

Avslöjande sedan ryggmärgsbräck upptäckts hos foster i vecka 31:

Rutinerna otillräckliga kring högriskpatienter – tre fälls

Rutinerna för högriskpatienter var otillräckliga, menar Ansvarsnämnden och fäller en förlossningsläkare och två barnmorskor, den ena även verksamhetschef. Detta sedan en ultraljudsundersökning i graviditetsvecka 31 visat att fostret hade ryggmärgsbräck. (HSAN 2346/06)

Den 33-åriga kvinnan var under sin första graviditet inskriven som patient vid en privat barnmorskemottagning X. Hon var frisk men löpte en kraftigt förhöjd risk att få ett barn med ryggmärgsbräck eftersom hennes lillasyster fötts med denna missbildning.

I graviditetsvecka 12+3 gjordes ett ultraljud och i vecka 13+ gjordes en screening av fostrets organ, som var utan anmärkning. Även en NUPP-undersökning, som screenar för Downs syndrom, var normal. Hon remitterades från mottagningen till ultraljudsavdelningen för AFP-provtagning (screeningprov för ryggmärgsbräck). Provet, som inte brukar tas på ultraljudsavdelning, blev inte taget.

Då kvinnan var på besök på barnmorskemottagningen i graviditetsvecka 20+ begärde hon en ny ultraljudsundersökning. Denna gjordes först i vecka 31+3 och visade att fostret hade ett ryggmärgsbräck och medföljande vattenskalle.

Dåligt samarbete hotar säkerheten

Kvinnan anmälde förlossningsläkaren, barnmorska A samt barnmorska B, som också är verksamhetschef. Bland mycket annat pekade patienten på att ingen av barnmorskorna eller läkaren verkade bry sig om att hon hade en syster med ryggmärgsbräck. Hon framhöll också att de tre genom sitt agerande hindrade henne och hennes sambo från att välja om de skulle ha ett skadat barn.

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och yttrande från de anmälda.

Läkaren framhöll att den tragiska händelsen visar hur samarbetsproblem allvarligt kan påverka patientsäkerheten. Han pekade på att patienten hänvisade

till att hon har en syster med ryggmärgsbräck, och att hon upplevde en stark oro för att hennes barn skulle vara missbildat.

Den i anmälan angivna tveksamheten från hans sida att skriva en remiss kan härröra från de samarbetsproblem som har funnits en längre tid mellan kvinnokliniken vid universitetssjukhuset och mottagningen X. Verksamhetschefen för X har haft upprepade diskussioner med ledningen för kvinnokliniken och har varnat för att det förr eller senare kommer att ske ett allvarligt misstag om samarbetet från kvinnoklinikens sida inte blir bättre.

Problemen som har beskrivits för personalen på X av flera kvinnor och deras män har varit dåligt bemötande på specialistmödravårdsenheten och ultraljudsundersökningen vid kvinnokliniken.

Speciellt två överläkare namngavs vid upprepade tillfällen. Båda har inför patienterna ifrågasatt om det »verkligen behövs en ultraljudsundersökning«, har baktalat personalen på X som inkompetenta och skickat tillbaka kvinnor till X med oklara besked angående den fortsatta handläggningen av graviditeten. Det är beteenden som ledde till katastrofen i det aktuella fallet, hävdade förlossningsläkaren.

»Ingen engångsföreteelse«

Tyvärr är det aktuella fallet ingen engångsföreteelse. Det bör göras en noggrann intern utredning av verksamhetschefen/chefläkaren och en extern utredning av Socialstyrelsen. Enligt hans uppfattning fanns flera systemfel:

1) Ledningen för kvinnokliniken har inte lyckas etablera ett acceptabelt samarbete med den privata vårdgivaren X.

2) Klinikledningen har brustit i sitt ansvar för säker remisshantering och smidiga rutiner för patienten. En fördröjning med ett viktigt remissvar på fem veckor är helt oacceptabel.

3) Man lovade för några år sedan att införa ett gemensamt journalsystem

(Obstetrix), vilket aldrig har genomförts.

