

lytvärden (Na 122, K 4,6 mmol/l). Detta borde ha gett misstanke om Addisons sjukdom och föranlett inläggning på medicinkliniken. Att utan föregående utredning remittera henne till psykiatrisk vård är ett fel som motiverar disciplinpåföljd i form av varning.

Behandling uppsköts vid allvarlig rytmrubbning

Anmälare: Patientens föräldrar
Anmälda: Läkare vid kardiologklinik
Orsak: Försenad behandling av hjärtsjukdom (HSAN 559/97)

En 24-årig man hade år 1994 haft nattliga attacker av arytm, svimning och kramp. Utredning hade inte gett någon säker förklaring till anfällen. År 1996 drabbades han åter av svimningsattacker och utreddes på neurologklinik. Sedan man där uteslutit epilepsi remitterades han i juli till kardiologkliniken.

Långtids-EKG visade patologiska förändringar, bland annat förlängt QT. Vid återbesök i september fick patienten information om orsaken till symptomen. Han hade inplanerat att arbeta i Namibia under fem månader, men avråddes enligt föräldrarna endast i allmänna ordalag för att resa och han fick ingen konkret information om riskerna. Han reste dagen efter besöket på mottagningen. Under vistelsen i Afrika drabbades han av malign arytm med en anoxisk hjärnskada som följde. Föräldrarna anser att diagnos av rytmrubbningen försenades och att man tidigare borde ha behandlat med betablockare.

De två anmälda kardiologerna har redogjort för orsaker till att undersökningar och tolkningar av EKG-undersökningar försenades.

Den läkare som träffade patienten i september och som informerade honom om arten av hans hjärtfel försökte, som framgår av anteckning i journalen, att övertala honom att ändra sina resplaner för att omgående bli adekvat utredd och behandlad.

Läkaren menar att det inte varit möjligt att föreslå en patient att ändra en så angelägen resa utan att mycket noggrant förklara varför det bedömts som nödvändigt. I ett fax till kardiologkliniken avsänt från Afrika i november meddelade patienten bland annat: »Jag åkte mot bättre vetande, resonerade att har

jag levt med mina besvär i 2 1/2 år så går det nog bra i fortsättningen.» Senare har också en behandlande läkare i Kapstaden i ett utlåtande skrivit: »Carl admitted that the cardiologist advised him not to go to Namibia.» Denne läkare hade också sedan han konstaterat att patienten hade »the classic long QT-syndrom... explained to him that he has a potentially lethal condition and urged him to return to Sweden as soon as possible».

Vad gäller anklagelsen, att patienten inte fick behandling med betablockare, anser den sistnämnde kardiologen, att sådan behandling utan att man haft möjlighet att kunna övervaka honom hade potentiellt kunnat förvärra hans situation.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden kan på grund av preskriptionsbestämmelser inte pröva anmälan vad gäller behandlingen 1994. Man konstaterar, att vid utredningen hösten 1996 dröjde det en och en halv månad från undersökning till mottagningsbesök. En sådan väntetid är inte anmärkningsvärd i sjukvården, men det hade, med tanke på omständigheterna, varit önskvärt med ett snabbare omhändertagande av patienten. Denna avstod sedan, trots att han informerades om det allvarliga tillståndet, från att omedelbart fortsätta utredningen.

Nämnden har inte funnit att något framkommit, som kan föranleda disciplinpåföljd.

Uretraskada vid hymenektomi

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmäld: Avdelningsläkare vid kvinnoklinik
Orsak: Felaktigt utförd ingrepp HSAN 343/97

En 22-årig kvinna sökte på kvinnoklinik för trång mödomshinna, vilket omöjliggjort samlag. Hon uppsattes av avdelningsläkaren för poliklinisk öppning av hinnan i narkos. Eftersom läkaren inte hade någon erfarenhet av denna typ av ingrepp hade hon diskuterat fallet med en mer erfaren kollega och fått rådet att göra korsincision. Kollegan hade dock inte undersökt patienten.

