

journalföringen varit bristfällig. Länsrätten konstaterade att Socialstyrelsen i sin utredning sagt att uppgifter om överfall av en patient är väsentlig information för vidare vård och skall dokumenteras i journalen. Det hade emellertid inte psykiatern gjort, vilket var fel.

Hon fick en erinran.

Psykiatern överklagade den fällande domen till kammarrätten. Socialstyrelsen biföll överklagandet.

Psykiatern hävdade att hon hade gjort en farlighetsbedömning av kvinnan och

placerat henne på en enhet där hon hade ständig övervakning. Hon kunde inte som bakjour ha förhindrat misshandeln eftersom rutinerna frångicks genom att patienterna en kort stund lämnades ensamma, hävdade psykiatern.

Hon bestred också att hon inte skulle ha sett till att journalanteckningarna gjordes tillräckligt noggrant. Det hade skötts enligt klinikens rutiner, menade hon.

Socialstyrelsen gjorde samma bedömning som tidigare, att psykiatern va-

rit oaktksam genom att inte närmare utreda risken för farlighet hos kvinnan och inte se till att mannen hade fullgott skydd. Även angående bristen i journalföringen var Socialstyrelsen kritisk.

Socialstyrelsen framhöll dock att fe- len var ursäktliga och menade att de där- för inte skulle leda till disciplinpåföljd.

Kammarrätten går på samma linje som Socialstyrelsen såväl i fråga om kri- tiken som ifråga om ursäktligheten. Psykiaterns disciplinpåföljd från läns- rätten undanröjs. •

Distriktsläkarens behandling och uppföljning av patienten var adekvat – därför frias han

En distriktsläkare varnades av HSAN sedan en kvinna han skickat hem hade dött i hjärt- svikt. Men länsrätten anser att HSAN inte hade fog för sitt be- slut och friar honom.

■ Vi berättade om fallet i Läkar- tidningen 20/2004, HSAN 2616/03. En storrökande, överviktig 62-årig kvinna sökte doktorn sedan hon plötsligt fått underbensvullnad och tungandning.

Distriktsläkaren uppgav att han på grund av kvinnans relativt opåverkade allmänstatus och de fynd, eller brist på fynd, han gjorde bedömde att prover och hjärt-lungröntgen inte behövde ordnas direkt. Det var också orsaken till att han bedömde att patienten inte behövde läg- gas in.

Ansvarsnämnden menade att uppgif- terna i kvinnans sjukhistoria och fynden vid den fysikaliska undersökningen var förenliga med hastigt uppkommen hjärt-

svikt. EKG visade tydliga tecken på bakväggsinfarkt. Nämnden var också kritisk mot att ingen uppföljning plane- rades. Läkaren borde ha lagt in kvinnan på sjukhus menade Ansvarsnämnden och varnade honom.

Distriktsläkaren överklagade beslutet. Socialstyrelsen inhämtade ett ex- pertutlåtande och biföll överklagandet.

Distriktsläkaren påpekade att det klart av journalen framgick att uppfölj- ningen var planerad och att patienten skulle höra sav sig om hon blev sämre.

»Kritiken obefogad«

Han påpekade också att enligt Ansvarsnämnden visade EKG tydliga tecken på bakväggsinfarkt gavs den vätskedrivande terapin i otillräcklig dos planerades inte någon uppföljning samt var vård på sjukhus indicerad.

Distriktsläkaren hänvisade till ett ut- låtande av konsultläkaren Ulf Ch Théen, som ansåg att stora delar av Ansvarsnämndens kritik var obefogad.

Länsrätten framhåller att som Social- styrelsen konstaterat var värderingen av hjärtinkompensationens svårighetsgrad av stor vikt för bedömningen av om di- striktsläkaren åsidosatt sina skyldighe- ter eller inte.

»Hade inte fog för sin bedömning«

Konsultläkaren delade inte Ansvarsnämndens bedömning att sjukhistorien och de fysiologiska fynden borde lett till sjukhusvård. Han ansåg inte heller att det sågs några klara tecken på hjärtsvikt i EKG, säger länsrätten..

