

## Ingen fälld trots att ett »allvarligt fel uppenbarligen har begåtts»

**Patienten hade en stor tamponad kvarglömd i magen. Han led och drabbades av depressioner. Flera läkare hade vårdat mannen. Ingen kändes dock vid tamponaden.**

**Både Socialstyrelsen och Ansvarsnämnden konstaterade att ett allvarligt fel hade begåtts. Men ingen fälldes. (HSAN 2104/94)**

Den 69-åriga mannen genomgick den 15 mars 1994 en radikal prostatektomi. Postoperativt utvecklades ett infekterat hematoma i operationsområdet. Sårhålan öppnades den 15 april och abscessen dränerades. Trots dränering, spolning och upprepade omläggningar läkte inte hematomet.

Vid en undersökning i oktober fann man på vårdcentralen en sårtaamponad av gasväv i botten av såret. Tamponaden, som inte var försedd med röntgenstråd, var 64 cm lång och 4–5 cm bred.

I sin anmälan uppgav mannen att han under det halvår som infektionen varade vid flera tillfällen lades in akut. Sårvård ägde rum dagligen.

Skadan hade orsakat honom onödigt och långt lidande samt upprepade depressioner.

Under perioden vårdades mannen på såväl kirurg- som infektions- och medicinkliniken.

En lång rad läkare och en avdelningschef yttrade sig till Ansvarsnämnden (vi tar inte med alla i vår redovisning av fallet). Alla bestred att de gjort något fel.

### Dokumentationen hade inte sparats

Från kirurgkliniken uppgavs att man inte hade sparats operationsjournaler och checklistor från ingreppen den 15 mars respektive den 15 april. Enligt rutinerna kastades handlingarna efter tre månader.

Från kliniken kom även följande uppgifter i olika yttranden:

Överläkare 1, som gjorde det första ingreppet och som sju månader senare avlägsnade tamponaden ur patienten, uppgav att han inte hade använt nå-

gon gasvävstamponad – varken vid operationen eller senare vid omläggningar av såret.

När han avlägsnade tamponaden konstaterade han att den fanns på 6–7 cm djup. Den hade alltså legat under bukväggsnivå extraperitoneellt och måste sålunda ha funnits innan återbesöket på kirurgmottagningen den 4 maj. Då hade man nämligen funnit en fri granulatio- syta i botten på hela såret.

Det fanns ingen möjlighet att efter det datumet föra in en tamponad med det djupet, hävdade överläkaren.

Den läkare som gjorde det andra ingreppet sade att en stor abscesshåla evakuerades. Någon främmande kropp såg han inte. När och hur gasvävskompressen hamnat i operations- såret var okänt för honom.

Överläkare 2 uppgav att patienten efter den första operationen eller vid senare vård den 7–11 april hade någon tamponad lagts in i såret.

### »Svårt svära sig helt fri»

Därefter vårdades patienten på infektionskliniken till den 2 maj. Där menade chefsöverläkaren att det i ett fall som detta med ett uppenbart fel, som säkerligen berodde på den mänskliga faktorn, var svårt för någon att helt svära sig fri.

Han hävdade dock att tamponering på djupet av ett infekterat sår med hjälp av gasväv var helt emot klinikens sårvårdsprinciper. Allt talade därför emot att tamponaden lagts in där.

Den patientansvarige läkaren sade att patienten överförts till kliniken på grund av att omläggningar växt av Enterococcus faecium. Patientens allmäntillstånd var gott, men dränetaget fungerade allt sämre.

Mannen opererades den 15 april. Efter renspolning anlades två dränageslangar och enligt operationsberättelsen »tre fuktade op-duk».

Den 18 april när den patientansvarige läkaren träffade patienten var det yttre sårförbandet redan avtaget. Ytligt i såret togs en stor kompress bort, djupare i såret ytterligare en lång blodig tamponad. Någon ytterligare kompress eller tamponad fann han inte.

Eftersom det i operationsberättelsen hade talats om tre kompresser och han själv bara hade hittat två kontaktade han

operatören. Denne uppgav att han lagt två kompresser i såret och en tredje täckande utvändigt.

