

Kattbiten gavs fel penicillin – fick ledinflammation och bende- destruktion

Allmänläkare bör ha kännedom om aktuella behandlingsrekommendationer

Ett kattbett kan ofta leda till infektion av bakterien Pasteurella multocida. Infektionen, som kommer snabbt, bör initialt behandlas med antibiotika som bakterien är känslig för. Lämpliga antibiotika är framförallt amoxicillin och klavulansyra. (HSAN 116/07)

Den 49-åriga kvinnan blev biten av en katt och sökte den 22 september 2006 sin husläkarmottagning. Hon träffade husläkare A, som förskrev antibiotika, Heracillin.

Vid återbesök den 4 oktober uppvisade patienten fortfarande infektionstecken i form av svullnad över en knoge och fick på nytt antibiotika, Amoxicillin.

Hon blev inte bättre utan återkom till mottagningen den 12 oktober med svullnad och varsekretion.

Husläkare B förskrev då dubbel antibiotikabehandling, Dalacin och Flagyl. Patienten blev ändå inte bättre utan remitterades till sjukhus, där man den 24 oktober konstaterade ledinflammation och bende-
destruktion. Patienten anmälde båda husläkarna.

A, som vid hennes första besök inte visste hur han skulle behandla ett kattbett, borde till det andra besöket ha tagit reda på hur han skulle göra, ansåg hon.

B borde ha skickat henne till ny provtagning när han inte fick något provsvar från det första labtestet.

När hon slutligen kom till infektions-

kliniken vid sjukhuset visade det sig att hennes högra pekfingerknoge var »uppäten« av infektionen. Det hade inte blivit så om hon hade fått rätt behandling från början. Hon fick antibiotika och kommer sannolikt, när hon blivit av med infektionen, att få en plastknoge, kritiserade patienten.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från de anmälda.

A bestred att han skulle ha behandlat patienten fel. Han hänvisade till att enligt jourläkarboken ger man profylaktiskt Kävepenin eller Amimox vid kattbett på händer.

Han ordinerade Heracillin vid första läkarbesöket för att även täcka upp eventuella koagulasnegativa stafylokocker.

Då patienten återkom den 4 oktober utan nämnbar förbättring ordinerade han Amoxicillin, som är likvärdigt med Amimox, för att täcka upp misstänkt Pasteurellainfektion samt beställde odling.

»Kunde inte förutses«

B berättade att patienten, när hon kom till honom, hade ätit amoxicillin (Amimox) i åtta dagar utan påtaglig effekt på sårinfektionen.

En bakterieodling hade tagits vid förra besöket under pågående flukloxacillinbehandling (Heracillin). Denna odling visade primärt ingen bakterieväxt, men laboratoriet skulle förlänga odlingstiden

för att om möjligt få fram växt av infektionssalstrande bakterier, som kunde leda fram till den bästa antibiotikabehandlingen.

Han avstod från att ta en ny odling, då han inte kunde förväntas få någon växt av bakterier, vilket man för övrigt inte heller fick på sjukhuset enligt journalkopior från infektionskliniken.

Han motsatte sig den anmärkning som riktats mot honom för utebliven laboratorieundersökning. För övrigt ansåg han att det var en mycket tråkig utveckling av patientens sårinfektion, som han tyvärr inte kunde förutse.

Infektionen kommer snabbt

Ansvarsnämnden konstaterar att ett kattbett ofta kan leda till infektion av bakterien Pasteurella multocida. Infektionen, som kommer snabbt, bör initialt behandlas med antibiotika som bakterien är känslig för. Lämpliga antibiotika är framför allt amoxicillin och klavulansyra, som även är effektivt mot andra infektioner som kan uppstå i samband med kattbett.

Heracillin är däremot inte ett lämpligt alternativ, vilket även framgår av den jourläkarbok som A hänvisat till. Där rekommenderas amoxicillin vid infektion.

På grund av risken för komplikationer är ett kattbett i händerna särskilt angeläget att behandla snabbt och effektivt.

Allmänläkare bör ha kännedom om aktuella behandlingsrekommendationer, som även finns lättillgängliga bland annat via Internet. Vid osäkerhet bör man rådfråga en specialismottagning.

