

spridas till kroppens nervsystem 1–2 veckor efter fästingbettet och framkalla en svår infektion med många symtom från nervsystemet, trötthet och även hjärtmuskelinflammation. Det var klart för distriktsläkaren att patienten skulle vidare till universitetssjukhuset för fortsatt utredning, hävdade han.

EKG i juli hade inte visat några tecken på genomgången infarkt eller pågående inflammation. När de remitterar patienter akut till sjukhuset måste en första handsspecialitet anges på remissen, vilken utifrån patientens anamnes blev infektion i förvisning om att man på universitetssjukhuset gör de erforderliga undersökningarna för att komma fram till en diagnos.

Den 10 augusti läste han remissvaret: Diagnosen neuroborreli kunde inte uteslutas och i väntan på provsvar skickades remiss till neurologiska kliniken för vidare utredning av domningarna i armar och ben.

Tryck över bröstet vid ansträngning

Den 9 oktober pratade distriktsläkaren med patienten i telefon och läste journalkopian som hade kommit från infektionskliniken. Patienten berättade att han var trött och fick kramp i luftrören.

Han fick tid på mottagningen den 11 oktober då det framkom att han eventuellt gått ned i vikt och att han vid kroppsansträngning eller stress fick tryck över bröstet och svårt att andas in.

Symtomen tydde på ischemisk hjärtsjukdom och patienten remitterades till lungröntgen och till arbets-EKG. När de skriver remisser utgår de från att patienten kallas till undersökning snarast möjligt utifrån beskrivningen av symtomen på remissen. De får inte besked om när ett arbets-EKG kommer att göras, uppgav distriktsläkaren.

Borde varit mer aktiv

Distriktsläkaren bedömde att patientens domningar i underarmar och vader samt matthet och kraftlöshet möjligen kunde vara uttryck för en neuroborrelios och remitterade honom till ett universitetssjukhus.

Vid besöket den 11 oktober uppmärksammades en hjärtåkomma med en anamnes typisk för angina pectoris, varför patienten remitterades till arbets-EKG och lungröntgen.

Distriktsläkaren borde då ha varit mer aktiv i sin handläggning, då en nyupptäckt angina pectoris i princip bör behandlas som en instabil angina och remitteras akut till sjukhus, menar Ansvarsnämnden. Han får en erinran. ■

Krav på IT-baserat beslutsstöd vid läkemedelsordinationer en viktig arbetsmiljöfråga

Varje gång vi som läkare ordinerar läkemedel finns risken att vi gör fel. Denna risk för felordinationer ökar om vi inte är vana vid det läkemedel vi ordinerar eller om vi är trötta eller stressade, exempelvis över att patienten är dålig och behöver sin behandling omedelbart.

Ibland gör vi fel vid ordinationen och då kan det gå riktigt illa – patienten kan ta skada av behandlingen, eller avsaknaden av densamma, och i värsta fall avlida. Inom vissa specialiteter är riskerna också större, exempelvis inom min egen där patienterna kan väga alltifrån ca halvki-
lot till 120 kg.

Dubbla offer

Men oavsett hur det går för patienten finns det ytterligare ett offer i den situation som uppstått, nämligen den som gjort sig skyldig till felordinationen.

Töres Theorell tar upp problematiken i en medicinsk kommentar i Läkartidningen nr 9/2008, sidorna 610–611, där han relaterar till en omfattande amerikansk undersökning [1], som visar att mer än 9 av 10 läkare varit med om en felbehandling och att många är oroliga för att göra nya fel.

Av de som begått allvarliga fel upplevde ca hälften minskat självförtroende, minskad arbetstillfredsställelse och sömnproblem.

Även om undersökningen är gjord i USA och Kanada kan man anta att svenska kolleger visar samma reaktionsmönster och mår lika illa i dessa situationer.

