

tor. Det kändes som om någon stuckit en kniv i henne och vridit om. Läkaren hade inte tagit någon större notis om detta, han tog inte fram hennes journal och undersökte henne inte.

»Rådgivning»

Läkaren har bestridit ansvar. Han ansåg att kvinnan vid besöket hos honom inte var allmänpåverkad. Hon hade heller inte själv krävt att bli undersökt. De hade kommit överens om att hon skulle återkomma om besvären fanns kvar nästa dag då ju också laboratoriet var öppet.

Kvinnans besök registrerades aldrig som ett besök utan fick bedömas som rådgivning, sade läkaren.

Ansvarsnämnden menade att kvinnans värk i nedre delen av buken självklart skulle ha lett till att besöket registrerades, att hon undersöktes samt att journalhandlingar upprättades. Läkaren varnades. •

Varning:

Borde ha konverterat laparoskopisk galloperation till öppen kirurgi

Överläkaren konverterade inte galloperationen från tithålskirurgi till öppen kirurgi. Dessutom var hans dokumentation av patientens vård bristfällig. Därför har han varnats av Ansvarsnämnden. (HSAN 2070/94)

Patienten, en 35-årig kvinna, anmälde överläkaren och berättade följande.

Efter en enkel gallstensoperation den 4 augusti 1994 hade hon svåra buksmärter och fick smärtstillande medicin i dropp.

Fyra dagar senare gjordes en ultraljudsundersökning. När apparaten nuddade hennes mage gjorde det mycket ont

Reopererades och reopererades igen

Den 9 augusti opererades hon på nytt. Då upptäcktes att clipset från den första operationen hade släppt och att det fanns nästan en liter galla i buken. Man satte nya clips och två drän.

Efter denna operation blev

hon gul och levervärdena steg. Hon flyttades till ett annat sjukhus. Där opererades hon igen den 18 augusti. Det fanns skador på gallgångarna och på något ställe fanns nästan ingen passage.

Överläkaren sade i ett yttrande till Ansvarsnämnden att det efter den första laparoskopiska operationen uppstod gallläckage. Han gjorde därför en ny tithålsoperation och åtgärdade läckaget med två clips och en sutur. Efter det blev patienten bättre några dagar men fick sedan stigande bilirubinvärden.

Patienten fördes till det andra sjukhuset för röntgenundersökning av de djupa gallvägarna – det första sjukhuset saknade utrustning för den undersökningen.

Då visade det sig att djupa gallgången var åtklämd vid operationsområdet. Därför opererades kvinnan på nytt den 18 augusti.

Överläkarens slutsats av fallet var att han kanske borde ha gjort en öppen reoperation den 9 augusti.

Sutur och clips orsakade förträngning

Ansvarsnämnden inhämtade ett yttrande från Ulf Haglund, professor i kirurgi vid universitetet i Uppsala. Han anförde bl a följande.

Vid den laparoskopiska cholecystektomi med peroperativ cholangiografi den 4 augusti gjordes inkippet i ductus cysticus så att cysticusstumpen blev mycket kort. Ett clips sattes på stumpen för att stänga den. Clipset lossnade, vilket gav läckaget av galla till bukhalan.

Under den laparoskopiska reoperationen fem dagar senare sattes en sutur och två clips för att häva läckaget. Det var dessa som åstadkom den kraftiga förträngningen av djupa gallgången.

Denna förträngning krävde ytterligare en reoperation och kommer sannolikt att kräva ytterligare åtgärder i framtiden.

Kräver mycket stor vana och kunskap

Det kunde ifrågasättas om inte operatören borde ha konverterat ingreppet till öppen kirurgi redan den 4 augusti, men det stred inte mot vetenskap och beprövad erfarenhet att fullfölja laparoskopiskt.

Men att använda tekniken vid reoperationer kräver, för att nå samma resultat som med öppen kirurgi, mycket stor vana och kunskap i laparoskopi samt speciell försiktighet vid operationens inledning, sade Haglund.

Vid reoperationen den 9 augusti borde överläkaren ha gått över till öppen kirurgi. Då kunde läckaget hade åtgärdats enkelt och riskfritt. Att inte konvertera stred klart mot vetenskap och beprövad erfarenhet, ansåg han.

Ansvarsnämnden delade denna uppfattning och pekade också på att överläkaren hade brutit i sin dokumentation av värden.

Disciplinpåföljden bestämdes till en varning. •

Varning:

Kvinnan borde ha förlöst tidigare

En läkare vid en kvinno-klinik har av Ansvarsnämnden varnats för att han inte snabbare förlöste en mamma när övervakningskurvan blev patologisk. (HSAN 1170/95)

Den 35-åriga kvinnan kom in tidigt på morgonen. Klockan 10.05 gick vattnet. Man satte skalpelektrod på barnet för CTG-registrering.

Klockan 10.50 tillkallades läkaren för bedömning av CTG. Han godkände och signerade registreringen.

Fyrtio minuter senare visade CTG stigande basalfrekvens, djupa decelerationer samt nedsatt variabilitet. Läkaren tillkallades. Han godkände CTG-registreringen och skulle återkomma.

Var gravt asfyktiskt

Klockan 12.25 fann barnmorskan silent pattern vid bedömning av registreringen. Läkaren förberedde skalp-pH men förlösningen skred snabbt framåt och klockan 12.46 föddes barnet. Det var gravt asfyktiskt (Apgar 0–2 –

6) och hade en uttalad metabolsk acidosis.

Efter återupplivning överfördes barnet till barnkliniken för bl a respiratorvård på grund av kramper.

Förlösningen anmälades enligt lex Maria. Socialstyrelsen yrkade hos Ansvarsnämnden att läkaren skulle tilldelas disciplinpåföljd.

Styrelsen ansåg, med stöd av föredragande i obstetrik och gynekologi överläkaren Dan Erik Wiklund, att förändringarna i CTG under sista delen av förlösningen var så uttalade att man inte kunde utesluta asfyxi. Läkaren borde därför mer aktivt ha försökt diagnostisera en asfyktisk process och tagit ställning till om han behövde förlösa kvinnan med instrument eller kejsarsnitt.

Alltför snabb analys

Läkaren hänvisade bl a till att problemet med den hotande fosterasfyxin blandades med dålig progress och smärtpåverkad och uttrötad mor. Åtgärder mot dessa komplikationer skymde initialt, felaktigt, uppmärksamheten på graden av avvikelser i CTG-registreringen.

Han befann sig under tidspress på grund av att han samtidigt hade mottagning, vilket bidrog till en alltför snabb och otillräcklig analys av förlösningen.

Läkaren menade också att hans signatur på CTG-registreringen stod för att han sett kurvan och därmed befriat barnmorskan från ansvar för tolkning och handläggning. Men det betydde inte att kurvan som sådan var godkänd. Han hävdade att det felaktigt hade journalförts att han hade godkänt kurvan klockan 10.50 och 11.30.

Tragiska utgången kunde förhindrats

Ansvarsnämnden konstaterade att övervakningskurvorna från klockan 11.30 var klart patologiska. Trots det vidtog inga ytterligare åtgärder.

Under de sista 30 minuterna före förlösningen visade övervakningskurvan till och med ett gravt patologiskt mönster.

Läkaren hade visat underlåtenhet och passivitet genom att inte mer aktivt diagnostisera den asfyktiska processen. Han borde ha tidigare lagt förlösningen.

En tidig blodprovstagning med pH-bestämning hade sannolikt kunnat förhindra den tragiska utgången, menade nämnden och varnade läkaren. •