Det fortsatta förloppet var tillfredsställande och gav aldrig någon anledning att misstänka någon komplicerande faktor som en kvarlämnad kompress, hävdade läkaren.

De närmaste dagarna var patienten hemma och såret lades om av distriktssköterskan.

### »Någon tamponad lades aldrig in»

Den 12–24 maj vårdades patienten på medicinkliniken på grund av lungemboli. Under den tiden lades hans sår om med dagliga inläggningar av kompresser.

Där sade chefsöverläkaren att någon tamponad aldrig lades in. På omläggningssvagnen fanns inga kompresser större än 7×10 cm och några tamponader fick inte sköterskor lägga in utan läkares medverkan. Gasvävtamponaden kan således omöjligt ha lagts in på medicinkliniken, menade chefsöverläkaren.

Distriktsläkaren vid vårdcentralen hade tidigare träffat patienten och mötte honom igen den 5 september 1994. Han uppgav bl a följande:

Såret vätskade och luktade illa. Han misstänkte att det möjligen kunde finnas en »främmande kropp», men kunde inte lokalisera någon sådan. Han själv och distriktssköterskan gjorde därefter dagliga omläggningar av såret.

### Hittade kompress djupt i fettvävnaden

Den 4 oktober hittade han via en fistelgång från såret på djupet i buken en kompress. Han kunde inte själv ta bort kompressen eftersom patienten fick mycket ont när han försökte få loss den. Den togs i stället bort på kirurgkliniken nästa dag.

Distriktsläkaren underströk att kompressen fanns i buken på djupet i fettvävnaden. Den sårhåla som kompressen låg i var alltså betydligt djupare än den sårhåla som distriktssköterskorna lagt om sedan den 3 maj.

Fallet har prövats av Socialstyrelsen, som konstaterade att ett allvarligt fel hade begåtts. Det var mycket anmärkningsvärt att man inte fullgjort de gällande föreskrifterna om do-

kumentation av vården som patienten fått.

Socialstyrelsen menade att det inte gick att utröna vare sig händelseförloppet eller ansvarsfrågan.

Ansvarsnämnden konstaterade att operationsjournaler och checklistor från operationerna i mars och april inte hade sparats, något som försvårat utredningen av fallet. (Rutinerna har nu ändrats på sjukhuset).

Av patientjournalerna i övrigt saknades uppgifter om inläggning av den aktuella tamponaden.

»Ett allvarligt fel har uppenbarligen begåtts» sade Ansvarsnämnden och fortsatte:

»Genom utredningen är dock inte visat när och av vem tamponaden anbringats. Det är således inte utrett vem som felat. Utredningen ger därför inte stöd för kritik . . . » •

Två varnade:

## Väntade för länge med att förlösa kvinnan

**En överläkare och en barnmorska har av Ansvarsnämnden varnats för allvarliga felbedömningar i samband med en förlossning. (HSAN 98/95)**

Den 21-åriga förstföderskan kom till förlossningen med misstänkt havandeskapsförgiftning.

Dagen därpå sattes förlossningen igång och vid klockan 19.00 på kvällen startade värkarbetet.

Kurvorna från fosterövervakningen var utan anmärkning fram till 01.30 men började sedan att bli patologiska. Från klockan 04.00 var CTG-kurvan mycket gravt patologisk.

Överläkaren tillkallades 05.45. Han bedömde att förlossningen var nära.

Klockan 06.45 tillkallades han igen, nu av den pågående barnmoskan som fann övervakningskurvan gravt patologisk.

Överläkaren försökte först förlösa kvinnan med sugklocka men misslyckades. Klockan 07.29 gjordes ett katastrofsnitt. Barnet var dött.

Socialstyrelsen anmälde överläkaren och barnmoskan som tjänstgjorde under natten. Styrelsen menade att överläka-

ren gjort tre allvarliga felbedömningar klockan 05.45:

1. Han missbedömde situationen då CTG visade nedsatt variabilitet och atypiska variabla decelerationer samtidigt som det fanns en lång registrering som var klart patologisk.

