

Postoperativ blödning var djup ventrombos

»Diagnosen erkänt svårt att ställa vid klinisk undersökning«

Diagnosen trombos är erkänt svår att ställa vid klinisk undersökning. Mot bakgrund av den nyligen utförda operationen och eftersom patientens besvär kunde tyda på trombos, borde ST-läkaren därför ha beslutat om ytterligare utredning för att bekräfta eller utesluta trombos, kritiserar Ansvarsnämnden och fäller läkaren. (HSAN191/03)

II Den 74-årige mannen ådrog sig vid ett fall den 19 december i föl en högersidig höftfraktur och opererades påföljande dag på sjukhus. Han fick vara kvar på sjukhuset till den 27 december med profylax mot trombos.

Nästa dag återkom han till sjukhusets akutmottagning på grund av svullnad och smärta i höger ben och misstanke om trombos.

Han fick träffa ST-läkaren, som vid sin undersökning fann svullnad kring operationsområdet, proximalt på låret och nedanför fotknölna, men ingen rodnad eller värmeökning i benet. ST-läkaren fann att vaden var mjuk och att det inte fanns någon konsistensökning i den.

Han bedömde att det inte rörde sig om trombos, utan att svullnaden berodde på en postoperativ blödning.

Benet lindades från tårna upp till

lumsken, varefter patienten fick återvända hem. Två dagar senare uppsökte han på nytt akutmottagningen på grund av ökade besvär. Utredning med flebografi visade en djup ventrombos i underbenet och behandling sattes in.

Patienten anmälde ST-läkaren för felbehandling.

Ansvarsnämnden läste mannens journal och hämtade in yttrande av ST-läkaren. Denne motsatte sig anmärkningarna som riktades mot honom. Han hänvisade till de kliniska tecken som han hade dokumenterat i journalanteckningen den 28 december.

Det fanns ingen konsistensökning i vaden, och Homans tecken var negativt. Det talade emot att det skulle funnits en blodpropp i benet. Han bedömde att svullnadsbesvären härrörde från blödningen i operationsområdet.

»Svårt veta om proppen redan fanns«

Den kliniska diagnostiken, framhöll ST-läkaren, är erkänt svår och patienten hade riskfaktorer i form av att han var nyopererad. Trombosen diagnostiserades två dagar senare, och det var i efterhand omöjligt att säga om trombos förelåg vid undersökningstillfället den 28 december.

»... det är alltid lätt att vara efterklok och säga att man borde ha gjort en flebo-

grafi tidigare. Problemet i detta fall blir ju att veta huruvida det förelåg en blodpropp redan vid min undersökning 2002-12-28«, skrev läkaren.

II Bedömning och beslut

Mannen opererades den 20 december för en högersidig höftfraktur. Han var kvar på sjukhuset till den 27 december och fick under vårdtiden adekvat profylax mot trombos. Dagen efter utskrivningen återkom han till sjukhuset med svullnad och smärta i höger ben samt misstanke om trombos. På grund av den nyligen utförda operationen var risken för trombos förhöjd, säger Ansvarsnämnden.

ST-läkaren fann vid sin undersökning svullnad på låret och nedanför fotknölna. Han kunde däremot inte finna någon konsistensökning i vaden och inte heller någon rodnad eller värmeökning i benet.

Diagnosen trombos är dock erkänt svår att ställa vid klinisk undersökning. Mot bakgrund av den nyligen utförda operationen och då patientens besvär kunde tyda på trombos borde ST-läkaren därför ha beslutat om ytterligare utredning för att bekräfta eller utesluta denna diagnos, anser Ansvarsnämnden.

ST-läkaren tilldelas disciplinpåföljd som kan stanna vid en erinran. •

Kataraktoperation gjordes trots tryckstegring och misstänkt blödning i åderhinnan – kvinna svårt skadad

En ögonläkare varnas för att vid en kataraktoperation ha orsakat patienten svåra komplikationer. Han genomförde ingreppet trots bland annat tryckstegring. (HSAN 2743/02)

II Den 72-åriga kvinnan opererades för katarakt. Hon drabbades under operationen av plötslig värk och tryckstegring med hårt öga. Ögonläkaren misstänkte blödning från åderhinnan. Operationen avbröts utan att linsprotesen implanterades.

