

Två varnade:

## Missade testistumör hos ung man

**En överläkare och en biträdande överläkare vid en kirurgklinik har av Ansvarsnämnden fått var sin varning för att inte ha diagnostiserat en testistumör hos en ung man. (HSAN 1323/96)**

Mannen remitterades av sin husläkare till kirurgkliniken på grund av en tilltagande svullnad i pungen. Han fick en undersökningstid först efter fyra månader.

Husläkaren reagerade när man från kirurgkliniken inte hört av sig efter två månader. En ny remiss skrevs, nu till akutmottagningen där mannen samma dag undersöktes av biträdande överläkaren.

### »Torde representera ett hematom»

Denne tog med finnål ett cellprov, som endast visade lite blod. I svaret från ett ultraljud angavs att förändringen i pungen »torde representera ett hematom». En förklaring som biträdande överläkaren accepterade. Mannen hade ett par månader tidigare hamnat grensle över ett staket och blivit svullen på pungen.

Mannen kom senare, på den först uppsatta tiden, till överläkaren. Denne blev misstänksam och beslöt om operation. Han fann en misstänkt tumör.

Patienten flyttades till en urologklinik där man konstaterade att han hade en elakartad tumör.

### Väntetiden var alldeles för lång

Socialstyrelsen anmälde de båda läkarna för felbehandling av den unge mannen. Som stöd hade styrelsen bl a ett utlåtande från vetenskapliga rådet i urologisk kirurgi, professor Silas Pettersson.

Denne pekade på att läkaren vid kirurgkliniken som bedömde den första remissen gjorde fel som gav patienten en tid först om fyra månader.

Biträdande överläkarens handläggning av en sedan närmare fyra månader tilltagande hård resistens i pungen avvek från beprövad erfarenhet och måste likställas med försumelse, menade Silas Pettersson.

Överläkaren var den som

## ANSVARSÄRENDE

bedömde den första remissen. Att han hade lågprioriterat den förklarade han med att det där framgick att testikeln var u a.

Han framhöll att såväl hans felbedömning av remissen som det negativa röntgenfyndet berodde på att tumören, ett paratestikulärt rabdomyosarkom, är sällsynt.

Biträdande överläkaren, som tog emot patienten i samband med den andra remissen, visste inget om den första remissen. Han hade undersökt patienten samt skickat honom på röntgen med frågeställningen »tumör?»

Från röntgen bedömde man att resistensen »torde representera ett hematom» samt att »testiklarna är avgränsade från hematomet».

### »Ursäktligt besked»

Biträdande överläkaren uppgav att han sedan väntade på att bilderna skulle skyltas så han kunde diskutera dem med röntgenologen. En skyltning såg han som angelägen, eftersom han ställt en så allvarlig fråga om utfyllnadens natur.

Eftersom det inte blev någon skyltning tog han upp fallet muntligt med röntgenologen och fick bekräftat att det utan större tvekan var ett hematom. Då avfärdade han i ett brev till patienten fyndet som hematom. Han ansåg att detta besked till patienten var ursäktligt.

Hade, sade biträdande överläkaren, röntgenologens svar varit »vet ej» eller »tumör kan vi inte utesluta» hade hans utredning fått en annan inriktning.

### Bör alltid väcka misstanke om tumör

Ansvarsnämnden konstaterade att mannen blivit felaktigt behandlad i flera avseenden:

Det var fel av överläkaren att inte ge honom hög prioritet från början. Knölar i pungen som debuterar på det sätt som skedde i det här fallet bör alltid väcka misstanke om att det finns en bakomliggande tumör.

Det var fel av biträdande överläkaren att av finnålsprovet och röntgenutlåtandet genast dra slutsatsen att en olycka låg bakom.

Han skulle i stället ha utrett vidare för att förvissa sig om att det inte var fråga om en tumör, ansåg nämnden.

Båda läkarna varnades. •

Två varnade:

## Riskgraviditet övervakades bristfälligt – tvillingar dog

**Kvinnans tvillinggraviditet var så avvikande från det normala att hon måste betraktas som en högriskpatient. Men övervakningen av henne brast. Tvillingarna dog.**

**Två överläkare har därför av Ansvarsnämnden tilldelats var sin varning. (HSAN 1301/96)**

Den 34-åriga kvinnan hade fött barn tidigare. Nu var förlossningen beräknad till den 26 oktober. Men på grund av förhöjt blodtryck, proteinuri och successivt ökande viktavvikelse särskilt på tvilling I (minus 31 procent) lades hon in på kvinnokliniken redan den 17 augusti. Tre dagar senare konstaterades att tvillingarna var döda.

### Inget beslut togs om CTG-övervakning

Socialstyrelsen anmälde chefsöverläkaren, två överläkare och en underläkare och anförde följande.

