

Två ögonläkare fälls sedan kvinna drabbats av kraftig synnedgång

## Inga tecken på sjuklig process i själva ögat – neuroradiologisk utredning måste göras

**Två ögonläkare fälls och en tredje kritiseras av Ansvarsnämnden sedan en MR-undersökning nästan tio månader efter första undersökningen avslöjat en stor expansivitet utgående från sfenoidalsinus med optikuspåverkan på bägge sidorna som orsak till en kvinnas kraftiga synnedgång. (HSAN 1616/06)**

Den 55-åriga kvinnan kom till ögonkliniken den 3 november 2004 på remiss från optiker som noterat kraftigt nedsatt syn på vänster öga sedan sex dagar. Ögonläkare A uteslöt temporalisarterit, bedömde att orsaken var vaskulär och hänvisade patienten till primärvården för utredning av en eventuell embolikälla.

Den 13 april 2005 återkom kvinnan på grund av gradvis försämring av synen på höger öga. Ögonläkare B konstaterade då att tecken på proppbildning i höger öga saknades, gav lugnande besked och uppmanade henne att återkomma vid nya besvär.

Hon hörde åter av sig till kliniken den 9 maj och uppgav enligt rapportblad att synen nu var mycket sämre och att hon önskade en operation. I journalen saknas uppgift om hur denna kontakt behandlades på kliniken.

Då hon inte fick något besked, hörde hon på nytt av sig den 30 maj. Det resulterade i en handskrivna lapp, som fogades till journalen, med innebörden att patienten hade det »jättebesvärligt« och önskade operation.

Ögonläkare C noterade på lappen att patienten såg för bra för att vara aktuell för operation och bestämde att en ny kontroll skulle ske under hösten.

### Stor expansivitet

Den 19 augusti kom patienten tillbaka, och C beslutade på grund av den hastiga synnedgången om magnetkameraundersökning av hjärnan. Undersökningen påvisade en stor expansivitet utgående från sfenoidalsinus med optikuspåverkan på bägge sidorna.

Kvinnan opererades den 2 september vid ett universitetssjukhus – där man fann en synnervs- och hypofysengagerande varansamling – dock utan någon

väsentlig förbättring av synen. Patienten anmälde A, B och C.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och hämtade in yttranden av de anmälda.

A pekade på att han bara haft en kontakt med patienten: då hon angav en plötslig synnedgång för vänster öga som kommit sex dagar tidigare.

Anamnesen och kliniken tedde sig typisk för en vaskulär påverkan på vänster ögas synnerv. Temporalisarterit som bakomliggande orsak uteslöts och journalkopia skickades till familjeläkare för

**»Med hänsyn till att inga tecken på sjuklig process i själva ögat kunde konstateras, var neuroradiologisk utredning oundgängligen påkallad.«**

uppföljning, där uteslutande av embolikällor och genomgång av blodtryck, blodsocker och blodfetter rekommenderades. Han beklagade att patientens syn senare blev skadad även på det högra ögat, men vid hans undersökning fanns det inget som tydde på annat än en vaskulär orsak till synnedgången på vänster öga.

B uppgav att han inte fann något i remissen, sjukhistorien eller undersökningsfynden som gjorde att han rimligen borde ha ifrågasatt den tidigare ställda diagnosen som orsak till den grava synnedgången i vänster öga. Det fanns inga synliga tecken till påverkan på synnervshuvudet i höger ögonbotten som kunde leda till misstanke om att det fanns anledning att göra ytterligare utredning.

### Önskat att han handlat mer resolut

C berättade att det av patienten återopade samtalet till ögonkliniken fanns noterat korrekt i journalhandlingarna den 9 maj 2005, och där stod »synen nu mycket sämre, vill ha katop«.

Nästa telefonkontakt noterades informellt med klisterlapp på patientens journal den 30 maj att »patienten önskar operation, har det jättebesvärligt. Vill du op pat?«

C bedömde efter genomläsning av journalen preliminärt att status vid tidigare undersökning i april 2005 inte kunde motivera en gråstarrsoperation utan ytterligare en ögonläkarundersökning. Uppgifterna i patientens anmälan att hon då »inte kunde läsa, se klockan eller

se på TV« kom dessvärre inte till hans kännedom vid det tillfället, hävdade C.

Med full kännedom om det synnerligen tragiska sjukdomsförloppet skulle man givetvis önskat att han hade agerat mer resolut för att snabbt utreda annan orsak till synnedgången. Men det fanns i maj ingen påtaglig anledning för honom att ifrågasätta de tidigare journaluppgifterna om att synnedgången i vänster öga orsakats av blodpropp i synnerven och att synnedgången i höger öga orsakats av tättnande gråstarr som tidigare diagnostiserats, menade C.

