

Borde informerat om vikten av antibiotikaprofylax

# Munhålebakterier orsakade endokardit

**Kardiologen informerade inte patienten om vikten av antibiotikaprofylax vid bland annat tandvård. Efter behandling hos tandhygienist drabbades patienten av endokardit. Han utvecklade septisk emboli med stor hjärninfarkt och han avled. (HSAN 3402/07)**

Den 37-årige mannen led sedan 2004 av epilepsi och samma år uppmärksammades ett nytillkommet blåsljud på hjärtat.

En ekokardiografi vid sjukhuset i januari 2005 visade en lindrig aortastenosis och en obetydlig aortainsufficiens. Kardiologen ordinerade då årliga ekokardiografiska kontroller.

Den 13 december behandlades patienten hos en tandläkare.

## Tätare kontroller

I januari 2006 konstaterades att han hade en bikuspid aortaklaff med lindrig insufficiens, men med progress till en signifikant stenosis. Man hade också viss misstanke om en membranbildning i utflödesregionen till vänster kammare. Med anledning av progressen bestämdes om tätare kontroller, närmast om ett halvår.

Den 7 mars behandlades patienten hos en tandhygienist.

Den 19 mars sökte han akut vid jourcentralen på grund av feber sedan tre dagar, huvudvärk och sjukdomskänsla. En allmänläkare tolkade besvären som influensa.

Eftersom patienten inte blev bättre sökte han den 24 mars akut vid sjukhuset igen. På misstanke om endokardit satte man in antibiotika och förde över honom till ett annat lasarett.

## Septisk emboli med stor hjärninfarkt

Där utvecklade han en septisk emboli med stor hjärninfarkt och överfördes den 2 april till ett universitetssjukhus. Man utförde en akut hjärtoperation, men patienten avled den 4 april 2006.

Patientens syster anmälde kardiologen samt allmänläkaren, tandläkaren och tandhygienisten.

Kardiologen valde att inte yttra sig. De andra tre bestred att de gjort fel. De frias, varför vi lämnar deras argument och i stället berättar om den bedömning av fallet som gjordes av Bengt Götrik, docent i farmakologi.

Han påpekade att patienten hade ett lindrigt klafffel, som enligt gällande riktlinjer inte ska föranleda antibiotikaprofylax i samband med tandvård.

## Förmådde inte få fram korrekt uppgift

Även om det i just detta fall saknar betydelse, kan man konstatera att patienten uppenbarligen inte informerade tandvårdspersonalen om sitt klafffel samt att den metod för anamnesupptagning som användes inte förmådde få fram en korrekt uppgift.

Patientens endokardit orsakades av munhålebakterier. Den bakteriemi som orsakade endokarditen kan ha uppkommit till följd av den tandbehandling som utfördes den 7 mars 2006, men det kan inte uteslutas att den uppkommit spontant.

Gällande riktlinjer för antibiotikaprofylax vid risk för endokardit följdes, menade Bengt Götrik.

## Informerade inte

Ansvarsnämnden påpekar att enligt tandklinikens hälsodeklaration hade patienten uppgett sig ha epilepsi och pollenallergi, men han neget hjärt-kärlsjukdom. Med den bakgrundsinformationen hade tandläkaren och tandhygienisten ingen anledning att sätta in antibiotikaprofylax.

Vid besöket på jourcentralen gjorde allmänläkaren en ordentlig undersökning. Eftersom han inte hade några uppgifter om hjärtfel, var hans tolkning att besvären var influensa – som många hade då – rimlig.

Såvitt framgår av journalen har kardiologen inte informerat patienten om vikten av antibiotikaprofylaktisk behandling i samband med bland annat tandvård.

Hon har av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt. Hon får en erinran. ■

## Kvinna med kollagen kolit obehandlad ett år

**Provsvaret visade att kvinnan hade kollagen kolit. Men distriktsläkaren vidtog inga åtgärder, vilket ledde till att kvinnan förblev obehandlad i nästan ett år. (HSAN 3876/07)**

Den 63-åriga kvinnan uppsökte vårdcentralen den 8 maj 2006 med diarréer sedan tre veckor. Man inledde utredning och i oktober kunde man konstatera att hon drabbats av kollagen kolit. I detta skede övertogs ansvaret för handläggningen av distriktsläkaren.