Vid inläggningsbeslutet den 17 augusti ordinerades fosterljudskontroller men ingen ytterligare övervakning av tvillingarna i form av t ex CTG-registrering eller flödesmätning. Ansvarig för detta var överläkare A.

På morgonen den 18 augusti ordinerade överläkare B en flödesmätning av tvillingarna till påföljande dag, en lördag. Inte heller nu beslutades om CTG-övervakning.

### Kvalificerad uppgift utfördes av oerfaren

Flödesmätning, sade Socialstyrelsen, är en kvalificerad uppgift som kräver en undersökare. Trots det sköt överläkare B på den till lördagen då ingen erfaren läkare fanns på kliniken.

I stället fick en underläkare, som hade så begränsad erfarenhet av flödesmätning att hennes insatser mer betraktades som träning, göra undersökningen. B måste enligt Social-

styrelsen ha känt till underläkarens bristande erfarenhet och skulle själv som ansvarig överläkare och bakjour ha medverkat vid undersökningen.

Underläkaren, som uppfattade resultatet av sin undersökning som normalt, borde enligt styrelsen själv ha påtalat det olämpliga i att hon utan handledning gjorde undersökningen. Hon hade ju ett eget yrkesansvar.

Efter undersökningen fick patienten permission och åkte hem.

På kvällen nästa dag gjordes en ny undersökning, av överläkare B. Han upptäckte då att båda tvillingarna var döda.

Den 21 augusti inducerades förlossningen. Tvilling I vägde 950 gram, tvilling II 1 670.

### Rutinerna borde ses över

Chefsöverläkaren anmälde av Socialstyrelsen som ansvarig för klinikens rutiner och riktlinjer. Det här fallet visade att rutinerna såväl för fosterövervakning vid riskgraviditeter som för utbildning i flödesmätning borde ses över.

Som stöd för sitt ställningstagande hade styrelsen bl a ett yttrande från vetenskapliga rådet i obstetrik och gynekologi, docent Ulf Hansson, som påpekade att utbildning i ultraljudsundersökning är ett problem.

Det är viktigt att unga läkare får komma till och lära sig, men det måste ske under handledning och organiserad utbildning, sade han. Om man gör en flödesmätning för att öva sig kan inte detta användas som en fullgod undersökning från sjukvårdssynpunkt.

### »Helt oacceptabelt»

»Att, som i det här fallet, använda undersökningen av en oerfaren underläkare som fosterövervakning men samtidigt inte dokumentera undersökningen, och att den undersökande läkaren inte kan stå för undersökningen är helt oacceptabelt», skrev han.

Ansvar för det låg på underläkaren själv, men även i hög grad på chefsöverläkaren som borde ha angett riktlinjer för verksamheten, ansåg Ulf Hansson.

Chefsöverläkaren påpekade i ett långt yttrande om klinikens rutiner bl a att respektive överläkare genom delegation var ansvarig för att undervisa all personal. Och underläkarna fick bl a praktisk handledning i obstetriskt ultraljud i samband med förlossningsplacering.

Yttrandet ledde till att Socialstyrelsen mildrade sin kritik

mot chefsöverläkaren, men anmälan stod fast.

Överläkare A hade tidigare på dagen den 17 augusti träffat patienten på specialistmödravårdscentralen och ordinerat inläggning. Denna fördröjdes några timmar eftersom patienten ville ordna barnvakt. Hon kom till förlossningen halv tio på kvällen.

»Som bakjour då hade jag ingenting att göra med inläggningen eller ordinationerna i samband med inläggningen», skrev A.

A ansåg sig därför »på inget sätt ansvarig» för att det inte gjordes någon CTG-registrering i samband med att patienten lades in.

### Godtog inte kritiken

Överläkare B sade i ett yttrande att han inte godtog anmärkningarna som riktades mot honom.

Han förklarade att eftersom en flödesmätning inte är en akut undersökning hade han godkänt att man kunde skjuta på den en dag, det vill säga till lördagen.

När jourhavande sedan rapporterade till B att flödesundersökningen var gjord och visade ett normalt resultat ansåg B att han inte hade någon anledning att själv infinna sig på kliniken och göra om undersökningen.

På söndag förmiddag fick B en telefonrapport om läget på kliniken. Han insåg först då att man ännu inte utfört någon CTG-undersökning, varför han ordinerade en sådan. Den gjorde han själv samma kväll och fann då att båda fostren dött.

### »Bestrida att jag har ett ansvar...»

Underläkaren, som gjorde flödesmätningen, insåg i efterhand att hon hade haft fel när hon utgick från att undersökningen låg inom gränsen för hennes kunskaper. »Jag hade fel – min kunskap var otillräcklig», skrev hon och tillade:

»I den givna situationen gjorde jag mitt bästa och vill därför bestrida att jag har ett ansvar för den tragiska händelsen».

