

AT-läkare varnas sedan en patient suiciderat

Kallade inte in bakjouren – bröt mot klinikkens rutiner

En AT-läkare varnas sedan en patient tagit sitt liv. Han borde ha förställt att patientens tillstånd krävde specialistvård. Dessutom bröt han mot klinikkens rutiner. (HSAN 2751/06)

Den 57-åriga mannen hade tidigare varit psykiskt frisk. I mars sökte han vårdcentralen för magbesvär. Han sökte därefter vid flera tillfällen för mag- och nackbesvär samt yrsel. Undersökningar kunde inte påvisa någon allvarlig kroppslig sjukdom.

Den 31 juli träffade han en distriktsläkare, som konstaterade depression. Det kom fram att patienten mätte sämst på morgonen, hade igångsättningssvårigheter och diffusa smärtor i hela kroppen. Han uppfattades som tungsint, och stämningssläget var klart sänkt. Patienten fick börja behandling med citalopram och uppgav att han inte hade några aktuella suicidtankar.

Oro för kroppslig sjukdom

Den 18 augusti var han på återbesök hos distriktsläkaren. Det framkom då att han inte kunde förstå att man uppfattade att han hade en depression. Han var i stället orolig för den kroppsliga hälsan och misstänkte magcancer. Han hade nyligen utretts med gastroskopi, som var utan anmärkning. Han fick ytterligare ett antidepressivum, mirtazapin.

Vid besöket framkom att patienten hade dödstanke och ångest över eventuell magcancer men inte några suicidtankar.

Den 25 augusti återkom patienten på grund av förvirring. Han träffade en doktor. Av journalanteckningarna framgår att han hade blivit sämre sedan förra besöket. Han uttryckte rädsla för att hela familjen skulle dö, och han hade starka dödstanke. Doktorn uppfattade tillståndet som en psykotisk depression, och hon rådgjorde med en specialist. Patienten remitterades sedan till slutenvården för inläggning.

Patienten träffade AT-läkaren, som var primärjour, på sjukhuset. Av journalanteckningen framgår bland annat att

han ansåg sig svårt sjuk men inte deprimerad. Han ville inte stanna kvar på sjukhuset, och först efter övertalning och betänketid accepterade han att läggas in. Av journalen framgår även att AT-läkaren hade svårt att etablera kontakt. Patienten lades in, utan extra tillsyn, kl 19. Kl 02.25 larmade en rumskamrat. Patienten var livlös, han hade suiciderat.

Patientens fru anmälde de tre läkarna, AT-läkaren för att inte ha läst journalen samt för att inte ha insett hur sjuk hennes man var och att han inte fick lämnas ensam.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och ett beslut av Socialstyrelsen utifrån en Lex Maria-anmälan. Se nästa artikel.

De två första läkarna bestred att de gjort fel. De frias, varför vi lämnar deras argument. AT-läkaren valde att inte yttra sig.

Erkänt hög suicidrisk

Ansvarsnämnden slår fast att patienten hade en psykotisk depression med uttalade depressiva vanföreställningar. Det var väl utrett att han inte var kroppsligt sjuk så som han själv misstänkte. Han kunde inte avledas i sina tankegångar. Denna typ av depression med uttalade och okorrigerbara vanföreställningar har en erkänt hög suicidrisk.

Distriktsläkarens diagnos var korrekt. Det är vanligt att kombinera citalopram och mirtazapin. Det hade inte varit fel

att remittera patienten till psykiatrin den 18 augusti, men eftersom han då var i bättre skick och inte psykotisk kan distriktsläkaren inte kritiseras för att han valde att själv behandla patienten.

Inte heller doktors handläggning kan kritiseras. Hon skrev en tydlig och bra remiss och rådgjorde med en specialist.

Hade starka dödstanke

Patienten kom till psykiatriska kliniken med en remiss där det framgick att psykotisk depression var en tänkbar diagnos och att han hade starka dödstanke.

I egenskap av AT-läkare borde primärjouren ha förställt att detta var ett ärende som han inte hade erfarenhet och kunskap att handlägga på egen hand. Det borde ha varit uppenbart, utifrån den alarmerande kliniska bilden och remissen, att han skulle kontakta sin bakjour.

