ven tolkade han som uttryck för en bakteriell luftvägsinfektion, särskilt med tanke på den höga sensivitet och specificitet som ett StrepA-test har. Han ordinerade således antibiotika.

Om inte StrepA-testet varit positivt hade han förstås remitterat henne under diagnos oklar feber till barnläkare eller infektionsläkare akut, hävdade doktorn.

Vad gäller LPK-värdet ordinerades en omkontroll i ett lugnt skede.

Ansvarsnämnden menar att några anmärkningar inte kan riktas mot doktorns undersökning och bedömning av flickan vid det första besöket den 11 juli.

Däremot borde han, när hon återkom den 27 juli och fortfarande hade feber, ha ifrågasatt om hennes besvär inte kunde bero på något annat än en virusinfektion. Ett så lågt antal vita blodkroppar som hon hade då (1,2) kunde knappast bero på en infektion.

Doktorn borde omgående ha sett till att ett fullständigt blodstatus kontrollerades och inte avvaktat med en sådan kontroll en månad.

Genom att avvakta med kontroll av ett så kraftigt sänkt antal vita blodkroppar har han av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter. Han får en varning. ■

Doktor använde Xylocain där glidmedel hade räckt

3-årig pojke förgiftades svårt vid införsel av kateter

En doktor använde lokalbedövningsmedlet Xylocain vid införsel av en kateter genom en liten pojkes bukvägg. Det var inadekvat eftersom det som regel enbart behövs glidmedel och ingen bedövning vid ett sådant ingrepp. Dessutom användes en felaktig dos med en svår förgiftning som sannolikt resultat. (HSAN 1576/07)

Den 3-årige pojken har CHARGE-syndrom. Han får sin näring direkt i magsäcken genom en införd kateter, en PEG. På kvällen den 7 april 2007 kom han akut till sjukhuset eftersom han dragit ut sin kateter.

En underläkare försökte att föra in en ny kateter, men misslyckades, varför han kontaktade doktorn. Denne förde in stora mängder Xylocaingel i bukväggsöppningen och lyckades i kombination med Stesolid rektalt att lirka in slangen.

Pojken fick därefter återvända till den husvagn där han just då vistades.

Drabbades av cirkulationskollaps

Under natten blev pojken dålig och kom till sjukhuset med cirkulationskollaps. Han togs om hand av IVA-läkare, som räddade hans liv.

Den 10 maj fördes pojken, som fortfarande krävde respirator, till hemsjukhuset. På misstanke om Xylocainförgiftning togs kl 07.30 blodprov, som visade en koncentration av 3,9 mikrogram lidokain (aktiv substans i Xylocain) per ml.

Pojkens farmor anmälde doktorn.

Ansvarsnämnden läste pojkens journal och ett yttrande av doktorn, som bestred att han gjort fel.

Denne berättade att patienten sedan cirka två år har gastrostomiknapp, som hade åkt ut. Patienten undersöktes initialt av kirurgjouren.

Doktorn rengjorde först området där knappen skulle sitta. Efter det lade han Xylocaingel 2 % runt öppningen i bukväggen samt smorde knappen med gel.

Under försöket att sätta in knappen hade gelet runnit ut från öppningen. Barnet var spänt i bukväggen, och läkarna misstänkte stopp i öppningen. Under tiden skrek barnet och såg blått ut på läpparna och i ansiktet, uppgav doktorn.

De båda läkarna bestämde att avbryta försöket och diskuterade ett nytt försök med lättare sedering. Patienten fick Stesolid rektalt. Cirka kl 01.00 gjorde doktorn ett nytt försök eftersom kirurgjouren var på en akut operation som tog mer än sex timmar.

Han lade 2–3 ml Xylocaingel i öppningen samt smorde huden runt om den, varefter den vidgades och en ny PEG-knapp lades in, och kuffen fylldes med 4 ml sterilt vatten. Knappläget kontrollerades genom uppsugning av magsäcksinnehåll med hjälp av en liten sond.

Patienten åkte hem, men efter drygt två timmar kom han med ambulans till akutmottagningen med andnings- och cirkulationsstillestånd. Han återupplivades på IVA.