Socialstyrelsen bedömde efter att ha hört specialisten i allmänmedicin, Per Kristiansson, att det med den informa- tion distriktsläkaren fångade var rimligt att denne bedömde att en mer stabil hjärtinkompensation förelåg. Den före- slagna behandlingen och uppföljningen föreföll adekvat.

Ansvarsnämnden hade inte fog för sin bedömning, anser länsrätten och un- danröjer distriktsläkarens varning. •

Kvinna med besvär från nedre urinvägarna gick hos ett flertal läkare

Anmärkningsvärt att ingen urinodling togs på två år

Det är anmärkningsvärt att kvin- nan gått med besvär från nedre urinvägarna hos ett flertal läkare i två års tid utan att urinodling tagits. Det konstaterar An- svarsnämnden och fäller två uro- loger. (HSAN 1372/04)

■ Den 33-åriga kvinnan insjuknade år 2000 med sveda, brännande värk och täta urinträngningar. Under våren 2001 uppsökte hon upprepade gånger huslä-

kare för sina besvär. I maj 2001 under- söktes hon av urolog A.

Denne uppfattade att besvärerna be- rodde på uretrit. Kvinnan fick sedvanlig lokalbehandling med vidgning av urin- röret, kombinerat med kortisonsalva lo- kalt. Urinprov visade inte något onor- malt. I juni utredde han henne med cys- toskopi och fann en retningsfri blåsa och »lätt uretritbild«.

Fram till juni 2002 fick hon fortsatt lokalbehandling och urinprover togs. Periodvis kombinerades behandlingen

med kortisontabletter och akupunktur.

I juli 2002 uppsökte kvinnan urolog B för »second opinion«. Man diskutera- de då att bakterieinfektion och muskel- kramp kunde vara orsaken till hennes besvär. Man beslöt att avvakta resultatet av akupunkturbehandlingen.

I september satte en annan läkare in behandling med Lexinor, en behandling som förlängdes av urolog B i september och oktober.

B ordinerade också Flagyl och Azitromax som fortsatt behandling av

bakteriell uretrit, men detta gav inte önskat resultat.

I januari 2003 togs urinodling på en vårdcentral. Den visade växt av enterokocker. Sedan behandling med Amimox satts in blev kvinnan av med det mesta av sina besvär.

Kvinnan anmälde urologerna A och B för att de inte tagit urinodling.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler och tog in yttrande av de anmälda urologerna, som båda bestred att de skulle ha gjort fel.

Fann bild av uretrit

A berättade att kvinnans besvär urologiskt bestod i trängningar och uretral sveda. Cystoskopi utfördes och vid denna fann man en lätt bild av uretrit. Det förelåg inget tumörmisstänkt. Urinprov var negativt.

I samråd med patienten igångsattes en serie behandlingar i lokalanestesi med Xylocain gel. Man vidgade lätt urinröret med hjälp av Haegarstift samt lokalbehandlade urinrörets slemhinna med salva Kenacort. Patienten gick på regelbundna täta behandlingar hösten 2001 samt våren 2002. Vid samtliga tillfällen togs urinprov, som alla var utan

anmärkning. Inte vid något tillfälle framkom någon misstanke om urinvägsinfektion, uppgav urolog A. Då hon hade tilltagande besvär på senvåren 2002 kompletterades behandlingen med instillation av silverklorid i urinblåsan.

A uppgav också att han bland annat remitterade patienten till en kvinnoklinik för bedömning och eventuell samtalsterapi. Enligt remissvar i september 2002 hade patienten förbättrats och det fanns inte något behov av ytterligare insatser för närvarande.

»Föreföll inte sannolikt«

Urolog B förklarade att han inte lät göra någon urinodling med att det enligt hans erfarenhet inte är möjligt att hitta bakterier i urinen även om man har en bakteriell infektion i urinröret. För att bakterier skall finnas i urinen krävs att blåsan är infekterad.

Han uppfattade inte kvinnans symptom som cystit varför han inte föreslog någon urinodling. Han uppfattade också att hon tidigare hade haft samma symptom men inga bakterier i urinen, sa B.