Bakjouren skulle ha kontaktats

Av klinikkens rutiner framgår att bakjouren skulle ha kontaktats vid inläggningen. Bakjouren vid detta tillfälle har uppgivit till Ansvarsnämnden att han inte blev kontaktad av AT-läkaren. Möjligheten finns att utgången blivit lika tragisk även om bakjouren hade kontaktats, men för en erfaren läkare är detta ett mycket alarmerande tillstånd.

Trots primärjurens bristande erfarenhet och att han var AT-läkare borde han ha förställt att detta var ett fall för en specialist. Han bröt dessutom mot klinikkens rutiner genom att inte kontakta bakjouren vid inläggningen. Han får en varning. ■

Vårdprogrammet måste vara känt och tillämpas av alla

Socialstyrelsen vill påpeka vikten av att vårdprogrammet är känt och tillämpas av all berörd personal på kliniken. Detta gäller både fortbildning av befintlig personal och introduktion av nyanställda och vikarier, läkare liksom övrig vårdpersonal.

Bland annat detta framhåller myndighe-

ten i sitt Lex Maria-beslut kring fallet i den förra artikeln.

Att en person tar sitt liv är en mycket tragisk och svår händelse för närstående. Speciellt tragiskt är det när självmord sker under slutna psykiatrisk vård. Viktigt är att närstående tas väl om hand och ges möjlighet till krisbearbetning. Viktigt är att även personal får möjlighet till

bearbetning genom debriefing. Retrospektiva genomgångar eller händelseanalyser är viktiga lärandeprocesser för vården genom att identifiera orsaker och förbättringsområden.

Kommunikationen måste fungera

Viktigt är att kommunikationen mellan vårdens olika delar fungerar, viktigt är att information går fram och inte missas.

Vuxenpsykiatriens läkare hade vid patientens ankomst tillgång till remiss från primärvårdsläkaren. Även om patienten i remissen inte bedömdes vara självmordsbenägen framgår det att han hade starka dödstanor, var förvirrad och hade föreställningar om familjen och döden som inte stämde med verkligheten. Patienten betedde sig psykotiskt och bedömdes ha en psykotisk depression.

Sina föreställningar om bland annat familjen uttryckte patienten även för psykiatriens primärjour (AT-läkaren).

Patienten bedömdes inte som psykotisk av läkaren då han inte hörde några röster, inte såg konstiga saker eller kände sig förföljd av någon. Vidare anges att patienten inte hade självmordstanor eller självmordsplaner och inte försökt begå självmord tidigare.

Gällande möjligheten till information från primärvården behövs bättre introduktion av AT-läkare/underläkare och andra nya läkare så att alla tjänstgörande läkare vet att de har tillgång till primärvårdens journaler.

Rutiner måste klargöras

Primärjouren fick patienten att stanna kvar för att följande dag träffa överläkare.

I klinikens vårdprogram framgår att specialistläkare ska göra bedömning vid självmordsförsök. Vid Socialstyrelsens besök framkom att underläkare alltid ska kontakta bakjour i samband med inläggning av patienter. Här är det viktigt att verksamheten klargör rutiner och praxis samt ser till att rutinerna är kända och tillämpas.

Bedömningarna en färskvara

Det självmordsförebyggande vårdprogrammet vid kliniken är bra och täckande. I tillhörande checklista anges att självmordsriskbedömningar är en färskvara, vilket Socialstyrelsen vill framhålla som mycket viktigt att beakta.

Myndigheten påpekar vikten av att vårdprogrammet är känt och tillämpas av all berörd personal på kliniken. Detta gäller både fortbildning av befintlig personal och introduktion av nyanställda och vikarier, läkare liksom övrig vårdpersonal. ■

Barn hårt utsatta av iatrogena skador och allvarliga diagnosmissar

Doktorn avvaktade – upptäckte inte flickans leukemi

Bristerna i patientsäkerheten avspeglas bland annat i de många fel som begås vid vård av barn och ungdomar. Det handlar om iatrogena skador och mycket allvarliga diagnosmissar. Här och på följande sidor ger vi några av fallen.