Vid operationen fanns en fingerblomstor öppning in mot vagina. Yttre urinrörsmynningen kunde inte identifieras. Operatören säger att hon bedömde

det som olämpligt att sätta kateter eftersom »öppningen var så liten att det bara räckte för KAD». Sedan hon försiktigt gjort en korsincision försökte hon vidga öppningen. Därvid tömde sig en liten mängd urin och det visade sig att det fanns en spricka mellan yttre delen av urethra och vagina. Urolog tillkallades och skadan reparerades, varefter operationen kunde fullföljas. Inga komplikationer uppstod.

Socialstyrelsen har yrkat att läkaren bör åläggas disciplinpåföljd. Vid vaginala ingrepp är det lämpligt att ha en KAD insatt. När anatomin bjöd svårigheter att identifiera urethra borde läkaren ha avstått från ingreppet och konsulterat annan mer erfaren kollega.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har konstaterat att läkaren saknade erfarenheter av denna typ av ingrepp och att anatomin var oklar. Man finner det tveksamt om hon borde ha börjat operationen på egen hand. Det är inte klarlagt om hon vid konsultationen med erfaren läkare fått rådet att identifiera urethra med kateter, och eftersom hon omedelbart upptäckte sitt misstag och tillkallade urolog, bör felet inte föranleda disciplinpåföljd.

Ansvarsnämnden lämnade anmälan utan åtgärd.

Orsak till domningar i armar och ben

Anmälare: Patienten
Anmäld: Ortopedöverläkare
Orsak: Försenad diagnos av B 12-rist. HSAN 1952/97

En 60-årig man hade sedan många år haft besvär av värk i nacken och utretts flera gånger vid ortopedklinik för detta och man hade funnit degenerativa förändringar i nedre halsryggen. I april 1996 inkom han åter till kliniken efter att ha drabbats av trafikolycka, vilket lett till ökade smärtor i halsryggen. Röntgenundersökning visade samma bild som tidigare, men inga tecken till fraktur eller luxation i halsryggen.

Under resten av år 1996 utvecklade sig smärtor, domningar och köldkänsla i händerna och neurofysiologisk utredning visade tecken till proximal nervrotspåverkan, tydligast i C VIII-nivån, men även i C V-nivån. Eftersom hans tillstånd alltmer försämrades och dess-

utom symtom från fötterna tillkom med nedsatt gångförmåga gjordes i januari 1997 en främre utrymning av tre mel-lankotsskivor i halsryggen samt fu-sionsoperation av motsvarande kotor. I efterförloppet konstaterades en övergå-ende högersidig rekurrenspares men i övrigt var det postoperativa förloppet komplikationsfritt. Efter ingreppet minskade smärtor och känselnedsätt-ning i armarna, men däremot ökade symtomen från benen med tilltagande hyperestesier och med nedsatt djup sen-sibilitet. När patienten en vecka efter operationen överfördes till rehabilite-ringsenhet visade det sig bland in-komstblodprov, att patienten hade ex-tremt låga värden av B12 och folater i blodet. Substitutionsbehandling insat-tes och patientens tillstånd vad gäller smärttillstånd och sensibilitet i extre-miteterna samt gångförmåga har myc-ket förbättrats.

Patienten anser att ortopedöverlä-kare nonchalerat och felbehandlat ho-nom genom att inte diagnostisera B 12-bristen. Detta har lett till att han drab-bats av permanent invaliditet.

Bedömning och beslut

Hos ett fåtal patienter visar sig B 12-brist i form av symtom från nervsyste-met innan karakteristiska blodföränd-ringar uppträder och kan då vara svår att diagnostisera. Vid de tillfällen då orto-pedöverläkaren bedömde patienten var både anamnesen och den kliniska bil-den okarakteristisk och svårtolkad. Ut-redningen hade dessutom visat påver-kan på ryggmärg och nervrötter i hals-ryggen. Någon kritik bör därför inte rik-tas mot läkaren för att han inte överväg-de B 12-brist som förklaring till besvä-ren.

Nämnden lämnade anmälan utan åt-gärd.

