

Upptäckte inte nedsatt böjformåga och känsel

Doktors undersökning måste ha varit undermålig eftersom han inte upptäckte att 19-åringen hade nedsatt böjformåga i fingrarna och nedsatt känsel i handen. Det konstaterar Ansvarsnämnden och varnar doktorn. (HSAN 2360/02)

II Mannen sökte den 9 maj i fjol akutmottagningen vid sjukhuset på grund av en sårskada i vänster hand. Han undersöktes av doktorn, som sydde ihop två sår på underarmen och handen.

Mannen återkom till akutmottagningen den 17 maj, där en annan läkare fann att patienten inte kunde böja två av fingrarna. Sedan några dagar hade denne också nedsatt känsel i flera fingrar.

Han remitterades till handkirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus där han opererades den 23 maj. Vid operationen fann man att sex böjsenor i handen var skadade och att en stor nerv var partiellt avskuren. Man fann också en centimeterstor glasbit i handflatan. Patienten vårdades på kliniken till den 28 maj och sjukskrevs till den 31 augusti.

Mannen anmälde doktorn och framhöll bland annat att såret inte tvättades rent. Doktorn kontrollerade inte om sensor och nerver var skadade och undersökte inte om det fanns glas i handen. Mellan olyckstillfället och ett tag efter operationen hade han obeskrivlig smärta, berättade mannen.

»Patienten svårbedömd«

Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och yttrande av doktorn, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att patienten sökte akutmottagningen på grund av sårskada på vänster underarm. Patienten var alkoholpåverkad och därför svårbedömd. Vid undersökning fanns sår volart distalt cirka 2 cm på vänster underarm.

I anmälan stod att såret inte var tvättat och att ingen undersökning gjordes för att utesluta glasbitar i såret.

Även om det inte stod i journalanteckning så är det rutin att sjuksköterska eller undersköterska har tvättat såret innan läkare undersöker patienten. Ny tvättning av såret gjordes i samband med undersökningen av såret – enligt den rutin han brukar arbeta efter, uppgav doktorn. Tyvärr hade detta inte blivit dokumenterat i journalen.

Som brukligt hade patientens sår lokalbedövats vid undersökningen. Det stod även i anmälan från patienten att det inte var undersökt om funktionen var

normal eller ej i handen. Patienten var alkoholpåverkad och inte lättbedömd. Distal status kontrollerades men tyvärr hade det inte dokumenterats, sa doktorn.

II Bedömning och beslut

Doktorn uppgav att han hade kontrollerat status i handen vid akutbesöket den 9 maj, trots att han inte antecknat detta i journalen.

Oavsett om han utförde en sådan kontroll eller inte är det uppenbart att undersökningen måste ha varit undermålig, eftersom han borde ha upptäckt att patienten hade nedsatt böjformåga i fingrarna och känselnedsättning i handen, understryker Ansvarsnämnden.

Om patienten var svårundersökt på grund av alkoholpåverkan borde doktorn ha tagit tillbaka honom dagen efter för en fullständig undersökning, anser nämnden. Doktorn varnas. •

Opererade fel fingerleder – varnas

Ansvarsnämnden varnar en handkirurg för att ha opererat fel fingerleder på en kvinna. (HSAN 485/03)

II Den 55-åriga kvinnan hade mångåriga ledbesvär och hade genomgått flera handkirurgiska operationer på grund av smärta i lederna.

Den 7 maj 2002 opererades hon av handkirurgen. Avsikten var att stelooperera yttersta leden på vänster ringfinger och näst yttersta leden på vänster lillfinger. I samband med suturtagning två veckor senare upptäckte kvinnan att man steloopererat fel leder. Vid ett förnyat ingrepp den 28 maj opererades de rätta fingerlederna.

Socialstyrelsen anmälde handkirurgen med följande motivering.

Patient hade en utbredd ledsjukdom i fingerlederna och var tidigare steloopererad i flera leder på höger hand, vilket hade haft god smärtlindrande effekt. På grund av smärta och svullna fingrar planerades stelooperation av distala interfalangaleden på vänster sida ringfinger och proximala interfalangaleden på vänster lillfinger. Ingreppet utfördes i intravenös regional anestesi.

Vid suturtagning hos sköterska den 21 maj upptäckte patienten att fel leder opererats; stelooperation av näst yttersta leden på ringfingret och yttersta leden på lillfingret. Läkaren har inte uppgett någon orsak till att fel leder opererats. Markering av den sida som skulle opereras hade gjorts före ingreppet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1989:1) om åtgärder för att förhindra förväxlingar inom hälso- och sjukvården skall hudmarkering ske av kroppsdel och organ inför bland annat operationer på extremitet eller parigt organ. Socialstyrelsen fann att sidomarkering skett inför operationen men att handkirurgen opererade fel leder. Patienten fick därigenom inte den smärtlindring som de planerade ingreppen skulle ge och hon fick genomgå ytterligare operationer.