En 7-årig flicka (HSAN 2731/07) uppsökte den 11 juli 2007 tillsammans med sin mor vårdcentralen på grund av feber sedan fyra dagar (38,5 grader) och hosta. Hon undersöktes av en doktor, som bedömde att hon förmodligen insjuknat i en virusinfektion.

Den 27 juli återkom flickan till vårdcentralen på grund av fortsatt feber. Hon hade lite frossa, hostade fortfarande och blev trött då hon gick i trappor.

Hon undersöktes på nytt av doktorn. Hennes temperatur var vid besöket 37,2 grader. Hon var litet rodnad i halsen, StrepA var positivt och CRP mycket lätt förhöjt. Doktorn beställde även en kontroll av antalet vita blodkroppar, som var kraftigt sänkt (1,2).

Bedömdes som halsinfektion

Han bedömde att det rörde sig om en halsinfektion och skrev ut Kävepenin. Flickan skulle återkomma för kontroll av antalet vita blodkroppar den 24 augusti. Hon uppsökte i stället tillsammans med modern ett sjukhus den 29 juli, där man fann att hon hade en uttalad blodbrist och att antalet vita blodkroppar var ytterligare sänkt. Hon remitterades omedelbart till ett barnsjukhus, där man dagen därpå ställde diagnosen leukemi.

Mamman anmälde doktorn för att ha brustit i undersökningen och bedömningen av hennes dotter vid besöken den 11 och 27 juli 2007, framför allt vid det senare tillfället.

Ansvarsnämnden läste flickans journaler och ett yttrande av doktorn, som bestred att han gjort fel.

Vid det första besöket fick han veta att flickan haft feber sedan 4 dagar och lite hosta. Han gjorde en noggrann klinisk

undersökning. Temperaturen var 36,8 vid besöket.

Svalget var inflammerat, men det fanns inga förstörade tonsiller eller vita beläggningar. Förutom febern framkom inga påtagliga besvär. CRP var <10 mg/loch StrepA negativt.

Tyckte man kunde avvakta

Doktorn bedömde utifrån sin undersökning och med stöd av laboratorieprov det hela som en virusinfektion och bedömde att man kunde avvakta.

Han gav lugnande besked och mamman fick information att ringa vårdcentralen om dottern inte blev feberfri inom närmaste dagarna.

Mamman ringde den 26 juli, dvs efter 15 dagar. Hon uppgav att flickan fortfarande hade haft feber, mest på eftermiddagar och kände sig trött när hon gick uppför trappan hemma. Doktorn tog då tillbaka flickan och undersökte henne kliniskt. Hon svarade på hans frågor som vanligt, och han uppfattade inte allmäntillståndet som påverkat, uppgav doktorn.

Hon verkade inte heller trött, och vid den kliniska undersökningen visade inget som ingav misstanke om en allvarlig sjukdom. Temperaturen var 37,2 grader, men eftersom svalget fortfarande var rodnat och slemhinnorna i halsen svullna togs ett nytt StrepA, vilket var positivt.

Misstänkte inte leukemi

Doktorn noterade att flickan hade låga vita blodkroppar, men tolkade detta som orsakat av infektionen. Han beställde nya prov för förnyad kontroll av vita blodkroppar.

Han bedömde att tröttheten förmodligen orsakades av

feber. Han hade ingen som helst misstanke om att infektionen skulle kunna vara tecken på en nydebuterad leukemi, framhöll doktorn.

Kliniken, inklusive den lätt utlösta tröttheten vid lättare fysisk ansträngning, och resultatet av laboratoriepro-

»Doktorn borde omgående ha sett till att ett fullständigt blodstatus kontrollerades och inte avvaktat med en sådan kontroll en månad.«

ven tolkade han som uttryck för en bakteriell luftvägsinfektion, särskilt med tanke på den höga sensitivitet och specificitet som ett StrepA-test har. Han ordinerade således antibiotika.