2. Han antog att förlösningsningen var nära trots att partogrammet visade att fosterhuvudets läge varit ganska oförändrat de senaste timmarna och patienten var förstföderska.

3. Han beslutade att avvakta i stället för att genast se till att kvinnan förlöstes.

Socialstyrelsen ansåg att barnmorskan borde ha tillkallat läkaren senast klockan 02.30 då CTG-förändringarna var så uttalade att de krävde en läkares bedömning.

Överläkaren har valt att inte yttra sig över anmälan till Ansvarsnämnden. Barnmorskan har hänvisat till att hon den aktuella natten hade en extrem arbetsbelastning.

Ansvarsnämnden ansåg att barnmorskan borde ha tillkallat överläkaren redan vid 02-tiden eftersom övervakningskurvan inte längre var normal. Hennes höga arbetsbelastning borde ha varit ytterligare en anledning att kalla på läkaren för att få medicinskt stöd.

Nämnden ansåg vidare att överläkaren då han tillkallades klockan 05.45 omedelbart borde ha förlöst kvinnan eftersom övervakningskurvan var gravt patologisk. •

Varning:

## Psykiater brast i sin ledningsfunktion

**En psykiater har av Ansvarsnämnden fått en varning för brister i sin ledningsfunktion. Nämnden har samtidigt kritiserat en AT-läkare för att ha underlåtit att undersöka en patient. (HSAN 2255/94 och 2410/94)**

Såväl Socialstyrelsen som patienten, en 49-årig kvinna, anmälde fallet till Ansvarsnämnden.

Kvinnan hade vid flera tillfällen vårdats inom psykiatri. I februari sökte hon hjälp på en vårdcentral för diffusa kroppsliga symtom. Hon hade domningar i vänster knä och smärta i kroppen.

Hon remitterades till medi-

cinkliniken på ett sjukhus. Där undersöktes hon den 22 februari av en läkare, som konstaterade att hon var lätt öm i buken och haltade. I övrigt fann han inget patologiskt utan återremitterade kvinnan till vårdcentralen.

### Hade förlamningssymtom

Den 3 mars kom kvinnan tillbaka till sjukhuset. Hon undersöktes av jourhavande läkare. Hon var starkt ångestladad och beskrev förlamningssymtom.

Jourhavande hittade ingen fokal neurologisk rubbning men noterade att vänster sida var slappare än höger. Det fanns inget i status som krävde akut behandling. Besvären bedömdes som en psykisk krisreaktion och patienten remitterades till en psykiatrisk klinik.

Där togs kvinnans anamnes samma dag upp av en AT-läkare A, som gjorde ett psykiskt status men ingen somatisk undersökning. Kvinnan lades in.

Dagen därpå, vid ett sk överläkarsamtal, bedömde psykiatern att kvinnan hade »en narcissistisk borderlines-törning med somatiseringssyndrom».

Han förordade att man skulle vara mycket försiktig med mediciner och i stället försöka lösa besvären via samtal.

### »Psykiska symtom som satt sig i kroppen»

Den 8 mars påpekade kvinnan för AT-läkaren A att hon hade försämrats somatiskt.

På en behandlingskonferens fyra dagar senare diskuterades kvinnans ökade kroppsliga symtom, känselbortfall, stelhet och orörlighet. I journalen skrevs:

»Mycket viktigt att vi inte bejakar hennes tro på att det är kroppsliga symtom det hela rör sig om utan att det är psykiska symtom som satt sig i kroppen».

Någon ytterligare somatisk undersökning var inte aktuell.

Den 15 mars vid ett samtal med psykiatern och tre AT-läkare, bl a A, berättade kvinnan att hon var missnöjd med vården. Hennes kroppsliga symtom hade nonchalerats. Hon ville bli utskriven.

Hon skrevs ut i »oförbättrat skick» under diagnosen hysteroid personlighetsstörning och konversionshysterireaktion.

På eget initiativ för hon till

ett större sjukhus. Där framkom att hon hade sfinkterstörningar och andningsbesvär sedan en vecka samt illamående och kräkningar sedan fyra dagar. Hon hade även blåspares.

