

Ansvarsärenden i korthet

Karpaltunnel klövs felaktigt

Anmälare: Patienten
Anmäld: Kirurg vid läkarhus
Orsak: Postoperativ blödning
HSAN 1950/97

En 56-årig kvinna opererades vid ett läkarhus för karpaltunnelsyndrom i höger hand. Efter operationen uppstod blödning, som visade sig bero på en avskuren artär.

På grund av hematomet påverkades ulnarisnerven, och tillståndet krävde reoperation. Patienten har anmält läkaren för felaktigt utförd operation.

Kirurgen har i sitt yttrande framhållit att han gör cirka 100 sådana operationer per år och har så gjort i tio år. Operationen i detta fall gjordes i lokalbedövning och i blodtomhet. Han valde att göra ett snitt »tvärs över insidan av handleden samt ett vinkelsnitt vinklat uppåt». Genom detta kunde han se övre delen av ligamentet och nerven. Ligamentet klipptes blint med sax tills han kände motståndet i saxen försvinna, ett tecken på att hela ligamentet var kluvet. Innan blodflödet släpptes på anlades ett tryckförband.

När detta togs bort fann sjuksköterskan tecken till blödning. Detta meddelade hon läkaren, och hon skall ha ansett, att han behövde titta på handen. Patienten återkom efter sex dagar och klagade över värk och att hon inte kunde röra lillfingret. I handflatan fanns en uppenbar svullnad, dock inte av den grad att det enligt läkaren krävdes reoperation.

På grund av fortsatt svår värk remitterades patienten via vårdcentral till handkirurgisk klinik, där man kunde konstatera påverkan på ulnarisnervens sensoriska och motoriska funktioner. Vid reoperation 15 dagar efter primäringreppet evakuerades ett 3–4 cm stort hematom i handen. Det visade sig att den ulnara artären var avklippt.

En handkirurgisk expert har granskat fallet. Han framhåller, att den blinda metod som kirurgen använt visserligen var vanlig på 1950-talet, men att den nu övergivits. Han finner det förvånande, att en kirurg fortfarande använder den och också försvarar den. Med denna metod finns risk att skära eller klippa av väsentliga strukturer. Eftersom den skadade artären går en cm från medellinjen måste operatören dessutom ha »varit påtagligt snett ute med sin sax».

Den uppkomna komplikationen kan således i sin helhet tillskrivas otillfredsställande kirurgisk precision och val av en idag inte acceptabel operationsteknik. Att läkaren använt metoden under många år utan kända komplikationer, får betraktas som turligt – om så verkligen varit fallet.

Handkirurgen har dessutom flera grava anmärkningar på journalföring och postoperativ handläggning av fallet.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden ansluter sig till handkirurgens bedömning och bestämmer disciplinpåföljden till en varning.

I vår serie om Patienskadeförsäkringen finns en artikel om karpaltunnelsyndrom på sidan 3081 i detta nummer.

Överläkare borde ha granskat AT-läkares ordination noggrant

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmälda: AT-läkare och kirurgöverläkare
Orsak: Felaktig läkemedelsordination
HSAN 2181/97

En 64-årig men med Korsakows demenssjukdom hade opererats på grund av ischemi i vänster ben med ett syntetiskt graft. Han återintogs på kirurgkliniken 2 veckor efter operationen på grund av sårinfektion. Intagningsjournalen gjordes av en AT-läkare, som gjorde sin andra jour på akutmottagningen. Journalen från föregående vårdtillfälle saknades vid detta tillfälle. Patienten kunde inte själv redogöra för sin medicinering, men av hans medicineringskort framgick, att han bl a medicinerade en dag i veckan med Methotrexate för psoriasis. Uppgifterna på kortet var emellertid något motstridiga och AT-läkaren tolkade dem som att patienten medicinerade med Methotrexate varje dag och förde in detta på hans läkemedelslista. Detta betydde att patienten fick en sju gånger högre dos än avsett. Den felaktiga doseringen signerades i fortsättningen av överläkare, och medicineringen pågick i en vecka.

Under denna tid utvecklade patienten anemi och dessutom uttalad leukopeni och trombocytopeni. Konsulterad hudläkare seponerade Methotrexatet och leukopenin och trombocytopenin hade en månad senare normaliserats.

Socialstyrelsen anser att de motstridiga uppgifterna på doseringskortet inte ursäktar den felaktiga ordinationen. Istället borde de ha föranlett AT-läkaren att vidta extra kontrollåtgärder, exempelvis granska den läkemedelslista som

använts vid kirurgavdelningen 10 dagar tidigare.

Det faktum att inskrivande läkare ändrat ordinationen kan inte anses ursäkta att överläkaren bekräftade den felaktiga dosen i sju dagar. Eftersom han känt att patienten skrivits in av en tämligen oerfaren AT-läkare borde han ha granskat hennes ordinationer noggrant.

Överläkaren bestrider att han handlat felaktigt. Han frågar: Hur noggrant skall PAL granska andra läkares ordinationer? Han menar att AT-läkarna, trots att de är oerfarna när det gäller den aktuella medicineringen, i vissa sammanhang faktiskt har färskare och klarare kunskaper än många specialister.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden anser att de två läkarna förfarit felaktigt i samband med ordination av läkemedlet, men att en rad felaktigheter synes ha bidragit till felet. Patienten kunde inte redogöra för sin medicinering, ingen vårdpersonal medföljde honom vid besöket, aktuell journal fanns inte tillgänglig vid inläggningstillfället och det medicinkort från den dosett som medföljde var inte korrekt ifyllt och kunde därför lätt misstolkas. Vidare var medicineringen av ovanligt slag. Nämnden anser att med hänsyn till omständigheterna disciplinpåföljden bör stanna vid erinran för envar av de två läkarna.

