

patientens skull, att cancerförebyggande kontroller i detta fall inte lyckades hindra utvecklingen av den skivepitelcancer som senare upptäcktes hos patienten.

B menade att han hade genomfört sin del av utredningen noggrant och omsorgsfullt och att han följt klinikens rutiner.

Han ansåg därför att han inte varit försumlig vid utredningen och behandlingen.

Förändringar vanliga

Cellförändringar på livmodertappen är vanliga, konstaterar Ansvarsnämnden. Det cellprov som togs vid hälsokontrollen den 4 februari 2005 visade oklara cellförändringar, som i regel inte innebär något allvarligt, särskilt inte i åldersgruppen 50–60 år.

Utveckling av en cellförändring till cancer uppskattas ta omkring 10–15 år. Patienten fick vänta i tio månader innan

hon undersöktes på kvinnokliniken.

Remissen registrerades den 2 mars 2005 och bedömdes av gynekolog A. Förseningen orsakades av ett administrativt fel. Kedjan remiss, bedömning och besked till patienten fungerade – någon kallelse skickades emellertid inte. Men ett backupsystem reaktiverade remissen nio månader senare. Gynekolog A kan därför inte kritiseras.

Dubbel förtur

Patienten fick därefter en tid för undersökning den 12 december, inom två veckor, vilket är att betrakta som dubbel förtur.

Hon undersöktes av gynekolog B och fick tid för operation en månad senare. Patienten ville skjuta upp denna tid en månad, vilket godkändes av B.

Den mikroskopiska undersökningen som gjordes vid besöket den 12 december visade cancer på ett tidigt stadium

och att man inte kunde utesluta invasion. B borde därför inte ha låtit patienten skjuta upp operationen, särskilt inte med tanke på att utredningen från början var fördröjd nio månader. Hon borde i stället snabbt ha fått en tid för operation.

Vid undersökningen den 27 februari upptäckte gynekolog C en stor förändring på livmodertappen, som var betydligt större än vid den tidigare undersökningen. Patienten opererades i narkos den 22 mars.

Lång väntan på operation

Eftersom provsvaren visade misstanke om invasion, var det olyckligt att patienten fick vänta nästan fyra veckor på operation.

Det kan konstateras att hela utredningen av hennes cellförändringar tog nästan fyra månader, förutom den ursprungliga förseningen på nio månader. För detta kan riktas viss kritik mot C eftersom han var klinikchef och ansvarig för rutinerna vid kliniken. Kritiken ger dock inte någon disciplinpåföljd.

Däremot får gynekolog B en erinran. ■

»... borde därför inte ha låtit patienten skjuta upp operationen, särskilt inte med tanke på att utredningen från början var fördröjd nio månader. Hon borde i stället snabbt ha fått en tid för operation.«

»Det är anmärkningsvärt att gynekologen som operatör inte följde upp patienten då hon uppgav sig ha postoperativa besvär.«

Gynekolog och urolog varnas efter prolapsoperation

Märkligt att inte kvinnans postoperativa besvär följdes upp

Det är anmärkningsvärt att gynekologen som operatör inte följde upp patienten då hon uppgav sig ha besvär efter prolapsoperationen. Och urologen skickade hem patienten med enbart analgetika trots fyra veckors anamnes på högersidig flanksmärta och febertoppar. (HSAN 1110/07)

Den 28-åriga kvinnan hade under 2005 en traumatisk förlossning. I maj 2006 sökte hon för framfall i främre slidvägen. Den 11 september opererades hon av en gynekolog vid ett universitetssjukhus.

Postoperativt hade hon svårigheter att kissa och blev därför tappad på urin. Hon klagade över smärta i höger sida av buken, men gynekologen bedömde att smärtan inte hade med operationen att göra. Hon skrevs ut den 14 september.

Blev akut sämre

Den 18 september ringde hon gynekologen på grund av feber och smärta. Denne bedömde att besvären kunde bero på en

urinvägsinfektion och ordinerade antibiotika. Patienten blev något bättre, men den 23 september blev hon akut sämre med smärta och febertoppar. Hon sökte akut på kvinnokliniken där en doktor rådde henne att gå till medicinakuten för utredning av febern.

Den 8 oktober sökte patienten akutmottagningen på samma sjukhus med svår smärta. En urolog bedömde att besvären inte hade med operationen att göra. Han gav fyra stolpiller diklofenak mot smärtan och skickade remiss för röntgen och till urologklinik. I remissen skrev han att röntgenundersökningen borde göras inom tio dagar.

Då patienten fortfarande hade svår smärta sökte hon akut den 9 oktober. Den jourhavande läkaren beställde akut röntgen, vilken visade högersidig uretärstas. Patienten fick kateter inlagd i höger njurbäcken, antibiotika och smärtstillande läkeme-

del. Hon skrevs hem efter några dagar men lades in igen den 5 december för operation då uretären implanterades i urinblåsan.