Den 23 augusti 2007 fördes patienten till ett universitetssjukhus med ambulans på grund av diarréer och dehydrering. Hon ordinerades infusioner och mediciner med Entocort samt kunde skrivas ut i gott skick fyra dagar senare.

Patienten anmälde distriktsläkaren. Hon berättade att hon har vid flera tillfällen uppsökt distriktsläkaren på grund av diarréer, vilket borde ha föranlett medicinering med Entocort.

Distriktsläkaren berättade att när patienten kom med diarréer den 8 maj 2006 var det en AT-läkare som träffade henne och började utredningen.

Så småningom remitterades patienten till röntgen, vilken gjordes i oktober 2006 och visade normal slemhinna. Där emot visade PAD, som kom två veckor senare, kollagen kolit. AT-läkaren hade slutat sin tjänstgöring och svaret kom till distriktsläkaren. Hon godkände det utan att reagera på det avvikande svaret.

Fram till augusti 2007 hade hon haft flera kontakter med patienten, bland annat gjordes CT-buk och det var också planerat en ny röntgen av tjocktarmen.

## Små bokstäver, inga kommentarer

En bidragande orsak till att hon inte reagerade på det avvikande PAD-svaret kan ha varit att diagnosen kollagen kolit stod med små bokstäver utan ytterligare kommentar för vidare remittering eller handläggning. Det är vanligt att när ett avvikande svar kommer skriver man också rekommendationer för nästa steg i utredningen, berättade distriktsläkaren.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten led av ihållande tarmsbesvär, vilket utredningen visade berodde på kollagen kolit. Distriktsläkaren övertog ansvaret för handläggningen i samband med att analysen, i vilken diagnosen ställdes, anlände till mottagningen och hon signerade det patologiska svaret.

Hon vidtog emellertid inga åtgärder med anledning av fyndet och patientens sjukdom förblev obehandlad i närmare ett års tid. Hon får en erinran. ■

# Tre läkare missade att patienten hade ett aneurysm i lillhjärnan

En borde ifrågasatt de två kollegernas tidigare bedömningar

**Tre läkare fälls sedan de genom otillräckliga undersökningar missat att diagnostisera ett pulsåderbräck i hjärnan hos en 43-årig kvinna. (HSAN 3220/05)**

Kvinnan sökte den 8 april vård på en akutmottagning sedan hon plötsligt fått svår smärta i nacken och bakhuvudet samt bakom ögonen. Hon undersöktes av en underläkare, som fann att hon var nackstel och ordnade med en akut skiktröntgen av huvudet för att utesluta subaraknoidal blödning. Enligt röntgenutlåtandet fanns det inga tecken på blödning eller annan förändring i hjärnan.

Underläkaren bedömde att det rörde sig om muskulärt betingade smärtor och patienten fick gå hem.

Den 10 april sökte hon åter vård akut med fortsatt intensiv nack- och huvudvärk. En internmedicinare bedömde att smärtorna var av muskuloskeletal karaktär och remitterade henne till kirurgiska kliniken.

Där undersöktes hon samma dag av en ST-läkare, som i journalen noterade att patienten inte kunde flektera framåt i nacken. Han beställde en akut röntgenundersökning av halsryggen. Då undersökningen inte visade något avvikande bedömdes symtomen bero på någon form av tortikollis och patienten fick gå hem.

## Kraftigt smärtpåverkad

Den 16 april blev hon plötsligt sämre med svår huvudvärk och kräkning och återkom akut. Hon undersöktes av en vikarierande underläkare, som beslöt att lägga in henne på observationsavdelningen för smärtlindring. Han har inte angett status i journalen. Enligt omvårdnadsanteckningarna har patienten dock varit så smärtpåverkad att hon inte kunnat ta vara på sig själv.

Natten mot den 17 april hade hon kräkt och lagt sig i fel säng. På förmiddagen den 17 april beslutade en femte läkare att lägga in henne på sjukhuset, eftersom det var uppenbart att hon inte var adekvat smärtlindrad.

