

Saknade själv den nödvändiga kompetensen – borde rådfrågat en ögonläkare

## Skadade flickas hornhinna allvarligt

**Med tanke på den osäkerhet som rådde kring frågan om kontaktlinsen verkligen var kvar borde distriktsläkaren, innan han undersökte ögat med vassa instrument, ha rådfrågat en ögonläkare. Genom sin oskicklighet har han orsakat allvarliga skador på flickans hornhinna. Han får en varning. (HSAN 1549/06)**

Den 15-åriga flickan undersöktes i april i år vid en hälsocentral på grund av att hon inte kunnat avlägsna något som hon misstänkte var en kontaktlins i ena ögat. Distriktsläkaren bedömde att det rörde sig om en kontaktlins och försökte att ta bort den med instrument.

Efter flera försök skickades flickan till sjukhus. Det fanns inte någon lins kvar men flickan hade på hälsocentralen fått både ytliga och mer djupt liggande skador på hornhinnan samt synnedsättning.

Flickans far anmälde distriktsläkaren. Ansvarsnämnden läste flickans journaler, ett Lex Maria-beslut av Socialstyrelsen samt ett yttrande av distriktsläkaren.

### Flera bidragande faktorer

Denne uppgav att försöket att ta bort en kontaktlins, som i efterhand visade sig inte ha funnits kvar, varvid han skadat hornhinnan kändes som det dummaste han någonsin gjort. Han hävdade dock

att det fanns en kombination av faktorer som bidrog till att det blev som det blev.

Han blev uppringd på jouten av en distriktsläkare som han känner sedan länge och som själv har kontaktlins. Hon bad honom ta bort flickans kontaktlins som satt ordentligt fast.

Flickan och pappan upprepade flera gånger, även på direkt fråga, att de var helt säkra på att den vänstra kontaktlinsen satt kvar. Dessutom beskrev de att den vänstra kontaktlinsen täckte hela iris och var större än den högra.

Det tillkommer att han på vänster öga med mikroskopet såg en mer markant kant, speciellt lateralt strax innanför irisavgränsningen.

### En hård, mera plastig konsistens

När han kände med pincetten på hornhinnan kändes det som en hård, »mera plastig« konsistens än vad han var van vid från de ganska många patienter han haft med metallskrap som fastnat i hornhinnan vid svetsning och slipning.

Han berättade för patienten att han inte har någon erfarenhet av kontaktlins, men att han har bra erfarenhet av mikroskopi och av att ta bort främmande kroppar som fastnat i ögat.

Hans utbildning i ögonmikroskopi är några timmars personlig utbildning för

10 år sedan för en ögonläkare. Han använder ögonmikroskop för diagnostik och borttagning av främmande kroppar.

För att hindra att liknande inträffar i framtiden har han börjat träna ögonmikroskopi på bekanta till personalen som har kontaktlins. Dessutom planeras en veckas auskultation på ögonklinik.

Socialstyrelsen ansåg att distriktsläkaren, med sin bristande erfarenhet inom ögonsjukvård, borde ha remitterat patienten vidare för specialistbedömning tidigare då han inte kunde avlägsna den förmodade linsen och kände tveksamhet till patientens anamnes och fynden vid undersökningen.

Socialstyrelsen kunde ha en viss förståelse för att han blev påverkad av den »övertygande« uppgiften från patienten, pappan och distriktsläkaren att det fanns en lins i ögat.

### Borde rådfrågat ögonläkare

Med tanke på den osäkerhet som rådde kring frågan om linsen verkligen var kvar borde distriktsläkaren, innan han undersökte ögat med vassa instrument, ha rådfrågat en ögonläkare. Han har saknat nödvändig kompetens för sin åtgärd och genom oskicklighet orsakat allvarliga skador på flickans hornhinna. Han får en varning, beslutar Ansvarsnämnden.

