

50 grader i frakturen. Detta är inte acceptabelt.

Vid reponering av en fraktur felställning används ofta stor kraft för att uppnå ett gott läge. Det är därför betydelsefullt att kontrollera att ingen rotationsfelställning uppstått i frakturen innan operationen avslutas.

Ortopeden har uppenbarligen brustit i denna kontroll eftersom den betydande

felställning som konstaterades hade kunnat upptäckas genom en klinisk kontroll av höftrörligheten under operationen.

Den radiologiska postoperativa kontroll som gjordes var otillräcklig och inkluderade endast genomlysningar av lårbenet, vilket inte ger möjlighet att bedöma en rotationsfelställning.

Ortopeden får en erinran. ■

Vanlig och känd diagnos kan vara svår att ställa med enbart röntgen

Inkilad kollumfraktur är en vanlig och känd diagnos, som kan vara svår att ställa med hjälp endast av röntgenundersökning. (HSAN 513/07)

Den 67-åriga kvinnan ramlade i hemmet i slutet av januari och slog i vänster höft. Hon fick därefter svårigheter att gå och uppsökte primärvårdens jourcentral. Hon remitterades till sjukhus för röntgenundersökning av vänster höftled med frågeställningen fraktur.

Sedan röntgenläkaren granskat bilderna fick patienten beskedet att det inte var någon fraktur och skickades hem.

Hade en inkilad kollumfraktur

Eftersom hennes besvär kvarstod uppsökte hon läkare på nytt och remitterades för röntgen av bäcken och vänster höftled med frågeställningen inkilad kollumfraktur.

Röntgenundersökningen, som utfördes den 14 februari, visade en sådan fraktur.

Patienten anmälde röntgenläkaren.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande av röntgenläkaren, som bestred att han gjort fel.

Denne berättade att patienten undersöktes med röntgen av vänster höftled och bäcken med frågeställning fraktur.

De bilder som togs visade ett litet område med ökad täthet vid övergången mellan vänster lårbenshuvud och lårbenshalsen. Han tolkade detta som förändringar som uppkommit på grund av förslitning i höftleden, med ökad bennytbildning på kanterna av lårbenshuvudet.

Någon övertygande frakturlinje med felställning kunde inte påvisas.

Vid förnyad undersökning den 14 februari, som föranleddes av att besvären

inte ville ge med sig, konstaterades en tydlig fraktur där det fanns en felställning som tillkommit sedan föregående undersökning.

Det kan alltså konstateras att det vid den andra undersökningen påvisades en fraktur som inte säkert kunde påvisas vid den första undersökningen då det inte syntes någon felställning eller tydlig frakturlinje, påpekade röntgenläkaren.

Han menade därför att han inte kunde klandras för att inte ha sett frakturen då det fanns en alternativ diagnos som kunde förklara fyndet av ökad täthet i skelettet vid övergången mellan lårbenshuvud och lårbenshals vid den första undersökningen.

Ansvarsnämnden slår fast att man vid eftergranskning av bilderna från den första röntgenundersökningen kunnat se en inkilad kollumfraktur. Den är tydligare vid den andra undersökningen den 14 februari men kan uppfattas redan vid den första undersökningen.

Kartläggningen extra viktig

Inkilad kollumfraktur är en vanlig och känd diagnos som kan vara svår att ställa endast med hjälp av röntgenundersökning. Det är därför extra viktigt, när frågeställningen är så precis som i detta fall – det vill säga att patienten har trillat på vänster höft, har smärtor och frågar efter fraktur – att man vid röntgen verkligen kartlägger om det finns en fraktur eller inte.

Trots att frakturen var svår att se vid den första röntgenundersökningen, borde röntgenläkaren i egenskap av specialläkare ha upptäckt den.

Han har således av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och renderar honom en erinran. ■

Missade att patienten hade tumör i ryggen

Doktorn tog ingen adekvat anamnes och gjorde ingen adekvat neurologisk undersökning. Hon missade att patienten hade en tumör i ryggen. (HSAN 2792/07)

Den 22-årige mannen uppsökte den 27 mars 2007 ett läkarhus på grund av smärta i vänster ben och undersöktes av doktorn. Han hade skadat vänster fot tre år tidigare men varit smärtfri en period.

En ny smärta hade uppstått två år före besöket och han hade nu tilltagande smärta, svaghet, domningar och känselnedsättning men inga ryggsmärtor. Doktorn konstaterade att patienten hade nedsatt känsel på insidan av fotleden och att han inte kunde belasta foten. Han fick lämna blodprov och hon beslöt om vidare utredning vid fortsatt smärta och sjukskrev honom.

Den 18 april undersökte doktorn underbenet och skrev remiss för ultraljudsundersökning av benet. Vid nytt besök den 24 april blev patienten sjukskriven i avvaktan på röntgenundersökningen. Han hade sedan telefonkontakt med doktorn flera gånger. Den 15 juni remitterade hon honom till ortoped.

Diagnostiserade tumör i ryggen

Den 6 augusti sökte han akut på ortopediska kliniken vid ett sjukhus där man diagnostiserade en tumör i ryggen. Han överfördes till neurokirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus där han opererades den 10 augusti.

Patienten anmälde doktorn, som bestred att hon gjort fel. Hon berättade att patienten vid första besöket klagade på smärta i vänster fot och vänster underben. Efter undersökning remitterade hon honom till sjukhus för följande undersökningar: Blodprov, ultraljud vänster ben, magnetkamera vänster underben.

Sedan svaren kommit fick patienten remiss till ortopedkliniken för utredning och bedömning.

Patienten hörde av sig flera gånger på telefon med anledning av försenat svar på ortopedremissen. Han klagade också på smärta i vänster fot och underben.

Ansvarsnämnden konstaterar att doktorn vid sin utredning koncentrerade sig endast på patientens besvär från vänsterbenet. Hon hade inte heller gjort någon ny undersökning och bedömning, då han senare uppsökte henne och ringde till henne.

Hon hade uppenbarligen inte övervägt att hans besvär kunde komma från ryggen och således inte tagit en adekvat anamnes eller gjort en adekvat neurologisk undersökning. Hon får en erinran.