Vid kontroll av ögonläkaren nästa dag konstaterades kvarstående tryckstegring till 30 mm Hg i ögat. Efter pupillvidgning kunde ögats främre delar undersökas.

Ögonläkaren beslutade om en ny operation för implantation av linsprotesen. I samband med reoperationen infördes linsprotesen utan att kontroll av lins-

kapselns tillstånd hade skett. Eftersom en bakre linskapselruptur uppstått, sjönk linsprotesen omedelbart ned i glaskroppen, vilket i samband med efterföljande linsextraktionsförsök ledde till svåra komplikationer med expulsiv blödning och näthinneavlossning.

Ytterligare operation på ett universitetssjukhus behövdes och kvinnan fick en permanent synnedsättning.

Patienten anmälde ögonläkaren. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av ögonläkaren.

Hade också misstänkt glaukom

Denne berättade att en av hans kollegor tidigare hade ställt diagnosen misstänkt glaukom och senil katarakt samt dessutom makuladegeneration.

Patienten hade fått Timosan ögondroppar som ändrades till Xalatan. Vid flera tillfällen uppmättes ögontrycket omkring 25–26.

Den preoperativa bedömningen att patienten skulle katarakteras och att det intraokulära trycket samtidigt skulle sänkas var helt korrekt och hade blivit utförd, sa ögonläkaren.

På operationsdagen fanns knappast någon anledning att kontrollera ögontrycket. Vid spaltlampsundersökning strax före operationen bedömde ögonläkaren ingreppet som rutinartat.

I slutet av ingreppet när utrensningen av linsmaterialet var klar ökade dock plötsligt trycket i ögat och patienten fick ont.

Dagen efter kom patienten med lugnt höger öga, minimalt kornealödem, minimal inre retning, normaldjup främre kammare, rund pupill, intakt kapsulrhexikant och som ögonläkaren bedömde intakt bakre kapsel, uppgav han.

Intentionen var att patienten skulle få bästa möjliga variant av IOL, implanterad i kapselsäcken. Ögontrycket var då

30, och läkaren såg inte någon korioidal-blödning.

Han började operationen efter sedvanliga förberedelser. Fakosnittet öppnades, och med hjälp av injektor gjorde han ett försök att sätta linsen i säcken.

Då visade det sig att det inte fanns något stöd för linsen, och den sjönk ner i glaskroppen, berättade ögonläkaren.

Försökte undvika katastrof

Upprepade försök gjordes att få ut IOL utan att göra alltför mycket skada.

Detta misslyckades emellertid och återigen fick patienten kraftig värk och en mörk skugga utvecklade sig nasalt. Det blev uppenbart att det enda man kunde göra var att sy ihop snittet så fort

det gick för att slippa en katastrofal utveckling, menade ögonläkaren.

II Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att det var känt att även glaukom förelåg i ögat, vilket är en känd riskfaktor för utveckling av blödningskomplikation i samband med inre ögonoperationer, säger Ansvarsnämnden.

Under den första operationen uppstod plötslig värk och tryckstegring med hårt öga, varför blödning från åderhinnan misstänktes. Operationen avbröts utan att linsprotesen hade implanterats.

Vid kontroll nästa dag konstaterades en kvarstående tryckstegring till 30 mm Hg i ögat. Det finns inga uppgifter i jour-

nalen om att ögonbotten inspekterades med avseende på bland annat blödning i åderhinnan.

Trots detta och föreliggande tryckstegring i ögat gjorde ögonläkaren ett förnyat ingrepp, vilket måste kritiseras. Hans handlande innebar att patienten utsattes för starkt ökad risk för förnyad blödning, vilket också drabbade henne i form av en expulsiv blödning.

Vid det andra ingreppet gjorde ögonläkaren även ett försök att implantera linsen i linssäcken utan att ha kontrollerat att kapseln var intakt, vilket ledde till att linsen förlorades till glaskroppen. Patientens drabbades av svåra komplikationer, konstaterar Ansvarsnämnden och varnar ögonläkaren.