Barnmorska A bestred att hon gjort fel. Barnmorska B beklagade i sin egen skap av verksamhetschef att X:s remisser inte togs på allvar av vissa läkare på kvinnokliniken – trots upprepade påpekanden och förvarningar.

Hon menade att hennes mottagning och alla inblandade där gjort allt som stått i deras makt för att ge patienten maximal trygghet. Att kvinnoklinikens rutiner avviker, att remisser inte besvaras och att patienterna inte får korrekt information kan inte X lastas för.

Patienten kom med ett nytt yttrande med kritik mot X. Hon påpekade bland annat att det saknades personligt ansvarstagande för patientens säkerhet. Det handlade om en otydligt skriven remiss, bristfällig uppföljning av remissen, bristfällig journalföring och brister i medicinsk kunskap samt ett system där patientens oro och inte medicinska incitament styr remitteringen.

Kraftigt förhöjd risk

Ansvarsnämnden, som påpekar att preskriptionsregler hindrar en bedömning av den första tiden, slår fast att kvinnan löpte en kraftigt förhöjd risk att få ett barn med ryggmärgsbräck. Hon borde ha informerats om detta av ansvarig personal på mottagningen X, som även borde ha sett till att hon inte gick basprogrammet som blivande mammor med låg risk går.

Patienten fick inte genomgå en AFP-provtagning, som i regel görs på MVC och inte på ultraljudsavdelning, dit remiss för detta hade skickats.

Patienter som löper en hög risk att föda ett barn med specifik missbildning ska få genomgå ett riktat ultraljud. Barnmorska A, som träffade patienten i graviditetsvecka 20+6, borde ha ombesörjt att ett ultraljud gjordes. I den gestationsåldern kan, vid fetal missbildning, ett tillstånd för att avbryta graviditeten fås.

Det har förekommit brister i den vård som meddelats patienten och mottagningens rutiner kring högriskpatienter har varit otillräckliga. För detta har verksamhetschefen, barnmorska B, varit ansvarig.

Förlossningsläkaren samt A och B får alla en erinran. ■

Ortoped borde misstänkt led- och skelettskada efter cirkelsågstrauma

Med tanke på att sårskadan som cirkelsågen orsakat satt så nära lederna borde ortopederna ha misstänkt ledengagemang. Efter ett så betydande våld som här måste även skelettskada uteslutas – med röntgen. (HSAN 3608/06)

Den 32-årige mannen sågade sig i sin vänstra hand med en cirkelsåg. Han uppsökte ett närsjukhus och undersöktes av ortopederna, som fann en slitskada på tummen samt en sårskada som löpte mellan de två yttre lederna på pekfingeret. Skadorna bedömdes som ytliga och syddes ihop.

Ortopeden ordinerade penicillin profylaktiskt i 10 dagar, ordinerade omläggning av handkirurgförbandet hos distriktsköterska varannan dag och suturtagning den 1 september.

Vid suturtagningen hos en annan vårdgivare den 1 september konstaterades att patienten inte kunde böja pekfingeret. Han remitterades till en handkirurgisk klinik, där man fann att sårskadan gått in i den inre leden på pekfingeret och att det förelåg en infektion.

Patienten anmälde ortopederna. Ansvarsnämnden tog in hans journal inklusive röntgenbilder från handkirurgen och ett yttrande från ortopederna, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att patienten kom med färskta sårskador på vänster tumme och pekfinger.

Patienten hade då fått en Ketoganinjektion mot smärtan. Innan ledningsbedövningen lades undersöktes sensibiliteten i de aktuella fingrarna. Därefter lades ledningsbedövning innan närmare undersökning av fingrarna kunde ske.

Intakt stabilitet

Ortopeden fann intakt stabilitet i tummen och pekfingeret och inga som helst kliniska tecken till felställning eller ledpåverkan. Ingen klinisk misstanke om instabilitet talade för skelett- eller senkada.

Såren genomspolades med koksalt och undersöktes därefter på djupet. Inte heller då framkom fynd som talade för annat än skada i de två fingrarnas mjukdelar.