## Flera felbedömningar orsakade svåra följder för patienten

Alla ansvariga frias eftersom varje enskilt fel bedöms som mindre allvarligt

**De svåra följderna för patienten måste anses ha varit en samverkan mellan flera felbedömningar, som var för sig måste anses mindre allvarliga, och olyckliga omständigheter. (HSAN 1341/06)**

Det menar Ansvarsnämnden, och kritiserar tre kirurger och två sjuksköterskor för passivitet utan att fälla någon, i ett fall där en 47-årig man fick större delen av sin tunntarm förstörd genom att tunntarmspaketet roterat så att blodförsörjningen hade snörts åt.

Patienten, som tidigare opererats vid flera tillfällen på grund av tunntarms hinder, kom en lördagnatt akut till sjuk-

huset med svåra buksmärter och illamående. Han undersöktes av jourhavande kirurg A, som ordinerade dropp och smärtstillande medel men bedömde att bukrontgen kunde anstå till morgonen.

På morgonen undersöktes han av bakjouten, kirurg B, som noterade att buken inte ömmade påtagligt. På grund av risken att ett nytt tunntarmshinder förelåg, ordinerade B dock en buköversikt med efterföljande passagebilder och ordinerade mer vätska.

Under söndagen bevakades patientens tillstånd. Kl 18 tillträdde kirurg C som jourhavande. Han kände till att den initiala röntgenundersökningen visat ett

tarmhinder, men bedömde inte att tillståndet var alarmerande och i samråd med B beslutades kl 20 om fortsatt röntgenkontroll men att avvakta med operation om inte tillståndet skulle försämrats.

### Bara mindre del kunde räddas

Följande natt låg patienten på övervakningsavdelning, där omvårdnadspersonalen bland annat tömde urinblåsan och gav smärtstillande. På morgonen undersöktes han av kirurg D, som insåg att en operation var nödvändig, men eftersom patienten var tveksam sköts operationen upp ett par timmar.

Patienten opererades under dagen av

D, varvid man konstaterade att större delen av tunntarmen var förstörd genom att tunntarmspaketet hade roterat med åtföljande åtsnörning av tarmens blodförsörjning. Endast ca sex decimeter av tunntarmen kunde räddas och stomi lades. Patienten anmälde flera läkare och sjuksköterskor.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden från de anmälda.

Kirurg A ansåg att han inte gjort något fel och hänvisade bland annat till att han gav smärtstillande, tog prov och ordinerade dropp. Han fann ingen indikation för akut buköversikt utan avvaktade med detta till morgonronden.

Kirurg B påpekade bland annat att patienten successivt tycks ha utvecklat ökade smärtor, sviktande urinproduktion samt började få feber.

Alla dessa faktorer är tecken på att patientens tarm inte mår bra och man borde tidigare ha funderat på laparotomi. Förutsättningen för att ett sådant beslut skall tas är dock att man får korrekt och adekvat information. I detta fall tycks informationsflödet inte ha fungerat korrekt. Han kunde inte förklara varför.

Kirurg C menade att patientens status eller symtomutveckling fram till den tidpunkt han såg honom inte motiverade ett ifrågasättande av tidigare delvis överordnade kollegors bedömning.

Vidare hade han kontaktat sin bakjour för att diskutera fallet och få stöd i sin bedömning. Eftersom han senare under natten inte fick någon indikation på att patientens status hade försämrats fanns heller inte anledning att ompröva beslutet han tog efter kvällens undersökning.

### Alltför passiv på flera punkter

Patienten drabbades av en relativt ovanlig händelseutveckling vid tunntarms hinder, vilket sannolikt berodde på äldre sammanväxningar och eventuellt avvikande anatomi.

Det vanliga i denna, annars mycket ofta förekommande kliniska situation, är att vara något avvaktande med akut operation eftersom tarmhindret ofta löser sig spontant. Dock måste patientens tillstånd hela tiden bedömas, så att man kan ingripa vid försämring, underströk Ansvarsnämnden.

Mot den bakgrunden var handlägg-

ningen av patienten alltför passiv på flera punkter. Kirurg A hade kunnat minska fördröjningen genom att besluta om röntgenundersökning direkt vid inkomsten och B kunde mer aktivt ha frågat efter information om patienten under bakjournsdygnet.