Om inte StrepA-testet varit positivt hade han förstås remitterat henne under diagnos oklar feber till barnläkare eller infektionsläkare akut, hävdade doktorn.

Vad gäller LPK-värdet ordinerades en

omkontroll i ett lugnt skede.

Ansvarsnämnden menar att några anmärkningar inte kan riktas mot doktors undersökning och bedömning av flickan vid det första besöket den 11 juli.

Däremot borde han, när hon återkom den 27 juli och fortfarande hade feber, ha ifrågasatt om hennes besvär inte kunde bero på något annat än en virusinfektion. Ett så lågt antal vita blodkroppar

som hon hade då (1,2) kunde knappast bero på en infektion.

Doktorn borde omgående ha sett till att ett fullständigt blodstatus kontrollerades och inte avvaktat med en sådan kontroll en månad.

Genom att avvakta med kontroll av ett så kraftigt sänkt antal vita blodkroppar har han av oaktamhet åsidosatt sina skyldigheter. Han får en varning. ■

Doktor använde Xylocain där glidmedel hade räckt

3-årig pojke förgiftades svårt vid införsel av kateter

En doktor använde lokalbedövningsmedlet Xylocain vid införsel av en kateter genom en liten pojkes bukvägg. Det var inadekvat eftersom det som regel enbart behövs glidmedel och ingen bedövning vid ett sådant ingrepp. Dessutom användes en felaktig dos med en svår förgiftning som sannolikt resultat. (HSAN 1576/07)

Den 3-årige pojken har CHARGE-syndrom. Han får sin näring direkt i magsäcken genom en införd kateter, en PEG. På kvällen den 7 april 2007 kom han akut till sjukhuset eftersom han dragit ut sin kateter.

En underläkare försökte att föra in en ny kateter, men misslyckades, varför han kontaktade doktorn. Denne förde in stora mängder Xylocaingel i bukväggsöppningen och lyckades i kombination med Stesolid rektalt att lirka in slangens.

Pojken fick därefter återvända till den huvsvagn där han just då vistades.

Drabbades av cirkulationskollaps

Under natten blev pojken dålig och kom till sjukhuset med cirkulationskollaps. Han togs om hand av IVA-läkare, som räddade hans liv.

Den 10 maj fördes pojken, som fortfarande krävde respirator, till hemsjukhuset. På misstanke om Xylocainförgiftning togs kl 07.30 blodprov, som visade en koncentration av 3,9 mikrogram lidokain (aktiv substans i Xylocain) per ml.

Pojkens farmor anmälde doktorn.

Ansvarsnämnden läste pojkens journal och ett yttrande av doktorn, som beströdd att han gjort fel.

Denne berättade att patienten sedan cirka två år har gastrostomiknapp, som hade åkt ut. Patienten undersöktes initialt av kirurgjouren.

Doktorn rengjorde först området där knappen skulle sitta. Efter det lade han Xylocaingel 2 % runt öppningen i bukväggen samt smorde knappen med gel.

Under försöket att sätta in knappen hade gelet runnit ut från öppningen. Barnet var spänt i bukväggen, och läkarna misstänkte stopp i öppningen. Under tiden skrek barnet och såg blått ut på läpparna och i ansiktet, uppgav doktorn.

De båda läkarna bestämde att avbryta försöket och diskuterade ett nytt försök med lättare sedering. Patienten fick Stesolid rektalt. Cirka kl 01.00 gjorde doktorn ett nytt försök eftersom kirurgjouren var på en akut operation som tog mer än sex timmar.

Han lade 2-3 ml Xylocaingel i öppningen samt smorde huden runt om den, varefter den vidgades och en ny PEG-knapp lades in, och kuffen fylldes med 4 ml sterilt vatten. Knappläget kontrollerades genom uppsugning av magsäcksinnehåll med hjälp av en liten sond.

Patienten åkte hem, men efter drygt två timmar kom han med ambulans till akutmottagningen med andnings- och cirkulationsstillestånd. Han återupplivades på IVA.

Fick Xylocaininjektion

Under tiden på IVA var det svårt att få perifera infarter varför doktorn blev ombedd av narkosjouren att frilägga en ven på höger underben.

