

AT-läkare erinras för att inte ha följt riktlinjerna i fall med ventrombos

En djup ventrombos i benet är svår att utesluta enbart genom fysikalisk undersökning. För att helt kunna avskrika misstankar om en blodpropp måste beslutsstöd användas. (HSAN 1218/09)

En 54-årig kvinna hade opererat hälsenan. Ett par veckor efter operationen sökte hon sjukhusets akutmottagning på grund av smärta i vaden på den opererade sidan. Patienten hade i samband med operationen blivit uppmanad att ge akt på symtom som kunde tyda på att hon fått en blodpropp, och nu var hon orolig för att så var fallet. På akutmottagningen blev hon undersökt av en AT-läkare som bedömde att man kunde avvakta eftersom patienten inte hade drabbats av en trombos. När kvinnan några dagar senare var på återbesök hos läkaren som opererat hälsenan konstateras dock att hon drabbats av en ventrombos i höjd med knäet.

Kvinnan har anmält AT-läkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

AT-läkaren bestrider att hon handlat felaktigt. Hon skriver att patienten vid undersökningstillfället hade en mindre svullnad, cirka 2 centimeter i diameter, av yttlig karaktär på underbenets laterala del. Patienten hade också en ilande smärta från hälsenan och upp mot utsidan av underbenet. Vaden hade ingen ökad omkrets och uppvisade varken konsistensförändring eller värmeökning. AT-läkaren skriver att hon bedömde misstanken om en djup ventrombos som ringa men att hon med tanke på patientens riskfaktorer uppmanade henne att direkt höra av sig till vården vid tilltagande svullnad, smärta, rodnad eller värmeökning, något som enligt AT-läkaren i så fall skulle föranleda röntgenundersökning.

AT-läkaren skriver att de symtom som patienten enligt journalanteckning uppvisade vid det senare återbesöket hos den läkare som opererat henne var betydligt värre och kan betyda att hon drabbats av en ventrombos under tiden

mellan läkarbesöken. HSAN tar inte ställning till huruvida kvinnan hade en blodpropp redan vid undersökningstillfället på sjukhusets akutmottagning utan koncentrerar sig på AT-läkarens hantering av propplmisstanken. HSAN skriver att eftersom det är svårt att enbart via fysikalisk undersökning utesluta ventrombos i benen ska man använda sig av beslutsstöd vid diagnostisering. Enligt det beslutsstöd som faktiskt finns vid det aktuella sjukhuset föreslås att D-dimer mäts när det finns en riskfaktor (1 poäng). Om D-dimerkoncentrationen är normal anses trombos vara utesluten, men om koncentrationen är förhöjd bör ultraljudsundersökning genomföras.

HSAN anser att AT-läkarens handläggning inte följde sjukhusets riktlinjer och inte stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom det rör sig om en läkare under utbildning så låter HSAN disciplinpåföljden stanna vid erinran. ■

För långt ben blev för kort efter

En operation ska planeras på sådant sätt att nödvändig kompetens och tillräckligt med materiel och resurser finns för att ta hand om eventuella komplikationer som kan uppstå.

En drygt trettioårig polis sökte till en privat ortopedklinik för att korrigeras en benlängdsskillnad. Inför valet att genomgå en förlängning med 2,5 centimeter av det ena benet, eller en förkortning med lika mycket av det andra benet, valde patienten det senare.

En så kallad Z-plastik utfördes av läkare A, specialist i ortopedi och kirurgi. Under ingreppet uppkom en spricka i den övre, inre skänkeln. Den frakturerade biten fixerades tillfälligt, men endast två skruvar kunde fästas ovanför osteotomin, i stället för planerade sex.

Efter några dagar fick patienten ont, och det opererade benet kändes instabilt. En röntgenundersökning ett par dagar senare visar att en skruv gått av och att en felställning på 20 grader hade uppstått. Man beslutade att operera igen någon vecka därpå.

Även denna operation utfördes av läkare A. Han använde då en extern fixator som visade sig vara för kort. Detta korrigerades dagen efter när materiel rekviderats från Tyskland.

Eftersom patienten inte bedömdes kunna skrivas ut efter ingreppet flyttades han över till den offentliga sjukvården eftersom helgstängning stundade på den privata kliniken. Efter en knapp vecka skrevs han ut till hemmet. Tre inte helt besvärsfria månader senare utfördes ytterligare en operation, nu av läkare B, specialist i ortopedi och kirurgi, på det offentliga sjukhuset. Då extraheras den externa fixationen eftersom de proximala insticksportalerna för Orthofixpinnarna var infekterade, men också på grund av att plattan suttit i fem månader och ingen rörelse i osteotomiområdet kunnat märkas vid stabilitetskontroll.

Ytterligare en operation görs, men till slut är det opererade benet kortare än önskat och rörligheten i knät minskad.

Patienten har anmält läkare A och lä-

kare B till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Han skriver att läkaren inte informerat om riskerna med ingreppet. Patienten uppger att det opererade benet, som från början var 2,5 centimeter längre än det andra benet, nu är 2,5 centimeter kortare och att komplikationerna efter operation gjort att han inte kunnat gå tillbaka som polis i yttre tjänst.

Läkare A beklagar patientens situation. Han anser att han informerat patienter om fördelar och nackdelar med operationssättet men medger att kliniken inte hade tillräckliga materiella resurser då komplikation uppstod under den andra operationen.

