

Erinran:

Missade att kontrollera skolflicka med skolios

Läkaren missade att göra en ny undersökning av en skolflicka med skolios och brast i journalföringen. För det har han av Ansvarsnämnden fått en erinran. (HSAN 97/95)

Flickans mamma anmälde läkaren och berättade bl a följande.

Dottern hade skolios. I december 1992 undersöktes hon av läkaren. Efter det fanns i hennes journal ingen anteckning om ytterligare kontroll.

Det krävs flera års behandling

Inte förrän hon hade bytt skola upptäckte man i september 1994 att hon blivit sämre. Detta i en sådan grad att det krävs flera års behandling med Bostonkorsett. Vilket resultat den kommer att ge är osäkert.

Mamman hävdade att dotterns skolios inte hade behövt bli så allvarlig om hon fått behandling tidigare.

Läkaren uppgav att han i december 1992 hade uppfattat flickans skolios som i stort sett oförändrad. Han valde då att inte remittera henne till ortoped utan skulle i stället undersöka henne under vårterminen 1993.

Men undersökningen blev inte av förrän i september. Läkaren gjorde en kladdanteckning om den och sade att han missat att föra in den i flickans skolfjournal.

Han uppgav vidare att han tyvärr saknade giltig förklaring till att den undersökning som borde ha gjorts senast under vårterminen 1994 inte blev av.

Alla avvikelser skall följas upp

Ansvarsnämndens utredning visade att man redan i årskurs 2, 1988, noterade att flickan hade en långsträckt skolios. Ryggen kontrollerades varje år. Fram till undersökningen i december 1992 hade det inte skett någon försämring.

Läkaren hade enligt sin kladdanteckning undersökt flickan på nytt i september 1993 och fann att hon var stel i ryggen och hade en lätt skolios.

Nästa undersökning skedde

ANSVARSÄRENDE

efter skolbyte i september 1994 då flickan gick i åttonde klass. Då fann man en tydlig högerkonvex torakal och vänsterkonvex lumbal skolios. Flickan remitterades till ortoped.

Enligt reglerna för skolhälsovården ska rutinmässiga ryggsundersökningar göras i årskurs 4 och 6. Alla elever med avvikelser från det normala, t ex skolios, skall följas upp och kontrolleras en till två gånger per år.

Läkaren fann i september 1993 att flickan var stel i ryggen. Därför borde hon ha undersökts igen redan under våren 1994.

Brister i journalen

Patientjournalen gäller även för skolhälsovården, konstaterade Ansvarsnämnden. Läkaren skulle därför i flickans journal ha fört in undersökningen i september 1993. Kladdanteckningen han gjorde kunde inte ses som en journalanteckning. •

Erinran:

10-åring med värk i buken undersöktes inte adekvat

Läkaren frågade inte om smärtvandring. Hon gjorde heller ingen undersökning per rectum av den 10-åriga flickan med uttalad värk i magen sedan ett dygn. Därför har hon av Ansvarsnämnden tilldelats en erinran. (HSAN 1426/94)

Flickans föräldrar stod bakom anmälan och anförde i huvudsak följande.

Dottern hade fått ont i magen, kräkningar och feber. När hon kom till sjukhuset undersökte läkaren henne och tittade i halsen. Läkaren sade att man kan få ont i magen om man har halsbesvär. Hon tog en odling och skrev ut penicillin mot halsfluss.

Opererades för brusten blindtarm

Två dagar senare var dottern sämre varför föräldrarna kontaktade rådgivningen på

sjukhuset. De fick rådet att ge dottern Alvedon och fortsätta med penicillin. Dottern blev dock sämre för varje dag.

På nionde dagen åkte de till vårdcentralen och dottern remitterades direkt till kirurgiska kliniken på sjukhuset. Hon opererades samma dag. Hela buken var inflammerad på grund av att blindtarmen brutit.

Halsfluss

Läkaren angav i ett yttrande till Ansvarsnämnden att flickan var förkyld men inte särskilt tagen när hon kom in. Hennes mage var helt mjuk. Det fanns ingen ömhet i bukens högra sida.

Efter att ha undersökt bukstatusen fortsatte läkaren att leta efter infektionsorsaker. Hon fann att halsmandlarna var förstörade, rodnade samt hade en del vita beläggningar. Prov visade att det fanns streptokocker.

Det var nu klarlagt, menade läkaren, att flickan hade halsfluss. Eftersom halsfluss hos barn initialt även kan medföra kräkningar och ont i magen, och eftersom flickans bukstatus var så bra, ansåg läkaren att hon hittat en fullgod förklaring till sjukdomen.

Hon hade informerat flickans pappa om att man skulle vara uppmärksam på buksymtomen och komma tillbaka om de inte gav sig.

Läkaren menade att hon gjort en helt adekvat och noggrann undersökning.

Borde ha utrett värken närmare

Ansvarsnämnden sade att utredningen visade att flickan hade haft en hel del besvär från buken och att besvären från halsen inte var speciellt uttalade.

Enligt nämndens mening stod bukbesvären inte i rimlig proportion till fyndet av streptokocker i svalget som gjordes vid provtagningen.

