



Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler

Denna vecka:
ögonsjukdomar

HSAN 1411/97:A3

Tog ej reda på närsynthet – felbedömde näthinneavlossning

Läkaren: »Inga karakteristiska blyxt- eller mönsterfenomen»

En man, född 1943, drabbades den 21 juni 1997 (lördag) av synfältsbortfall. Han sökte samma dag för detta på distriktsläkarmottagningen vid en vårdcentral, där han fick träffa dr A. Enligt patientjournalen var synfältsbortfallet suddigt och diffust avgränsat samt beläget nasalt höger öga med viss dominans för kraniala delen av denna halva. Inga tecken till blödning noterades.

Det bedömdes vara fråga om en glaskroppsblödning. En remiss för besök på ögonmottagningen vid ett lasarett efter helgen – dvs ett och ett halvt dygn senare – utfärdades.

Vid undersökning måndag morgon på denna mottagning konstaterades en högersidig näthinneavlossning. Denna föranledde en akut remiss till ett annat lasarett, där man vidareremitterade mannen till ögonkliniken vid ett regionsjukhus. Han opererades där den 24 juni 1997.

Anmälan

Mannen har anmält dr A för felbehandling vid besöket den 21 juni 1997. Han har uppgett bland annat följande.

Dr A bedömde synskadan som en blödning i glaskroppen, medan det i

själva verket rörde sig om en näthinneavlossning. Dessutom fanns det ett stort och några små hål på näthinnan. Dr A, som ansåg att det inte var överhängande bråttom att besöka ögonspecialist, nöjde sig med att remittera honom för besök den 23 juni på ögonmottagningen

”Tjänstgörande ögonläkare där upptäckte omedelbart vad det var fråga om och utfärdade akut remiss till sjukhus för operation.”

på lasarettet. Tjänstgörande ögonläkare där upptäckte omedelbart vad det var fråga om och utfärdade akut remiss till sjukhus för operation.

Utredning

Ansvarsnämnden har tagit del av mannens patientjournaler och hämtat in yttrande av dr A, som uppgett följande.

Patienten sökte undertecknad 21 juni, midsommardagens eftermiddag, vid 15-tiden, då jag tjänstgjorde som jourhavande distriktsläkare. Han uppgav då, som framgår av journalkopian,

att han sedan uppvaknandet 21 juni besvärats av ett suddigt i viss mån genomskinligt, oskarpt avgränsat synfältsbortfall mot näsan och pannan till på höger öga och vars storlek varit oförändrat sedan upptäckten på morgonen. Han förnekade andra synfenomen såsom ljusblyxtar eller rullgardinsfenomen.

Vid undersökningen var fynden så att ögonbottarna ej visade tecken på infarkt eller blödning men en oskarpt avgränsad opacitet utåt-nedåt i glaskroppen som skymde ögonbotten och som alltså av mig bedömdes som en glaskroppsblödning och att denna i så fall förklarade hans syninskränkning.

Min sannolikhetsbedömning blev därför att en väntan på ett och ett halvt dygn innan han på morgonen med tilldelad remiss uppsökte ögonmottagningen för undersökning kunde försvaras (närmaste jourhavande ögonläkare fanns vid tillfället 10 mil bort). I samtalet med patienten informerades om att försämring ej fick inträda. Han skulle då genast höra av sig igen.

Med facit i hand borde jag ju naturligtvis ha sänt honom akut till lasarettet samma dag.

De faktorer som gjorde att sannolikhetsdiagnosen hamnade fel var:

1) Jag visste inte att patienten var närstynt (och tog ej reda på det).

”Patienten beskrev synbortfallet som oskarpt och suddigt avgränsat och dessutom med viss genomskinlighet, vilket för mig leder tankarna mot glaskroppsgrumling.”

2) Inga »karaktäristiska blyxt- eller mönsterfenomen» fanns i sjukhistorien.

3) Ingen successiv utbredning av synfältsbortfallet fanns i sjukhistorien.

4) Patienten beskrev synbortfallet som oskarpt och suddigt avgränsat och dessutom med viss genomskinlighet, vilket för mig leder tankarna mot glaskroppsgrumling (-blödning).