Han kunde naturligtvis inte utesluta att det hade funnits möjligheter att få fram bakterier med en urinodling, men

det föreföll inte sannolikt. Att kvinnan senare fick bakterier i urinen förvånade honom inte, han var hela tiden inne på att det var en bakteriell infektion, uppgav urolog B.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att urolog A utrett kvinnans besvär med bland annat urinprov (»sticka«) och uretrocytoscopi och med det som underlag ställt diagnosen uretrit och behandlat henne för detta. Urinsticka för bakterier fångar emellertid enbart ca 70 procent av bakterierna vid bakteriell blåskatarr. Urolog B godtog A:s utredning och diskuterade alternativa behandlingsmetoder.

Det är anmärkningsvärt att kvinnan gått med besvär från nedre urinvägarna hos ett flertal läkare – däribland urologerna A och B – i två års tid utan att urinodling tagits.

A borde i vart fall ha tagit sådan odling vid någon av de kontakter han hade med kvinnan sedan den 17 maj 2002. Detsamma gäller beträffande B vid något av de tillfällen han träffade henne sedan den 1 juli 2002. Deras fel ger dem var sin erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. •

Misstänkt subaraknoidalblödning måste undersökas akut för att bekräfta eller utesluta tillståndet

Om man misstänker en subaraknoidalblödning måste man utföra akuta undersökningar som bekräftar eller utesluter tillståndet. Det kan snabbt bli livshotande och är behandlingsbart. (HSAN 1741/04)

Den 61-årige mannen fick plötsligt kring midnatt natten till den 10 juni 2004 magsmärta, huvudvärk, smärta i nacken och kräkningar. Han undersöktes efter cirka en timme på akutmottagningen vid sjukhuset av en underläkare, som efter att hon konsulterat sin bakjour beslöt att låta patienten återvända hem med rådet att komma tillbaka om han blev sämre.

Återkom efter tre dagar

Patienten återkom tre dagar senare eftersom han hade fortsatt att ha huvudvärk och kräkts. Utredning med skiktröntgen visade att han fått en subaraknoidalblödning och han opererades.

Mannens son anmälde ansvarig läkare för felbehandling av fadern den 10 juni 2004. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av den in-

ternmedicinare som var ansvarig för medicinakuten vid det tillfället.

Internmedicinaren berättade att patienten genomgick en grundlig neurologisk undersökning. Efter den fanns det två sannolika diagnoser att välja på, mindre subaraknoidal blödning alternativt gastroenterit, bedömde han.

Kunde inte uteslutas

Under observationstiden på akutmottagningen förbättrades patienten spontant. Han skrevs därför hem med instruktion att komma tillbaka snarast om tillståndet fortsatte eller förvärrades eftersom en subaraknoidal blödning av mindre storlek inte kunde uteslutas trots helt normala undersökningsfynd.

Under sina år på akuten hade internmedicinaren ställts inför ett flertal liknande fall nattetid där han gjort likadant. Detta hade sin grund i konstant platsbyst och avsaknad av direkt tillgång till förfina undersökningsmetoder nattetid, trots att sjukhuset utger sig ha universitetsstatus, kritiserade internmedicinaren.

Han framhöll samtidigt att detta inte var någon ursäkt för det som hänt utan en realitet som de på akutmottagningen

på sjukhuset levte med och lever under i dagsläget.

Bedömning och beslut

Internmedicinaren uppgav, påpekar Ansvarsnämnden, att patienten bedömdes kunna ha fått en mindre subaraknoidalblödning alternativt en mag-tarminfektion. Han berättade att skiktröntgen inte gick att få utförd nattetid på en patient med misstänkt subaraknoidalblödning utan neurologiska fynd. På grund av platsbyst fick patienten återvända hem med beskedet att han skulle återvända till sjukhuset om huvudvärken kom tillbaka.

Ansvarsnämnden trycker på att om man misstänker en subaraknoidalblödning måste man utföra undersökningar akut som bekräftar eller utesluter tillståndet. Det kan snabbt bli livshotande och är behandlingsbart.

Internmedicinaren kunde ha utfört en lumbalpunktion eller behållit patienten på akutmottagningen till morgonen, det vill säga till sjutiden, då han säkert fått datortomografiundersökningen utförd. Av utredningen framgår således att handläggningen var felaktig.

Internmedicinaren får en varning. •