

Patienten hade en totalt kollaberad lunga

Av största vikt att penetrera anamnesen vid plötslig andfåddhet

Det är tydligt att de två läkarna inte penetrerat sjukhistorien noggrant, något som är av största vikt vid plötsligt uppkommen andfåddhet. (HSAN 3128/07)

Den 59-årige mannen sökte vårdcentralen den 13 augusti 2007 med andfåddhet och smärta i en axel. Läkare A bedömde honom som opåverkad och lungorna auskultades normala.

Patienten återkom den 23 augusti till en internmedicinare. I anamnesen antecknades luftvägsbesvär, bedömda som övre luftvägsinfektion. Internmedicinaren ordinerade antibiotika och luftrörsvidgande inhalationer. Ingen lungauskultation dokumenterades.

Den 24 augusti sökte patienten på sjukhus efter remiss från en annan vårdcentral. Han var opåverkad i vila men hade lätt samtalsdyspné. Läkaren fann inga andningsljud på höger lunga och röntgen visade en total högersidig pneumotorax.

Båda bestred att de gjort fel

Patienten anmälde de båda läkarna på den första vårdcentralen. Båda bestred att de gjort fel.

Läkare A påpekade att han hade en jobbig diskussion om sjukskrivning med patienten vid två besök. Vid första besöket den 8 augusti på grund av ryggvärk blev patienten sjukskriven en vecka men insisterade på att få flera veckors sjukskrivning, vilket han inte fick. Den 13 augusti sade han att ryggvärken var borta.

Han sade att han sedan några dagar då och då haft ont i höger axel, och att han blev andfådd ibland.

På direkt fråga svarade patienten att han inte hade ont i höger axel vid läkarbesöket.

A auskulterade rutinmässigt lungorna vid andningsproblem, utan undantag. Till sist förklarade A att han inte hittat något fel på lungorna och att undersökningarna visade normala resultat.

Internmedicinaren berättade att patienten, som är rökare, sökte den 23 augusti på grund av förkylning sedan några dagar med lätt hosta. Vid auskultation

hördes en regelbunden rytm, inga bil- eller blåsljud. Han hade haft övre luftvägsymtom i form av grova ronki med förlängt exspirium. Andningsljud hördes bilateralt. Det var inga påfallande symptom mer än dessa.

Symtomen bedömdes kliniskt som övre luftvägsinfektion som man ofta ser hos rökare, med lätt förhöjt CRP som man kan se vid atypisk pneumoni (klebsiella, TWAR etc) eller virusinfektion.

Från praktisk synpunkt kan man sätta patienten på tetracyclinpreparat och avvakta. Patienten upplever ofta klinisk förbättring och finner ingen anledning att söka igen. Som komplement blev denne patient även insatt på Bricanyl inhalation och uppmanades att fortsätta med acetylcystein som han fått vid tidigare läkarbesök.

Internmedicinaren kunde inte förstå att patienten kunde gå i tre veckor med totalt kollaberad lunga.

Ansvarsnämnden påpekar att pneumotorax kännetecknas av ett relativt plötsligt insjuknande med smärta i bröstkorgen som förvärras vid djupand-

ning och därtill andfåddhet. Det är troligt att patientens pneumotorax uppstod några dagar före besöket den 13 augusti.

Smärtan kändes i höger axelregion, vilket talar för att hans pneumotorax uppstått i anslutning till diafragma. Där emot behövde inte totalt sammanfall av lungan ha förelegat initialt, varför det vid auskultationen inte behövde ha förelegat ett försvagat eller uteblivet andningsljud över höger lunga.

Lungemboli kan vara orsaken

Det är tydligt att läkare A och internmedicinaren inte har penetrerat sjukhistorien noggrant, något som är av största vikt vid plötsligt uppkommen andfåddhet. De har vid undersökning inte funnit någon förklaring till patientens besvär, smärta i axeln och andfåddhet. Plötsligt uppkommen andfåddhet, till vilken man inte funnit någon förklaring, bör utredas eftersom bland annat lungemboli kan vara orsaken.

