

Typfall bland HSAN-anmälningar

Vissa typer av anmälningar återkommer regelbundet bland HSAN-ärenden. Nedan presenteras fyra sådana fall, som behandlats i nämnden under vecka 7. En av de vanligaste orsakerna till anmälan är försenad diagnos av appendicit, vilket illustreras med två fall. De övriga två fallen visar nödvändigheten av att kontrollera distalstatus vid sårskador och att det måste finnas fungerande rutiner för att ta hand om provsvar.

Bristfällig kontakt mellan specialister vid akut bukfall

Anmälare: Patienten

Anmälda: Tre kirurger och en gynekolog vid regionsjukhus

Orsak: Försenad diagnos av appendicit och förbiseende av ytterligare sjukdom HSAN 2725/00

II En 48-årig kvinna sökte akut regionsjukhusets kirurgklinik på grund av lågt sittande buksmärtor sedan två dygn. Preliminärt misstänkte man appendicit. En inre undersökning av gynekolog visade ömhet vid sidan av uterus, men hon bedömde att det inte var fråga om gynekologisk åkomma.

Patienten har uppgivit att de två första undersökande läkarna misstänkt att det var fråga om appendicit. Efter en lång väntan undersöktes hon av en annan läkare, som uttryckte osäkerhet om diagnosen och bestämde sig för ytterligare utredning. Läkaren behandlade henne arrogant och menade att »här opererar vi minsann inte i onödan«. På natten gjordes datortomografi, som visade att hon hade något på höger sida, vilket bekräftades med ultraljud, som visade en misstänkt dermoidcysta, 6 cm i storlek. Senare samma dag undersöktes hon på rondan av ytterligare en läkare, som ordinerade ultraljudsundersökning. Då hon påpekade att detta redan gjorts, skylldes läkaren på att sjuksköterskan ej informerat honom; »så här fungerar kommunikationen på sjukhuset«.

Kort därefter fick hon svåra smärtor i buken och hon överfördes till gynekologavdelning för operation. På uppvakningsavdelningen fick hon sedan besked att man funnit en brusten blindtarm. När hon frågade, om man tagit bort cystan, så

såg sköterskan förvirrad ut. Patienten överfördes igen till avdelning (ortopedavdelning med kirurgplatser).

Patienten sammanfattar sin kritik med bland annat följande: Hon fick ligga på sjukhuset i två dygn utan att operation genomfördes och till slut brast blindtarmen. Den apelsinstora cystan avlägsnades ej vid operationen. Vid utskrivningen erhöll hon ingen tid för återbesök, inte heller nämndes något om att man inte funnit någon cysta.

Den läkare som lade in patienten på kirurgavdelning har motiverat sitt ställningstagande att skjuta på beslut om operation med att han inte ansåg att hennes tillstånd var alarmerande och att orsaken till buksmärtorna borde utredas vidare med CT-undersökning. Patienten hade sedan två gånger under natten undersökts av mellanjouren, och inte heller denne hade bedömt hennes tillstånd som uppenbar appendicit. Läkaren motsatte sig de anmärkningar som riktats mot honom.

Gynekologen, som utförde det laparoskopiska ingreppet, hade uppfattat tillståndet som en appendicit med adherenser mot höger äggstock, vilket på röntgen hade uttolkats som en cysta. Eftersom det förelåg tecken till peritonit, hade hon inte velat röra i buken för mycket för att undvika att sprida infektion mellan tarmarna. Hade man upptäckt en cysta, hade denna ändå lämnats utan åtgärd.

Den kirurg som utförde appendektomin ansåg sig ha utfört sina arbetsuppgifter på ett korrekt sätt.

Läkaren som ansvarat för den postoperativa vården uppgav i sin redogörelse att det inte är rutin vid kliniken att ge patienter med perforerad appendicit återbesök till mottagningen.

Slutligen har den verksamhetsansvariga läkaren vid gynekologkliniken konstaterat att kontakten mellan kirurg och gynekologkliniken fungerat dåligt och att det är anmärkningsvärt att kvinnoklinikens läkare påbörjade operation, utan att det fanns en tydlig anteckning, vem som var huvudansvarig för patienten. Hon anser att åtgärder måste vidtagas för att liknande situation ej skall uppstå igen.

II Bedömning och beslut

Nämndens utredning visade att man på sjukhuset inom ett och ett halvt dygn kommit fram till korrekt diagnos och att behandling sedan skedde på vedertaget sätt. Inför operationen liksom vid ut-

skrivningen hade man inte haft tillgång till resultatet av datortomografen, vilket gjorde att man förbisaåg att det förelåg ytterligare en sjukdom. Till att cystan ej återfanns vid operationen, bidrog i någon mån laparoskopitekniken. Med tanke på peritoniten hade förmodligen inte operationen utförts på annorlunda sätt, även om man varit införstådd med att det samtidigt fanns en cysta på äggstocken.

