

Bristande kunskap och dålig kommunikation

Fördelning av ansvar inom akutsjukvården

Anmälare: Patienten

Anmälda: ST-läkare, ortopedisk kirurgi, överläkare, gynekologi, tre sjuksköterskor, biträdande verksamhetschef vid kirurgiklinik, verksamhetschef vid gynekologiklinik

Orsak: Försenad behandling vid extrauterin graviditet
HSAN 2080/00

Bakgrund

Vid två länsdelslasarett fanns det gemensamma kliniker för de bägge sjukhusen. För specialiteterna kirurgi och gynekologi hade verksamhetscheferna sin basala verksamhet förlagd till det »andra sjukhuset«. För kirurgins del fanns en biträdande verksamhetschef vid det här aktuella sjukhuset.

■ En 36-årig kvinna var i sjunde graviditetsveckan, när hon vid midnatt sökte på sjukhusets akutmottagning med anledning av lågt sittande buksmärter. Av hennes fyra tidigare graviditeter hade tre slutat med abort. Hon undersöktes av jourhavande kirurg, den anmälda ST-läkaren.

Hon uppgav att hon hade smärter, i nedre delen av buken, som kom i intervaller. Läkaren fann att buken var tympanistisk med ömhet över livmodern. Blodtrycket var 100/70. Han kontaktade gynekologbakjouren via telefon. Denne ansåg att det var en spontanabort under utveckling och att patienten kunde gå hem med smärtlindrande medicin (Voltaren).

ST-läkaren bedömde dock att hon skulle stanna kvar på akutmottagningen över natten, eftersom det kunde vara fråga om någon kirurgisk åkomma. Patienten ordinerades Mikrolax, vilket resulterade i stora tarmtömningar.

Under natten tilltog buksmärtorna och sjunkande blodtryck uppmättes. Gynekologbakjouren kontaktades ånyo på morgonen och efter dennes undersökning beslöts laparotomi. Man fann därvid en extrauterin graviditet med blödning i buken.

Patienten har anmält jourhavande ST-läkare för att inte ha undersökt henne korrekt, endast känt »lite tamt« på magen. När läkaren undersökte henne under natten hade hon ifrågasatt om hennes tillstånd verkligen berodde på förstopning. Han negligerade hennes livshotande tillstånd, han borde istället ha

sett till att hon blivit opererad. Trots att läkaren sedan vid flera tillfällen kallades dit av sjuksköterskorna, kom han inte till hennes rum på mottagningen.

Kvinnan har även riktat kritik mot de tre sjuksköterskorna på akutmottagningen. Under natten hade hon svimmat flera gånger, trots att hon låg med huvudet tippat nedåt. De borde därför ha sett till att övervakning och vård hade intensifierats, när hennes tillstånd försämrades. Deras anteckningar vad gäller vården under natten var dessutom bristfälliga.

Bakjouren på gynekologikliniken har patienten anmält för att han inte kom till akutmottagningen och undersökte henne, trots att han hade informerats om att hon var gravid och hade buksmärter. Han borde ha försökt ställa diagnos med ultraljud. Även postoperativt hade han negligerat henne, och vid utskrivningen hade hon inte erhållit järnmedicin trots fortfarande låga blodvärden.

Slutligen har hon anmält de verksamhetsansvariga vid kirurg- och gynekolog-klinikerna för att hon postoperativt hade vårdats på BB-avdelningen med nyförlösta mödrar, trots att hon hade förlorat sitt barn. Hon hade ej fått besked, vem som ansvarade för vården inte heller hjälp med krisbearbetande samtal. Trots att hon hade extremt lågt blodvärde och blodtryck kontrollerades detta först efter hennes uppmärksamhet. Även på vårdavdelningen var dokumentationen vad gäller vården ytterst bristfällig.

Utredning

Chefläkaren vid sjukhuset har meddelat att biträdande verksamhetschefen vid sjukhusets kirurgiklinik var ansvarig för att ST-läkaren hade primärjournsansvar även för gynekologiska patienter. Ansvarig för vården på BB-avdelningen var gynekologchefen, som hade detta verksamhetsansvar vid bägge sjukhusen.

Av sjuksköterskornas redogörelser framgår bland annat att man under natten varit orolig för patienten, men ej tyckt sig få gehör från kirurgjouren. Denne hade meddelat att gynekologbakjouren skulle komma nästa morgon och undersöka patienten (»vi vet inte vem han är«).

De hade ringt primärjouren på efternatten och meddelat att blodtrycket nu var nere i 86 och sedan beslutat att ge dropp utan ordination. När dagpersonalen kom var man helt slut, »vi mådde inte bra«. De hade arbetat länge i sjukvården, hade god erfarenhet, så doktorerna kun-

de lyssna lite mer på dem.