A och B får en erinran var. ■



Foto: Scanpix

Följde inte de nationella riktlinjerna för behandling av huggormsbett

Internmedicinaren borde direkt ha givit tydliga instruktioner om att den huggormsbitna kvinnans ben skulle observeras regelbundet och tagit upp en diskussion med Giftinformationscentralen angående serumbehandling. (HSAN 224/07)

Den 37-åriga kvinnan blev biten i höger häl av en huggorm den 3 juli. Hon kom vid 16.45-tiden till sjukhuset och behandlades med injektioner av kortison, antihistamin, stelkrampsvaccin och dropp.

Hon blev inlagd under kvällen. Blod-

prov kl 20.10 visade förhöjt antal vita blodkroppar, 23,1.

Under kvällen röntgenundersöktes kvinnans armar och man fann dubbelsidiga armbågsfrakturer. På grund av svullnad och lymfbaneinflammation på benet togs nästa dag kontakt med Giftin-

formationscentralen. Man föreslog behandling med serum och hon fördes med ambulans till ett länsjukhus.

Den 7 juli flyttades hon tillbaka till det första sjukhuset för vård för fortsatta besvär. Hennes högra underben var svullet och värkte. Den 11 juli skrevs hon ut till hemmet.

Allvarlig ormfobi

Kvinnan anmälde två internmedicinare vid det första sjukhuset för felbehandling under tiden 3–11 juli.

Hon var ute på sommarstugetomten när hon plötsligt kände en kraftig smärta i höger häl, såg sig om och upptäckte en huggorm. Hon har i hela sitt liv lidit av en allvarlig ormfobi. När hon såg huggormen och insåg att hon blivit ormbiten svimmade hon.

Hon föll handlöst och rullade utför en kortare sluttning, cirka tre varv enligt hennes 9-åriga dotter som var med. Dottern lyckades väcka mamman och hämtade pappan.

Kvinnan hade kraftig smärta i armarna och höger ben. De åkte till sjukhuset dit de kom omkring 20 minuter efter huggormsbettet, kl 16.35.

I sin anmälan framhöll kvinnan bland annat att ingen relevant medicinsk behandling sattes in.

Långdragna kräkningar

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden från de båda anmälda, som bestred att de gjort fel. Den ene frias därför vi lämnar honom.

Internmedicinaren berättade att han var primärjour den dagen klockan 9–19. Sjuksköterskan antecknade i akutjournalen: »Blivit ormbiten vid sommarstugan kl 16.15, illamående, kräks, ger ytterligare en liten dos Primperan«. Blodtrycket var 119/52, puls 127 slag och regelbunden, oxygensaturation 96 procent. Ur journalen framgick »stickmärke laterala delen av höger malleol som kan passa med ett huggormsbett«.

Någon svullnad av vaden noterades inte på akuten.

Tillståndet uppfattades som »huggormsbett hos person som har reagerat allergiskt, åtminstone mot geting« samt trauma och misstänkt fraktur i båda underarmarna.

Internmedicinaren ordinerade kortison. Patienten fick Primperan mot illamående kl 17.10 och 17.30, stelkramps-

vaccin och antihistamin. Hon fick också Navoban mot illamående kl 18.33 och dropp. Behandlingen med Navoban stoppade kräkningarna.

Internmedicinaren ordinerade en ny dos kortison – den gavs kl 21.15 enligt sjuksköterskesignatur.

Sedan gick internmedicinaren hem strax efter kl 19.00 men rapporterade till pågående juren och gav anvisningar till avdelningen. Svar på labprov kom kl 20.10. I sina kortanteckningar på baksidan av akutjournalen skrev internmedicinaren:

»... fibromyalgi, getingallergi, Tryptizol 20 mg 1 tn., Citalopram 30 mg x 1, Atarax 25 mg vb ...«

Foten svullen på natten

Hans ordination till avdelningen bestod bland annat i observation av puls och blodtryck. Blodtrycket blev enligt övervakningslistan kontrollerat kl 21.15, men inga kontroller gjordes senare.

Patientens fot blev observerad under natten. Kl 22.54 anfördes inget om svullnad i foten, men klockan 03.06 tog sjuksköterskan kontakt med medicinjuren för att patientens »högra fot har svullnat och hon har rejält ont i den«.