### Oundgängligen påkallad

Ansvarsnämnden konstaterar att A vid sin undersökning inte vidtog någon åtgärd för att utesluta neurologisk orsak till patientens i det närmaste totala synnedgång på ena ögat, trots att konfrontationssynfält visade ett asymmetriskt bortfall nedåt i det drabbade ögat.

Med hänsyn till att inga tecken på sjuklig process i själva ögat kunde konstateras, var neuroradiologisk utredning oundgängligen påkallad.

Genom att i stället, utan vidare utredning, förutsätta vaskulär orsak till ensidig blindhet hos patienten – som inte led av någon känd hjärt-kärlsjukdom – har A av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Han får en varning.

B förlitade sig på den tidigare, felaktiga diagnosen och inte heller han genomförde någon ytterligare utredning, trots angiven och konstaterad synnedgång i det andra ögat, en synnedgång som han tillskrev en lindrig katarakt. B kritiseras men får ingen disciplinåtgärd.

### Felet inte ursäktligt

När C kontaktades med anledning av patientens telefonsamtal den 30 maj 2005, bedömde han mot bakgrund av tidigare journalanteckningar att hennes syn var för god för operation, trots att hon hört av sig två gånger efter det senaste besöket och uppgett att synen försämrats.

Genom att inte kalla patienten för en snar ny kontroll av synfunktionen har C av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Även om ögonklinikens bristande journalförings- och rapporteringsrutiner kan antas ha bidragit till den felaktiga handläggningen, kan felet inte anses ringa eller ursäktligt. C får en erinran. ■

# Bakjournen infann sig inte för att ta över den komplicerade förlossningen

CTG-kurvan patologisk i timmar – primärjournen orolig och ringde tre gånger

**Bakjournen/förlossningsläkaren borde ha kommit in för att själv ta hand om den komplicerade förlossningen, särskilt sedan primärjournen/ST-läkaren kontaktat henne för tredje gången. (HSAN 637/06)**

Den 33-åriga kvinnan kom till förlossningen på ett universitetssjukhus på grund av vattenavgång. Hon talade inte svenska, men hon hade maken och två väninnor med sig som tolkar.

Ultraljud visade sparsamt med fostervatten. Hon hade sammandragningar men inga värkar. Den då ansvarige läkaren bestämde att förlossningen skulle sättas igång. Livmoderhalsen bedömdes som omogen varför prostaglandin gavs lokalt i slidan. CTG-kurvan var utan anmärkning.

Fyra timmar senare var CTG-kurvan dock försämrad med dålig variabilitet. Prostaglandinbehandlingen avbröts på grund av överstimulering. CTG-kurvan visade mycket täta värkar varför värkhämmande Bricanyl sattes in.

Kl 21.00 övertog ST-läkaren jounen. Hon kontaktade en specialist angående CTG-kurvan, och de beslöt att avvakta en timme.

## Barnet avled

Kl 22.00 kontaktade primärjournen sin bakjour, förlossningsläkaren, som föreslog att kurvan skulle registreras med datoranalys (System 8000). Enligt datorutskriften var kurvan inte normal jämfört med kriterierna.

Kl 23.30 tog primärjournen ny kontakt med bakjournen och fick rådet att avvakta. Hon försökte sätta en skalpelektrod men misslyckades.

Kl 00.45 ringde hon bakjournen igen och undrade hur länge de skulle avvakta. Hon fick rådet att ta ett skalpblodprov. Ett nytt försök att sätta en skalpelektrod misslyckades. Förlossningen gick dock snabbt framåt, och hon lyckades ta ett skalpblodprov som visade pH 6,7.

Primärjournen beslutade att förlösa kvinnan omedelbart då cervix var retraherad och fosterhuvudet trängt ned. Kl 03.14 föddes en flicka, som var livlös och som senare avled.

Mamman anmälde primärjournen och bakjournen för felbehandling och den se-

nare även för att inte ha kommit till förlossningsavdelningen för att själv ta hand om förlossningen.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och yttrande av de anmälda samt Socialstyrelsens beslut i Lex Maria-ärendet.

## Kände oro

ST-läkaren hävdade att hon handlade utifrån de riktlinjer som gällde för underläkare på kvinnokliniken. Hon framhöll att eftersom hon kände oro över förlossningssituationen och inte visste hur hon skulle förhålla sig till CTG-kurvan, hade hon upprepad kontakt med sin bakjour för att få råd. Hon frias.