Man brukar ge lokalbedövning i snittområdet och barnet fick 2,5 ml Xylocain i injektion innan ett snitt gjordes på nedre delen av höger underben och barnet fick en tillfredsställande infart.

»Dessutom har en felaktig dos använts med en svår förgiftning som sannolikt resultat.«

Patienten har CHARGE-syndrom med multipla organmissbildningar, berättade doktorn. Barnet hade haft krampstillbud samt apnéepisoder och tidigare återupplivats vid ett par tillfällen i hemmet.

I en efterföljande diskussion kring det inträffade har övervägts om patienten fått i sig en toxisk dos av Xylocain. Man har kontrollerat Xylocainkoncentrationen, som låg på 3,9 mikrogram. Vid en kontakt med läkemedelsinformationen

på AstraZeneca Sverige AB framkom att Xylocain har låg toxicitet och symtomen inträffar vid plasmanivåer över 5 mikrogram per ml.

Dessutom hade patienten höga levervärden, vilket kan påverka ämnesomsättningen och ge höga nivåer.

Det bör noteras att Xylocainkoncentrationen mättes

efter venfriläggning där man använt lokalbedövning som skulle kunna leda till ökad Xylocainkoncentration. Trots detta låg Xylocainkoncentrationen lägre än toxisk nivå, framhöll doktorn.

Ingen bedövning behövs

Ansvarsnämnden slår fast att av patientjournalen och den övriga utredningen framgår att doktorn använde sig av lokalbedövningsmedlet Xylocain när han förde in katetern genom pojkens bukvägg.

Detta tillvägagångssätt var inadekvat eftersom det som regel enbart behövs glidmedel och ingen bedövning för att föra in en kateter genom bukväggen.

Dessutom har en felaktig dos använts, med en svår förgiftning som sannolikt resultat.

Doktorn får en varning. ■

Det kunde inte uteslutas att pojken hade testistorsion

Läkaren borde ordnat en snabb exploration

När distriktsläkaren konstaterade att det inte kunde uteslutas att den 14-åriga pojken hade testistorsion skulle han ha ordnat med exploration så snart som möjligt. Att skriva remiss till ultraljud var fel. (HSAN 3062/07)

Pojken sökte kl 14.30 den 16 augusti 2007 tillsammans med sin far akut på vårdcentralen. På morgonen samma dag hade han vaknat med kräkningar, illamående och svullnad i vänstra delen av pungen.

Distriktsläkaren konstaterade att vänster testikel var mycket palpationsöm men att det inte förelåg något hydrocele. Laboratorieprov var normala. Under bedömning/åtgärd skrev han i journalen bland annat följande:

»Pat skall följas upp med P-glukosprover. Beträffande testikelsmärta remitteras pat akut för ultraljud då testistorsion ej kan uteslutas. Då nedre buksmärta saknas och pat inte har spontan smärta, svaga hållpunkter för testikel-torsion.«

Han skrev en akut remiss till ett närsjukhus för ultraljudsundersökning. På remissen, daterad den 16 augusti, står under önskade undersökningar: »2007-08-17 Vänster ultraljud testiklar.«

Pojkens far har uppgett att distriktsläkaren uppmanade dem att infinna sig för ultraljudsundersökning efter kl 8–9 nästa morgon. Distriktsläkaren har uppgett att de uppmanades att gå direkt till röntgenavdelningen.

Den 20 augusti skickades från närsjukhuset en kallelse till ultraljudsundersökning den 30 augusti.

Testikeln nekrotisk

Pojken sökte den 18 augusti ett barnsjukhus där man konstaterade testistorsion. Han opererades omgående. Vänster testikel var nekrotisk och togs bort. Pojkens far anmälde distriktsläkaren, som bestred att han gjort fel.

Pojken hade vaknat på morgonen med smärta i pungen. Under dagen hade han känt sig illamående, och han hade kräkt vid ett tillfälle. Vid läkarbesöket nege-

rade han pågående värk men angav smärta vid palpation av vänster testikel. Pungen var lätt svullen, berättade distriktsläkaren.

