



## Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler

Denna vecka:  
urologi

HSAN 1154/97:A4

# Blåsans funktion förstörd efter oenighet om tappning

Läkaren: »Han ville inte ha kvarliggande KAD»

En man, född 1968, hade flera gånger behandlats på ortopedisk klinik för bland annat knäskador. Efter ett ingrepp 1994 hade han övergående blåstömningssvårigheter. Den 6 december 1995 opererades han på nytt för rekonstruktion av korsband. Postoperativt fick han under ett dygn smärtlindring med hjälp av en s k epiduralkateter. Då han inte kunde kasta vatten tappades han vid flera tillfällen.

Dagen efter operationen stängdes katetern och han fick i stället morfinpreparat som smärtlindring. En läkare, dr A, föreslog att kvarkateter skulle användas för att man skulle slippa de återkommande tappningarna. Patienten avböjde emellertid detta. På morgonen den 8 december stod det enligt en »bladder scanner» (ultraljudsapparat för mätning av resturin) drygt 600 ml i blåsan, varför tappning föreslogs men mannen ville försöka kasta vatten själv. Han måste emellertid tappas vid 10-tiden. Vid lunchdags samma dag föreslog dr A ånyo kateterbehandling, men även denna gång avböjde hans patient sådan, enligt vad dr A uppfattade. Det följande dygnet tappades han fyra gånger med

3 1/2 timmes mellanrum med en största uppmätt mängd om 1 250 ml. På kvällen den 9 december 1995 sattes en kateter in, som fick ligga kvar till den 11 december på morgonen, då den drogs. Vid lunchdags stod det 1 400 ml i blåsan. Tryckmätning i blåsan utfördes samma dag. Den visade s k blåsatoni. Man föreslog då att mannen skulle tappa sig själv med tre timmars intervall. Några dagar senare utreddes han med röntgenundersökning av njurarna på grund av övergående hög feber. Undersökningen visade inte något onormalt.

### Anmälan

Mannen har anmält dr A för felbehandling. Han har uppgett följande.

Jag blev opererad i höger knä. Efter operationen kunde jag inte kissa, utan behövde tappas. Tiden mellan tappningarna blev alltför lång vilket resulterade i för mycket urin i blåsan vid ett flertal tillfällen. Detta medförde att blåsans funktion totalt förstördes.

Jag anser att en öppen kateter borde satts så att blåsan hade fått vila.

Jag anser också det vara fel att uppmana till ett stort vätskeintag som ytterligare påfrestade blåsan.

Trots ifrågasättande från personalen

på avdelningen vidtog inte den behandlande läkaren några åtgärder. När min skada blev bekräftad kom A till mig på avdelningen och medgav det misstag som begåtts och att han själv var ansvarig för detta.

Mannen har i ett senare yttrande uppgett att han inte anser att han fick

*»Jag anser att en öppen kateter borde satts så att blåsan hade fått vila.»*

tillräcklig information om fördelarna med insättande av KAD.

### Utredning

Ansvarsnämnden har tagit del av mannens patientjournal och hämtat in yttrande av dr A. Utlåtande har inhämtats av en ledamot av Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom ämnesområdet urologisk kirurgi.

Dr A har uppgett bland annat följande. Vecka 49 1995 (4–8 december) var jag avdelningsansvarig. Patienten genomgick främre korsbandsrekonstruktion onsdagen den 6 december. I sam-

band med operationen anlades EDA. Vanligtvis får patienten samtidigt en KAD eftersom bedövningsmedlet hämmar känslan för blåsfyllnad och försvårar eller omöjliggör vattenkastning. Patienten fick ingen KAD, varför går ej att utläsa från journalen. ---

Efter dagjouren kl 16.00 den 7 december satt jag eftermiddagsrond. På grund av patientens urinvolym diskuterade jag med patienten om KAD. Han ville emellertid inte ha kvarliggande KAD utan ville försöka tömma blåsan själv och om detta inte gick sköta blåsan med tappningar.

På morgonen den 8 december konstaterades med hjälp av bladder scanner ca 600 ml urin i blåsan. Patienten ville försöka själv men vid 10-tiden tappades han på 800 ml. Omkring lunchtid, innan jag avslutade avdelningstjänstgöringen, talade jag åter med honom om KAD. Han ville dock fortsätta som tidigare.

Efter upprepade tappningar fick han vid 19-tiden lördagen den 9 december KAD som därefter öppnades med några timmars mellanrum. Strax efter kl 8 måndagen den 11 december avlägsnades hans KAD. Kl 12.30 tappades han på 1 100 ml urin. Cystometri beställdes och den utfördes onsdagen den 13 december. Patienten fick därefter enligt förslag från urolog tappa sig själv var 3:e timme.

Efter operation, framför allt i samband med EDA, har vi ibland ganska stora urinmängder som vi tvingas tömma ur med upprepade tappningar eller KAD. Som exempel hade den nu aktuella patienten vid tidigare korsbandsoperation (mars 1994) 900 ml postoperativt i urinblåsan. Han tappades då utan efterföljande kontroll.

Under den aktuella vårdtiden drack patienten osedvanligt mycket. Han uppger i anmälan att man sagt till honom detta. Vem som gjort det vet jag ej men det är inte ovanligt att patienter som kissar dåligt uppmuntras av personalen att dricka.