Den 18 april gjorde en överläkare en lumbalpunktion. Lumbalvätskan var

blodblandad och patienten fördes till ett universitetssjukhus. Där konstaterades ett aneurysm, som hade emboliserats.

Patienten anmälde den ansvariga personalen för att ha missat hennes pulsåderbräck i lilla hjärnan. Ansvarsnämnden läste hennes journal och tog in yttranden av de anmälda. Vi stannar vid de tre som fälls.

Underläkaren valde att inte yttra sig över anmälan.

Internmedicinaren berättade att han den 10 april på eftermiddagen togs ur sina normala arbetsuppgifter på grund av en kaotisk situation på akutmottagningen där många patienter väntade.

## Ogynnsam rörelse och belastning

Han tog anamnes och status på patienten och fick fram en bild där huvudvärk mycket väl skulle kunna förklaras av ogynnsam rörelse och belastning i nack-

regionen. Han ställde detta även i relation till undersökningen gjord den 8 april.

Han remitterade patienten till en kirurgkollega för bedömning. Sedan hörde han inget mer om patienten. Han ansåg »i rådande situation« att han inte hade gjort något fel.

Den vikarierande underläkaren uppgav att han såg patienten på akutmottagningen

en efter kl 22 den 16 april. Hon hade huvudvärk och nacksmärtor.

Patienten hade varit på akuten den 8 april med samma symtom då man i första hand misstänkte muskuloskeletal smärta. De hade gjort en DT caput för att utesluta blödning. Den var negativ.

## Otillräcklig smärtlindring

Den 10 april bedömde internmedicinaren att det rörde sig om muskuloskeletal smärta och remitterade patienten till kirurgen, som bekräftade diagnosen och började behandling. Patientens återkom den 16 april, till honom, berättade den vikarierande underläkaren.

I första hand bedömde han detta som otillräcklig smärtlindring på grund av hennes tidigare anamnes, men han tyckte att patienten skulle läggas in på observationsavdelningen i ett försök till smärtlind-

ring och att man skulle göra en ny bedömning på morgonen.

Under natten var patienten enligt sköterskeanteckningar orolig. Han själv blev inte tillkallad för en ny bedömning av henne. Nästa morgon tog en annan läkare över patienten.

Ansvarsnämnden menar att underläkaren gjorde rätt när han skickade patienten till skiktröntgenundersökning eftersom sjukhistorien och undersökningsfynden var helt förenliga med en subaraknoidal blödning.

## Borde i vart fall konsulterat bakjouren

Det är känt att en sådan blödning inte alltid går att påvisa med skiktröntgen. Underläkaren borde därför, när han fick besked om att skiktröntgen av huvudet var normal, ha låtit utföra en lumbalpunktion. I vart fall borde han ha konsulterat sin bakjour.

Han har visserligen missletts eftersom skiktröntgenundersökningen feltolkades men hans fel är likväl varken ringa eller ursäktligt och han får en erinran.

Internmedicinaren undersökte patienten den 10 april då hon sökte vård andra gången för svår huvudvärk. Hon var enligt en journalanteckning samma dag nackstel. Internmedicinaren borde ha utfört lumbalpunktion i syfte att klargöra om hon drabbats av en subaraknoidal blödning eller låtit göra om skiktröntgen av huvudet. Han får en varning.

## Borde ifrågasatt tidigare bedömningar

Den vikarierande underläkaren undersökte patienten den 16 april när hon kom akut för tredje gången. Hon hade blivit sämre, hade svår smärta och var omtöcknad. Han lade in henne på obs-avdelningen utan kroppsundersökning. I vart fall var inget status skrivet i journalen.

Det framgår av en omvårdnadsanteckning att patienten var påverkad och hade svårt att redogöra för sig.

Den vikarierande underläkaren borde ha förstått att hennes tillstånd gav anledning till att ifrågasätta de bedömningar som de andra läkarna gjort tidigare.

Han borde ha utrett henne akut med skiktröntgen av huvudet alternativt lumbalpunktion eller ha rådgjort med sin bakjour. Även han får en varning. ■

»Han borde ha utrett henne akut med skiktröntgen av huvudet alternativt lumbalpunktion eller ha rådgjort med sin bakjour.«