Eftersom flickan hade haft uttalat ont i buken sedan ett dygn ansåg Ansvarsnämnden att jourhavande borde ha utrett värken närmare. Hon skulle ha frågat om smärtvandring och kissning.

Flickan borde dessutom ha undersökts per rectum för att få klarhet i om det kunde vara fråga om blindtarmsinflammation. •

Varning:

Följde inte upp kraftigt förhöjt testosteron hos ung flicka

En avdelningsläkare vid en kvinnoklinik har av Ansvarsnämnden varnats för att hon inte följde upp en ung flicka trots att denna hade ett mycket högt testosteronvärde. Flickan visade sig senare ha en viriliserande ovarialtumör. (HSAN 2033/94)

På grund av besvär i form av amenorré, ökad behåring och röstförändring sökte den 16-åriga flickan på kvinnokliniken den 9 december 1992.

Avdelningsläkaren misstänkte hirsutism och beställde prov i form av serumtestosteron, DHAS i serum, prolaktin och FSH/LH.

Svaren på FSH och LH kom med låga värden. Avdelningsläkaren skrev ett brev till flickan och uppmanade henne att kontakta sjuksköterskan för nya prov i februari. Flickan tog dock aldrig någon kontakt.

Mycket högt värde

Efter en tid kom svaret på serumtestosteron, 24 nmol/l, vilket är ett mycket högt värde.

Ingen ytterligare kontakt togs med flickan eftersom hon redan hade fått ett brev. Någon uppföljning gjordes inte.

Drygt ett år senare, den 9 mars 1994, kom patienten till mottagningen för utebliven menstruation. Mörk röst, kraftig manlig behåring på kroppen samt påtagligt förstörad clitoris gav starka misstankar om att det rörde sig om en testosteronproducerande tumör.

Man tog nya hormonprov. En ultraljudsundersökning visade en cystisk tumör som fyllde ut en stor del av buken.

Den 29 mars 1994 opererades flickan för en viriliserande ovarialtumör. Det fanns inga tecken på malign spridning. PAD visade en benign Sertoli-Leydig-celltumör.

Borde ha väckt misstankar om tumör

Socialstyrelsen anmälde avdelningsläkaren och tog stöd av sin föredragande i obstetrik och gynekologi, docent Mats-Göran Damber, som bl a gjorde följande bedömning.

Vid det första besöket hade avdelningsläkaren ordnat med

en adekvat provtagning. Efter de första svaren kontaktades flickan per brev och uppmanades göra nya prov.

När man fick veta testosteronvärdet gjordes inget nytt försök att kontakta flickan. Detta var, ansåg Damber, mycket anmärkningsvärt. Patienten hade mycket höga testosteronvärden, mer än fem gånger över normalvärdet. Detta borde ha väckt misstankar om en androgenproducerande tumör.

Damber ansåg inte att skulden kunde läggas på patienten. Brevet som hade skickats till henne var inte så skarpt att hon borde ha insett vikten av ny provtagning.

När svaren om testosteronvärdet kom skulle en ny och helst direkt kontakt ha tagits med patienten för att försäkra sig om att hon verkligen kom till en ny provtagning och fortsatt utredning.

När flickan sökte i mars 1994 vidtogs adekvata åtgärder. Eftersom det var en benign tumör man fann kommer flickan troligen inte att få alltför uttalade men.

Det finns dock en stor risk att hon får behålla röstförändringen och clitorisförstoringen eftersom dessa sannolikt inte går tillbaka.

Kunde inneburit fara för patientens liv

»Eftersom tumören med allra största säkerhet är godartad, är patientens liv inte hotat. Om det rör sig om en malign androgenproducerande tumör hade den bristande handläggningen kunnat innebära en fara för patientens liv», skrev Damber.

Avdelningsläkaren uppgav bl a följande. Hon hade vid sin enda kontakt med patienten beställt prov som kunde bekräfta eller utesluta en hormonproducerande tumör.

Samtidigt hade patienten informerats om att man skulle gå vidare med utredningen. Detta bekräftades sedan i ett brev till patienten med uppmaning att komma till en ny kontroll och provtagning.

Vad gäller det höga testosteronvärdet är det, sade avdelningsläkaren, självklart att det kräver ny åtgärd och ytterligare utredning. Men eftersom patienten redan fått ett brev tog avdelningsläkaren ingen ny kontakt med henne. Tyvärr, sade avdelningsläkaren, återkom inte patienten.

Ansvarsnämnden ansåg att avdelningsläkaren, särskilt mot bakgrund av de anmärkningsvärda testosteronvärde-

na, borde ha följt upp patienten på ett mer aktivt sätt. Hon kunde inte fritas från ansvaret för att den rätta diagnosen och den nödvändiga behandlingen fördröjdes. •

Varning:

Fel anestesi och teknik vid misslyckad omskärelse

Omskärelsen av tvååringen misslyckades. Förhuden var orörd – i stället var en bit av penisskaflets hud bortklippt. Och ingreppet hade skett utan riktig smärtlindring. Läkaren varnades av Ansvarsnämnden. (HSAN 271/94)

Föräldrarna anmälde läkaren och berättade att denne sagt att det var en enkel operation. Läkaren skulle bara binda en plastring under förhuden. Det skulle inte blöda.