Bakjournen menade att det i efterhand var rimligt att dra slutsatsen att ett tidigare avslutande av förlossningen med kejsarsnitt hade kunnat leda till att den olyckliga utgången kunnat mildras eller förhindras. Hon bestred inte att de misstolkat situationen under förlossningen och att de därigenom inte vidtagit de åtgärder som i efterhand tedde sig rimliga, dvs att avsluta förlossningen tidigare.

Att hon inte inställde sig för att själv ta hand om förlossningen berodde på att hon aldrig uppfattade situationen som så komplicerad som den uppenbarligen i efterhand visat sig vara.

Hon uppfattade primärjournens samtal som konsultationer och att situationen inte var mer komplicerad än att primärjournen var väl kapabel att hantera den.

## »Felbedömde situationen«

Hon blev aldrig tillfrågad om att komma till förlossningen för att hjälpa till med bedömningen, och fick aldrig intrycket att CTG-förändringarna var av den graden att de föranledde allvarlig oro. I så fall hade hon självfallet åkt direkt till förlossningen, underströk bakjournen.

Hon ansåg att hon felbedömde situationen och misstolkade graden av CTG-förändring vid den information hon fick per telefon.

Hon tyckte i efterhand att hon borde ha insett att situationen kunde vara för svår för primärjournen och att hon skulle

ha frågat om primärjournen önskade hjälp med bedömningen på plats, utan att hon direkt bad om det. Det är givetvis bakjournens ansvar att inse när primärjournen kan behöva hjälp utan att det behöver utlösas direkt.

Bakjournen framhöll att hon aldrig upplevt att primärjournen dragit sig för att be om hjälp när det behövts, och vid kliniken har de aldrig haft någon kultur av »att man ska klara sig själv« utan primärjournerna har alltid uppmuntrats att inte tveka att konsultera. Att det förelåg flera samtal var därför heller inget som i sig gjorde att hon automatiskt ansåg att det fanns skäl för henne att infinna sig på förlossningen.

## Stark kritik

Vetenskapliga rådet Ingemar Ingemarsson kritiserade starkt att bakjournen inte kom till avdelningen och själv tog hand om denna komplicerade förlossning. I sammanfattning pekade han på

**»Det är av stor vikt att det är tydligt reglerat i varje verksamhet vad bakjoursbegreppet innebär och vilket ansvar det medför.«**

att det förelåg kommunikationssvårigheter, det var svårt att göra vaginalundersökning, att sätta skalpelektrod och att ta skalpblods-pH. Med en skalpelektrod hade de sannolikt fått en bättre uppfattning om CTG-kurvans utseende. Hade det varit möjligt att få en

pH-analys av skalpblod på ett tidigare stadium hade syrebrist tidigare kunnat upptäckas. Andra förmildrande omständigheter var det märkliga förhållandet att datoranalysen gav så bra värde på korttidsvariabiliteten.

Han bedömde att den hastiga försämringen av CTG-mönstret som påvisades vid registrering som startade kl 19.30 sannolikt berodde på överstimulering under perioden från kl 17.00 då barnet sannolikt hade syrebrist. Det var märkligt att kvinnan inte noterade de täta värkarna.

Fördröjningen av förlossningen kan sedan ha förvärrat en eventuell skada. Det fanns alltså en rad komplicerande faktorer som gjorde bedömningen svår och utgjorde förmildrande omständigheter, menade Ingemar Ingemarsson.

Socialstyrelsen underströk bland

mycket annat att det är av stor vikt att det är tydligt reglerat i varje verksamhet vad bakjournsbegreppet innebär och vilket ansvar det medför.

Socialstyrelsen ville också ha en redovisning av hur man vid kliniken ämnade undersöka, riskbedöma och vidta åtgärder för att undanröja risken för en uppreppning av händelsen.

#### **Behövde hjälp av bakjouren**

Ansvarsnämnden anser att beslutet att sätta igång förlossningen och att välja prostaglandin då cervix bara var öppen 1 cm var riktigt. Kvinnan fick dock en överstimulering av prostaglandinet, vilket upptäcktes ca kl 19.30. Vid täta kontraktioner finns det risk för att syretillförseln blir inadekvat och att barnet påverkas.

Barnet kan därför ha haft en episod med syrebrist.

Primärjouren signalerade tydligt till sin bakjour att CTG-kurvan var patologisk redan kl 22.00 och därefter kl 23.30 samt kl 00.45.

Det är omöjligt att beskriva CTG-kurvan i telefon, men att primärjouren tog kontakt vid upprepade tillfällen borde ha föranlett bakjouren att komma in och på plats titta på CTG-kurvorna och bilda sig en uppfattning om förlossningens progress.