Kvinnan lades in på neurologiska kliniken. Under natten var hon i sådant skick att hon övervakades med paresschema och PEF-kontroller.

Nästa dag hade hon svårt att andas och ökad värk i nacken. Hon var stel, hade kramp i vänster arm och hennes vänstra ben fungerade inte. Hon hade dålig interkostalandning och var takykard.

Hon fördes över till intensivvårdsavdelningen. Vid en magnetröntgen var man tvungna att lägga henne i respirator och först tio dagar senare kunde hon spontanandas igen.

Först den 3 juni kunde kvinnan skrivas ut från neurologiska kliniken till rehabilitering. Hennes besvär bedömdes som myelit av okänd genes, eventuellt utlöst av en bakomliggande SLE (systemisk lupus erythematosus). Diagnosen var halsryggsmylet (misstänkt SLE).

### Psykiatern hade ledningsansvaret

Socialstyrelsen skrev i sin anmälan att psykiatern på delegation hade det medicinska ledningsansvaret. Han var ensam specialist på avdelningen och hade till hjälp tre läkare under utbildning.

Psykiatern själv pekade i ett yttrande på att arbetsbelastningen var hög och överbeläggningar regel samt att in- och utskrivningarna var många.

Socialstyrelsen anlätade vetenskapliga rådet i psykiatri, professor Lars Jacobsson. Med stöd av denne konstaterade styrelsen att ansvaret för patienten låg på psykiatern, dels som patientansvarig läkare, dels som ende specialist i vårdlaget.

Fallet var svårbedömt och styrelsen riktade ingen kritik mot att man i första läget ställde diagnosen konversionssyndrom.

När kvinnan inte blev bättre utan snarast sämre borde psykiatern ha misstänkt att orsaken till hennes symtom var somatisk. Han föranstaltade visserligen om ett nytt somatiskt status den 11 mars men lade hela ansvaret för undersökningen på AT-läkaren.

Som patientansvarig läkare

följde han heller inte upp resultatet på ett adekvat sätt. Han borde ha varit mer aktiv och tagit ett större ansvar.

Som medicinskt ledningsansvarig hade han en skyldighet att kontrollera att det fanns säkra rutiner som garanterade patienterna en god och säker vård, ansåg Socialstyrelsen.

### Träffade kvinnan bara vid två tillfällen

Psykiatern bestred anmälan.

Han återopade sitt tidigare yttrande till Socialstyrelsen om hög arbetsbelastning och anförde dessutom bl a att han träffade kvinnan endast två gånger. Detta berodde på att hennes försämring inte framgick av de rapporter han fick.

AT-läkaren A hänvisade till sina journalanteckningar och anförde att han som AT-läkare hade följt det vårdprogram som hade fastställts av överordnad läkare.

Ansvarsnämnden kritiserade AT-läkaren A på flera punkter:

Han gjorde ingen somatisk undersökning när patienten lades in den 3 mars. Han vidtog inga åtgärder när patienten den 8 mars berättade att hon fått nya neurologiska symtom från armen. Han följde inte uppmaningen att utföra en somatisk undersökning den 11 mars.

Eftersom A tjänstgjorde som AT-läkare med behov av och rätt till handledning föranledde kritiken emellertid inte någon disciplinpåföljd.

Ansvarsnämnden ansåg att det var anmärkningsvärt att A, under utbildning och utan handledning, fått uppdraget att bedriva stödjande och jag stärkande samtal med en patient. Det gällde särskilt med tanke på att diagnosen konversionshysteri är mycket ovanlig och att behandlingen av den kräver hög psykiatrisk och psykologisk kompetens.

### Borde ifrågasatt diagnos och rapporter

Psykiatern hade enligt journalen bara samtalat med patienten vid två tillfällen, den 4 och 15 mars.

Han borde ha ifrågasatt dels sin egen preliminära diagnos och dels rapporterna han fick om kvinnans tillstånd. Framför allt borde han ha samtalat med patienten fler gånger, ansåg Ansvarsnämnden, som också delade Socialstyrelsens uppfattning att psykiatern brustit i sin ledningsfunktion.

Psykiatern tilldelades en varning. •