De kontakter som förekommit mellan klinikerna var svåröverskådliga, och detta ledde till att utredning av patientens bukbesvär av allt att döma fördröjdes. Bestämmelser om PAL har i praktiken inte efterlevts. De brister i handläggningen som sålunda kunde konstateras, var dock inte sådana att de motiverade att någon enskild yrkesutövare ålades disciplinpåföljd.

Anmälan lämnades utan åtgärd

Akut appendicit mer sannolikt än urinvägsinfektion

Anmälare: Patientens moder

Anmälda: Medicinare vid barnsjukhus och företagsläkare vid jourmottagning

Orsak: Försenad diagnos av appendicit HSAN 1460/01

II En 6-årig pojke sökte med sin mor på sjukhus för magont sedan sex timmar. Han undersöktes av jourhavande barnmedicinare, som fann en helt mjuk och öm buk. Vid rektal palpation fanns ingen ömhet. Svalget var något rodnad, urinundersökning visade inga tecken till infektion och kroppstemperaturen var normal. Preliminära diagnosen blev begynnande magsjuka. Pojken fick gå hem med råd att återkomma vid försämring. Ett dygt dygn senare sökte moder och barn vid en privat akutmottagning. Han undersöktes där av den andre anmälda läkaren, som konstaterade »fortsatta besvär, lite diarré i morse men också orädd feber. Nu litet skröp i urinen och en CRP som gått upp (50)«. Vid undersökning noterades »bukens mjuk men ömmer faktiskt i hela buken också ner över symfyssen«. Någon rektal palpation gjordes ej. Tillståndet uppfattades som en akut cystit och gossen ordinerades Selexid.

Då han fick ökade buksmärtor, sökte han och modern senare samma dag på barnsjukhuset. Pojken var då rejält smärtpåverkad, ömmade diffust i buken och »spände emot« vid palpation. Ultraljud visade misstänkt appendicit, och vid operation fann man att den inflammerade blindtarmen hade perforerat.

Han skrevs ut från sjukhuset sex da-

gar senare. Modern har anmält de två läkarna för feldiagnostisering.

Barnläkaren har uppgivit att hon efter noggrann undersökning inte funnit något som talade för appendicit, förstoppning eller inklämt bräck. Eftersom pojken inte heller visade några infektionstecken fann hon ingen anledning att driva utredningen vidare.

Läkaren vid den privata akutmottagningen fann en tystlåten pojke, som hade svårt att redogöra för sina besvär. Undersökning visade ömhet över urinblåsan, men att buken var mjuk. Att patienten hade en infektion stöddes av att CRP gått upp. Läkaren menar att bilden stämde med cystit, men att han kan kritiseras för att han ej gjorde rektalpalpation.

II Bedömning och beslut

Akut appendicit är ofta ett svårdiagnostiserat tillstånd, särskilt i sjukdomens tidiga skede. Vid oklara bukbesvär är det därför ofta nödvändigt att göra upprepade undersökningar med några timmars intervall för att med säkerhet kunna utsluta en appendicit. Utredningen i detta fall talade för att barnmedicinarens undersökning, inkluderande rektalpalpation, varit noggrann. Att hon inte kunde fastställa någon säker diagnos var förståeligt. Det var därför korrekt att låta pojken gå hem med besked att återkomma om besvären tilltog. Ingen kritik riktades mot läkarens handläggning.

Vid den andra läkarkontakten på jourmottagningen hade pojken fått feber, mer bukont och han ömmade ned mot urinblåsan. Nu fanns anledning att misstänka appendicit. En låg urinvägsinfektion kan visserligen medföra ömmande urinblåsa, men då brukar vattenkastningssymtomen vara påtagliga. Med den kliniska bild som förelåg, borde diagnosen akut appendicit varit betydligt mer sannolik än urinvägsinfektion. Pojken borde därför ha remitterats till barnkirurgen som ett fall med misstänkt appendicit. Hade så skett, hade han haft möjlighet att opereras, innan perforation skett. Läkarens handläggning var inte i överensstämmelse med god praxis.

Påföljd för en: varning

Komplicerad sårskada

Anmälare: Patienten

Anmäld: Läkare vid vårdcentral

Orsak: Nerv i handen var avskuren
HSAN 1550/01

II En 24-årig kvinna sökte på vårdcentral sedan hon skurit sig i handen på

en ölflaska. Vid undersökning fann den anmälda läkaren centralt på handflatan »ett 7–8 cm långt sår samt ett knappt cm stort sår medialt därom palmart«. Det fanns inga tecken till senskada och sensibiliteten var normal. Sedan det rengjorts från glasbitar suturerades såret. Senare upptäckte kvinnan att hon ej kunde föra ut tummen i sidled eller föra den mot lillfingret. Ett halvt år senare opererades hon på handkirurgisk klinik med sutur av nervus medianus motoriska gren.