Patienten anmälde gynekologen, doktorn och urologen för brister i operationen den 11 september och den påföljande handläggningen.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och yttranden från de anmälda, som bestred att de gjort fel. Doktorn frias, varför vi lämnar henne men ger den friande motivering i slutet av artikeln.

Skräddarsydd en modell

Gynekologen berättade att operationen var en främre plastisk, som genomfördes på traditionellt sätt med upplyftning av den framfallna urinblåsan. I det postoperativa skedet inträffade urin-stämma, en förhållandevis vanlig händelse vid alla blåsnära operationer.

Traditionellt sköter de denna typ av

urinstämman med tappningar, kontroll av hur mycket urin som står kvar i blåsan, och om problemet kvarstår lägger de antingen in en kvarkateter eller anbringar en suprapubisk blåskateter.

För att tillmötesgå hennes mycket starka önskan om att få komma hem till sin handikappade dotter så fort som möjligt, försökte de skraddarsy en modell som skulle ge henne så mycket frihet som möjligt, berättade gynekologen.

Klagade över smärtor

Hon tappades och fick åka på permision, och då hon inte ville att de skulle sätta in någon kvarkateter gjorde de i stället upprepade tappningar. Då hon visste vad RIK (ren intermitterant kateterisering) är, föreslog hon själv att hon skulle få »RIKA« sig och på så vis kunna få vara hemma hos dottern.

Eftersom hon klagade över smärtor och även hade svårighet att få igång tarmen kontrollerades hon den 14 september. Gynekologen konstaterade att operationens läkningsprocess fortskred som förväntat och att det fanns rikligt med tarm innehåll som kunde vara en förklaring till delar av patientens smärtupplevelse.

Hon fick därför hjälp med tarmtömning och fick åka hem med möjligheten att tappa sig själv om vattenkastningen inte kom igång spontant i den lugnare hemmiljön.

Den 18 september kom patienten tillbaka med feber och trängningar. En urinodling visade kolibakterier, varför trimetoprim sattes in. Fyra dagar senare ringde patienten igen. Vattenkastningen var helt igång, men hon hade fortfarande trängningar. Gynekologen bytte till pivmecillinam då det kliniskt föreföll som om trimetoprim inte haft effekt.

Patienten tog åter telefonkontakt den 28 september och berättade att hon var kry och mätte bra. Hon hade då avslutat sin pivmecillinamkur, och deras diskussion berörde endast vad hon fick och inte fick göra under konvalescensen. Efter det hade han inte haft någon kontakt med patienten, uppgav gynekologen.

Inga symtom talade för akut inläggning

Urologen berättade att då han träffade patienten var hon kliniskt opåverkad. Den smärteepisod hon hade haft tidigare under kvällen hade spontant gått över. Hon företedde då inga symtom som talade för en akut inläggning.

Han tog en grundlig anamnes. Även om det var en månad sedan hon hade blivit opererad misstänkte han att det kunde röra sig om uretärskada alternativt annat hinder i uretären. Han förberedde en utredande röntgenundersökning och lät henne gå hem.

Urologen påpekade att han alltid uppmannar patienter som är under utredning att komma tillbaka i förtid, i synnerhet vid utredningar av buksmärtor, om de skulle uppleva att de blir sämre.

Så skedde i detta fall, och patienten träffade en läkare som genomförde röntgenundersökningen akut cirka 12 timmar senare. Han ansåg inte att han hade orsakat patienten någon skada och motsatte sig därför anmälan.

Inte sällsynta

Ansvarsnämnden påpekar att komplikationer med urinvägssymtom såsom svårigheter att tömma urinblåsan och/eller urinvägsinfektion inte är sällsynta efter en främre prolapsoperation.

I det här fallet var smärtlokaliseringen och de återkommande febertopparna trots antibiotikabehandlingen mer typiska för njurbäckenengagemang.

Det är anmärkningsvärt att gynekologen som operatör inte följde upp patienten då hon uppgav sig ha postoperativa besvär. Trots att hon hade besvärlig smärta med feberattacker och trots att urinprovet inte visade tecken på urinvägsinfektion fick hon ordination att fortsätta med

antibiotika. Hon blev efter utskrivningen inte undersökt av gynekologen, utan kontakten sköttes via sjuksköterska respektive telefon.

Var alltför expektativ

Att doktorn inte ställde rätt diagnos bör inte kritiseras med hänsyn till hennes begränsade erfarenhet av komplikationer efter prolapsoperation. Hon kritiseras däremot för att inte ha diskuterat patientens besvär med en mer erfaren kollega, men kritiken är inte sådan att den leder till disciplinpåföljd.

Urologen övervägde diagnosen njursta men skickade hem patienten med enbart analgetika trots fyra veckors anamnes på högersidig flanksmärta och febertoppar. Han har därigenom varit alltför expektativ. Han borde i stället ha ordnat en omedelbar utredning av patientens besvär.

Både han och gynekologen varnas. ■

»Urologen ... skickade hem patienten med enbart analgetika trots fyra veckors anamnes på högersidig flanksmärta och febertoppar. Han har därigenom varit alltför expektativ.«