

get främmande material var kvar. Vid tejpningsförsöket den 5 juni såg såret väldigt rent och fint ut, varför jag hoppades att det skulle gå att tejsa ihop så-

”Distriktssköterskan uppmärksammade vid första omläggningen efter den andra operationen att mer förbandsmaterial fanns kvar i såret och remitterade henne till dr A vid fyra tillfällena.”

ret. När inte detta gick var tanken att det skulle granulera igen från botten och att man senare skulle kunna ha gjort en ärrrevision. Jag anser därför inte att jag har agerat felaktigt i sak, men beklagar att läkningstiden blivit så lång och att patienten uppfattat att hon inte blivit tillfyllest omhändertagen och fått information, vilket jag tycker att jag har givit henne.

Bedömning

Såvitt framgår av utredningen är operationen utförd enligt standardteknik. Man kan ha synpunkter på valet av höjd av snittet men man kan inte hävda att den valda platsen är felaktig. Att blödningar och andra bekymmer tillstött efter någon vecka kan inte anses bero på försumlighet eller oskicklighet från dr A:s sida.

”Beträffande inläggning av drän vid bukplastikoperationer görs detta i regel ej, utan enbart om man vid slutet på operationen anser det befogat.”

Man har lagt in vätskeabsorberande tamponad i såret av vilken bitar inte har gått att dra ut vilket kan ha bidragit till den långdragna infektionen. Enligt nämndens mening bör Hb-värdet kontrolleras om patienten blöder signifikant efter operationen.

Ansvarsnämnden anser att det finns viss grund för den klagandes missnöje. De misstag som dr A gjort med den postoperativa skötseln av henne kan dock inte anses som annat än ringa fel som inte skall medföra någon disciplinåtgärd.

Beslut

Ansvarsnämnden lämnar anmälan utan åtgärd. •

Ansvarsärenden i korthet

Oklar instruktion för tvångsmedicinering

Anmälare: Socialstyrelsen.
Anmald: Jourhavande psykiater
Orsak: Tvångsmedicinering
(HSAN 1949/97)

En 23-årig kvinna infördes av polis till en psykiatrisk akutmottagning. Hon var våldsam, skrek, sparkade och slogs och lades med hjälp av poliserna i bältesäng. Hon försökte hela tiden komma loss och måste trots bältesläggningen hållas fast av poliserna. Jourhavande läkare bedömde att patienten kunde skadas av fasthållandet och ordinerade 2 mg Haldol i m. Patienten lugnade sig därefter och somnade. Senare under dagen var hon samlad och adekvat. Inget psykotiskt framkom och hon skrevs ut.

Socialstyrelsen har anmält läkaren till HSAN och yrkat disciplinåtgärd eftersom Haldol gavs mot patientens vilja och utan att vårdintyg utfärdats. Därmed hade inte behovet av tvångsvård prövats och patienten utsatts för en tvångsåtgärd, som inte hade lagligt stöd. När injektionen gavs förelåg ingen

nödvärnssituation, eftersom patienten redan var bältesbelagd.

Läkaren har uppgett att patienten trots att hon var lagd i bälte och trots att tre poliser, två väktare och två vårdare försökte hålla henne, sparkade och slog hela tiden. Hon studerade de instruktioner som då gällde för nyanställda läkare, i vilken angavs, att i nödlägen kunde Haldol ges innan vårdintyg har utfärdats.

Socialstyrelsen har därefter anförut att sådan tvångsmedicinering endast kan ske, om patienten befinner sig i ett allvarligt medicinskt tillstånd och där utebliven medicinering utgör en direkt fara för hennes liv.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden anser det förståeligt att läkaren har uppfattat att det förelåg en nödsituation och att instruktionen i detta hänseende var otydlig. Med hänsyn till omständigheterna kan läkaren inte kritiseras för sitt handlings sätt, men nämnden förutsätter att nämnda instruktionsbok förtydligas.

Gastroskopi fullföljdes ej; patienten drog ut instrumentet

Anmälare: Patienten
Anmald: Medicinöverläkare
Orsak: Ej fullföljd gastroskopi
(HSAN 1870/97)

En 35-årig kvinna hade haft långvariga magbesvär, och tre år tidigare hade vid gastroskopi konstaterats tecken till utläkta sår i ventrikeln. Någon provexcision gjordes ej. En kontrollgastroskopi ett år senare skall ha visat normalt status. Patienten hade emellertid fortsätta besvär och i januari 1996 gjordes två försök att gastroskopera, men dessa fick avbrytas eftersom patienten drog ut instrumentet. Läkaren ställde diagnosen dyspepsi.

I september samma år sökte patienten annan läkare, som efter röntgenundersökning av matstrupe och magsäck behandlade patienten med Losec. Hon blev på denna behandling »i det närmaste besvärsfri». Emellertid hade utredning visat blod i avföringen, och hon remitterades därför till kirurg för gastroskopi i narkos. Man fann då flera ventrikelsår och provexcision visade lågt differentierat adenocarcinom.

Patienten har anmält läkaren för att

han inte tagit avföringsprov eller px-prov. Hon kommer från Korea och »det är ett välkänt faktum att magcancer är frekvent förekommande hos dessa människor». Det hade därför varit viktigt att en fullständig gastroskopi utförts, vilken borde ha utförts i narkos, eftersom det var uppenbart, att hon inte kunde genomgå den på vanligt sätt.

Läkaren: »Om jag kunde vrida klockan tillbaka skulle jag driva utredningen genom gastroskopi och px – i narkos – till en diagnos.»

Han framhåller dock att när han »berättade för patienten den olycksaliga diagnosen, gjorde jag det utan tanke på egen skuld. Idag ser jag ingen anledning att ändra på denna uppfattning och bedömning».

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att läkaren ställde diagnosen dyspepsi, trots att undersökningen var ofullständig. Hans fel bör medföra disciplinåtgärd, men med hänsyn till de svårigheter som förelåg att genomföra undersökningen, bestäms den till erinran. •