

Missbedömde allvarlig cirkulationsstörning

Distrikts- och AT-läkare fällda efter benamputation

En distriktsläkare och en AT-läkare fälls för att ha missbedömt en allvarlig cirkulationsstörning i benet hos en 52-årig man. De borde ha remitterat patienten respektive närmare utrett cirkulationen. En olämplig ordination kan ha inverkat menligt på förloppet, som ledde till att mannens ben måste amputeras. (HSAN 995/02)

II Mannen kom till vårdcentralen den 22 mars på grund av smärtor i höger fot, sedan han belastat höger ben under arbete. Han undersöktes av distriktsläkare A som noterade ömhet i hälsenan och hålfoten samt över framfoten. Läkaren bedömde att besvären orsakades av tendinit och ordinerade inflammationshämmande och smärtstillande medicin.

Tre dagar senare återkom patienten och träffade distriktsläkare B, eftersom det utvecklats ett sår på foten. Det smärtade över skenbenet och främre kompartment, och det fanns en röd blå missfärgning i underbenets nedre del. Distalstatus var »ua«.

B bedömde att misstanken om trombos eller kompartmentsyndrom var låg. Patienten uppmanades att linda benet och fortsätta medicineringsen.

Den 26 mars uppsökte patienten akutmottagningen vid ett sjukhus med smärtor och alltmer uttalad svullnad. AT-läkaren konstaterade ödem över höger fot och längs underbenet samt att foten var blåaktigt missfärgad och kallare än den vänstra. På fotryggen fanns ett sår. Patienten uppgav att man tidigare konstaterat att cirkulationen var nedsatt i hans högra ben.

Rekommenderade högläge

AT-läkaren bedömde att såret sannolikt orsakats av ödemet och rekommenderade högläge av foten och stödstrumpor.

Den 2 april återkom emellertid mannen till sjukhuset med smärtor. Man konstaterade uttalad cyanos och kyla, försämrade kapillär återfyllnad och utstansade sår på foten. Distala pulsar kunde inte palperas.

Han remitterades akut till kärlkirurg, och efter angiografi gjordes trombekтоми av arteris tibialis anterior, bypass förbi aneurysmet och fasciotomi. Mannen drabbades emellertid av sepsis, och då cirkulationen inte kliniskt förbättrats gjordes en amputation den 6 april.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. I utredningen fanns ett långt utlåtande från professor

David Bergkvist, vetenskapligt råd i kärlkirurgi. Han menade bland annat att patientens ben sannolikt hade kunnat räddas om rekonstruktionen blivit utförd vid något av de tre första akutbesöken.

Han gav många principiella kommentarer, bland annat följande:

1. ... inte patientens uppgift att bedöma vilka upplysningar som kan tänkas vara av värde utan fastmer undersökande läkares plikt att genom en adekvat utfrågning få de anamnestiska uppgifter som är möjliga ...

3. Upprepade besök för likartad symptomatologi är en klar varningsklocka och bör leda till en mer extensiv utredning och bedömning ...

4. En akut bensvullnad av uppgivet slag ger utomordentligt sällan upphov till sårbildning ...

5. Ordinationen högläge och kompressionsbehandling är felaktig vid extremitetshotande ischemi, där lågläge och undvikande av varje form av tryck är av största vikt för att upprätthålla ett så högt perfusionsstryck som möjligt.

8. Patienten var mycket öm över främre kompartment ... Trots detta klassiska tecken på högt kompartmenttryck ansågs misstanke om kompartmentsyndrom låg ...

En rad lärdomar

David Bergkvist pekade också på en rad lärdomar:

1. Det är en fördel om man vid sin journaluppställning följer lärobokens indelning i anamnes och status ...

2. I differentialdiagnostiska övertåganden ska även negativa statusfynd dokumenteras.

3. Poplitea-aneurysm med ischemiska symptom har en dålig prognos avseende extremiteten om det inte åtgärdas med rekonstruktion i tid.

4. Vid initial mikroembolism kan patienter med poplitea-aneurysm ha normala fotpulsar men har i så fall lokala missfärgade, ischemiska hudfläckar i fotsula och tår – blue toe syndrome.

5. Vid klinisk misstanke om ischemi måste en dylik uteslutas eller verifieras genom en adekvat undersökning.

6. Vid undersökning av patienter med perifer ischemi bör arteria poplitea palperas, varvid åtminstone större aneurysm, som här, kan upptäckas.

Socialstyrelsen hänvisade i sin bedömning i mycket till vetenskapliga rådets bedömningar och ställde också följande krav på sjukhuset:

- Att journaldokumentationen sker

på ett enhetligt sätt och att väsentliga diagnoser förs till journalsammanställningen.

- Att primärjour får tillgång till alla de journaler som behövs för handläggningen av en patient även under kvällstid och helger.

- Att rutiner ska finnas för hur läkare under utbildning introduceras och rutinmässigt får det stöd och den handledning som behövs i arbetet.

Patienten anmälde de tre läkarna. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från läkarna, som alla bestred att de gjort fel.

Distriktsläkare A friades. Därför tar vi inte med hans argument. Distriktsläkare B uppgav att han bedömde misstanken om djup ventrombos och kompartmentsyndrom som låg. Han hade i journalen skrivit distalstatus ua, vilket för honom innebar att foten var varm och att han kände en puls. B påpekade också att patienten inte upplyste honom om att han hade ett poplitea-aneurysm.

AT-läkaren uppgav bland mycket annat att hon just hade påbörjat sin tjänst som AT-läkare vid sjukhuset och att hennes erfarenhet av dylika bedömningar var begränsad. Den introduktion och handledning som gavs, gav ingen tydlig rutin för när bakjouren skulle kontaktas.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden menar att distriktsläkare A:s bedömning och ordination inte kan anses felaktig. A frias.

Vid distriktsläkare B:s undersökning hade benet svullnat samt blivit påtagligt ömt och missfärgat. Det hade dessutom uppstått ett sår.

Dessa plötsliga och påtagliga förändringar tydde på snabb progress av ett allvarligt tillstånd. B borde därför ha remitterat patienten till sjukhus eller åtminstone konsulterat kirurgspecialist. Han gjorde ingetdera, vilket motiverar en varning, bestämmer Ansvarsnämnden.

AT-läkaren noterade ett nytillkommet bensår och fynd som tydde på nedsatt cirkulation. Trots detta vidtog hon inga åtgärder för att närmare utreda cirkulationen, som att undersöka pulsar vid ankeln eller i knävecket.

Hennes ordination, högläge och stödstrumpa, var olämplig och kan ha inverkat menligt på det fortsatta förloppet. AT-läkaren har av oaktamhet brustit i sina skyldigheter. Med hänsyn till att hon just påbörjat sin AT-tjänst kan disciplinåtgärden stanna vid en erinran, anser Ansvarsnämnden. •