Under själva operationen fick de inte vara med, men hörde hur deras son grät och skrek. Pojken var fastspänd under ingreppet.

Efteråt var hans penis blodig och han hade mycket ont. Läkaren gav dem recept på penicillin och en salva.

Nästan en månad efter ingreppet var pojkens penis fortfarande svullen och inflammerad. Efter behandling på barnkirurgisk klinik blev han dock allt bättre.

Lokalbedövades

Läkaren berättade att omskärelsen görs med lokal desinfektion och lokalbedövning. En plastring sätts under förhuden och en tråd binds runt förhuden på plastringen. Med en steril sax klipps den del av förhuden som är utanför bindningen.

Han hade tillämpat metoden i tio år och som regel fått fullgoda resultat. Det kunde dock tänkas att förhuden i det här fallet hade vikts dubbel vilket medförde ett ofullständigt resultat.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd i barnkirurgi, professor Björn Thomasson, anförde bl a

följande. Anestesiformen som användes vid »omskärelsen» var sorgligt inadekvat. Någon preoperativ sedering tycks heller inte ha gjorts. Det finns utbredda och seglivade missuppfattningar om barns förmåga att uppfatta smärta.

Enligt hans bestämda uppfattning ska en två-åring omskärelse – om den överhuvud taget är indicerad – ske i narkos.

Thomasson själv har alltid gjort omskärelser på barn i narkos och med kirurgiska basinstrument, utan att använda specialapparatur. Det ger arbetsro och en tydlig och komplett separation av förhudens inre blad från ollonet. Vidare skymms operationsfältet inte av någon omgivande apparat.

Ansvarsnämnden anslöt sig till Thomasson och fann att läkaren gjort fel i fråga om sedering, smärtbekämpning samt kirurgisk teknik. •

Varning:

Ökade Sotacordosen till patient med hjärtsvikt

Distriktsläkaren borde ha undersökt patienten och behandlat hennes hjärtinsufficiens. I stället ökade han dosen Sotacor och utsatte henne för risken att hjärtsvikten försämrades. Därför varnas läkaren av Ansvarsnämnden. (HSAN 700/95)

Den 67-åriga kvinnan kom till vårdcentralen i den 21 februari 1995. Hon var förkyld.

Distriktsläkaren konstaterade att kvinnan hade ett hastigt förmaksflimmer men inga tecken på hjärtinkompensation. Han ordinerade Sotacor och Waran inför elkonvertering av flimmeret.

Röntgen av hjärta och lungor genomfördes samma dag. Den visade att hjärtat ökat kraftigt i storlek samt förändringar som vid tämligen uttalad hjärtinkompensation.

Tre dagar senare, i samband med att hon lämnade ett PK-prov, undersöktes kvinnan på nytt av distriktsläkaren. Ytter-

ligare fyra dagar senare kom hon tillbaka igen därför att hon hade svårt att sova. Hon ville ha remiss till en hjärtspecialist.

Distriktsläkaren noterade att pulsen låg omkring 100 slag per minut och ökade dosen Sotacor.

Den 3 mars utfärdades remiss till en medicinklinik. Kvinnan avled dock samma dag.

Kvinnans make anmälde distriktsläkaren och menade att denne skulle ha remitterat hus-trun till en specialist.

Ville bromsa flimmeret

I ett yttrande till Ansvarsnämnden uppgav distriktsläkaren att kvinnans flimmer vid det första besöket varit på en oekonomisk nivå (132–135 slag per minut). Därför satte han in betablockerande Sotacor för att bromsa flimmeret och få ner frekvensen till en mer ekonomisk nivå.

När det gällde Waran hänvisade han till praxis och det lokala vårdprogrammet. Enligt det ska flimmerpatienter vara behandlade med blodförtunnande medel så att levringsförmågan har varit på terapeutisk nivå (PK 10–25 procent) i tre veckor innan elkonvertering kan genomföras.

När kvinnan bad om remiss till specialist hade distriktsläkaren sagt att hon, även utan remiss, hade rätt att fritt välja läkare inom landstinget. Han hade också upplyst henne om kravet på behandling med blodförtunnande medel före elkonvertering.

Efter det hade han och patienten varit överens om att fortsätta på den valda linjen, uppgav distriktsläkaren.

Fel öka dosen

Ansvarsnämnden sade att det inte var fel av distriktsläkaren att vid kvinnans första besök behandla hennes förmaksflimmer. Men han skulle också ha kontrollerat hennes blodtryck.

Vid de två följande besöken hade distriktsläkaren tillgång till röntgensvaren. Han borde då ha undersökt kvinnan och behandlat hennes hjärtinsufficiens. I stället ökade han dosen av Sotacor och utsatte därmed patienten för risken att hjärtsvikten försämrades.

Han skulle vidare i journalen ha skrivit in uppgiften om anamnestiska och kliniska tecken på hjärtinkompensation samt fysikaliskt hjärt- och lungstatus, menade Ansvarsnämnden och varnade distriktsläkaren. •