Många feldoseringar undvikbara

Jag tror att många allvarliga feldoseringar är undvikbara med rätt IT-stöd i en bra läkemedelsmodul. Det är viktigt att vi också får ytterligare en extra säkerhetsbarriär som gör att många av dessa fel kan undvikas.

I en datajournal finns förutom patientens personnummer och därigenom ålder och kön oftast också uppgifter om vikt och kanske längd. Med en fungerande läkemedelsmodul skulle datorn utan problem räkna ut patientens kvadratmeter kroppsytta och korrelera föreslagna dos till ålder, kroppsytta eller vikt

och då förse ordinationen med en varning som anger om man går utanför gällande doseringsintervall. I vissa fall behövs ytterligare parametrar men det är inget som skulle vara omöjligt att bygga upp om viljan och intentionerna fanns.

I vårt landsting, liksom i sex andra, har vi exempelvis Cambio Cosmic och dess läkemedelsmodul, som i och för sig varnar vid risk för interaktion men som helt saknar varningsfunktion vid uppenbara feldoseringar.

Konsekvenserna ibland förödande

Vad jag finner märkligt är att så få protester har hörts kring denna så viktiga fråga. Frågor rörande sekretess, ekonomi och utdata förefaller vara mycket högre prioriterade. Förutom att det är en ren patientsäkerhetsfråga, är det ock-

så en oerhört viktig arbetsmiljöfråga för oss läkare. Vi vill ju inte göra fel men ändå sker misstag och konsekvenserna för de inblandade kan vara förödande.

Jag förvånas över att inte Socialstyrelsen prioriterat och kravställt att våra IT-leverantörer ger oss detta beslutsstöd, likaså att Sveriges Kommuner och Landsting inte valt att prioritera detta i

»Förutom att det är en ren patientsäkerhetsfråga, är det också en oerhört viktig arbetsmiljöfråga för oss läkare.«

sin nya satsning på ökad patientsäkerhet.

Jag har ofta hört Datainspektionen nämnas då vårt IT-system diskuterats men aldrig ett ord om sjukvårdens egen tillsynsmyndighet, Socialstyrelsen.

Eftersom detta också är en viktig arbetsmiljöfråga önskar jag att läkarkåren blir mer tydlig och kravställande i denna för alla så viktiga fråga. Borde vi inte högljutt kräva förbättringar både för våra patienters och vår egen skull?

Pär Ansved

överläkare och verksamhetschef,
barn- och ungdomskliniken,
Länssjukhuset i Kalmar
par.ansved@ltkalmars.se

REFERENS

1. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:467-76.

Stortåsen avskuren och hopsydd – fel doktor blev varnad!

I Läkartidningen nr 8/2008 sammanfattas ett HSAN-ärendet (3313/07) där vi anser att fel doktor blev varnad.

En 55-årig man opererades i stortån. Diagnosen var hallux rigidus. Ingreppet utfördes i lokalanestesi, som ofta vid smärre fotoperationer. Det fick avbrytas efter 30–40 minuter för att patienten blev orolig och upplevde bedövningen som otillräcklig.

Operatören fruktade att han kunde ha skadat sträcksenan till stortån (extensor hallucis longus) men kunde inte verifiera detta på grund av att han var tvungen avbryta ingreppet.

Såret syddes, patienten informerades och kontroll på mottagningen beslutades. Vid denna kontroll konstaterades nedsatt funktion i sträcksenan, men också en infektion i såret.

Ny operation

Patienten remitterades akut till en annan ortoped, som redan efter ytterligare en vecka, tre veckor efter första ingreppet, utförde en ny operation med sutur av senan, följd av gipsbandagering.

Enligt anmälan till HSAN följdes detta ingrepp av svår infektion; när anmälan skrevs låg patienten inlagd på infektionsklinik och fick antibiotikumdropp.

Den förste operatören fick en varning av HSAN som ansåg att han, när han inte kunde fortsätta ingreppet, borde ha sövt patienten och också tillkallat en mer erfaren kollega för att i fall av senskada omedelbart kunna åtgärda denna.

