

»Sjukhusvård nödvändig vid djupare brännskador på minst 10 procent av huden«

Inte lämpligt överlåta vården av svårt brännskadad till distriktssköterskor

Det var inte adekvat av ST-läkaren att överlåta skötseln av den svårt brännskadade patienten till distriktssköterskor. Han borde övervägt sjukhusvård eller åtminstone utformat vården i samråd med en kirurgklinik. (HSAN 1289/07)

Den 52-årige mannen klev snett när han den 17 januari 2007 badade bastu och föll mot det heta bastuaggregatet. Han svimmade och när han vaknade, liggande på golvet, upptäckte han stora brännskador på ryggen och höger överarm. Han hade också ett blåmärke under vänster öga och ett sår i huvudet.

Samma kväll uppsökte han familjeläkarejouren där han undersöktes av ST-läkaren, som inte fann några tecken till neurologiska symtom och bedömde att brännskadan inte engagerade samtliga hudlager.

Grad 3 med svarta nekroser

Patienten fick stelkrampsvaccin och ordinerades daglig omläggning och sårkontroll hos distriktssköterska, som också skulle bedöma eventuell behov av antibiotikamedicinering.

Vid omläggningen två dagar senare hade såret vätskat igenom förbanden och patientens kläder. Han hade 39,5° i feber och ordinerades antibiotika.

Dagen därpå överfördes han till sjukhus, där man bedömde att brännskadorna var »ca 9-procentiga« och av varierande djup »mestadels andra gradens, men bitvis längs den laterala begränsningen av bröstkorgen grad 3 med svarta nekroser«.

Den 23 januari gjordes revision och delhudstransplantation på ryggen, och den 9 februari gjordes revision av armskadan.

»Försenad behandling«

Patienten anmälde ST-läkaren för att ha fått en försenad behandling och menade att han på grund av storleken på brännskadan skulle ha behandlats på sjukhus direkt.

Ansvarsnämnden tog in patientens

journal och ett yttrande av ST-läkaren, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att patienten sökte för brännskador i samband med avsvimning. Anamnestiskt och kliniskt utslöts cerebrovaskulära och andra neurologiska avvikelser.

Lokalt hade patienten på höger överarm och ryggen en brännskada, vars yta uppskattades till ungefär 45 procent av ryggen, således mindre än 9 procent, och som bedömdes vara av grad 2.

Hänvisade till rekommendationer

Enligt riktlinjerna för brännskador behandlas en vuxen person med en ytlig skada eller delhudsskada mindre än 15 procent brännskadad yta, grad 1 och 2, inom primärvården, sade ST-läkaren.

Rekommendationen för inläggning, konsultation av brännskadeavdelning eller plastikkirurgisk avdelning avser följande tillstånd:

- Fullhudsskador som är större än 2 procent.
- Brännskador som omfattar särskilda områden: ansikte, händer, genitalia, ögon, öron, fötter, perineum och större leder.
- Brännskador som orsakats av elektricitet eller kemiska preparat.
- Brännskador med samtidiga inhalationsskador.
- Cirkumferentiella brännskador runt extremiteter eller bål.
- Brännskador som inte har läkt efter två veckor.

»Krävde inte sjukhusvård«

Patientens brännskador bedömdes utifrån ovanstående riktlinjer inte kräva sjukhusvård. Således ordinerade han rengöring av brännskadorna och därefter omläggning, berättade ST-läkaren.

Blåsor som fanns på några ställen klipptes inte. Patientens rekommenderades att kontrollera sina brännskador hos distriktssköterskor på sin vårdcentral, där familjeläkare förutsätts ta ställning till antibiotikabehandling vid infektion, som är en relativt vanlig komplikation vid brännskada.

Enligt kirurgjournalen den 20 januari

bedömdes patientens brännskador ha en totalyta på knappt 9 procent och vara av mestadels andra graden, men bitvis av grad 3, vilket kan vara en följd av infektion, möjligen förelåg det bitvis djupa brännskador under blåsor. En från början ytlig brännskada kan bli djup om en infektion tillstöter.

Av journalen från besökstillfället på jourverksamheten framgår tydligt att han bedömt skadan vara av grad 2, påpekade ST-läkaren.

»Försämringen inte möjlig att förutse«

Han hade inte uttryckt någon gradering av brännskadan till patienten och inte heller angett tidsförlopp för läkningen. Han hade klargjort grunderna för sin bedömning att behandlingen kunde ske i öppen vård.