I anmälan anger patienten »trots ifrågasättande från personalen på avdelningen vidtog inte den behandlande läkaren några åtgärder». Åtgärden var förslag till KAD (7 och 8 december), vilket patienten avböjde.

Tiderna mellan tappningarna kan däremot ha blivit väl långa med tanke på det stora vätskeintaget som vi då inte kände till. Vätskelista brukas normalt inte på denna typ av patient, som klarar sin försörjning själv, förutom under första postoperativa dygnet. (Fram till 18.35 den 7 december hade han druckit drygt 1 100 ml).

Patienten ville dessutom gärna försöka kissa själv, vilket är naturligt. Detta gjorde att tappningstiderna försköts.

Vi diskuterade fallet på kliniken. I

samråd med urologer och anestesiologer har vi utarbetat nya rutiner ---.

I ett senare yttrande har dr A anført:

Vi talades vid vid två tillfällen, gällande KAD. Hur jag uttryckte mig minns jag inte, men det normala i denna situation är att påpeka vikten av KAD. (Det är dessutom lättare för personalen att sköta en KAD än att göra upprepade tappningar.) Om jag inte tyckt att det fanns behov av KAD hade jag inte haft anledning att upprepa samtalet.

Patienten uppger att han inte har nekat till KAD, men jag har uppenbarligen i våra samtal uppfattat honom som negativ till detta. Jag har dock sannolikt inte uttryckt mig så klart som jag borde då han inte förstått det allvarliga i situationen. ---

Socialstyrelsens vetenskapliga råd har gjort följande bedömning.

---

För att undvika blåsskador har de flesta kliniker/avdelningar rutiner för skötsel av blåsan, dvs om kvarliggande kateter används brukar denna vara ständigt kopplad till urinuppsamlingspåse, och om patienten tappas, sker tappningen med på förhand bestämda tidsintervall, vanligtvis fyra till sex timmars intervall. Det är således inte brukligt, att personalen rådför läkaren varje gång patienten skall tappas utan detta sker enligt schema. Huruvida sådana in-

*”Patienten ville dessutom gärna försöka kissa själv, vilket är naturligt. Detta gjorde att tappningstiderna försköts.”*

struktioner fanns på ifrågavarande ortopedklinik före den aktuella händelsen framgår ej av översända handlingar men är troligt, eftersom man 13 december 1995 utfärdade »komplettering till övervakningsrutiner...». Vilka intervall eventuella tidigare rutiner rekommenderat, är dock oklart.

---

Under den tid som dr A svarade för avdelningen, tappades patienten vid två tillfällen på mer än 1 liter (1 100 respektive 1 250 ml). Båda skedde efter normala tidsintervall. Det står även antecknat i journalhandlingarna, att dr A vid två tillfällen rekommenderat kvarliggande kateter. Enligt patienten skall dr A dock ej ha motiverat, varför KAD var viktigt och han uppger sig ej ha förstått skälet för detta. --- Enligt anteckning i journalen av den 13 december skriver dr A att patienten vid samtal uppgivit,

att han tyckte det var »mycket obehagligt att bli tappad» och att han tyckte »synd om sköterskorna som tvingas göra detta». Han hade därför velat skjuta på tappningarna så länge som möjligt och i det längsta undvika KAD. Ord förefaller här stå mot ord och det är svårt att i efterhand veta exakt hur diskussionerna förlöpt. ---

*”Om jag inte tyckt att det fanns behov av KAD hade jag inte haft anledning att upprepa samtalet.”*

De nya skriftliga rutiner, som införts i december 1995, är tillfredsställande. Men, inte ens med dessa hade övertänjning av blåsan säkert kunnat undvikas, då stora mängder tappats även vid intervall kortare än fem timmar. Om patienten har stora urinmängder kan man därför bli tvungen att gå över från tappnings- till kvarkateterrutin, vilket dr A också föreslagit.

---

Sammanfattningsvis vill jag betona vikten av att övertänjning av urinblåsan undvikas efter kirurgiska ingrepp. För detta krävs på förhand framtagna rutiner. Om sådana funnits vid ortopedkliniken är oklart.

När dr A blev varse att patienten, trots återkommande tappningar med »vedertagna» intervall hade för stora mängder i blåsan, föreslog han vid två tillfällen kvarkateter, vilket patienten dock avböjde. Även om dr A inte med tillräcklig skärpa skulle ha betonat vikten av avlastning, anser jag ej att detta bör betraktas som försummelse.

### Bedömning

Ansvarsnämnden ansluter sig till vetenskapliga rådets bedömning. Patientens blåstömningssvårigheter har uppmärksamats och behandlats korrekt med tappningar. Användning av kvarkateter föreslogs vid ett par tillfällen, men man tillgodosåg mannens önskemål att slippa använda sådan kateter så långt det var möjligt. Informationen har uppenbarligen inte varit helt tydlig. Detta kan emellertid inte anses vara en försummelse av beskaffenhet att medföra disciplinpåföljd. I övrigt finns det inte skäl till kritik mot dr A för hans vård och behandling av patienten.

Anmälan skall inte leda till disciplinpåföljd.

### Beslut

Ansvarsnämnden lämnar anmälan utan åtgärd. •