Kirurg C underlät att själv undersöka patienten under natten och förlitade sig på sjuksköterskorna, som sannolikt inte insåg att händelseutvecklingen inte var den vanliga och därför undervärderade allvaret i situationen.

### Flera samverkande felbedömningar

De konstaterade bristerna i handläggningen föranleder kritik mot de inblandade, men främst bör kritiken riktas mot kirurg B, som hade det övergripande ansvaret. Kritiken mot var och en av de anmälda enskilt är dock inte sådan att den bör leda till disciplinpåföljd.

De allvarliga följderna för patienten måste anses ha varit en samverkan mellan flera felbedömningar, som var för sig måste anses mindre allvarliga, och olyckliga omständigheter, anser Ansvarsnämnden.

Sedan patienten fått diagnosen övre luftvägsinfektion:

## DT-undersökning visade subaraknoidalblödning

**Patienten fick diagnosen luftvägsinfektion. En datortomografiundersökning avslöjade fyra dagar senare en subaraknoidalblödning. (HSAN 1003/06)**

Den 43-årige mannen sökte vårdcentralen den 24 februari i år sedan han i två dagar haft huvudvärk, yrsel och illamående. Han hade kräkts några gånger, men kräkningarna sattes i samband med hosta. Doktorn fann allmäntillståndet gott.

Besvären bedömdes som en infektion och patienten ordinerades hostdämpande medicin och antibiotika. Den 28 februari återkom han med fortsatt huvudvärk, yrsel och svårigheter att äta.

### Tecken på stelhet i nacken

Doktorn fann diskreta tecken på stelhet i nacken, men bedömde att den kunde ha funnits tidigare. Neurologstatus var utan anmärkning och patienten fick lugnande besked samt recept på Primperan och Brufen. Den 4 mars sökte han akut vid ett sjukhus sedan värken ytterligare förvärrats. En DT-undersökning visade en subaraknoidalblödning. Han opererades.

Doktorn anmäldes men bestred att han gjort fel. Han pekade på att patienten

vid första besöket inte var särskilt allmänpåverkad. Patienten berättade att han fått huvudvärk och känt sig lite illamående och yr. Han kände sig förkyld och hade noterat en röd tråd med slem vid hostattacker.

Det kom också fram att patienten hade migrän med glesa anfall. Han hade vid besöken aldrig sagt att han hade »fått eller haft kraftig huvudvärk« eller att det »small till« som har uppgetts i anmälan.

Inte heller kom det fram något annat vid anamnesupptagningen än att han hade hosta, huvudvärk och hade varit lite yr och kräkts. Hans allmänna symtom bedömdes inte vara specifika för någon farlig sjukdom.

### »Saknade specifika symtom«

Vid det andra besöket den 28 februari kom det vid en sedvanlig allmän undersökning inte fram något nytt. Patienten uppgav själv att han kände sig bättre, men inte helt bra. Kontroll av laboratorieprov visade ett sjunkande eller oförändrat CRP, påpekade doktorn.

Tyvärr upptäcktes inte aneurysmet då patienten saknade specifika symtom och var opåverkad. Det skall också noteras att

tiden mellan det andra besöket och när han blev inlagd på sjukhuset var sex dagar och aneurysmet kan ha utvecklats eller ha varit begynnande och brustit när som helst. I detta fall brast det under operationen. Doktorn hävdade att han inte kunde stanna en process som inte hade startat eller varit begynnande.

### »Andra orsaker måste alltid övervägas«

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten sökte för huvudvärk, yrsel och illamående. Detta kan visserligen vara tecken på en infektion, men andra orsaker måste alltid övervägas. Doktors utredning och diagnostisering av tillståndet som en övre luftvägsinfektion synes i detta fall lättvindig. Anamnesen var också otillräcklig.

Vid det andra besöket noterades även en viss nackstelhet, vilket borde ha föranlett ett nytt övervägande. Doktorn har inte varit tillräckligt noggrann i sin utredning och bedömning av patientens tillstånd. Han får en varning. Att patientens tillstånd ytterligare förvärrades innan han fick en korrekt diagnos föranleder ingen annan bedömning av doktors handläggning.