

inte minst som han själv menade att symtomen på grund av patientens allmäntillstånd var svårbedömda.

– Distriktsläkaren framhöll att han inte kunde lastas för att patienten inte togs tillbaka till vårdcentralen under de veckor i december–januari då han själv hade semester.

Socialstyrelsen instämde i detta och uppmanade i sitt Lex Maria-beslut de verksamhetsansvariga vid det särskilda boendet att göra en översyn av rutinerna

för handläggning av patienter som fallit.

– Distriktsläkaren träffade patienten igen den 16 januari. Patienten hade fortfarande smärta och kunde inte stå själv. Läkaren hänvisade i denna del till en rutin på röntgenavdelningen vid sjukhuset för icke akuta röntgenundersökningar, där inremitterande läkare ska ange inom vilket tidsintervall röntgen önskas.

Med föreliggande anamnes och fynd borde läkaren ha skickat patienten för akut röntgen i stället för att på remissen

ange »inom en vecka«, kritiserade Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden gör i stort samma bedömning som Socialstyrelsen. Omvårdnadsuppgifterna och statusfynden som fanns den 28 december 2005 gav skäl att misstänka en fraktur.

Vad som framkom vid det besöket borde därför ha föranlett en remiss till akut röntgenundersökning. Detsamma gäller i än högre grad vid besöket den 16 januari. Distriktsläkaren får en varning. ■

Trots viktminskning och ökande bukomfång gavs enbart symtomatisk behandling

Ingen grundlig bukundersökning gjordes – patienten hade levercancer

Kvinnan minskade i vikt men blev samtidigt kraftigare om magen. Trots det ordinerade doktorn enbart symtomatisk behandling. Besvären visade sig bero på levercancer. (HSAN 1735/06)

Den 74-åriga kvinnan sökte den 11 november 2005 vårdcentralen på grund av blod i urinen. Doktor A konstaterade tecken till bakterier och vita blodkroppar i urinen och ordinerade behandling mot urinvägsinfektion.

Den 6 december sökte patienten åter vårdcentralen och fick träffa doktor B. Hon berättade att hon minskat 3–4 kg i vikt under några veckor, men att hon samtidigt blivit kraftigare om magen. Hon hade kontinuerlig värk och smärthugg i buken. Hon var dessutom trött och hade flera avföringar per dag.

Hade levercancer – avled

Vid undersökningen ömmade bukens högra nedre del. B bedömde att det fanns en förhårdnad i buken, vilket kunde vara ett sedan tidigare känt bukväggsbräck. Initialt togs prov, och det bestämdes att man skulle gå vidare med utredningen beroende på provsvaren. På grund av dyspepsi ordinerades magsårsläkemedlet Omeprazol.

Vid akutbesök på vårdcentralen den 9 december hade patienten obehag både nedtill och upptill i buken med sugningar, rapningar och halsbränna. Doktor C fann vid undersökningen inga patologiska förändringar över buken. Han skrev ut mer Omeprazol.

Vid uppföljning per telefon konstaterade doktor B att patienten mådde bättre. Sänkan hade sjunkit och B funderade kring behovet av att göra en gastroskopi. Vid samtal den 19 december kvarstod

förbättringen, och det bestämdes att återbesök skulle ske i januari.

Den 15 december talade patienten med en sköterska som uppmanade henne att ta Alvedon. Därefter följde en del telefonsamtal till sköterskan, där det framgick att magbesvären förvärrades.

Patienten undersöktes därför av sin ordinarie läkare på vårdcentralen den 29 december och hon remitterades akut till lasarett. Där bokades bland annat en cystoskopi till den 10 januari 2006. På grund av gulsot lades patienten in på lasarett den 8 januari.

Hennes besvär utreddes under tiden januari–februari. I mitten av februari konstaterades en levercancer. Patienten avled en månad senare. Hennes dotter anmälde personal på vårdcentralen och lasarettet.

Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och yttranden av fem läkare, som alla bestred att de gjort fel. Fyra frisas, varför vi lämnar dem.

Huggande smärta

Doktor B berättade att patienten sedan tidigare hade en känd tablett- och insulinbehandlad diabetes. Patienten uppgav vid besöket den 6 december att hon hade besvär med värk i magen sedan några veckor tillbaka. Hon uppgav att värken var kontinuerlig, men hon hade även besvär med huggande smärta av och till.

Patienten tyckte att hon blivit något

tjockare om magen, tröttare och enligt hennes egen uppgift hade hon troligen gått ned 3–4 kg i vikt de senaste veckorna.

Hon förnekade besvär med avföring eller urin. Besvären hade börjat efter en tidigare antibiotikabehandling mot urinvägsinfektion.

Vid undersökningen framkom viss ömhet i magens nedre delar samt även under det högra nedersta revbenet. B fann även en mindre resistens i mitten av buken som hon tolkade som ett tidigare känt bukväggsbräck.

Hon bedömde att besvären berodde på en oklar bukåkomma, och planerade att starta en utredning med i första hand provtagning.