Att patienten senare skulle drabbas av en så omfattande infektion, som medförde en avsevärd försämring, var inte möjligt att förutse, hävdade ST-läkaren.

Borde övervägt sjukhusvård

Ansvarsnämnden framhåller att patienten hade bränt sig svårt på ett hett bastuaggregat, och eftersom han varit avsvimmad var det okänt hur långvarig kontakten varit.

Med kännedom om hur skadan uppkommit kunde den misstänkas vara mycket allvarlig, även om det kan vara svårt att avgöra en brännskadas djup, dvs hur många hudlager som engagerats.

Sjukhusvård anses emellertid vara nödvändig vid djupare brännskador, vars yta uppgår till minst 10 procent av hudkostymen. Patientens skador motsvarade ungefär denna yta.

Med hänsyn till detta och till hur skadan uppstått, borde ST-läkaren ha övervägt sjukhusvård, eller åtminstone utformat sin handläggning i samråd med en kirurgklinik.

I stället överlämnade ST-läkaren ansvaret för sårvården, utvärderingen av läkningsprocessen och ställningstagandet till en eventuell antibiotikamedicinering till distriktssköterskor, vilket inte var adekvat.

ST-läkaren har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt. Han får en erinran. ■

Medicinskt ansvarig även ansvarig för att nutritionen är adekvat

Internmedicinaren var medicinskt ansvarig för patienten. Det ålåg honom då att se till att nutritionen var adekvat. (HSAN 3920/06)

Den multisjuka 85-årige mannen opererades 2004 för ventrikelcancer. På grund av bukmärtnor och svårigheter att behålla maten hade en poliklinisk utredning gjorts där svampesofagit konstaterats. Han hade också behandlats med nystatin och flukonazol.

Sedan sommaren 2006 hade han tappat ca 10 kg i vikt. Han lades in med intravenös vätsketillförsel för fortsatt utredning den 5 oktober 2006. Under vårdtiden konstaterades att han var illamående och kräktes efter matintag.

När patienten kom till sjukhuset hade han ett albuminvärde på 37 g/l, vilket efter en knapp månad sjunkit till 28 g/l. Under denna tid gick han också ned ca 7 kg i vikt. Han erhöll parenteral nutrition, ca 800 kcal varannan dag. Efter intervention från ombudet och chefläkaren ändrades nutritionen den 7 november 2006 till adekvat nivå, ca 1 900 kcal/dygn.

Utredningen visade sedan att han fått recidiv av ventrikelcancer förutom den tidigare konstaterade svampinfektionen.

Patienten anmälde bland annat en internmedicinare.

Tilldelas en erinran

Denne konstaterade först att han enligt anmälan med vett och vilja skulle ha svårt en gammal man. Detta var helt fel. Patienten hade under vårdtiden inte uttryckt missnöje med behandlingen.

Objektivt kan det anföras att kaloritillförseln varit i underkant.

Internmedicinaren menade att det förelegat ett diagnostiskt problem snarare än ett nutritionsproblem. Att nutritionen varit misskött återspeglades i patientens viktnedgång. Efter den 7 november ändrades nutritionen efter intervention från chefläkaren och anmälnaren.

Internmedicinaren tyckte att det också borde anföras att patienten under vårdtiden haft normal njurfunktion och att även levervärden varit utan anmärkning. Ansvarsnämnden slår fast att internmedicinaren var medicinskt ansvarig för patienten.

Det ålåg honom då att se till att nutritionen var adekvat. Han har underlåtit att göra detta och tilldelas därför en erinran. ■

Epididymit, sa urologen – det var testistorsion

Diagnosen testistorsion borde inte ha uteslutits. Patienten skulle redan vid första besöket ha opererats för att utesluta en annan orsak till besvären. (HSAN 897/07)

Den 49-årige mannen hade tidigare haft flera episoder med epididymiter. Han hade även tidigare opererats för vänster-sidigt spermatocele.

På morgonen den 27 februari fick han plötsligt intensiva smärtor i höger testikel. Han sökte hos sin familjeläkare, som remitterade honom akut till urologkliniken vid ett länssjukhus.