Grundfrågan var naturligtvis om han



Foto: Scapix

En 32-årig man skadades allvarligt av en cirkelsåg. Ortopeden som undersökte mannen borde ha misstänkt led- och skelettskada.

skulle ha skickat patienten på röntgen, menade ortopederna. Handläggningen hade då blivit helt annorlunda beroende på att svaret skulle ha visat en fraktur. I detta fall gjorde han en klinisk bedömning efter nogsam undersökning, och fann inget skäl att genomföra denna undersökning. Detta val måste göras varje gång en patient kommer med liknande skador.

Han gjorde således en felbedömning efter nogsam klinisk undersökning. Om detta leder till klander från Ansvarsnämnden finns det skäl att i grunden se om alla rutiner där kliniska bedömningar är vägledande för det medicinska handläggandet, menade ortopederna.

Skelettskada måste uteslutas

Sårskador orsakade av cirkelsågar är inte sällan orenerade och orsakar även ofta slitskador i vävnaden. Med tanke på sårskadans närhet till lederna borde ortopederna ha misstänkt ledengagemang.

Efter ett så betydande våld som i detta fall måste även skelettskada uteslutas. Ortopeden borde ha låtit röntga skadan.

Han borde mot bakgrund av skadans art även ha sett till att uppföljningen gjordes av en kirurgiskt skolad läkare i stället för av distriktsköterska. Han får en erinran. ■

Fördjupad kompetens krävs för injektion

Det är olämpligt att allmänläkare utan fördjupad kompetens ger en kortisoninjektion. Det konstaterar Ansvarsnämnden sedan en 9-årig flicka drabbats av muskelatrofi. (HSAN 3999/06)

ST-läkaren i allmänmedicin misstänkte att flickan som sökte med smärta i höften hade en inflammation i ett muskelfäste och gav henne en kortisoninjektion.

Vid en kontroll fyra månader senare noterades att smärtan släppt efter injektionen, men att det blivit en liten grop och pigmentförändring där injektionen gavs. I journalen angavs fullgod muskelstyrka.

Flickans mor anmälde ST-läkaren som bestred att hon gjort fel. Läkaren berättade att patienten kom med belastnings- och rörelsesmärta på utsidan av höften som tilltagit sista tiden så att hon fått avstå från gymnastiken. I anamnes och status fanns inget påtagligt avvikande utom palpationsömhets på utsidan av höftens överdel, tuberculum majus.

»Uppmuntrats av ortopederna«

Läkaren bedömde att det fanns en lokal inflammatorisk reaktion som orsak till besvären och funderade över två möjligheter – sjukgymnastik och expektans eller behandling med kortison lokalt. Samtidigt beställde hon ultraljud och röntgen av höfterna. Hon bestämde sig för att behandla lokalt med kortison med följande motivering: Under sin utbildning som AT- och nu ST-läkare hade hon uppmuntrats av ortopederna att behandla patienter med den aktuella typen av besvär med lokal kortisoninjektion. Själva injektionstekniken hade hon lärt sig på en ortopedisk klinik.

Ovan nämnda besvär kan vara långvariga och besvärliga. De vuxna patienter som hon har behandlat med lokal kortisoninjektion har svarat bra på det, och de har aldrig haft några biverkningar. Samma sak gällde en 11-årig flicka hon en månad tidigare behandlat med kortison för liknande besvär som 9-åringen.

Ansvarsnämnden påpekar att av journalen från barnkliniken framgår att patienten haft en medfödd höftledsinstabilitet på vänster sida, som behandlats med von Rosen-skena, samt att hon följts under småbarnsåren för »slappa leder«.

Den anmälda kortisoninjektionen har sannolikt lett till muskelatrofi. Av journalen framgår att en ortoped som senare bedömt patienten inte fann andra träningsrestriktioner än smärta. Hud- och mjukdelatrofier är mindre vanliga biverkningar av kortisoninjektion under huden. Det finns ingen speciell varning i Fass. Det är ändå olämpligt att som allmänläkare utan fördjupad kompetens ge kortisoninjektion såsom skett. ST-läkaren får en erinran. ■