»Var helt opåverkad«

Patienten var vid besöket helt opåverkad, och det fanns ingen anledning att driva en fortsatt utredning akut, menade B. De enades om en telefonkontakt den kommande veckan. Patienten informerades även om möjligheterna att söka akut vård om besvären blev värre.

Vid telefonkontakten den 12 december fick patienten veta svaren på laboratorieproven.

Nämnavert var att hennes sänka och de vita blodkropparna var lätt förhöjda. Sänkan hade dock under dessa dagar sjunkit från 59 till 44. Leverproven och F-Hbx3 var normala. Det framkom även att hon blivit något bättre av Omeprazol,

»Patienten uppvisade allvarligt symtom i form av viktminskning i kombination med tilltagande bukomfång. Trots detta ordinerade B enbart en symtomatisk behandling med magsårsmedicin och Alvedon – utan att göra en grundlig bukundersökning för att fastställa orsaken till besvären.«

som hon använt några dagar. B tolkade trots allt besvären som beroende på dyspepsi. De enades om att avvakta ytterligare några dagar för att se effekten av Omeprazol.

Den lätt förhöjda sänkan såg B som tecken på en oklar infektion eller inflammation som förbättrats. Hon fann ingen orsak till att patientens tillstånd skulle ha krävt omedelbar utredning. Patienten hade tidigare förnekat feberepisoder, besvär med avföringen samt svår smärta.

Vid telefonkontakten den 19 december framkom att patienten blivit bättre då hon använt paracetamol. Hon fick då även ett recept på Omeprazol att använda vid behov. Hon uppgav att hon hade effekt av dessa.

»Planerade utredning«

Vid detta tillfälle ordnades även ett återbesök till B så fort tillfälle fanns. B planerade att starta en utredning av mag-tarmkanalen. Denna återbesökstid

blev sedan tidigarelagd till den 2 januari, men användes inte då en kollega skrev en akut remiss till kirurgkliniken på lasarettet, uppgav B.

Ingen grundlig bukundersökning

Ansvarsnämnden konstaterar att doktor B träffade patienten vid ett akutbesök, och att hon vid två tillfällen hade telefonkontakt med henne.

Patienten uppvisade allvarligt symptom i form av viktminskning i kombination med tilltagande bukomfång. Trots detta ordinerade B enbart en symtomatisk behandling med magsårsmedicin och Alvedon – utan att göra en grundlig bukundersökning för att fastställa orsaken till besvären.

En tidigare upptäckt av cancersjukdomen hade sannolikt inte ändrat sjukdomsförloppet som sådant. B har dock genom den bristfälliga undersökningen av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter.

Det renderar henne en varning. ■

annons

Undermålig undersökning av patient med andningsbesvär

Led av obstruktivitet, njursvikt, hjärtinfarkt och diabetes

Distriktsläkarens undersökning av patienten med andningsbesvär var undermålig. Nästa dag upptäcktes obstruktivitet, njursvikt, hjärtinfarkt och diabetes mellitus. (HSAN 3656/06)

Den 56-årige mannen hade besökt vårdcentralen sedan år 2002 för trötthet och domningar i händerna. Detta hade bedömts som psykiska besvär.

Trots att man under hela tiden hade förskrivit årsrecept på såväl blodtrycksmedicin som medicin mot obstruktivitet, hade man inte vid något tillfälle gjort en allmän undersökning eller kontrollerat blodtrycket.

Blodvärde och blodsocker kontrollerades år 2002.

Även njursvikt och liten hjärtinfarkt

Patienten, kraftigt överviktig, sökte akut på vårdcentralen den 4 augusti 2006 på grund av andningsbesvär. Distriktsläkaren lyssnade på hans lungor och bedömde därefter tillståndet som oklart.

Han gav en akutdos kortisonpiller med temporär förbättring och skrev ut recept på Voltaren. Ingen indikation för detta noterades i journalen.

Den 5 augusti togs patienten in på

sjukhus med uttalad andningspåverkan. Tillståndet bedömdes primärt som obstruktivitet.

Patienten hade också njursvikt och en liten hjärtinfarkt. På sjukhuset upptäcktes även att han hade diabetes mellitus.

Patienten anmälde distriktsläkaren. Vid besöket på vårdcentralen med akut andnöd beskrev han för läkaren att det kändes som om han höll på att »drunkna«. Läkaren lyssnade på lungorna och frågade om han var rökare. Blodtrycket togs över huvud taget inte.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och hämtade in yttrande av distriktsläkaren.

Denne berättade att han träffade patienten endast vid ett tillfälle och att han inte kunde erinra sig besöket. Därför hänvisade han till journalen.

Undersökningen undermålig

Ansvarsnämnden menar att distriktsläkarens undersökning av patienten var undermålig.

Han hade inte närmare förhört sig om det akuta insjuknandet och trots kännedom om patientens hypertoni underlät att undersöka dennes hjärta och blodtryck. Han får en varning. ■