CTG-kurvan var klart avvikande redan kl 22.00 och blev alltmer patologisk under förlossningen. Det fanns kommunikationssvårigheter, det var svårt att vaginalundersöka kvinnan och att sätta skalpelektrod samt att ta skalpblodprov,

vilket försvårade handläggningen. Detta talade ytterligare för att ST-läkaren behövde hjälp av bakjouren. Med ett skalpblodprov tidigare under förlossningen hade de sannolikt fått en klarare bild av fostrets status, vilket torde ha föranlett en aktivare handläggning.

#### **Får en varning**

Bakjouren borde ha kommit till förlossningen för att själv ta hand om den komplicerade förlossningen, särskilt sedan primärjouren kontaktat henne för tredje gången. De förmildrande omständigheter, som Ingemar Ingemarsson hänvisat till i sin bedömning, borde enligt Ansvarsnämnden ha bidragit till att bakjouren själv tog hand om förlossningen.

Hon får en varning. ■

Plötslig yrsel och nytillkommet skänkelblock med något lång PQ-tid

## **Kvinna med hjärtfel borde akut ha remitterats till kardiolog**

**En 59-årig kvinna med plötslig yrsel och nytillkommet skänkelblock med något lång PQ-tid borde akut ha remitterats till kardiolog. (HSAN 1171/06)**

Kvinnan undersöktes akut av familjeläkaren den 1 september på grund av plötsligt påkommen yrsel. EKG-undersökning visade ett nytillkommet, högersidigt skänkelblock och en något lång PQ-tid.

På misstanke om att hon kunde ha haft en övergående rytmrubbning skrev familjeläkaren remiss för ett polikliniskt arbetsprov med kardiologbedömning.

Den 6 september återkom kvinnan till familjeläkaren på grund av en ny episod med yrsel och trötthet. EKG visade nu ett AV-block III. Han remitterade henne till kardiolog för eventuell pacemakerläggning.

#### **Fick pacemaker**

Den 8 september uppsökte kvinnan akut ett sjukhus för samma symtom. EKG visade högersidigt skänkelblock.

Hon blev inlagd för EKG-övervakning och infarktprov. När man observerade övergång till AV-block III lades en pacemaker in.

Kvinnan anmälde familjeläkaren då hon ansåg sig felbehandlad eftersom hon inte skickades till hjärtmottagningen redan vid första besöket. Då det inte skedde borde det ha gjorts vid hennes andra be-

sök, eftersom hon då var ännu sämre, hävdade hon.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och hämtade in yttrande av familjeläkaren, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att patienten hade en störning i retledningssystemet i hjärtat som först yttrade sig i ett skänkelblock. Detta är ett mycket vanligt fynd och brukar sällan föranleda akuta remisser.

Sjukskrivning tar man till då patienten anser sig oförmögen att sköta sitt arbete. Patienten ville gärna arbeta, och när hon inte uppgav sig vara oförmögen att göra det så fick hon fortsätta arbeta.

Men hon var välkommen att höra av sig igen om det inte gick. Remiss för utredning avsändes så gott som omedelbart.

#### **Borde snarare granska medicinkliniken**

Vid det andra besöket den 6 september hade patientens hjärtfel gått vidare till ett AV-block III, som innebär att förmaken och kamrarna arbetar var för sig. Detta är inte något farligt tillstånd, men innebär ofta att hjärtfrekvensen blir tämligen låg, och man kan då behöva sätta in en pacemaker för att få upp frekvensen, hävdade familjeläkaren.

En förnyad remiss gick iväg omedelbart där detta tillstånd till punkt och pricka beskrevs och även rätt åtgärd föreslogs. Han förväntade sig att patienten raskt skulle bli inkallad för ställningstagande till de föreslagna åtgär-

derna. Så tycks inte ha blivit fallet, därför skulle man snarare granska medicinklinikens rutiner, menade familjeläkaren.

Patienten vidhöll sin anmälan. Vår för skickades hon inte in akut med remiss i hand, när familjeläkaren förväntade sig att hon skulle »raskt bli inkallad«?

Familjeläkaren påpekade i ett nytt yttrande att kärnpunkten i patientens kritik tycktes vara att remiss utfärdades för en planerad åtgärd och inte akut.

Patientens diagnos var säker och åtgärden självklar. Hon behövde en pacemaker. Det är en fördel att bli inkallad direkt till den avdelning som skall utföra den terapeutiska åtgärden istället för att vänta länge på en akutavdelning, där en ny utredning skall göras av mindre van personal.

Som en service till patienten skickades en utförlig och korrekt remiss med förslag på en specifik terapi till rätt instans, framhöll familjeläkaren.