Internmedicinaren underströk att han avslutade sitt jourpass strax efter klockan 19.00 och detta ägde rum åtta timmar senare. Det illustrerar emellertid att patienten blev övervakad med tanke på cirkulation och lokalstatus i höger ben.

Huggormsbett är inte alls ovanligt på akuten och de har behandlat sådana patienter med och utan antiserum före och efter denna patients vistelse där.

»Inte ofarligt«

De hade Zagrebserum. Behandling med detta är inte ofarlig och akuta allergiska reaktioner kan förekomma. Patienten angav getingallergi och det är anförut allergi mot Kåvepenin.

Riskerna med Zagrebserum var därför inte obefintliga och måste vägas upp mot vinster i den akuta situationen, menade internmedicinaren.

Han pekade på riktlinjerna från »Janusinfo« i Stockholms läns landsting. Indikationer för serumbehandling: Bäst

effekt av serum inom 4 timmar. Ringa effekt efter 12–24 timmar. Utifrån riktlinjerna berättade han att när han undersökte patienten mellan klockan 18 och 19 hade hon inte cirkulatorisk chock eller någon snabbt progredierande svullnad (biten 16.15, senast observerad utan påfallande svullnad kl 19.00).

Illamåendet kunde vara orsakat av antingen misstänkta frakturer, huggormsbettet eller båda. Navoban hade bra effekt. Det förelåg där och då därför inga långdragna gastrointestinala symtom.

Blodprovsvaren kom kl 20.10. De visade inga tecken på hemolys (normalt kalium och LD) och normala trombocyter. Arteriell blodgas bedömde han inte som nödvändigt och kreatinkinas (CK) analyseras inte vid sjukhuset.

Patienten hade höga vita blodkroppar (LPK = 23), men detta måste tolkas med kännedom om att hon faktiskt hade frakturer i båda underarmarna, något som i sig ger en ökning av vita blodkroppar.

Det fanns därför enligt hans bedömning ingen indikation för Zagrebserum kl 19.00 när man hade bedömt för- och nackdelar med behandlingen.

Huruvida patienten skulle ha haft Zagrebserum på natten eller nästa morgon är en annan fråga som andra får besvara, hävdade internmedicinaren.

Bäst inom fyra timmar

Ansvarsnämnden framhåller att det finns nationella riktlinjer för indikationer för serumbehandling vid huggormsbett. Sådan behandling har bäst effekt om den ges inom fyra timmar, men kan ges senare.

Även om sjukdomsbilden försvårades av de dubbelsidiga armbågsfrakturerna hade patienten uppenbarligen en allmänpåverkan med långdragna kräkningar.

Hade minskat besvären

En tidigare serumbehandling hade minskat besvären från det ormbitna benet. Internmedicinaren borde redan den 3 juli ha givit tydliga instruktioner om att benet skulle observeras regelbundet och tagit upp en diskussion med Giftinformationscentralen om serumbehandling.

Han har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och renderar honom en erinran. ■



Foto: Scanpix

Därför kan en läkare mista sin legitimation

Efter förra veckans reportage här i Läkartidningen om missbruk bland läkare kom det några frågor om vad som krävs för delegitimering.

Frågeställarna tyckte att läkarna i ett par av fallen som ledde till provotid i stället borde ha mist sina legitimationer.

Det kan de fortfarande göra. För enligt Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) kan till exempel en läkare som ålagts provotid och under provotiden på nytt varit oskicklig eller visat sig olämplig i yrket mista läkarlegitimationen.

Provotid innebär att man under tre år ställs under särskild tillsyn för att ha varit oskicklig eller visat sig olämplig och varning inte framstår som en tillräckligt ingripande åtgärd.

Grundregeln om delegitimering säger att legitimationen skall återkallas om den legitimerade varit grovt oskicklig eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig för yrket.

Det gäller också om någon på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande.

Den legitimerade kan också själv be om att få legitimationen återkallad.