Även den bäste kan slinta

Huruvida det fanns några praktiska möjligheter att omedelbart söva patienten och tillkalla en kollega framgår inte av handlingarna och är ej heller relevant, eftersom vi anser att det inte var motiverat.

Den varnade doktorn har inte gjort något klandervärt fel. Att vid ett ingrepp i stortån skada extensorsenan är ursäktligt, även den bäste kan slinta med kniv eller mejsel.

Dessbättre är ingen större skada skedd: extensorsenan till stortån kan läka spontant, och om inte blir funktionsförlusten minimal eller ingen.

Fenomenal självläkning

Varje ortoped med erfarenhet av fotkirurgi känner till stortåsträcksenans fenomenala förmåga till självläkning. Genomskärning av denna sena görs ibland i terapeutiskt syfte, men leder som regel till snabb ihopläkning och recidiv av deformiteten om man inte avlägsnar några cm av senan.

Vi skulle vilja ta del av det vetenskapliga underlaget för HSANs yttrande att »en senskada bör lagas direkt«. Detta gäller för många av kroppens senor men knappast för tårnas sträcksenor, vilka i samband med annan framfotskirurgi saklöst kan delas och lämnas utan påtaglig funktionsförlust.

Litteraturen mager

Vi har roat oss med att bläddra i den ganska magra litteratur som finns i ämnet:

Jahss MH. Disorders of the foot & ankle. WB Saunders; 1991.

»Iatrogenic transactions of both the EHL and FLH are relatively common in the course of hallux valgus surgery, repair does not assure satisfactory results in all instances and may lead to secondary adhesions and limitation of motion, re-rupture and tendon scars. The few reported conservatively treated cases in the literature have done well« (p. 1076).

»Slight residual drooping of the hallux, with or without surgery, is acceptable to most patients« (p. 1510).

Griffiths JC. Tendon injuries around the ankle. J Bone Joint Surg Br. 1965; 47(4):686–9.

»Formal repair of the EHL seems unnecessary: its natural tendency to spontaneous repair is well known.«

Scaduto AA, Cracchiolo A. Lacerations and ruptures of the flexor or extensor hallucis longus tendons. Foot Ankle Clin. 2000;5(3):725–36.

»The potential to develop painful scars and the possibility for spontaneous repair must be kept in mind when considering surgical repair of EHL tendon disruptions. Patients who do not undergo primary repair can be advised that if active extension of the hallux does not return, a delayed repair may be necessary.«

Kass JC, Palumbo F, Mehl S, Camarinos N. Extensor hallucis longus tendon injury: an in-depth analysis and treatment protocol. J Foot Ankle Surg. 1997;36(1): 24–7.

»When the injury site is distal to the extensor expansion, conservative therapy may be the first line of treatment.«

Våra och andras erfarenheter talar således för att den förste doktorn inte gjorde fel.

Den andre doktorn, som reopererade redan tre veckor postoperativt, trots att såret varit infekterat, är däremot klandervärd.

Tog en onödig risk

Han tog en onödig risk genom att operera i nyligen infekterad vävnad.

Detta ingrepp ledde till en svår sårinfektion som krävde sjukhusinläggning och intravenös antibiotikumbehandling. Han borde naturligtvis ha avvaktat med bedömningen huruvida senskadan verkligen krävde någon rekonstruktion.

Om patienten får framtida men beror det på det andra och inte det första ingreppet!

Fel doktor blev varnad

Vi anser att fel doktor blev varnad, och uppmanar vår varnade kollega att genast överklaga beslutet (beslutet är överklagat; reds anm).

HSANs uppfattning om såväl den primära som sekundära handläggningen av accidentell avskärning av stortåns sträcksenan saknar såväl empiriskt som vetenskapligt underlag.

**Anders Rydholm,
Urban Rydholm**

båda överläkare,
ortopediska kliniken,
Universitetssjukhuset i Lund
anders.rydholm@med.lu.se