Epididymit diagnostiserades per telefon

Anmälare: Patienten
Anmäld: Distriktsläkare
Orsak: Bristande undersökning
HSAN 2017/97

En 41-årig man hade en månad tidi-gare behandlats för urinvägsinfektion med penicillin under sex dagar. Han sökte nu distriktsläkaren för att han inte

blivit bra. Denne fann en »tydlig prostatainflammation, som engagerade främst den högra loben». Han ordinerades Vibramycin i 15 dagar. Tre dagar se-nare ringde patienten och meddelade att han hade ömhet som spritt sig till ena si-dan av pungen. Distriktsläkaren tolkade detta som testikelinflammation och be-handlingen kompletterades med in-flammationshämmande medel.

Patienten tillfrisknade men sökte igen på mottagningen tre veckor senare för att han fått ett återfall med liknande symtom. Han ordinerades samma kur som tidigare men med kuren förlängd till 20 dagar. Vid kontroll efter avslutad behandling var han kliniskt helt åter-ställd.

Ett halvt år senare fick patienten en ilsken »testikelinflammation» (bitesti-kel-?) med varbildning vilket ledde till att höger testikel opererades bort.

Patienten har klagat över att di-striktsläkaren inte tagit några prov för att fastställa att han verkligen var frisk. Testikeln hade troligen kunnat räddas om läkaren hade satt in rätt behandling i tid.

Distriktsläkaren har menat att det enligt praxis i såväl primärvård som hos urologer inte är brukligt med odlingar vare sig i det primära läget eller vid åter-besök, då dessa ofta är negativa trots kli-niskt uppenbar infektion.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden anser att läkaren borde ha gjort en undersökning av pati-enten när denne i telefon meddelade att han fått symtom som talade för bitesti-kelinflammation. Genom att underlåta detta hade han gjort sig skyldig till ett fel.

Nämnden ålade distriktsläkaren en erinran.

Akut kolit tolkades som maginfluensa

Anmälare: Patienten
Anmäld: Två läkare vid akutmot-tagning
Orsak: Felaktig tolkning av diarrésjukdom
HSAN 1018/97

En 28-årig man hade sedan 8–9 må-nader haft flera perioder med diarré, som dock gått över utan behandling. Han sökte nu doktor A på en akutläkar-

mottagning på grund av att han sedan 5–6 dagar åter haft diarré och knip i ma-gen. Han uppgav att han hade haft lik-nande besvär i samband med tenta-mensperioder och den preliminära dia-gnosen blev stressutlöst gastrit. Han ordinerades Losec och fick dietråd.

De närmaste dagarna fick patienten ökade besvär och dessutom stigande fe-ber. En vecka efter första besöket sökte han åter samma mottagning och mötte doktor B. Även denne ville först hänfö-ra symtomen till stress. Patienten mena-de då, att han denna gång mätte sämre än vid tidigare attacker och att han nu haft besvären i två veckor och blivit allt sämre. Läkaren ansåg därför att det kunde vara fråga om en virusinfektion. Detta föranledde dock ingen ändring av tidigare ordination.

Patientens tillstånd försämrades och en vecka efter det andra besöket fann släktingar honom i det närmaste medvetslös i hemmet. Han skickades till sjukhus och man konstaterade där att det förelåg en ulcerös kolit. Två dagar senare gjordes kolektomi.

Bedömning och beslut

Nämnden har konstaterat att de be-svär som patienten uppvisade vid detta besök mycket väl kan tolkas som stressutlösta.

Anmälan mot läkare A föranledde ingen påföljd.

Journalanteckningarna vid det andra besöket hos läkare B är vad gäller anamnes mycket knapphändiga. Sym-tombild från mag-tarmkanalen saknas, inte heller finns någon anteckning om avföringsfrekvens, om det fanns blod eller slem i avföringen, hur hög febern var. Hade en mer utförlig anamnes ta-gits vid detta tillfälle hade det sannolikt visat sig att det inte rörde sig om en okomplicerad sjukdom.

Doktor B ålades en erinran. •