De båda läkarna har genom den bristande anamnesupptagningen och bristfälliga utredningen av patientens besvär av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. A får en erinran och internmedicinaren en varning, eftersom denne inte ens har lyssnat på lungorna före inledd antibiotikabehandling. ■

Efter upplysningar till Försäkringskassan

Läkare fälls för brott mot tystnadsplikten

Ansvarsnämndens majoritet fäller en internmedicinare för brott mot tystnadsplikten. Majoriteten av majoriteten fastnar för en erinran, medan resten ville ha en varning. Två i nämnden, bland annat ordförande, ville fria. (HSAN 591/07)

En 47-årig kvinna kom till internmedicinaren den 8 november 2007 på remiss. Hon hade ett smärtsyndrom sedan många år. Efter besöket kontaktade internmedicinaren Försäkringskassan.

Patienten anmälde internmedicina-

ren för att ha brutit sin tystnadsplikt genom att kontakta Försäkringskassan. Hon uppgav för internmedicinaren att hon hade varit hos en läkare i X-stad och fått diagnosen myofasciellt smärtsyndrom. Enligt läkaren kunde hon kanske arbeta 25 procent om hon fick ett arbete där hon hade tillgång till en säng och kunde lägga sig vid behov. Hon kunde inte vara uppe två timmar i sträck.

Hon hade varit hos Arbetsförmedlingen och gjort en aktivitetsdagbok. Enligt Arbetsförmedlingen fanns det inte nå-

got arbete med tillgång till den vila hon behövde. Internmedicinaren undersökte henne inte utan sade att hon skulle avge ett utlåtande efter undersökning med magnetkamera den 26 november. De skulle ses vid ett återbesök i januari 2008.

Inte rätt till sjukersättning

Någon dag efter besöket fick hon höra av Försäkringskassan att internmedicinaren hade ringt dit och sagt att hon inte hade rätt till sjukersättning. Det var fel av internmedicinaren att ta kontakt med Försäkringskassan och säga att hon inte hade rätt till sjukersättning, innan hon träffat henne igen och undersökt henne. Internmedicinaren hade brutit mot tystnadsplikten, menade patienten.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal med en skrivelse till Försäkringskassan och ett yttrande från internmedicinaren, som bestred att hon gjort fel.

Innan hon träffade patienten tog hon noggrant del av tidigare journalanteckningar och fann ingenting som talade för reumatisk eller annan sjukdom. Av de journalanteckningar hon hade kunde hon ju få fram att patienten hade en sjukskrivning på 75 procent och att hon inte ansåg sig kunna arbeta resterande 25 procent. Internmedicinaren ville försöka reda ut vad detta berodde på och tog sig god tid att prata med patienten, men undersökte henne inte.

Ville hjälpa henne tillbaka

Internmedicinaren kände att detta var en förhållandevis ung kvinna, som hon gärna ville hjälpa tillbaka till arbetslivet, om inte på heltid så i alla fall på deltid. De enades om en ganska snar återbesökstid efter att hon varit på en redan tidigare beställd MR-undersökning.

Efter att ha pratat med patienten kontaktade internmedicinaren Försäkringskassan, bland annat för att informera sig om vad de hade gjort för att försöka få patienten tillbaka i arbetslivet. Hon fick höra att patienten gjort ett försök att arbeta på dagis men inte orkat stanna mer än två timmar på grund av sina smärtor.

Denna kontakt tog hon för att informera sig bättre om patientens situation. Hon tog den utan att ha informerat patienten men givetvis inte för att på något sätt skada patienten.

För internmedicinaren kändes det fel att acceptera att en så ung person utan

fastställd sjukdom ska vara helt pensionerad. Både hennes agerande att ge patienten en snar återbesökstid och att kontakta Försäkringskassan åsyftade att hjälpa patienten, och det är beklagligt att hon inte uppfattat detta.

Internmedicinarens skrivelse till Försäkringskassan lydde så här:

»Rubricerad pat har ett smärtsyndrom och har varit sjukskriven och under utredning under lång tid. Jag har idag fått en remiss från VC Y där man väl inte anser sig kunna hantera pats besvär.