5) Vid direkt och indirekt oftalmoskopi sågs opaciteten relativt långt fram och var disigt avgränsad, vilket för mig stärkte misstanken om glaskroppsblödning.

Enligt den ögonläkare som undersökte patienten den 23 juni ska både en glaskroppsblödning och en näthinneavlossning ha förelegat.

Sammanfattningsvis skulle patienten remitterats akut och detta hade jag också gjort om min misstanke om avlossning varit stor, men faktorerna enligt ovan ledde mig fel.

Bedömning

Av utredningen framgår att dr A undersökt mannen med ögonspgling och

”Enligt den ögonläkare som undersökte patienten den 23 juni ska både en glaskroppsblödning och en näthinneavlossning ha förelegat.”

därvid funnit en rimlig förklaring till synfältsinskränkningen, nämligen att

det förelåg grumlingar i glaskroppen, vilka bedömdes som glaskroppsblödning. I och med att central synskärpedensättning inte angetts, var det rimligt att genom remiss föranstalta om specialistundersökning, så snart ögonmottagningen öppnades följande vardag. Det är i och för sig möjligt att ett något snabbare omhändertagande av näthinneavlossningen kunnat ske om dr A tagit akut kontakt med jourhavande ögonläkare. Det är dock inte säkert. Ögonoperationen utfördes vid regionsjukhus den 24 juni, dvs först ett dygn efter den första undersökningen hos ögonspecialist. Detta talar för att man den 23 juni inte bedömde operationsbehovet som urakut, trots dröjsmålet beträffande riktig diagnos.

Ansvarsnämnden finner inte att dr A genom sin missbedömning gjort sig skyldig till fel av beskaffenhet att böra medföra disciplinpåföljd.

Beslut

Ansvarsnämnden lämnar anmälan utan åtgärd. •

Ansvarsärenden i korthet

Apropå temanumret om diagnosförseningar (7/99): Ett fall som visar att det idag finns nya kategorier inom vården som kan anmälas för bristande diagnostik.

Manipulationsbehandling utan ryggröntgen

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmälning: Legitimerad kiropraktor
Orsak: Behandling av ryggbesvär
HSAN 2055/98

En 75-årig förståndshandikappad kvinna hade klagat över ryggsmärtor efter ett fall. Personalen vid hennes gruppboende hjälpte henne till en kiro-

praktor. Medföljande personal lämnade uppgifter om händelseförloppet, och kiropraktorn bedömde att kvinnan hade en svår lumbago från L4–L5-segmenten. Behandlingen bestod i mjuk manipulation och därefter traktion. Sjutton dagar senare sökte kvinnan på ortopedklinik. Hon hade då en höggradig förlamning i båda benen samt blåspares. En MRT-undersökning talade för spondylit med kaudalkompression. Hon opererades av neurokirurg och det visade sig vara fråga om en fraktur på L3-kotan. Postoperativt fick hon tillbaka viss funktion i benen.

Socialstyrelsen har i sina föreskrifter och allmänna råd framhållit att kiropraktorer i diagnostiskt syfte kan hänvisa patienter till den allmänna sjukvården för bland annat röntgenundersökning. Absoluta kontraindikationer för manipulation i någon del av ryggraden föreligger bland annat vid frakturer eller vid uttalad benskörhet. Patienterna bör i sådana fall uppmannas att

söka läkare. Socialstyrelsen bedömning i detta fall var, att kiropraktorn med tanke på patientens ålder och livsstil borde ha misstänkt osteoporos. Hos denna patient med förståndshandikapp och som därför inte själv kunde lämna tillförlitliga uppgifter om sitt hälsotillstånd, borde han ha varit extra försiktig.

Kiropraktorn anser att patientens anamnes och resultatet av hans ortopediska tester och neurologiska undersökning inte visat några oförväntade avvikelser och att hennes lumbago därför skulle kunna behandlas enligt aktuella riktlinjer för spinal manipulation.

Bedömning och beslut

Nämnden framhåller att hos en 75-årig kvinna föreligger i allmänhet osteoporos. Manipulationsbehandling bör därför inte göras utan att sjukliga förändringar i ryggen uteslutits genom röntgenundersökning. Den oaksamhet som förelegat i detta fall bör medföra varning. •