Hjärtsvikt tolkades som täta luftrör

Anmälare: Patienten
Anmäld: Två distriktsläkare
Orsak: Försenad diagnos av hjärtsvikt
HSAN 1776/97

En 53-årig man sökte på distriktsläkarmottagning för långdragen hosta, speciellt nattetid. Distriktsläkare A fann normala förhållanden vid fysikalisk undersökning av lungorna men lågt PEF-värde talande för obstruktivitet. Mannen behandlades med luftrörsvidgande medicin samt råddes sluta röka. Han sökte sju månader senare på grund av att han åter fått hosta. Han klagade nu även över andfåddhet, trots att han slutat röka sedan en månad. Han fick intensifierad behandling mot obstruktivitet.

Två veckor senare sökte patienten akut på grund av tungandning och dålig ork. Distriktsläkare B fann vid undersökning tecken till luftrörsinfektion. Eftersom han inte funnit några tecken till hjärtsvikt, ansåg han sig »inte föranledd att göra ytterligare undersökning av t ex hjärta».

Tio dagar senare sökte patienten på sjukhus, där man konstaterade hjärtflimmer och hjärtsvikt. Han lades in och enligt patienten tappade han under första dygnet på sjukhuset åtta liter vätska.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden anser att dr A borde ha utvidgat undersökningen utöver lungorna, men eftersom det kan vara svårt att från början ställa rätt diagnos föranleder felet ingen disciplinpåföljd. När dr B undersökte patienten hade denne inte förbättrats och hade symtom på tungandning och dålig ork. B undersökte endast lungorna men borde ha utvidgat undersökningen till att omfatta hjärta, buk och blodtryck. Disciplinpåföljden blev en erinran.

Recidiverande blåskatarr i barnaåldern måste utredas

Anmälare: Modern
Anmälda: Två husläkare
Orsak: Fördröjd diagnos av njurbäckeninflammation
HSAN 523/97

En 14 månader gammal flicka sökte tillsammans med sin moder en husläkarmottagning med antroposofiskt präglad verksamhet. Flickan hade haft feber i tre dagar och prov med urinsticka i hemmet hade gett positivt utslag. Eftersom modern ville undvika antibiotika beslöt dr A att hon skulle behandlas med antroposofisk medicin. Efterkontroll »borde» ske inom fyra dagar, vilket dock inte skedde. Läkaren kontaktade modern efter en vecka och uppmanade henne att se till att urinodling gjordes. Ytterligare en vecka senare återkom moder och barn till samma mottagning och mötte nu dr B. Med urinsticka konstaterades att flickan fortfarande hade urinvägsinfektion och hon ordinerades därför Trimetoprim. Urinstickorna gav därefter mindre utslag, men på grund av försämring sökte man tre veckor senare på akutsjukhus. Med ultraljud kunde man där konstatera njurbäckeninflammation och fortsatt utredning visade dubbelsidig ureterreflux samt skada på vänster njure. Operation planeras.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har gjort följande bedömning:

I barnaåldern är en akut njurbäckeninflammation en vanlig orsak till urinvägsinfektion. Det är viktigt att diagnostisera, utreda och behandla infektionen för att undvika bestående njurskada. Tecken till urinvägsinfektion med feber mer än 38,5 grader kan betraktas som en njurbäckeninflammation med risk för bestående njurskada och inte bara en enkel s k nedre urinvägsinfektion lokaliserad till urinblåsan. Barn under två–tre års ålder, med laboratoriefynd som vid urinvägsinfektion, får i praktiken ofta betraktas ha njurbäckeninflammation, då de inte kan klaga över symtomen från nedre urinvägarna som är förknippade med en »banal» nedre urinvägsinfektion. Dessa barn skall dessutom undersökas med ultraljud för att utesluta missbildning av urinvägarna.

Av mottagningens journaler framgår inte att de två läkarna sökt penetrera hur hög feber flickan haft. För att utreda om det fanns njurbäckeninflammation borde de kontrollerat CRP eller SR, alternativt remitterat till specialist. Dr B borde ha valt ett läkemedel lämpligt för njurbäckeninflammation och inte Trimetoprim, som är lämpligt bara för nedre urinvägsinfektioner. Bägge läkarna tilldelades erinran.

Ovanlig orsak till försämrad talförmåga

Anmälare: Hustrun + chefläkaren
Anmäld: Läkare vid medicinklinik
Orsak: Försenad diagnos av luxation.
HSAN 1834/97

En 70-årig man hade sedan flera år haft amyotrofisk lateralskleros med spasticitet i vänster ben och lätta talsvårigheter. Han vaknade en morgon med uttalade talsvårigheter och vänstersidig förlamning. På länssjukhuset kunde man konstatera hjärninfarkt. Patienten kunde kommunicera i viss omfattning genom att skriva med höger hand. Det framgick då, att han hade smärtor till höger i ansiktet. För dessa han fick smärtstillande och antiinflammatorisk medicin. Då smärtorna i kinden ökade, misstänkte man temporalisarterit, men biopsi bekräftade inte detta. Man tog kontakt med smärtmottagningen på