Dömd till rättspsykiatrisk vård med SUP fick permission direkt utan medgivande av domstol

En verksamhetschef och en överläkare varnas för att de beviljade permissioner till en kvinna dömd till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP) utan medgivande av domstol. (HSAN 1806/03)

II Den 41-åriga kvinnan knivhögg en person. Den 24 maj dömdes hon av tingsrätten för grov misshandel till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Den 10 juni vann domen laga kraft, och hon fick av bland annat överläkare A och B vid skilda tillfällen permission. Den 15 juni råkade den knivhuggna personen träffa den dömda kvinnan ute på stan och gjorde en polisanmälan om övergrepp i rättssak.

Den 5 augusti ansökte överläkare B hos länsrätten om delegation av rätten att bevilja permission. Länsrätten avlog ansökan.

Fick permission av flera läkare

Socialstyrelsen anmälde verksamhetschefen och överläkaren för att de beviljade den dömda kvinnan permission utan beslut av länsrätten.

I anmälan fanns en lång rad hänvisningar till journalanteckningar där det framgår att kvinnan hade haft flera permissioner beviljade av olika läkare. Här tar vi bara upp en av anteckningarna.

Den 5 augusti dokumenterade en underläkare: »informerar patienten om att de permissioner hon tidigare beviljats ej varit godkända av länsrätten och tills vidare måste upphöra. Ansökan har nu skickats till länsrätten».

För en patient som dömts till rättspsykiatrisk vård där det finns risk för nya

brott, som är av allvarligt slag, är det särskilt angeläget att det sker en noggrann prövning av i vilken utsträckning patienten kan ges möjlighet att på egen hand vistas såväl inom som utanför vårdinrättningens område, framhöll Socialstyrelsen.

Tillvägagångssättet regleras i lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) med bland annat domstolsprövning. Där lämnas ett skydd för att den enskilde patienten inte ska begå nya brott eller på annat sätt motverka vården och behandlingen genom att friförmånerna är strikt reglerade utan möjlighet för läkare att fatta beslut utan domstolsprövning eller delegering.

Båda läkarna hade genom att besluta om permission brutit mot bestämmelserna i LRV. De hade brutit i noggrannhet när det gällde att förvissa sig om patientens vårdform och beviljat permission utan stöd i lag, menade Socialstyrelsen.

Överläkaren hade till exempel uppmärksammat att patienten hade LRV med SUP den 1 juli och återkallade permissionen. Trots detta beviljade han sedan en ny permission den 4 juli, kritiserade Socialstyrelsen.

»Hade fått fel information«

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och hämtade in yttranden av de anmälda.

Verksamhetschefen uppgav bland annat att han vid överläkarronden den 10 juni beslutade att börja med permissioner utanför sjukhusområdet för kvinnan.

Samma dag hade hon blivit dömd till LRV med särskild utskrivningsprövning, och han fick information på rondens att patienten hade blivit dömd till vård

utan särskild utskrivningsprövning. Alltså tog han ett beslut som han inte hade befogenhet för. Han hade fått fel information av personalen, hävdade verksamhetschefen.

Han höll med utredningsgruppen om att han hade brustit i noggrannheten när det gällde att förvissa sig om patientens vårdform för att bevilja permission.

Överläkaren menade att Socialstyrelsens möjlighet till en objektiv bedömning angående hans yrkesutövning hade varit ovanligt begränsad. Han påpekade att han under sommaren mest hade haft semester och arbetat bara 24 juni – 5 juli.

Överläkaren hävdade att han byggde sin bedömning i frågan om permission på en vårdplanering baserad på beslutet från överläkarronden den 10 juni. Detta gjorde att han inte hade tid för att granska underlaget för vårdplaneringen på ett djupare plan.

Att vårdplaneringen gjordes med stöd av dåvarande klinikchefen kunde ha påverkat hans inställning till nödvändigheten av en granskning av permissionen, tillstod han.

Han framhöll dock att »Socialstyrelsens påstående att undertecknad har skickat patienten till en permission trots vetandet om vårdformen enligt LRV med SUP saknar grund».

II Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att verksamhetschefen och överläkaren samt flera andra läkare beviljade kvinnan permission utan medgivanden av länsrätten. Verksamhetschefen och överläkaren, som är anmälda till Ansvarsnämnden, har av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. De varnas båda två. •