrat journalen.

Vid nästa intagning på sjukhuset den 7 september 2005 träffade psykiatern en-

»Journalen vid den kontakten innehåller inget ställningstagande till suicidrisk eller bedömning av psykiatrisk status i övrigt samt saknar överväganden kring fortsatt vård och behandling.«

ligt journalen patienten först den 22 september.

Eftersom han var ansvarig läkare var detta oacceptabelt, inte minst med tanke på att flera allvarliga incidenter inträffat under vårdtiden, till exempel rymningar och drogintag.

Inte heller fortsättningsvis framgår av

journalen att psykiatern tagit aktiv del av vården eller träffat patienten personligen. Från utskrivningen från sjukhuset den 5 oktober 2005 saknar journalen anteckning om utskrivningssamtal.

Sammanfattningsvis har psykiatern brustit i sin kontakt med patienten och i journalföringen. Han får en varning. ■

# Journalförde inte undersökning och bedömning – varnas

## En doktor varnas för att han inte journalförde sin undersökning eller bedömning av patienten. (HSAN 3192/05)

En 86-årig kvinna hade fått diarré i samband med antibiotikabehandling i september 2005. Den 6 oktober uppsökte hon vårdcentralen på grund av smärta i stolgången och domningar i benen.

Hon undersöktes av en läkare, som antecknade i journalen att patienten hade sökt för blödning från stolgången i mars–april 2005 och att hon blivit proktoskoperad och fått medicin mot hemorrojder. Läkaren fann en misstänkt förändring i ändtarmen och remitterade patienten för fortsatt utredning. Patienten avled den 29 januari 2006.

Hon anmälde en doktor och en distriktsläkare för felbehandling bland annat den 4 mars, samt den 4 och 10 maj 2005. Hon menade att någon ordentlig undersökning inte kunde ha gjorts den 4 mars eftersom man då ställde diagnosen hemorrojder. Rätt diagnos var en tumör, som ställdes efter röntgen den 18 oktober. Rätt diagnos hade fördröjts med cirka sju månader.

### Anteckningar saknades

Ansvarsnämnden läste patientjournalen. I den saknades anteckningar från de anmälda besökstillfällena den 4 mars samt den 4 och 10 maj.

Doktorn uppgav att han inte hade tillgång till journalen men att all nödvändig information torde framgå av den. I övrigt hade han inte något att tillägga.

Distriktsläkaren uppgav att det av journalhandlingarna inte framgick när hon varit i kontakt med patienten.

Sedan patienten lämnats tillfälle att yttra sig över utredningen har hennes dotter berättat att modern avlidit och att anmälan vidhålls. Dottern har också undrat om det inte finns några journalanteckningar från den 4 mars samt den 4 och 10 maj 2005.

Verksamhetschefen vid vårdcentralen

hänvisade till att patienten enligt anmälan hade besökt vårdcentralen den 4 mars 2005. Enligt deras journalhandlingar hade patienten ankomstregistrerats den dagen för besök hos doktorn. Men det fanns ingen journalanteckning från besöket. Däremot fanns en journalanteckning från den 7 mars då patienten varit i telefonkontakt med doktorn.

Den 4 maj och 10 maj 2005 fanns inte registrerade vare sig som besök eller telefonkontakt med vårdcentralen.

### PM om vikten av dokumentation

I vårdcentralens introduktionspärm för nyanställda läkare och vikarier finns PM om vikten av att dokumentera alla kontakter med patienten. Det senaste är upprättat den 19 september 2005. De tidigare dokumenten är tyvärr inte daterade, men är av mycket äldre datum, uppgav verksamhetschefen.

Det finns även ett utdrag ur Patientjournallagen i introduktionspärmen.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten ankomstregistrerats för besök hos doktorn den 4 mars 2005 och att denne förskrivit Xyloproct åt henne den dagen. Hon hade också haft telefonkontakt med honom tre dagar senare. Däremot fanns inga anteckningar om att hon uppsökt eller haft telefonkontakt med vårdcentralen den 4 och 10 maj 2005.

### Journal ska föras

Det är således klarlagt att patienten uppsökte doktorn den 4 mars. Han hade dock inte journalfört sin undersökning eller bedömning av henne den dagen. Han hade därigenom av oaktamhet åsidosatt sina skyldigheter enligt 1 och 3 §§ Patientjournallagen, enligt vilken patientjournal ska föras vid vård av patienter. Han får en varning.

Utredningen har inte kunnat klarlägga om distriktsläkaren haft kontakt med patienten under den tid som avses i anmälan. Anmälan mot henne kan därför inte leda till disciplinpåföljd. ■

Tidigare bröstcancerpatient med nytillkomna besvär utan rimlig förklaring:

## Skelettmastaser måste uteslutas eller bekräftas

**Om en tidigare bröstcancerpatient söker för nytillkomna besvär som saknar rimlig förklaring måste en misstanke om skelettmastaser uppkomma och utredas. (HSAN 3324/06)**

En kvinna hade opererats för bröstcancer såväl 1981 som 1990. Under perioden maj–november 2005 sökte hon, 73 år gammal, flera gånger sin familjeläkare för ont i ryggen. En vanlig ryggröntgen visade inte någon skelettmastaser.