Fick Xylocaininjektion

Under tiden på IVA var det svårt att få perifera infarter varför doktorn blev ombedd av narkosjouren att frilägga en ven på höger underben.

Man brukar ge lokalbedövning i snittområdet och barnet fick 2,5 ml Xylocain i injektion innan ett snitt gjordes på nedre delen av höger underben och barnet fick en tillfredsställande infart.

Patienten har CHARGE-syndrom med multipla organmissbildningar, berättade doktorn. Barnet hade haft kramptillbud samt apnéepisoider och tidigare återupplivats vid ett par tillfällen i hemmet.

I en efterföljande diskussion kring det inträffade har övervägts om patienten fått i sig en toxisk dos av Xylocain. Man har kontrollerat Xylocainkoncentrationen, som låg på 3,9 mikrogram. Vid en kontakt med läkemedelsinformationen på AstraZeneca Sverige AB framkom att Xylocain har låg toxicitet och symtomen inträffar vid plasmanivåer över 5 mikrogram per ml.

»Dessutom har en felaktig dos använts med en svår förgiftning som sannolikt resultat.«

Dessutom hade patienten höga levervärden, vilket kan påverka ämnesomsättningen och ge höga nivåer.

Det bör noteras att Xylocainkoncentrationen mättes efter venfriläggning där man använt lokalbedövning som skulle kunna leda till ökad Xylocainkoncentration. Trots detta låg Xylocainkoncentrationen lägre än toxisk nivå, framhöll doktorn.

Ingen bedövning behövs

Ansvarsnämnden slår fast att av patientjournalen och den övriga utredningen framgår att doktorn använde sig av lokalbedövningsmedlet Xylocain när han förde in katetern genom pojkens bukvägg.

Detta tillvägagångssätt var inadekvat eftersom det som regel enbart behövs glidmedel och ingen bedövning för att föra in en kateter genom bukväggen.

Dessutom har en felaktig dos använts, med en svår förgiftning som sannolikt resultat.

Doktorn får en varning. ■

Det kunde inte uteslutas att pojken hade testistorsion

Läkaren borde ordnat en snabb exploration

När distriktsläkaren konstaterade att det inte kunde uteslutas att den 14-årige pojken hade testistorsion skulle han ha ordnat med exploration så snart som möjligt. Att skriva remiss till ultraljud var fel. (HSAN 3062/07)

Pojken sökte kl 14.30 den 16 augusti 2007 tillsammans med sin far akut på vårdcentralen. På morgonen samma dag hade han vaknat med kräkningar, illamående och svullnad i vänstra delen av pungen.

Distriktsläkaren konstaterade att vänster testikel var mycket palpationsöm men att det inte förelåg något hydrocele. Laboratorieprov var normala. Under bedömning/åtgärd skrev han i journalen bland annat följande:

»Pat skall följas upp med P-glukosprover. Beträffande testikelsmärta remitteras pat akut för ultraljud då testistorsion ej kan uteslutas. Då nedre buksmärta saknas och pat inte har spontan smärta, svaga hållpunkter för testikeltorsion.«

Han skrev en akut remiss till ett närsjukhus för ultraljudsundersökning. På remissen, daterad den 16 augusti, står under önskade undersökningar: »2007-08-17 Vänster ultraljud testiklar«.

Pojkens far har uppgett att distriktsläkaren uppmanade dem att infinna sig för ultraljudsundersökning efter kl 8–9 nästa morgon. Distriktsläkaren har uppgett att de uppmanades att gå direkt till röntgenavdelningen.

Den 20 augusti skickades från närsjukhuset en kallelse till ultraljudsundersökning den 30 augusti.

Testikeln nekrotisk

Pojken sökte den 18 augusti ett barnsjukhus där man konstaterade testistorsion. Han opererades omgående. Vänster testikel var nekrotisk och togs bort. Pojkens far anmälde distriktsläkaren, som bestred att han gjort fel.

Pojken hade vaknat på morgonen med smärta i pungen. Under dagen hade han känt sig illamående, och han hade kräkts vid ett tillfälle. Vid läkarbesöket negerade han pågående värk men angav smärta vid palpation av vänster testikel. Pungen var lätt svullen, berättade distriktsläkaren.

