

en adekvat provtagning. Efter de första svaren kontaktades flickan per brev och uppmanades göra nya prov.

När man fick veta testosteronvärdet gjordes inget nytt försök att kontakta flickan. Detta var, ansåg Damber, mycket anmärkningsvärt. Patienten hade mycket höga testosteronvärden, mer än fem gånger över normalvärdet. Detta borde ha väckt misstankar om en androgenproducerande tumör.

Damber ansåg inte att skulden kunde läggas på patienten. Brevet som hade skickats till henne var inte så skarpt att hon borde ha insett vikten av ny provtagning.

När svaren om testosteronvärdet kom skulle en ny och helst direkt kontakt ha tagits med patienten för att försäkra sig om att hon verkligen kom till en ny provtagning och fortsatt utredning.

När flickan sökte i mars 1994 vidtogs adekvata åtgärder. Eftersom det var en benign tumör man fann kommer flickan troligen inte att få alltför uttalade men.

Det finns dock en stor risk att hon får behålla röstförändringen och clitorisförstoringen eftersom dessa sannolikt inte går tillbaka.

#### Kunde inneburit fara för patientens liv

»Eftersom tumören med allra största säkerhet är godartad, är patientens liv inte hotat. Om det rör sig om en malign androgenproducerande tumör hade den bristande handläggningen kunnat innebära en fara för patientens liv», skrev Damber.

Avdelningsläkaren uppgav bl a följande. Hon hade vid sin enda kontakt med patienten beställt prov som kunde bekräfta eller utesluta en hormonproducerande tumör.

Samtidigt hade patienten informerats om att man skulle gå vidare med utredningen. Detta bekräftades sedan i ett brev till patienten med uppmaning att komma till en ny kontroll och provtagning.

Vad gäller det höga testosteronvärdet är det, sade avdelningsläkaren, självklart att det kräver ny åtgärd och ytterligare utredning. Men eftersom patienten redan fått ett brev tog avdelningsläkaren ingen ny kontakt med henne. Tyvärr, sade avdelningsläkaren, återkom inte patienten.

Ansvarsnämnden ansåg att avdelningsläkaren, särskilt mot bakgrund av de anmärkningsvärda testosteronvärde-

na, borde ha följt upp patienten på ett mer aktivt sätt. Hon kunde inte fritas från ansvaret för att den rätta diagnosen och den nödvändiga behandlingen fördröjdes. •

#### Varning:

### Fel anestesi och teknik vid misslyckad omskärelse

**Omskärelsen av tvååringen misslyckades. Förhuden var orörd – i stället var en bit av penisskaffets hud bortklippt. Och ingreppet hade skett utan riktig smärtlindring. Läkaren varnades av Ansvarsnämnden. (HSAN 271/94)**

Föräldrarna anmälde läkaren och berättade att denne sagt att det var en enkel operation. Läkaren skulle bara binda en plastring under förhuden. Det skulle inte blöda.

Under själva operationen fick de inte vara med, men hörde hur deras son grät och skrek. Pojken var fastspänd under ingreppet.

Efteråt var hans penis blodig och han hade mycket ont. Läkaren gav dem recept på penicillin och en salva.

Nästan en månad efter ingreppet var pojkens penis fortfarande svullen och inflammerad. Efter behandling på barnkirurgisk klinik blev han dock allt bättre.

#### Lokalbedövades

Läkaren berättade att omskärelsen görs med lokal desinfektion och lokalbedövning. En plastring sätts under förhuden och en tråd binds runt förhuden på plastringen. Med en steril sax klipps den del av förhuden som är utanför bindningen.

Han hade tillämpat metoden i tio år och som regel fått fullgoda resultat. Det kunde dock tänkas att förhuden i det här fallet hade vikts dubbel vilket medförde ett ofullständigt resultat.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd i barnkirurgi, professor Björn Thomasson, anförde bl a

följande. Anestesiformen som användes vid »omskärelsen» var sorgligt inadekvat. Någon preoperativ sedering tycks heller inte ha gjorts. Det finns utbredda och seglivade missuppfattningar om barns förmåga att uppfatta smärta.