Vid genomgång av journalhandlingar och efter undersökning av pat kan jag inte finna annat än att denna pat skulle kunna vara arbetsför. Det enda som jag tycker återstår utredningsmässigt är att hon har fått en tid för en magnetröntgen i slutet av november och eftersom hon är HLAB27-pos skulle det ju vara intressant att se denna röntgen om den visar något som man skulle kunna åtgärda.

Min sammanfattning och bedömning så här långt blir emellertid att pat inte har

någon sjukdom som berättigar till sjukersättning. Jag kommer att kalla pat vecka 3 då jag åter är i Y och har tillgång till resultatet av magnetröntgen.«

Får inte lida men

Enligt 7 kap 1 c § Sekretesslagen gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon henne närstående lider men.

Internmedicinaren borde inte utan att patienten medgett det ha kontaktat Försäkringskassan angående sin kontakt med henne den 8 november 2007. Patientens har uppgett att hon lidit men. Internmedicinaren har således åsidosatt bestämmelsen i Sekretesslagen. Hon får en erinran.

Djup oenighet

Men Ansvarsnämnden är djupt oenig kring påföljden för internmedicinaren.

Avvikande mening 1 (som tre av ledamöterna står bakom):

Internmedicinarens fel bör medföra disciplinpåföljd i form av en varning.

Avvikande mening 2 (som ordförande och en ledamot står bakom):

Med hänsyn till vad internmedicinaren uppgett om anledningen till kontakten är detta inte något som motiverar disciplinpåföljd. ■

»Internmedicinaren borde inte utan att patienten medgett det ha kontaktat Försäkringskassan angående sin kontakt med henne den 8 november 2007.«

Fel tillåta utskrivning av patient med allvarlig, obehandlad sjukdom

En internmedicinare fälls för att han sanktionerat att en patient med en allvarlig, obehandlad sjukdom skrevs ut. (HSAN 3278/07)

Den 49-åriga kvinnan, som 1998 hade behandlats för bröstcancer, hade under våren 2007 haft korta, återkommande febertoppar och blivit trängre i bröstet, fått frossa och andnöd. Den 12 juli sökte hon akut vid hemsjukhuset och blev inlagd. En utredning visade pneumoniliknande förändringar i vänster lunga samt lymfkörtlar i övre delen av mediastinum.

Blododlingar visade växt av enterokocker. Hon fick antibiotika intravenöst och, på grund av misstanke om hjärtsvikt, även vätskedrivande behandling.

Den 16 juli skrevs hon hem med ordination om tio dagars peroral antibiotikabehandling och fick tid för återbesök på medicinmottagningen om en månad.

Den 31 juli återkom hon med feber och frossa. Ekokardiografi visade endokarditförändringar på aortaklaffen och hon fördes den 2 augusti till infektionskliniken vid länssjukhuset. Hon opererades senare vid ett universitetssjukhus och fick en mekanisk klaffprotes.

Patienten anmälde internmedicinaren för felbehandling under vården i juli. Denne bestred att han gjort fel.

Veckorna 28 och 29 arbetade han som överläkare på avdelningen på sjukhuset.

Behandlingen hade effekt

Patienten lades in med hög feber och andningsbesvär. Efter en utförlig sjukhistoria utfärdades remiss för slätröntgen och skiktröntgen av lungorna. Man fann en lunginflammation och tecken till lymfkörtelförstoring. Hon fick antibiotika intravenöst i fyra dagar.

Patientens feber gick över inom ett par dagar och snabbsänkan sjönk kraftigt från 185 till 11 på tre dagar, vilket talade för att behandlingen haft effekt. Patienten gick på permission under helgen.

Den 16 juli, på måndagen, mådde hon fortfarande bra och ville hem. Hon skickades hem av sin avdelningsläkare

med återbesök om 3–4 veckor för omkontroll av skiktröntgen (med tanke på en oklar mjukdelsförändring) samt tabletter Amimox i 10 dagar.

Den 12 juli utfärdades också remiss för TEE (transesofagealt ultraljud). Blododlingar togs.