I remissen, som hade frågeställningen testistorsion, angavs att patienten haft upprepade epididymiter och nu hade en mer intensiv smärta. På urologkliniken undersöktes patienten av en AT-läkare, som i journalen skrev:

»Höger testikel är något uppdragen och lätt förstorad. Testikeln kan palperas med viss smärtindikation. På testikeln finns en cirka 2 cm stor resistens. Mycket palpationsöm. Ingen rodnad eller svullnad i övrigt i scrotum.«

Tolkades som epididymit

Patienten undersöktes också av urologen, som konstaterade att han hade en bibehållen cremasterreflex. Urologen tolkade besvären som epididymit och ordinerade 4–6 veckors antibiotika.

Den 1 mars återkom patienten och undersöktes då av en annan AT-läkare, som konstaterade att höger testikel var något uppdragen och svullen.

Aven urologen undersökte patienten och ordinerade en ultraljudsundersökning, som visade en bild som vid testistorsion. Vid operation konstaterades att testikeln var nekrotisk, varför den togs bort.

»Borde gjort ultraljudsundersökning«

Patienten anmälde urologen. Han ansåg bland annat att urologen borde ha gjort en ultraljudsundersökning redan vid första besöket.

Ansvarsnämnden tog in patientens

journal och ett yttrande av urologen. Denne framhöll att ultraljud och dopplerundersökning är opålitliga vid bedömningen av testistorsion och inte rekommenderas av medicinsk expertis.

Att han bedömde att det förelåg en testikel- och bitestikelinflammation baserades på följande.

Patienten hade tidigare haft flera bitestikelinflammationer, något som normalt leder till ärrbildning som i sin tur reducerar risken för torsion.

Testikelns läge i pungen var normalt och inte ett sådant som anges vid torsion. Funikeln kändes utan strangulationsfåra. En eventuell torsion skulle i så

fall ha skett innanför testikelhyllan, något som främst ses hos yngre individer.

Cremasterreflexen var tydlig och väl bevarad.

Patientens ålder utesluter inte torsion, men tillståndet är mest vanligt under de 25 första levnadsåren för att sedan bli alltmera sällsynt.

Urologen underströk att all medicinsk bedömning innebär risk för en

felaktig slutsats. Han beklagade att det blev fel men ansåg ändå att han hade baserat sin bedömning på goda kunskaper i ämnet och en god klinisk undersökning.

Urologen bestred att han inte skulle ha handlat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Han hade inte sviktat i uppmärksamhet, varit nonchalant eller vårdslös.

Det faktum att en kollega, också specialist i urologi, vid patientens inläggning två dagar senare gjorde samma bedömning som urologen själv illustrerade ytterligare de diagnostiska svårigheter som fanns i det här fallet.

Kan försena handläggningen

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten klagade på att ultraljudsundersökning inte gjordes den 27 februari, men som urologen angett i sitt yttrande rekommenderades enligt vedertagna rutiner inte denna undersökning i det akuta förloppet då undersökningen är osäker och kan försena handläggningen.

När patienten återkom två dygn se-

nare fanns inte möjlighet att rädda en torkverad testikel, och tillståndet var därför inte urakut. Handläggningen då var korrekt.

Patienten insjuknade plötsligt den 27 februari 2007 kl 06 med intensiv smärta till höger i pungen. Han inremitterades med frågeställning om testistorsion. I

journalen antecknade en annan läkare att höger testikel var något uppdragen. Dessa faktorer talade för testistorsion.

Patienten hade tidigare genomgått epididymiter. Cremasterreflexen var välbevarad. Dessa faktorer talade för epididymit.

Sammanvägt framkom således sådana

förhållanden att diagnosen testistorsion inte borde ha uteslutits.

Patienten borde den 27 februari ha opererats för att utesluta annan orsak till besvären.

Även skäl som talade mot diagnosen testistorsion fanns varför påföljden kan stanna vid en erinran. ■

Kvinnan gjorde minst femton besök hos åtta olika läkare

Efter sex månader ställdes diagnosen lungcancer med skelettmetastaser

När den 55-åriga kvinnan fick sin diagnos – lungcancer med skelettmetastaser – hade hon på sex månader gjort minst 15 besök hos 8 olika läkare. Två av dessa fällt. (HSAN 3641/06)

Kvinnan kom den 20 mars 2006 till hemortens hälsocentral med smärtor i nacken och vänster skulderregion. Nackbesvären hade kommit och gått.

Hon undersöktes av familjeläkare A och fick antiinflammatoriskt läkemedel och remiss för sjukgymnastik.

Hon blev dock sämre och uppsökte på nytt hälsocentralen den 8 maj. Familjeläkare B bedömde att det rörde sig om nackutlöst värk. Han skrev ut nya läkemedel.