Om någon bygger sin läkarlegitimation på en auktorisation i något annat land inom EES eller Schweiz och får denna auktorisation återkallad ska även sekundärlegitimationen dras in. Två sådana fall finns i år i Sverige. I ett av dem grundades den svenska läkarlegitimationen på en dansk auktorisation, som i sin tur grundades på en norsk auktorisation. När den norska auktorisationen föll, föll även den danska, vilket i sin tur ledde till indragning av den svenska legitimationen.

Ska läkarundersökas

En ortoped får illustrera ytterligare ett sätt att bli av med sin läkarlegitimation. Han har haft ett mångårigt missbruk av beroendeframkallande tabletter och alkohol. I början av 2007 genomgick han avgiftning och kunde en kort tid avhålla sig från droger, men återföll.

Han har bland annat missbrukat sin förskrivningsrätt genom att skriva ut narkotiska preparat för att underhålla sitt eget missbruk. Ansvarsnämnden har beslutat att ortopedens ska genomgå läkarundersökning. Nämnden har också återkallat läkarens legitimation till dess att frågan om återkallelsen prövas slutligt. ■

Hög sugklocka ska bara läggas i speciella fall

Underläkaren måste kritiseras för beslutet att förlösa med sugklocka, och praxis är att inte lägga hög sugklocka utom i speciella fall. Modern var förstföderska och man visste att fostret var ansträngt. (HSAN 1360/06)

Den 28-åriga förstföderskan kom till förlossningsavdelningen på morgonen den 12 februari i graviditetsvecka 40+1 med värkar och vattenavgång. Under dagen gick förlossningen framåt och hon fick ryggbedövning. På eftermiddagen noterades att fostervattnet var mekoniumfärgat, men CTG var utan anmärkning.

Något senare sattes Syntocinondropp på grund av att progressen uppfattats som dålig. På kvällen, 13 timmar efter ankomst, tillkallades underläkaren på grund av avvikande CTG.

Hon ordinerade, per telefon, genast sänkning av Syntocinondroppet från 90 till 20 ml/timme. När hon inspekterade någon minut senare var värkarna mycket täta, 7–8/10 min.

Droppet stängdes av samtidigt som beslut togs om skalpblodprov kl 22.40. Då provet visade pH 7,09 beslutades om att omedelbart avsluta förlossningen med vakuumentraktion. Fosterhuvudet stod vid spinae med en fostersvulst nedom spinae. Trycksänkningen börjades kl 22.50 och dragning inom en minut. Samtidigt kallades bakjouren in. Droppet gick nu åter då värkarna var ineffektiva.

Klockan släppte

Vid tredje eller fjärde dragningen släppte klockan samtidigt som bakjouren anlände. Det hade då gått ca 10 minuter. Bakjouren uppfattade att endast en dragning var gjord och undersökte modern. Han kände då vertex nedom spinae och lade åter på klockan. När han drog med yttre press följde huvudet med och efter ytterligare några dragningar stod fostersvulsten i genomskärning.

Det hade varit några klocksläpp och värkarna hade varit ineffektiva. Man gjorde ett sista försök med den stora klockan, men huvudet följde inte med och efter 20 minuters extraktion, åtta dragningar och sex klocksläpp konverterade man till ett katastrofsnitt kl 23.10.

Barnet togs ut med lätthet och fick Ap-

garpoäng 4, 5 och 6. pH i navelartär var 6,87 och i ven 6,94. Motsvarande base excess var -17,2 respektive -14,1. I efterförloppet fick barnet kramper som behandlades. EEG och ultraljud av hjärnan visade inga förändringar. Vid kontroll hos läkare efter tio veckor angavs att det såg ut att ha gått bra och att barnet utvecklades fint.

»Dramatiken kunde ha undvikits«

Modern anmälde underläkaren. Hon hävdade att kommunikationen mellan personalen var dålig under förlossningens slutskede. De kunde inte apparaten som visade barnets hjärtslag. De använde sugklockan för länge, vilket skadade hennes son. Hon kom till förlossningsavdelningen kl. 09.20 den 12 februari och kl 23.26 samma dag föddes barnet med akut kejsarsnitt.

Den dramatiska upplevelsen kunde ha undvikits om läkaren hade lyssnat på henne och agerat lite tidigare. Hon och barnet fick stanna kvar på sjukhuset till den 23 februari.