Testistorsion kunde inte uteslutas varför pojken remitterades till närsjukhuset för en akut ultraljudsundersökning av pungen. Han hade uppmanat fadern att åka dit med sonen på en gång.

Konsultationen avslutades med en elektronisk remiss klockan kl 15.13 med begäran av en akut ultraljudsundersökning, uppgav distriktsläkaren.

Då han inte fick något svar från närsjukhuset antog han att pojken hade remitterats vidare till sjukhus.

Han hävdade att han var helt införstådd med att vid smärta i pungen hos pojkar måste testistorsion uteslutas. Det var därför pojken remitterades skyndsamt till en ultraljudsundersökning för att kunna ta ställning till fortsatt handläggning.

»En ultraljudsundersökning hade, även om den utförts akut den 16 augusti, fördröjt den nödvändiga operationen med timmar och därmed försämrat prognosen.«

Så snabbt som möjligt

Ansvarsnämnden påpekar att testistorsion, vanligast i åldern 8–20 år, ger svåra smärtor och kan leda till att blodtillförseln till testikeln upphör.

Uppgiften att ställa eller utesluta diagnosen testistorsion kan vara mycket svår genom bara en klinisk undersökning, och ofta krävs en operation akut för att kunna ställa korrekt diagnos. En sådan exploration måste ske så snabbt som möjligt.

Distriktsläkaren ansåg vid besöket den 16 augusti att testistorsion inte kunde uteslutas och skrev remiss till ultraljudsundersökning.

Att vid misstanke om testistorsion skriva en remiss till ultraljudsundersökning är fel, oavsett när det är avsett att undersökningen ska genomföras.

En ultraljudsundersökning hade, även om den utförts akut den 16 augusti, fördröjt den nödvändiga operationen med timmar och därmed försämrat prognosen. Distriktsläkaren borde remitterat pojken direkt till sjukhus på misstanken om testistorsion för att möjliggöra operation utan fördröjning. Han varnas. ■

12-årig flicka fick köldskada vid vårtborttagning

En handledares felaktiga instruktion utgör en förmildrande omständighet men friar inte läkaren från disciplinpåföljd sedan hon köldskadat en 12-årig flicka i samband med frysbehandling av en vårta. (HSAN 3356/07)

Flickan ville ta bort en vårta vid nagelbandet på långfingret och sökte därför läkaren, som just avslutat sin AT-tjänstgöring. Vårtan skulle frysas bort. Efter uppmaning av handledaren behandlade läkaren med frysmedlet Histofreezer. Hon behandlade under 1,5 eller 2 minuter i stället för de 3 minuter som handledaren sagt. Flickan utvecklade blåsor och fick en andra gradens köldskada.

Flickans mamma anmälde läkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att hon inte hade någon egen erfarenhet av frysbehandling så hon frågade sin handledare hur hon skulle göra. Handledaren gav henne en frystub (Histofreezer) i handen, med tillhörande munstycke, och anvisade att hon skulle applicera munstycket på vårtan och behandla under 3 minuter.

Kylan var obehaglig

Hon applicerade munstycket på den större vårtan och påbörjade frysbehandlingen. Hon frågade patienten upprepade gånger om hon hade ont, men patienten tyckte att smärtan var uthärdlig. Hon klagade dock under hela behandlingen, med början efter ca 5 sekunder, över att kylan var obehaglig och att det kändes konstigt då fingret blev stelt.

Efter ca 1,5 minuter avslutade läkaren behandlingen. Hon ville inte fortsätta då patienten blev rädd när hon inte kunde böja fingrets yttersta led samt därför att hon själv saknade erfarenhet och att vårtorna satt på ett finger. Vårtorna hade dessutom vitnat och behandlingens syfte var uppnått, menade läkaren.

Två små blåsor hade börjat utvecklas distalt på fingret (2:a gradens köldskada), vilket ingår i behandlingens förlopp.

Ansvarsnämnden konstaterar att läkaren, utan tidigare kännedom om och erfarenhet av behandlingsmetoden samt utan att ha läst instruktionen, har behandlat patientens vårta med frysning med Histofreezer. Det har lett till flera fel med komplikation som följd.

Förmildrande omständigheter är dock att hon fått fel instruktion från sin handledare. Hon får en erinran. ■