#### **Borde ha remitterats akut**

Familjeläkaren borde redan vid besöket den 1 september ha remitterat patienten akut till sjukhus med hänsyn till hennes plötsliga yrsel och det nytillkomna skänkelblocket med något lång PQ-tid.

Den 6 september var det än mer angeläget att remittera henne akut för bedömning av kardiolog, framhåller Ansvarsnämnden.

Familjeläkaren får en erinran. ■

## Passiv trots att patienten visade tydliga tecken på postoperativ blödning – varnas

**En gynekolog varnas för en alltför passiv handläggning av en nyopererad kvinna med tydliga tecken på blödningsskomplikation. (HSAN 1902/06)**

På grund av muskelknutor fick den 50-åriga kvinnan livmodern bortopererad.

På uppvakningsavdelningen noterades efter någon timme blödning från sårkanterna. Sex timmar senare överfördes hon till vårdavdelning eftersom blödningen uppfattades som avstannad med stabilt blodtryck och puls.

Under natten visade hon på nytt tecken på pågående blödning med sjunkande hemoglobinvärde trots blodtransfusion, ökande puls och minskande urinproduktion.

Först vid morgonronden misstänktes blödning i bukhålan. Hon opererades omgående. Man fann ett blödande kärl

under högra ovariet och sammanlagt 2,5 liter blod i bukhålan. Hon skrevs ut nio dagar efter operationen.

Socialstyrelsen anmälde, efter en Lex Maria-utredning, gynekologen för att ha agerat alltför passivt vid handläggningen av kvinnan, som visade tydliga tecken på blödningsskomplikation efter operationen.

### **Borde undersökts igen**

Vid en första undersökning på avdelningen kl 19.00, cirka 7 timmar efter operationen, hade patienten tecken på en blödningsskomplikation. Socialstyrelsen ansåg att gynekologen på eget initiativ borde ha undersökt henne igen relativt snart efter detta undersökningstillfälle.

Han borde också aktivt ha efterforskat patientens pulsfrekvens vid samtal med sjuksköterskan kl 03.30 – då en hög puls-

frekvens tillsammans med sjukdomsförloppet och övriga mätvariabler starkt talade för hypovolemi med allvarlig cirkulatorisk påverkan som orsak till en nedsatt urinproduktion.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och tog in yttrande av gynekologen, som godtog anmälan.

Med facit i hand höll han med om att han skulle ha varit mer aktiv och undersökt patienten personligen kl 03.30. Att han misstänkte en yttre (ett hematom i bukväggen som hade ökat) och inte en inre blödning hade sannolikt påverkat hans beslut.

Ansvarsnämnden finner, i likhet med Socialstyrelsen, att gynekologen varit alltför passiv vid sin handläggning av patienten, som visade tydliga tecken på en blödningsskomplikation efter operationen. Han får en varning. ■

## Läkartidningen söker marknads- och försäljningsdirektör

**Läkartidningen** är den ledande medicinskt vetenskapliga tidningen i Sverige och ett organ för Sveriges läkarförbund. I uppdraget ingår att marknadsföra Läkartidningen mot potentiella annonsörer i industrin, organisationsvärlden, offentlig och privat sektor.

Vi sätter stort värde på förmågan till strategisk analys och god förmåga att utveckla och säkra kvaliteten i våra kundrelationer. Du ska också vårda och utveckla Läkartidningens varumärke. Förmåga att leda och coacha en professionell marknads- och annonsavdelning – med 6-8 personer – är ett krav.

Du kan kontakta tidningens chefredaktör och ansvarige utgivare **Jonas Hultkvist** på telefon 08-790 34 61 eller via e-post [jonas.hultkvist@lakartidningen.se](mailto:jonas.hultkvist@lakartidningen.se)

Du kan också kontakta Läkartidningens och Sveriges läkarförbunds VD **Catarina Andersson Forsman** på telefon 08-790 34 02 eller e-post [catarina.andersson.forsman@slf.se](mailto:catarina.andersson.forsman@slf.se)

Din intresseanmälan vill vi ha senast den 12 april under adress **Läkartidningen, att: Yvonne Bäärnhjelm, Box 5603, 114 86 Stockholm.**

Fackliga frågor kan besvaras av **Nils Erik Solberg** (JUSEK) på telefon 08-790 33 71, [nilserik.solberg@slf.se](mailto:nilserik.solberg@slf.se) och **Vivan Streng** (Grafiska fackförbundet) på telefon 08-790 34 73, [vivan.streng@lakartidningen.se](mailto:vivan.streng@lakartidningen.se)

Utmanande  
saklig

**Läkartidningen**