Ansvarsnämnden tog in journalen och ett yttrande av underläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att CTG-kurvan var utan anmärkning fram till kl 22.30 då hon blev akut kallad till förlossningen av barnmorskan, som misstänkte att CTG-kurvan var avvikande.

Kurvan var avvikande

Kurvan var avvikande och underläkaren beslutade att stänga av Syntocinondroppet och utföra en vaginal undersökning. Cervix var fullöppen och barnets huvud stod vid spinae.

Trots att kurvan förbättrades efter undersökningen bestämde hon sig för att ta ett pH (ett blodprov från barnets huvud). pH var 7,09 vid kl 22.45.

Beslut fattades att förlösa mamman omgående med i första hand sugklocka. Extraktionen startades av underläkaren omkring kl 22.50. Då var bakjouren på väg till förlossningen. Efter försök i ca 10 minuter med 3–4 dragningar (sista dragningen släppte) tog bakjouren över och försökte ytterligare ca 10 minuter. Under dessa misslyckade försök med sugklocka var fosterljudet 100–160 slag per minut.

Förlossningen avslutades med ett urakut snitt, kl 23.26.

Medan bakjouren fortsatte med operationen lämnade underläkaren salen för att ta emot ett annat akutfall. Således var bakjouren huvudoperatör och blev enligt överenskommelse mellan dem ansvarig läkare för mamman.

Några timmar efter förlossningen krampade barnet. Därför blev det inlagt på neonatalavdelningen en längre tid för observation och utredning. Vid kontroll efter två månader mätte mamman och barnet fysiskt bra.

Underläkaren ansåg att hon har bemött paret och kommunicerat med personalen på ett vänligt sätt, som det brukar vara. Mamman har fått vård samt lämpliga åtgärder i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. CTG-apparaten kunde registrera hjärtslag kontinuerligt – och tolkades enligt riktlinjerna.

Extraktion med sugklocka varade ca 20 minuter, vilket är en rimlig tid. Varken extraktion med sugklocka eller snitt är helt komplikationsfritt.

Mamman sökte förlossningsavdel-

ningen kl 09.20 och blev förlöst kl 23.26 samma dag. Underläkarens jourtid började kl 16.30 samma dag och hon hade inte träffat mamman förrän kl 22.30 då hon blev akut kallad till förlossningen.

Man kunde inte undvika det urakuta snittet eftersom kurvan var utan anmärkning före kl 22.30 och mamman mätte bra. Alltså fanns det ingen medicinsk indikation för ett snitt innan dess, ansåg underläkaren.

Ansvarsnämnden konstaterar att när underläkaren fick information om avvikande CTG bedömde hon omedelbart registreringen och tog ett skalpblodprov. Detta var helt korrekt. Det var även korrekt att på grund av det erhållna värdet besluta om att modern omedelbart skulle förlösas.

Underläkaren måste däremot kritiseras för beslutet att förlösa med sugklocka. Hon bedömde att vertex stod i spinalplanet, halvvägs ned i förlossningskanalen. Detta innebar att fosterhuvudets bredaste del stod i bäckeningången och sannolikt inte hade passerat trängsta stället. Det var därmed lätt-

åtkomligt för ett kejsarsnitt, vilket också beskrevs i operationsberättelsen.

När en sugklocka anbringas från denna nivå rubriceras den som hög vakuumextraktion. Praxis är att inte lägga hög sugklocka utom i speciella fall. Här var modern förstföderska. Man hade alltså ingen uppfattning om förlossningskanalens kapacitet, och man kunde förvänta sig ett relativt långdraget förlopp. Man visste också att fostret var ansträngt.

Dålig kommunikation

När bakjouren anlände hade fosterhuvudet dragits ned så att vertex stod nedom spinae. Bakjouren trodde att framjouren endast gjort ett försök och bedömde därför att de kunde försätta extraktionen.

Underläkaren hade alltså inte heller på ett tydligt sätt klargjort för bakjouren att klockförsöket redan pågått ca tio minuter. För detta kritiseras hon. Uppgiften om tidsåtgång har stor betydelse för hur den fortsatta handläggningen ska planeras. Det fortsatta förloppet blev därför alltför långdraget.

Underläkaren får en erinran. ■