Den 10 maj remitterades hon av B till akutmottagningen vid ett sjukhus på grund av smärta i bröstkorgen på vänster sida samt vänster axel. Hon undersöktes av doktor C. Han konsulterade en ortoped, och diagnosen Tietzes syndrom ställdes.

Vid nytt besök på akutmottagningen den 18 maj undersöktes hon av doktor D och fick ytterligare smärtbehandling.

Tappade vikt och blev nedstämd

Den 12 juni uppsökte patienten familjeläkare B på nytt. Tillståndet bedömdes fortfarande vara muskulärt, och hon fick smärtlindring i form av Tradolan, som hade viss effekt. Vid återbesök hos B den 16 juni fick hon en kortisoninjektion.

Den 28 juli uppsökte hon på nytt akutmottagningen vid sjukhuset. Hon undersöktes av doktor E och fick en smärtstillande injektion.

Den 6 augusti kom hon till en familjeläkarjour med önskemål om att få mor-

fin, vilket dock doktor F inte ordinerade.

Dagen därpå uppsökte hon på nytt familjeläkare A på grund av nedstämdhet och minskad aptit med viktnedgång. Hon fick antidepressiv medicin, som hade positiv effekt, och en kortisoninjektion.

Vid ett nytt akutbesök på sjukhuset den 14 augusti remitterades patienten av doktor G till familjeläkare H vid en hälsocentral, där hon den 23 augusti fick en ny kortisoninjektion. Hon hade varit hos H även den 8 augusti.

Efter telefonkontakt med A den 14 september remitterades hon för röntgen av axlar och lungor.

Före röntgenundersökningen uppsökte hon den 17 september på nytt familjeläkarjouren. Hon skickades då på akut röntgen, som visade att hon hade lungcancer med skelettmetastaser. Hon avled den 23 januari 2007.

Åtta läkare anmäldes, alla bestred att de gjort fel. Vi tar bara upp de två som fälldes, familjeläkarna A och B.

»Hade handlat adekvat«

A ansåg att han handlat adekvat vid första besöket med remiss till sjukgymnast och ordination av smärtstillande medicin. I sjukhistorien fanns en rimlig förklaring till besvären från nack- och skulderområdet, och patienten var också förtidspenzionerad på grund av dessa besvär.

När han träffade henne i augusti var hon deprimerad och behandlades för det. Under den drygt fem veckor långa kontakten behandlades depressionen, axeln röntgades och en remiss för lung-röntgen som fastställde den slutliga diagnosen utfärdades. Visst var den preliminära diagnosen fel, men det fanns ing-

en anledning att misstänka någon annan orsak till besvären i inledningsskedet, hävdade A.

B hade från den 8 maj till den 16 juni fyra kontakter på mottagningen samt en telefonkontakt med patienten. Han ansåg att han omsorgsfullt undersökt, bedömt och behandlat patienten.

Symtombilden och behandlingsresultaten stämde väl med den då antagna diagnosen. Han kunde inte se att det förelåg symtom eller undersökningsresultat som borde föranlett en vidare, utvidgad utredning.

Borde utretts långt tidigare

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten hade uppsökt sjukvården minst 15 gånger under tiden 20 mars–17 september, då hennes lungcancer diagnostiserades. Nio av besöken gjordes på hemortens hälsocentral. Därutöver hade hon haft kontakt med läkare där vid ytterligare minst nio tillfällen.

Hon hade sökt för svårbehandlade smärtor i skulderregionen och ordinerats smärtstillande läkemedel och sjukgymnastik och fått kortisoninjektioner, som inte gett någon mer påtaglig effekt. Hon hade varit rökare i många år och gått ned i vikt och blivit deprimerad.

Eftersom patientens besvär kvarstod efter ett stort antal läkarbesök borde man långt tidigare än som skedde ha försökt att utreda hennes tillstånd vidare.

Ingen viktkontroll, ingen provtagning

Inte vid något tillfälle kontrollerades hennes vikt. Inga prov togs.

Huvudansvaret för den bristfälliga utredningen ligger på A och B. B borde i vart fall den 12 juni ha övervägt annan diagnos än muskulära besvär. A borde i vart fall senast den 7 augusti ha övervägt en annan orsak till hennes viktnedgång än depression. Båda får en erinran. ■

»Eftersom hennes besvär kvarstod efter ett stort antal läkarbesök borde man långt tidigare än som skedde ha försökt att utreda hennes tillstånd vidare.«