Enligt hans bestämda uppfattning ska en två-åring omskärelse – om den överhuvud taget är indicerad – ske i narkos.

Thomasson själv har alltid gjort omskärelser på barn i narkos och med kirurgiska basinstrument, utan att använda specialapparatur. Det ger arbetsro och en tydlig och komplett separation av förhudens inre blad från ollonet. Vidare skymms operationsfältet inte av någon omgivande apparat.

Ansvarsnämnden anslöt sig till Thomasson och fann att läkaren gjort fel i fråga om sedering, smärtbekämpning samt kirurgisk teknik. •

#### Varning:

### Ökade Sotacordosen till patient med hjärtsvikt

**Distriktsläkaren borde ha undersökt patienten och behandlat hennes hjärtinsufficiens. I stället ökade han dosen Sotacor och utsatte henne för risken att hjärtsvikten försämrades. Därför varnas läkaren av Ansvarsnämnden. (HSAN 700/95)**

Den 67-åriga kvinnan kom till vårdcentralen i den 21 februari 1995. Hon var förkyld.

Distriktsläkaren konstaterade att kvinnan hade ett hastigt förmaksflimmer men inga tecken på hjärtinkompensation. Han ordinerade Sotacor och Waran inför elkonvertering av flimmeret.

Röntgen av hjärta och lungor genomfördes samma dag. Den visade att hjärtat ökat kraftigt i storlek samt förändringar som vid tämligen uttalad hjärtinkompensation.

Tre dagar senare, i samband med att hon lämnade ett PK-prov, undersöktes kvinnan på nytt av distriktsläkaren. Ytter-

ligare fyra dagar senare kom hon tillbaka igen därför att hon hade svårt att sova. Hon ville ha remiss till en hjärtspecialist.

Distriktsläkaren noterade att pulsen låg omkring 100 slag per minut och ökade dosen Sotacor.

Den 3 mars utfärdades remiss till en medicinklinik. Kvinnan avled dock samma dag.

Kvinnans make anmälde distriktsläkaren och menade att denne skulle ha remitterat hus-trun till en specialist.

#### Ville bromsa flimret

I ett yttrande till Ansvarsnämnden uppgav distriktsläkaren att kvinnans flimmer vid det första besöket varit på en oekonomisk nivå (132–135 slag per minut). Därför satte han in betablockerande Sotacor för att bromsa flimret och få ner frekvensen till en mer ekonomisk nivå.

När det gällde Waran hänvisade han till praxis och det lokala vårdprogrammet. Enligt det ska flimmerpatienter vara behandlade med blodförtunnande medel så att levringsförmågan har varit på terapeutisk nivå (PK 10–25 procent) i tre veckor innan elkonvertering kan genomföras.

När kvinnan bad om remiss till specialist hade distriktsläkaren sagt att hon, även utan remiss, hade rätt att fritt välja läkare inom landstinget. Han hade också upplyst henne om kravet på behandling med blodförtunnande medel före elkonvertering.

Efter det hade han och patienten varit överens om att fortsätta på den valda linjen, uppgav distriktsläkaren.

#### Fel öka dosen

Ansvarsnämnden sade att det inte var fel av distriktsläkaren att vid kvinnans första besök behandla hennes förmaksflimmer. Men han skulle också ha kontrollerat hennes blodtryck.

Vid de två följande besöken hade distriktsläkaren tillgång till röntgensvaren. Han borde då ha undersökt kvinnan och behandlat hennes hjärtinsufficiens. I stället ökade han dosen av Sotacor och utsatte därmed patienten för risken att hjärtsvikten försämrades.

Han skulle vidare i journalen ha skrivit in uppgiften om anamnestiska och kliniska tecken på hjärtinkompensation samt fysikaliskt hjärt- och lungstatus, menade Ansvarsnämnden och varnade distriktsläkaren. •