Patienten har uppgivit att en av ambulansförarna ansett att en sena eller nerv i handen var av och att patienten borde föras till regionsjukhuset. På vårdcentralen beslöt man dock att sy skadan. Trots lokalbedövning hade operationen varit mycket smärtsam, men hon fick order att hålla tyst. Läkaren hade motvilligt sjukskrivit henne tre veckor. Efter några månader förstod hon att allt inte var bra med handen, och av annan läkare fick hon remiss till handkirurg. Hon menar att läkaren borde han insett sin begränsning och omedelbart remitterat henne till specialist.

II Bedömning och beslut

Nervus medianus ligger endast några mm under huden. En skada på den nerven är allvarlig och kan ge bortfall av motorisk funktion, om dess motoriska gren skärs av, vilket skedde i detta fall. För att undersöka den motoriska grenen, måste man utföra vissa funktionstester. Några sådana tester har såvitt framkommit inte utförts, i varje fall inte journalförts. Härigenom hade läkaren enligt nämnden brustit i yrkesutövningen.

Påföljd: erinran

Glömde att rapportera provsvar vidare

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmäld: Tf överläkare vid barnklinik

Orsak: Patientens utsattes för allvarlig risk
HSAN 2376/01

II En nästan 2-årig flicka sökte vid upprepade tillfällen för feber och infektionssymtom på barnklinik vid länssjukhus. Hennes mor var orolig för att flickan, i likhet med sin storasyster, drabbats av binjurebarkssvikt. Systemens symtom hade visat sig, när hon var i flickans ålder. Den 22 maj togs blodprov för ACTH-bestämning. Svaret, som visade ett kraftigt förhöjt värde, lämnades enligt uppgift ut den 13 juni och kom till sjukhuset den 15 juni. Den anmälda lä-

karen såg svaret först den 21 juni, därefter gick han på semester. Den 26 juni kom flickan in till sjukhuset. Hon var kraftigt medvetandepåverkad och hade lågt blodsocker. Behandling startades omgående och flickans hälsotillstånd förbättrades snabbt.

Socialstyrelsen har granskat journalerna och funnit att modern framfört misstankar om binjurebarkssvikt redan i april, men att ACTH-prov togs först en månad senare. Enligt sjuksköterskan på mottagningen skall hon mellan den 15 och 19 juni ha visat läkaren ett patologiskt svar och lagt detta i provsvarslådan. (ACTH-värdet var > 2000 ng/l; referensvärde kl 08: 15–70 ng/l, kl 22: <30 ng/l). Den 26 juni inkom flickan medvetlös med ambulans till sjukhuset. Hon hade då en grav hypoglykemi och behandlades med glykosinfusion och Solucortef intravenöst. Socialstyrelsen fann att ett allvarligt fel begåtts i och med att ett gravt patologiskt laboratorievärde lagts åt sidan. Läkaren hade härigenom utsatt patienten för en allvarlig risk, och det akuta insjuknandet en vecka senare hade med all sannolikhet undvikits, om adekvat behandling satts in.

Läkaren har uppgitt att han flera gånger efterlyst provsvaret. Han hade satt upp flickan som jourfall den 20 juni, men provsvaret fanns då inte tillgängligt. Flickan verkade då kliniskt helt frisk. »Jag såg provsvaret i min låda nästa dag och planerade att överlämna det till bakjouren, då jag skulle resa hem ett par timmar senare.... Eftermiddagen blev oerhört snärjig, eftersom det var dagen före midsommar, och jag glömde tyvärr bort det hela.« Han hade senare anmält det inträffade till chefläkaren enligt Lex Maria.

II Bedömning och beslut

Binjurebarkssvikt är en sällsynt sjukdom, som oftast ger sig tillkänna i samband med infektioner eller andra stressreaktioner. I besvärslösa intervall kan tillståndet i lättare fall vara svårt att diagnostisera. Laboratiemässigt finner man ett lågt natriumvärde, högt kaliumvärde, lågt blodsockervärde, lågt kortisolvärde och högt ACTH-värde.

Nämnden fann att läkaren den 21 juni glömt att rapportera det patologiska laboratorievärdet vidare till bakjouren. Detta medförde att flickan drabbades av en livshotande binjurebarkssvikt. Läkarens glömska fick sålunda allvarliga konsekvenser för behandlingen av flickan.

Påföljd: varning