I januari 2006 sökte hon hjälp på ett universitetssjukhus där en magnetkameraundersökning (MR) avslöjade en skelettmastaser. Hon opererades.

Patienten anmälde familjeläkaren. Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande från familjeläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon menade att mot oron som patienten visade vid besöket den 25 maj talade att patienten inte var öm över själva skelettet eller ryggkotor. I stället ömmade

hon i musklerna bredvid ryggraden. Sänkan var 11 mm och leverprov normala.

En lunggröntgen med frågeställningen metastas gjordes. Man fann inga metastasmisstänkta förändringar i vare sig lungor eller skelett.

I hennes landsting får distriktsläkare beställa MR, men köerna är långa och man måste prioritera hårt för att de inte ska bli ännu längre. Om hon hade funnit något som ingav misstanke om metastas hade hon beställt MR, underströk familjeläkaren.

### Inget ingav misstanke om metastas

Den 2 november hade patienten mer ont. Detta var dock i anslutning till en förkylning med hosta. Enligt journalen hade patienten dessutom ramlat och slagit ryggen. Inte heller nu ömmade patienten distinkt över ryggkotorna utan över musklerna bredvid.

Sänkan var 15 mm och Hb 140. Fortfarande fanns alltså ingenting som ingav

misstanke om metastas, hävdade familjeläkaren.

Ansvarsnämnden framhåller att om en bröstcancerpatient söker för nytillkomna besvär som saknar rimlig förklaring måste en misstanke om skelettmastaser uppkomma och utredas. Det hade inte kommit fram något som talade för att patienten före besöken 2005 hade haft återkommande ryggbesvär av godartad natur.

### Ska uteslutas eller bekräftas

En vanlig slätröntgen i ett tidigt skede utesluter inte skelettmastaser, utan ytterligare undersökning måste göras med exempelvis MR.

Patienten sökte för ryggsmärtor i maj, juni och november 2005. Då smärtorna inte klingade av borde familjeläkaren ha övervägt om inte besvären kunde härröra från metastasering och genom fler undersökningar ha uteslutit eller bekräftat diagnosen. Hon får en erinran. ■

## »Vid ändrade avföringsvanor eller långvarig diarré måste tjocktarmscancer misstänkas«

**När en patient söker för ändrade avföringsvanor eller långvarig diarré måste tjocktarmscancer misstänkas. (HSAN 3307/06)**

På grund av diarré sedan 3–4 veckor sökte en 45-årig man sin husläkare, som undersökte honom och tog blodprov. Vid ett återbesök två veckor senare berättade patienten om nattliga besvär och utredningen utvidgades.

Vid ett nytt besök efter drygt fyra månader fick han en remiss för koloskopi, som gjordes två månader senare och visade en tumör i ändtarmen.

Patienten anmälde husläkaren. Han sökte på grund av blodblandad avföring och misstänkte själv en tumör.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttrande av husläkaren, som ansåg att han inte hade gjort något fel.

Patienten sökte första gången för diarré efter en utlandsvistelse och förhållanden som kom fram ledde till misstanke

om att det rörde sig om turistdiarré. Inga alarmerande symtom framkom och den grundläggande utredningen gav ingen misstanke om något avvikande.

Vid samtalet fanns olika funderingar där även colon irritabile övervägdes.

Man brukar inte göra en rektalpalpation när man misstänker infektionsutlösta diarréer. Eftersom husläkaren misstänkte en infektiös orsak bakom besvären genomfördes provtagning avseende det. Gastroenterologer brukar vilja ha detta utrett innan remiss till koloskopi skrivs, hävdade han.

### »Visade normal bild«

Vid besök 2 verkade patienten må bättre men vidare blodprovstagning genomfördes med tarmbesvär i åtanke. Proven visade en normal bild. Vid besök 3 beskrev patienten avföringen som slemmig och remitterades då till gastroenterologsektionen. Det gav en utredningstid hos honom på fyra månader, påpekade huslä-

karen, och lade till att det sedan tog två månader innan patienten undersöktes med anledning av remissen.

Husläkaren framhöll att utredningsgången inom primärvården inte alltid går rakt mot målet om bilden inte är väldigt tydlig. Det kan kännas underligt för den patient som drabbas när han eller hon till sist får det slutliga svaret.

### Borde undersökt per rektum

Ansvarsnämnden påpekar att vid ändrade avföringsvanor eller långvarig diarré måste tjocktarmscancer misstänkas.

Eftersom det rörde sig om långdragna besvär skulle husläkaren ha undersökt buken och undersökt per rektum.

Han borde också ha undersökt eventuell förekomst av blod i avföringen samt ordnat med uppföljning.

Han borde i remissen ha angivit vilka undersökningar av vikt han gjort respektive inte gjort, till exempel undersökning per rektum. Han får en varning. ■