Läkare B beskriver i sitt yttrande sina insatser för patienten men värderar dem inte.

HSAN anser att det var olämpligt att använda Z-formad osteotomi, eftersom denna teknik inte ger möjlighet till kompression i lårbenets längdriktning i osteotomin, något som ökar förutsättningen för läkning. Dessutom är det en-

Råkade perforera tunntarm vid navelbråcksoperation

En navelbråcksoperation har oftast ett okomplicerat efterförlopp. Om patienten får kraftiga magsmärter bör det ses som en varningssignal för att en komplikation har uppstått. (HSAN 0336/09)

En man i 60-årsåldern opererades för navelbräck på en privat klinik. Redan efter några timmar mädde han bra och skrevs ut. Efter ett par timmar i hemmet drabbades han emellertid av svåra smärter i buken och återkom till mottagningen och den kirurg som opererat. Kirurgen antog att patientens smärta kom från en paralytisk ileus. Det var fredag eftermiddag men patienten lades in på den privata kliniken för observation, och kirurgen lovade att titta till honom nästa dag trots att det blivit helg. Patienten låg kvar fram till söndag lunch då han transporterades i ambulans till kirurgmottagningen på ett sjukhus. Där konstaterades att patienten hade nästan 40 graders feber och ett CRP på 527 mg/l. Han var också intor-

kad. Datortomografi visade fri gas och vätska i buken. Patienten opererades akut, och man fann en generell peritonit orsakad av tarmskada. Efterförloppet blev långdraget.

Patienten har anmält kirurgen vid den privata kliniken till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för felaktig behandling.

Kirurgen skriver att det inte fanns några tecken på peritonit ens på söndagens förmiddag. Han skriver att han inte varit varse att han skulle varit i närheten av tunntarmen vid operationen av navelbräcket. Hans uppfattning är ändå att perforationen av tunntarmen måste uppkommit genom termisk skada eftersom han vid ingreppet använde sig av diatermi för blodstillning i omentet.

HSAN skriver att en navelbråcksoperation i normalfallet inte brukar leda till kraftiga buksmärter och allmänpåverkan. Det var därför rimligt med inläggning av patienten på fredagskväl-



En navelbråcksoperation gick fel och patientens tunntarm perforerades.

Foto: Science Photo Library

len. Enligt journalen, som HSAN anser knapphändig, krävdes morfin för att dämpa patientens smärter. Detta och patientens allmäntillstånd borde kirurgen redan på lördagen tolkat som en signal på att patienten drabbats av en komplikation. Eftersom den privata kliniken inte hade möjlighet till mer avancerad diagnostik i form av röntgen och laboratorieprov under helgen borde patienten redan på lördagen remitterats till sjukhus där sådana möjligheter fanns.

För sin underlåtenhet att vidta relevanta åtgärder och för sin underlåtenhet att journalföra handläggningen ordentligt tilldelas kirurgen en varning av HSAN. ■

operation

ligt HSAN en svår teknik. När det uppkom en fraktur sattes två skruvar ovanför osteotomin, vilket var helt otillräckligt, enligt HSAN.

HSAN är också kritisk till att denna typ av ingrepp gjordes på den privata kliniken; nämnden menar att det saknades vana av detta. Och eftersom kliniken ytterst sällan utför denna typ av ingrepp fanns inte heller utrustning på plats utan införskaffades just för den aktuella operationen. Därför fanns ingen beredskap för behov av extra materiel under operationen. HSAN anser att det var omdömeslöst av läkare A att inte från början remittera patienten till den offentliga vården. Även det faktum att det inte fanns möjlighet för patienten att ligga kvar på den privata kliniken efter ingreppet tolkar HSAN som dålig preoperativ planering. Läkare A får en varning.

HSAN anser inte att de komplikationer som uppkom sedan läkare B tagit över kan lastas honom, varför nämnden lämnar den delen av anmälan utan åtgärd. ■



Patienten, som är polis, anser att han efter operationen inte kan arbeta med yttre tjänst.

Foto: Colourbox

Att sova är inte att utöva sitt yrke

Minns du anestesijouren som missade både akutlarm och sökning eftersom han sov med öronproppar (se LT nr 20/2009)? Trots att det var Socialstyrelsen som anmälde honom till HSAN fick han ingen disciplinpåföljd. HSAN menade att det var frågan om olovlig frånvaro, varför lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) inte var tillämplig.

Socialstyrelsen överklagade HSAN:s beslut till länsrätten (numera förvaltningsrätten). »Man kan inte undandra sig sina åligganden och det personliga ansvar man har som hälso- och sjukvårdspersonal och därigenom undgå att ett disciplinansvar kan utkrävas«, skriver Socialstyrelsen som står fast vid att läkaren borde varnas.

Att utöva sitt yrke som läkare innefattar i detta sammanhang undersökning, vård och behandling av patienter, anser Förvaltningsrätten. Den aktuella läkaren har inte utövat sitt yrke i denna bemärkelse, varför eventuella åtgärder faller utanför LYHS tillämpningsområde.

Förvaltningsdomstolen menar precis som HSAN att fallet kan hanteras inom »arbetsgivarens interna handläggning av arbetstagares förseelser«. Socialstyrelsens överklagning avslås. ■