Enligt Socialstyrelsens bedömning var handkirurgen oaktsam då hon inte försäkrade sig om att rätt leder steloopererades. Hon hade därmed gjort ett fel som inte är ringa. Det hade inte framkommit omständigheter som gjorde att felet kunde betraktas som ursäktligt, ansåg Socialstyrelsen.

Medgav fel

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och hämtade in yttrande från handkirurgen, som medgav att hon handlade fel.

Hon berättade att fallet anmälades enligt Lex Maria. Hon berättade också att hon haft två långa samtal med patienten där de gick igenom det inträffade. Hon lämnade sitt telefonnummer till patienten, som fick ringa när hon ville. »Jag är djupt olycklig till det som har hänt«, skrev handkirurgen.

II Bedömning och beslut

Handkirurgen opererade fel fingerleder. Hon har av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och medför en varning, fastslår Ansvarsnämnden. •

Borde misstänkt stafylokockinfektion

Utifrån undersökningsfynden borde medicinjuren ha misstänkt att patienten hade en stafylokock- eller streptokockinfektion i blodet. I stället gjode hon en bedömning som av Ansvarsnämnden bedöms som orimlig och hon varnas därför. (HSAN 2196/02)

II Den 43-åriga mannen fick på förmiddagen den 13 mars 2002 smärta kring höger knä. När smärtan tilltog uppsökte han lasarettet.

Han remitterades till ett centrallasarett med misstanke om infektion i knäet eller i anslutning till knäskålen. Han undersöktes av ortopedjuren, som skrev

in honom, påbörjade antibiotikabehandling samt beställde blodprover. Blodtrycket var 100/53 och pulsen cirka 100.

Ortopeden diskuterade detta med jourhavande medicinläkare och fick beskedet att avvakta. CRP var vid inskrivningen 30 och en timma senare 68.

På kvällen uppmättes blodtrycket till 90/50 och klockan 01.30 till 68/53 och pulsen till 149. En sjuksköterska A kontaktade då ortopederna, som i sin tur bad medicinjouren bedöma patienten.

»Accidentiellt fynd«

En bedömning av medicinjouren gjordes kring klockan 02.00. Hennes uppfattning var att det var ett »accidentiellt fynd«, som kunde följas under nästa dag samt att blodtrycket inte behövde kontrolleras ytterligare under natten.

På förmiddagen den 14 mars bedömdes patienten av flera läkare och under bilden av septisk chock fördes han till intensivvårdsavdelning. Samma dag opererades han för spridning av infektionen till benets muskulatur (nekrotiserande infektiös fasciit).

Han behandlades i respirator, reopererades vid flera tillfällen och uppvisade njursvikt. Efter ett långdraget förlopp förbättrades han och den 24 mars kunde han överföras till ortopedavdelning.

Anmälde två läkare och två sköterskor

Patienten anmälde två läkare och två sjuksköterskor. Hans tillstånd försämrades och när han kom till IVA, omkring klockan 10.30, var han i ett mycket kritiskt, livshotande tillstånd och njurarna hade slutat producera urin.

Varför kontaktade inte ansvariga sjuksköterskor, bland annat B, läkare under natten eller på förmiddagen den 14 mars när han försämrades allvarligt? Ansvariga läkare som bedömde hans tillstånd den 13 mars och under natten var inte uppmärksamma på de symtom han visade och gjorde därför en felaktig bedömning. Hans tillstånd försämrades hela tiden, uppgav anmälaren.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och hämtade in yttranden av ortopederna, medicinjouren samt sjuksköterskorna A och B. Alla bestred att de handlat fel.

Ortopeden berättade bland annat att han lade in patienten under diagnosen prepatellar bursit. Han gjorde senare själv en ny bedömning av patienten.

Medicinjouren kontaktades vid två separata tillfällen på grund av patientens snabba puls och sedermera låga blodtryck. Vid båda dessa tillfällen diskuterade han patienten personligen med sin erfarna medicinkollega, tillika kardiolog. Ortopeden blev inte kontaktad från avdelningen och fick inte heller infor-

mation om att patienten hade blivit sämre under natten/morgonen, sa han.

Medicinjouren uppgav att hon främst tog hänsyn till den internmedicinska frågeställningen då hon ansåg att patientens ortopediska och infektiösa tillstånd skulle handläggas av ansvarig klinik. Patienten uppvisade inga tecken på chock eller annan allmänpåverkan.