Testistorsion kunde inte uteslutas varför pojken remitterades till närsjukhuset för en akut ultraljudsundersökning av pungen. Han hade uppmanat fadern att åka dit med sonen på en gång.

Konsultationen avslutades med en elektronisk remiss klockan kl 15.13 med begäran av en akut ultraljudsundersökning, uppgav distriktsläkaren.

Då han inte fick något svar från närsjukhuset antog han att pojken hade remitterats vidare till sjukhus.

Han hävdade att han var helt införstådd med att vid smärta i pungen hos pojkar måste testistorsion uteslutas. Det var därför pojken remitterades skyndsamt till en ultraljudsundersökning för att kunna ta ställning till

fortsatt handläggning.

Så snabbt som möjligt

Ansvarsnämnden påpekar att testistorsion, vanligtast i åldern 8–20 år, ger svåra smärtor och kan leda till att blodtillförseln till testikeln upphör.

Uppgiften att ställa eller utesluta diagnosen testistorsion kan vara mycket svår genom bara en klinisk undersökning, och ofta krävs en operation akut för att kunna ställa korrekt diagnos. En sådan exploration måste ske så snabbt som möjligt.

Distriktsläkaren ansåg vid besöket den 16 augusti att testistorsion inte kunde uteslutas och skrev remiss till ultraljudsundersökning.

Att vid misstanke om testistorsion skriva en remiss till ultraljudsundersökning är fel, oavsett när det är avsett att undersökningen ska genomföras.

En ultraljudsundersökning hade, även om den utförts akut den 16 augusti, fördröjt den nödvändiga operationen med timmar och därmed försämrat prognosen. Distriktsläkaren borde remitterat pojken direkt till sjukhus på misstanken om testistorsion för att möjliggöra operation utan fördröjning. Han varnas. ■

12-årig flicka fick köldskada vid vårtborttagning

En handledares felaktiga instruktion utgör en förmildrande omständighet men friar inte läkaren från disciplinpåföljd sedan hon köldskadade en 12-årig flicka i samband med frysbehandling av en vårta. (HSAN 3356/07)

Flickan ville ta bort en vårta vid nagelbandet på långfingret och sökte därför läkaren, som just avslutat sin AT-tjänstgöring. Vårtan skulle frysas bort. Efter uppmaning av handledaren behandlade läkaren med frysmedlet Histofreezer. Hon behandlade under 1,5 eller 2 minuter i stället för de 3 minuter som handledaren sagt. Flickan utvecklade blåsor och fick en andra gradens köldskada.

Flickans mamma anmälde läkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att hon inte hade någon egen erfarenhet av frysbehandling så hon frågade sin handledare hur hon skulle göra. Handledaren gav henne en frystub (Histofreezer) i handen, med tillhörande munstycke, och anvisade att hon skulle applicera munstycket på vårtan och behandla under 3 minuter.

Kylan var obehaglig

Hon applicerade munstycket på den större vårtan och påbörjade frysbehandlingen. Hon frågade patienten upprepade gånger om hon hade ont, men patienten tyckte att smärtan var uthärdlig. Hon klagade dock under hela behandlingen, med början efter ca 5 sekunder, över att kylan var obehaglig och att det kändes konstigt då fingret blev stelt.

Efter ca 1,5 minuter avslutade läkaren behandlingen. Hon ville inte fortsätta då patienten blev rädd när hon inte kunde böja fingrets yttersta led samt därför att hon själv saknade erfarenhet och att vårtorna satt på ett finger. Vårtorna hade dessutom vitnat och behandlingens syfte var uppnått, menade läkaren.

Två små blåsor hade börjat utvecklas distalt på fingret (2:a gradens köldskada), vilket ingår i behandlingens förlopp.

Ansvarsnämnden konstaterar att läkaren, utan tidigare kännedom om och erfarenhet av behandlingsmetoden samt utan att ha läst instruktionen, har behandlat patientens vårta med frysning med Histofreezer. Det har lett till flera fel med komplikation som följd.

Förmildrande omständigheter är dock att hon fått fel instruktion från sin handledare. Hon får en erinran. ■