ST-läkaren hade tjänstgjort vid kirurgiska kliniken sedan fyra månader. Han hade hos patienten konstaterat att det inte förelegat några tecken till vaginal blödning och bedömde henne som cirkulatoriskt stabil.

Med tanke på graviditeten och ömheten över uterus hade han kontaktat gynekologbakjouren, men denne hade inte funnit nödvändigt att själv undersöka patienten utan ordinerade per telefon. Kl 04 hade han per telefon ordinerat Esucos, eftersom sköterskorna uppgett att patienten mådde illa. På morgonen hade han blivit kallad till akutmottagningen. Patientens blodtryck var då 60 mm Hg, blodvärdet 86. Han kontaktade gynekologbakjouren och startade antichockbehandling. Han anser att han handlat korrekt, men att gynekologbakjouren kunde ha deltagit mer aktivt.

Gynekologbakjouren har i sin inläga framhållit att han vid telefonkonsultationen inte bedömt att det var fråga om något akut »faretruande tillstånd« utan istället ett tidigt missfall. En akut gynekologisk undersökning skulle då inte ha någon diagnostisk betydelse. Ultraljundsundersökning av en gravid i 6:e veckan ansåg han dessutom vara meningslös och inkonklusiv.

Han hade ordinerat smärtstillande, och om patienten blev sämre, skulle han kontaktas igen. Postoperativt hade han haft långa samtal med patienten och bland annat understött patienten att klaga på behandlingen på akutmottagningen. Järnmedicinering hade han inte velat ordinera, förrän tarmfunktionen var i ordning.

Verksamhetschefen för gynekologikliniken har redogjort för hur vården vid de två sjukhusen var organiserad. Man har förlossningsverksamhet vid bägge sjukhusen och därför två jourlinjer. Vid det sjukhus där det aktuella fallet behandlats, hade man haft stora svårigheter att rekrytera specialister och fått jourbemannas med vikarier. Han menar att en fertil kvinna med kraftiga låga buksmärter självfallet bör misstänkas ha en extrauterin graviditet.

Biträdande verksamhetschefen för kirurgi på sjukhuset har uppgivit att hon haft ansvar för att akutmottagningens personal har den lämplighet och utbildning att de kan ge patienterna ett kvalitativt gott omhändertagande på mottagningen.

När hon genom avvikelserapportering fått vetskap, om vad som inträffat, hade hon kontaktat de två involverade läkarna. Av gynekologen hade hon informerats att patienten fått adekvat vård postoperativt och att han hjälpt patienten med att bearbeta vad som hänt. Hon hade

även talat med personalen på akutmottagningen och bl a framhållit vikten av att dokumentera iakttagelser, ordinationer och åtgärder. Tillsammans med gynekologchefen hade hon beslutat att alla kvinnor som söker akutmottagningen med klara gynekologiska problem i fortsättningen skulle undersökas av gynekologspecialist.

II Bedömning och beslut

Nämnden konstaterade att sjuksköterskorna på akutmottagningen vid tre tillfällen har kontaktat jourhavande kirurg. Deras dokumentation var visserligen inte optimal, men den motiverar ej disciplinpåföljd.

ST-läkarens initiala handläggning och kontakten med gynekologbakjouren hade varit adekvat. Att patientens blodtrycksfall och krampartade smärtor skulle bero på förstoppning med vasovagal påverkan ter sig dock inte särskilt sannolikt. Eftersom han hade begränsad erfarenhet av gynekologiska patienter borde han under natten, sedan han vid tre tillfällen kontaktats av sköterskorna, själv ha undersökt henne och tagit kontakt med gynekologen. För dessa fel ålades han en erinran.

Gynekologbakjouren borde, med den information han erhöll och med vetskap om kirurgjurens ringa erfarenheter av gynekologiska patienter, själv ha undersökt henne. I detta tidiga skede av en graviditet är visserligen ultraljudsundersökning av begränsat värde, men vid blödning i buken borde detta ha varit möjligt att konstatera. Det är inte i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet att ställa sannolikhetsdiagnosen hotande missfall på det sätt som skedde. Nämnden ansåg att läkaren ej fullgjort sina skyldigheter och han ålades en varning.

Nämnden fann det inte visat att den ansvarige gynekologöverläkaren vid BB-avdelningen åsidosatt sina skyldigheter. Den biträdande verksamhetschefen för kirurgin vid sjukhuset ansvarade för kompetensen hos de läkare som tjänstgjorde som primärjour vid kliniken.

Den anmälda ST-läkaren hade bristfällig kompetens inom gynekologi, och ledningen borde därför sett till att någon läkare med adekvat kompetens fanns tillgänglig.

Sjukhuset är emellertid litet, och där finns inte alltid tillgång till kompetenta läkare.