Han hade en takykardi, som i sammanhanget tedde sig som ett rent accidentiellt fynd, menade hon. Han hade en anamnes om konditionsnedsättning och medicinjouren misstänkte att hans takykardi hade förelegat en längre tid varför hon föreslog en vidare utredning.

Det låga blodtrycket uppfattade hon som en kombination av dehydrering på grund av kräkningar och diarré, respektive en effekt av den sena timmen och givet smärtstillande läkemedel.

Mjukdelsinfektion med allvarlig septisk bild är mycket ovanlig, och utifrån de fakta som förelåg vid hennes bedömning kunde hon inte rimligen förutse att sjukdomen skulle få ett så aggressivt förlopp, ansåg medicinjouren.

»Bedömning och beslut

Såväl sjuksköterska A som B undgår helt kritik från Ansvarsnämnden.

Ortopeden tog vid två tillfällen kontakt med jourhavande medicinläkare med anledning av patientens låga blodtryck och höga puls, dels i samband med inskrivningen av patienten, dels när han fick reda på att trycket sjunkit ytterligare. Han fick beskedet av medicinjouren att det låga trycket var accidentiellt och inte föranledde någon åtgärd. Det finns därför inte skäl att klandra ortopederna, menar Ansvarsnämnden.

Medicinjouren skrev i sitt konsultsvar »Förmodligen accidentiellt fynd. Verkar vara fix tachycardi med frekvens kring 135. Kan vara sinustachycardi, men även en ektopiskt utlöst förmaksrytm«.

Den bedömningen är inte rimlig, hävdar Ansvarsnämnden. De fynd som fanns borde ha fått medicinläkaren att misstänka stafylokock- eller streptokockinfektion i blodet. Patienten skulle då ha flyttats till intensivvårdsavdelning redan under natten till den 14 mars eller i varje fall skulle intravenösa infusioner ha getts och blodtrycket ha kontrollerats.

Medicinjouren skrev i sitt yttrande att hon som alternativ förklaring misstänkte att det låga blodtrycket berodde på vätskeförluster på grund av kräkningar och diarré. Enligt journalen hade inte patienten drabbats av kräkningar och diarréer under vårdtiden, men om så varit fallet borde medicinjouren ha ordinerat intravenösa infusioner, anser Ansvarsnämnden och varnar henne. •

Missade kraftig nedsättning av synen

Distriktsläkaren borde ha prövat synfunktionen hos kvinnan eftersom hon sökte för synnedsättning. Eftersom han inte gjorde det och därmed inte upptäckte att hennes syn var kraftigt nedsatt får han en erinran. (HSAN 1201/02)

» Den 59-åriga kvinnan har diabetes, för vilket hon behandlas med tabletter. Hon har också behandlats för komplikationer från ögonen.

Den 7 mars 2002 uppsökte hon vårdcentralen på grund av disig syn på båda ögonen sedan några veckor. Hon undersöktes av distriktsläkaren, som bedömde att det rörde sig om gråstarr eller efterstarr. Han ansåg att man kunde avvakta till ett planerat återbesök på ögonkliniken vid ett lasarett den 19 mars.

Där fann man att patienten hade en uttalad synnedsättning. Hon remitterades till ögonkliniken vid ett universitetssjukhus och opererades dagen därpå för näthinneavlossning i höger öga.

Patienten anmälde distriktsläkaren. Ansvarsnämnden läste patientjournalerna samt hämtade in yttrande av distriktsläkaren.

Denne bestred att han skulle ha gjort fel, eftersom han varken anamnesticiskt eller kliniskt fann tecken till näthinneavlossning. Han hänvisade till journalen från vårdcentralen, där han antecknat bland annat följande.

»Bedömning: Inga tecken på irit. Normalt tryck. Möjligen kan hennes svängande sockervärde förklara hennes disiga syn som kommer intermittent. Patienten har ingen smärta. Har återbesök på ögonkliniken 02-03-19, om accentuerade besvär höra av sig hit före. Diagnos H539P Synstörning (H)«.

»Bedömning och beslut

Distriktsläkaren borde ha prövat synfunktionen hos kvinnan eftersom hon sökte för synnedsättning. Han skulle då rimligen ha upptäckt att hennes syn var kraftigt nedsatt och remitterat henne akut till ögonläkare. Näthinneavlossningen hade då kunnat upptäckas en dryg vecka tidigare, anser Ansvarsnämnden.

Det är osäkert om fördröjningen hade någon betydelse för slutresultatet. Distriktsläkaren gjorde dock inte en tillräckligt noggrann undersökning för att kunna fatta ett korrekt beslut om behandling.

Han får en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. •