Den 16 juli hade sjukhuset stängt två avdelningar på grund av semesterar och det fanns ca 20 överbeläggningar. Det fanns då inte några specialister på sjukhuset som kunde utföra en TEE.

Beslutet förankrades inte hos honom

Han gick den 16 juli rond med det ena av två läkarlag. Den aktuella patienten rondades av »det andra laget«.

Enterokocksvaret i blododlingen blev aldrig förmedlat till honom, hävdade internmedicinaren. Detta svar nämndes först i utskrivningsjournalen från utskrivande läkare, som inte tog upp saken med honom.

Enligt utskrivningsjournalen blev ultraljudsundersökningen av hjärtat avbeställd i samband med utskrivningen. Detta beslut förankrades inte hos honom, hävdade internmedicinaren.

Utskrivningsjournalen dikterades av avdelningsläkare den 17 juli (dagen efter) och kontrasignerades av internmedicinaren två veckor senare.

Han fick signera ett hundratal journaler för veckorna 27, 28, 29 och 30 under vecka 30, och på grund av att det inte fanns tid avsatt för det hade han ingen möjlighet att detaljgranska varenda journal, vilket var olyckligt.

Platsbrist, stor arbetsbörda ...

Ansvarsnämnden konstaterar att internmedicinaren har uppgett att det var platsbrist på sjukhuset, att han hade en stor arbetsbörda, att han inte hade blivit informerad om blododlingssvaret, att han inte visste att ekokardiografen blivit avbeställd och att han först efter två veckor kunnat läsa epikrisen.

Trots det har han sanktionerat att patienten skrevs ut med en allvarlig, obehandlad sjukdom.

Han får en erinran. ■

Epileptiker ska inte ordineras tramadol

Tramadol ska inte ges till epileptiker. (HSAN 325/08)

En 24-årig kvinna med epilepsi hade behandlats med Fenantoin, som under hösten 2007 byttes mot Lamictal på grund av att hon fått epilepsianfall en gång i månaden.

I anslutning till medicinbytet vistades hon 60 mil hemifrån när hon fick ett epileptiskt anfall. Hon fördes till akutmottagningen vid ett universitetssjukhus och undersöktes av en reumatolog. Skiktröntgen utfördes och var normal.

På grund av huvudvärk ordinerades patienten Panodil och tramadol. Nästa natt fick hon ett nytt epilepsianfall och återvände till akutmottagningen och lades in för observation ett dygn.

Patienten anmälde reumatologen. När hon lämnade sjukhuset första natten fick hon ett e-recept på 100 st tramadol, som hon började äta enligt ordination.

Efter anfallet nästa natt berättade två läkare att tramadol ger man aldrig till en epilepsipatient.

Bättre än alternativen

Reumatologen bestred att han gjort fel. Patienterna hade under ett epileptiskt anfall bitit sig i tungan samt slagit i huvudet och ådragit sig ett hematoma runt vänster öga. Patienten uppgav att hon hade epilepsi sedan tidigare, skött via ett sjukhus på hemorten, där man nyligen bytt hennes tidigare antiepileptikum Fenantoin mot Lamictal.

Neurologiskt status var vid besöket utan anmärkning. På grund av huvudvärken och huvudtrauma i samband med ep-anfallet skickades patienten dock på en akut DT skalle för att utesluta blödning. DT var liksom laboratorieprov väsentligen utan anmärkning.

Då patienten var tämligen smärtpåverkad av sin huvudvärk behövde hon få analgetika. Paracetamol bedömdes inte vara tillfyllest. Retrospektivt kunde insättandet av tramadol i smärtstillande syfte på just denna patient kanske ifrågasättas, men med beaktande av alternativen – NSAID, dextropropoxifen, kodein, starka opoider – valde han ändå detta läkemedel, upp gav reumatologen.

Ansvarsnämnden framhåller att tramadol kan orsaka kramper. Det varnas därför för att ordinera tramadol till patienter med epilepsi. Vid första undersökningen framgick att patientens epilepsisjukdom inte var under kontroll, varför en tramadolordination var olämplig med hänsyn till läkemedlets biverkningar för personer med epilepsi.

Reumatologen får en erinran. ■