Biträdande verksamhetschefen är inte ansvarig för sjukhusets bemanning, och hon har därför inte varit oaktsam, när hon lät ST-läkaren tjänstgöra som primärjour

Påföljd: varning för en, erinran för en

Överdosis av lokalanestetikum

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmald: Legitimerad läkare

Orsak: Komplikation vid omskärelse
HSAN 1138/01

II En 7 veckor gammal gosse omskars av läkaren på dennes mottagning. Runt penisbasen applicerades 5 g EMLA-krem (hela tubens innehåll). Applikationsområdet inklusive penis täcktes med ett täckförband. Föräldrarna och gossen åkte sedan hem och återkom till läkarens mottagning efter cirka två timmar. Inför ingreppet anlades en ledningsanestesi med Xylocain 10 mg/ml totalt 5 ml. Därefter utfördes ingreppet, som tog 20–30 minuter. När läkaren lagt förband reagerade gossen med rosslande andning och två korta krampor, som varade några sekunder. Ambulans beställdes och läkaren följde med under transporten till sjukhus. Där kunde man konstatera att pojken ej var kontaktbar. Han var spänd men hade inga regelrätta krampor. Han hade gråsjaskig hudfärg generellt samt kyla perifert. Utan syrgas var saturationen i blod 80 procent. Blodprov för methemoglobin var 6 (normalvärde under 2). Efter en dryg timme kunde syrgasbehandling avvecklas, men han var då fortfarande okontaktbar och orolig. Därefter förbättrades han och var efter fyra timmar på sjukhuset i sitt habituell tillstånd. Nästa dag hade methemoglobinvärdet normaliserats och han skrevs hem.

Läkaren har uppgett till Socialstyrelsen att han utfört omskärelse på gossar cirka 4–5 ingrepp per år. Vid dosering av Emla och Xylocain har han brukat »titta i Fass«. Av Xylocainet anser han att cirka 1 ml blev kvar i sprutan.

Socialstyrelsen har bl a anförat att för spädbarn under 3 månader anges dosen för EMLA till totalt 1 g, applikationsytan högst 10 kvadratcentimeter och applikationstiden högst en timme (obs ej längre). I detta fall applicerade läkaren 5 g EMLA under två timmar. Dessutom gavs Xylocain i dubbla maxdosen. Levermetabolismen för lokalbedövningsmedel är förlängsamad för barn, vilket medför ökad risk för höga serumkoncentrationer. För spädbarn är det lämpligt med viss dosreduktion med hänsyn till nervsystemets mognadsgrad med lägre myeliniseringsgrad och mindre nervdiameter. Den blockerande effekten kan bli mer påtaglig än hos vuxna. Socialstyrelsen ansåg att läkaren genom att överdosera lokalbedövningsmedlen gjort sig skyldig till fel, som inte framstod som ringa.

Läkaren har ansett att Socialstyrelsens beskrivning av överdosen varit överdriven (gossen vägde 5,4 kg). Han medger att EMLA blivit överdoserat men inte med faktor 5 och Xylocain har han sannolikt endast gett 40 mg. Den toxiska reaktionen var snarare en följd av snabb resorption av anestesimedlet.

Socialstyrelsen vidhåller att läkaren tillfört lokalbedövningsmedel i doser, som kraftigt överstiger rekommenderade. För gossen hade detta medfört symptom på systemtoxicitet med krampor, sänkt medvetandegrad och methemoglobinbildning.

II Bedömning och beslut

Nämnden delade Socialstyrelsens bedömning.

Påföljd: varning

Patienten borde ha remitterats till sjukhus

Anmälare: Patienten

Anmald: Läkare vid vårdcentral

Orsak: Läkaren misstänkte blott muskelinflammation
HSAN 736/01

II En 46-årig man, storrökare och överviktig, sökte på vårdcentral på grund av att han sedan ett dygn haft smärtor i vänster vad vid belastning och rörelse. Han undersöktes av den anmälda läkaren, som bedömde att det inte rörde sig om blodpropp utan muskelinflammation och han ordinerade Voltaren och Trombyl. Då besvären kvarstod sökte patienten ånyo på vårdcentralen tre dagar senare. Vid detta besök kunde konstateras att pulsarna var svaga i vänster knäveck och saknades i foten. Han remitterades till sjukhus, där undersökning visade hinder i femoralartärerna.

Patienten har uppgett att vid den första undersökningen var hans vänstra vad och fot kalla och själv hade han misstänkt propp. Läkaren skall ha ansett att det var fråga om inflammation, vilket patienten accepterat. Tre dagar senare hade han mycket ont i benet samt inte någon egentlig känsel. På sjukhus konstaterades en artärtromb och att denna var för gammal för att den skulle kunna lösas. Han har nu ständig värk och svårt att gå.

Läkaren har i sitt yttrande uppgett att han vid undersökningen inte funnit några säkra kliniska tecken eller avvikelser som tydde på blodpropp eller annan akut kärlsjukdom. Vaden var mjuk, ej spänd eller volymökad. Det förelåg en viss lokal palpationsömheter. Dessutom var hu-