

använts vid kirurgavdelningen 10 dagar tidigare.

Det faktum att inskrivande läkare ändrat ordinationen kan inte anses ursäktligt 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 medicineringsen, 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 medicineringsen, 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 medicineringsen av ovanligt slag. Nämnden anser att med hänsyn till omständigheterna disciplinpåföljden bör stanna vid erinran för en 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 andfäddhet, 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 under-

sökning 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 barnåldern 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 barnåldern 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 hjärnin farkt. 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 temporaliserit, men biopsi bekräftade inte detta. Man tog kontakt med smärtmottagningen på

grund av hans svåra ansiktssmärter och han behandlades med smärtlindrande injektioner. På grund av hans sväljningssvårigheter anlades en näringskater. Man noterade att han ofta låg med öppen mun, men röntgenundersökning gjordes först tre veckor efter det akuta insjuknandet, sedan han hade överförts till rehabiliteringsklinik. Den visade bilateral luxation i käklederna. Detta åtgärdades på öronklinik.

**Anhöriga säger** att de påpekat att det måste ha varit något fel på käken eftersom han inte kunde svälja eller tala, men detta hade då ej föranlett någon röntgenundersökning.

### Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har funnit att patientens besvär varit mycket svårtolkade på grund av hans neurologiska sjukdom och hans akuta hjärninfarkt. Under de tre veckorna han låg på medicinkliniken borde ansvarige läkare ha gjort större ansträngningar för att komma fram till rätt diagnos. Eftersom man märkt att patienten ofta låg med öppen mun, borde detta föranlett röntgenundersökning av käklederna. Påföljden blev erinran.

## Behandling av kompartmentssyndrom fördröjdes

**Anmälare: Socialstyrelsen**

**Anmälda: Urolog, kirurg, kärlkirurg och anestesilog**

**Orsak: Behandling av ischemi  
HSAN 60/97**

En 64-årig kvinna opererades på ett regionsjukhus för blåscancer. Operationen gjordes med patienten i benstöd under ungefär sex timmar. Man hade undvikit klassiskt benstödsläge och endast böjt höft- och knäleder ca 30°. När patienten kom till intensivvårdsavdelning märkte man, att benen var kalla och blåmarmorade från lårens mitt och nedåt, samt att pulsar i knäveck och på fotryggar saknades. Operatör och IVA-läkare misstänkte kärlkonstriktion på grund av hypotermi (temp dock 38°) och man beslöt att värma upp patienten och ge vasodilaterande farmaka. Trots att detta inte hade någon effekt och trots att temperaturen några timmar senare var 39,7° vidtog jourhavande IVA-läkare eller på efternatten tillkallad kirurg-jour inga aktiva åtgärder.

Nästa morgon undersöktes patienten

av kärlkirurg, som kunde konstatera att benen var iskalla med »marmorering av likfläckskaraktär». Angiografi omkring fyra timmar senare visade bilateralt långsträckta defekter från arteria iliaca ner till poplitea, där kärlet var helt ockluderat. Ett dygn efter det att ischemi i benen hade konstaterats, gjordes arteriell trombektomi i bägge benen.

Efter ytterligare ett dygn gjordes förnyad trombektomi och vid detta tillfälle gjordes även fasciotomi på underbenen. Dagen därpå tvingades man göra bilateral amputation i höjd med knälederna. Tillståndet krävde sedan en månads intensivvård.

**Socialstyrelsen** har med stöd av yttrande från vetenskapligt råd funnit att cirkulationsrubbningen sannolikt varit ett kompartmentssyndrom, som förlångsamt cirkulationen så att en utbredd trombotisering skett. Detta tillstånd kan vara svårt att diagnostisera, speciellt om patienten har smärtlindring i form av epiduralanestesi. Man finner emellertid anledning att rikta kritik för handläggningen av detta fall; mot operatör och IVA-läkaren för att de agerade alltför passivt, när den initiala behandlingen med vasodilaterande medel ej givit effekt, mot jourhavande kirurg för att han, när han blev kallad, inte vidtog åtgärder för att omedelbart diagnostisera och behandla cirkulationsrubbningen samt mot kärlkirurgen bl a för att han inte i samband med den första kärloperationen gjorde fasciotomi. Däremot har Socialstyrelsen inga kritiska synpunkter på anesthesi- och operationspersonalens insatser i samband med ingreppet.

**Urologen-operatören** har framhållit att han vid besök på IVA en dryg timme efter operationen fick besked om att patienten var perifert kall och nedkyld efter operationen och att narkosläkaren skulle sätta in behandling för detta. Han menar att han inte fick upplysning om att patienten saknade puls i benen.

**IVA-läkaren** övertog jouransvaret för patienten i samband med eftermiddagsrond i vilken deltog chefen för IVA, den för operationen ansvarige anestesologen samt operatören. Deras åsikt var att det inte var någon fara för benen. Operatören kontrollerade inte heller patienten under kvällen-natten, vilket bidrog till IVA-läkarens tro, att cirkulationsrubbningen ej var allvarlig.

**Jourhavande kirurg** har insett att han borde ha agerat mer aktivt och kontaktat jourhavande röntgenolog och kärlkirurg, även om det hade varit hans bedömning, att det inte fanns någon möjlighet att rädda extremiteterna.

**Enligt kärlkirurgen** hade man låtit det gå 16,5 timmar med ischemi innan

han tillkallades. Hans bestämda uppfattning var, att vid den tidpunkt han såg patienten hade inga åtgärder kunnat rädda patientens ben, inte ens fasciotomi. Att han utförde en operation, när han inte längre trodde på att kunna rädda patientens ben, kan kritiseras. Han har dessutom ifrågasatt, om det verkligen hade utvecklats ett kompartmentssyndrom vid det första ingreppet. Trombos i tillförande artärer kan ha förorsakat ischemi.

**Det vetenskapliga rådet** och socialstyrelsen har yttrat sig över utredningen och bl a framhållit:

att urologen, som var operatör, själv borde ha undersökt patienten på IVA samt följt upp att de åtgärder som sattes in mot »hypotermi» hade effekt,

att IVA-jouren borde ha slagit larm inom 1–2 timmar, när ischemin ej förbättrades av vidtagna åtgärder,

att kirurgframjouren inte själv utan kontakt med bakjour eller kärlkirurg skall bedöma om ett ben kan räddas eller inte,

att kärlkirurgen, när han beslutat sig för att operera patienten, borde gjort så att chanserna för framgång varit maximala, dvs utfört fasciotomi.

### Bedömning och beslut

Nämnden anser att de anmälda läkarna varit alltför passiva och gjort sig skyldiga till felbedömningar på det sätt, som redovisats av Socialstyrelsen. Nämnden ålägger de fyra läkarna varsin varning. •