Ansvarsnämnden konstaterade att kvinna var en högriskpatient. Vid den typ av komplikationer som hon hade inträder ofta en mycket akut försämring för den ena eller båda tvillingarna. Därför måste fosterövervakningen vara omfattande för att man optimalt ska kunna välja tid för förlossningen.

ingen CTG-övervakning kom till stånd vid inläggningen eller senare. Ansvaret för den

underlåtenheten lade nämnden på överläkare A, som ansvarade för inläggningen, och B som ansvarig överläkare från den 18 augusti.

B hade också gjort fel som tillät den oerfarna underläkaren att göra en ultraljudsundersökning med flödesmätning utan att själv vara med. Dessutom var det med tanke på riskerna som förelåg oklokt att kvinnan fick gå hem på permission, ansåg nämnden.

Både A och B varnades.

### Två friades

Chefsöverläkaren friades. Hon var ansvarig för att det funnits vissa brister i klinikkens övervakning vid riskgraviditeter, men felet var inte så allvarligt att det motiverade någon påföljd, sade Ansvarsnämnden.

Underläkaren hade gjort fel. Men de oklara rutinerna för övervakningen av riskpatienter och bristerna i utbildningen i ultraljudsundersökningar gjorde hennes fel ursäktligt, ansåg nämnden. Hon friades. •

### Tre varnade:

## Nybliven mor med kraftiga andningsbesvär felbehandlades

En överläkare, en biträdande överläkare och en avdelningsläkare har av Ansvarsnämnden varnats för att de felbehandlat en nybliven mamma med kraftiga andningsbesvär. (HSAN 752/95)

Den 24-åriga kvinnan födde sitt barn den 16 januari på sjukhus 1 och behandlades efteråt för andningsbesvär innan hon skrevs ut den 20 januari.

Dagen därpå sökte hon – två gånger – hjälp på en medicinklinik på sjukhus 2 för sina andningsproblem. Hon ordinerades Bricanyl och kortison och skickades hem, första gången av biträdande överläkaren och andra gången av en AT-läkare.

Nästa dag återkom hon med tecken på hjärtinkompensation

med stas i lungorna. Hon lades in. Ett dygn senare överfördes hon till en kardiologklinik där hon behandlades under diagnosen kardiomyopati med oklar genes.

Kvinnan anmälde bl a överläkaren och avdelningsläkaren på förlossningskliniken på sjukhus 1 samt biträdande överläkaren och AT-läkaren på sjukhus 2.

Alla anmälda bestred att de hade gjort något fel.

### Motstridiga uppgifter

Överläkaren på förlossningen vid sjukhus 1 skrev i ett yttrande:

»Påståendet... att jag har ordinerat läkemedel till patienten den 19 januari är felaktigt...».

Men enligt klinikens chefsöverläkare uppgav barnmorskan som tjänstgjorde natten mellan den 18 och 19 januari att hon kontaktade primärjouren eftersom patienten var tungandad. Primärjouren ordinerade Bricanyl och syrgas och sade att barnmorskan skulle vända sig till lungkliniken för att få besked om doseringen. Och primärjour var – överläkaren.

Avdelningsläkaren på förlossningen, som var jour på kvällen den 19 januari, uppgav att hon hade uppfattat att kvinnan hade en normalt lindrig astma, som hade förvärrats av förkylning och graviditet. Kvinnan hade blivit påtagligt bättre av astmamediceringen och skickades hem med en uppföljande kortisonkur och uppmaning att söka husläkaren om hon inte blev bättre.

### Kände sig bättre

Biträdande överläkaren på sjukhus 2 konstaterade att när han träffade kvinnan, som kommit in några timmar tidigare, på morgonronden den 21 januari hade hon känt sig klart förbättrad efter att ha fått behandling.

Han hade lyssnat på hennes lungor men inte hört något patologiskt. Någon misstanke om hjärtsvikt fanns inte, uppgav han.

AT-läkaren som tog emot kvinnan vid besök 2 samma dag berättade att patienten var andningspåverkad och ångestfylld. Hon hörde krepiterande rassel på lungorna och tolkade det som slembiljud. Hon gav astmabehandling, vilket medförde att patienten blev be-

svärsfri och därför fick åka hem.

Ansvarsnämnden ansåg att behandlingen av kvinnan fram till förlossningen hade varit i stort sett adekvat.

Efter förlossningen hade kvinnan fortsatta besvär med andningen. Men trots att man inte hade någon diagnos på lungbesvären skickades hon hem. Nämnden tyckte det var anmärkningsvärt att man då inte hade begärt någon medicinkonsult. Två dagar efter utskrivningen hade kvinnan ett fulminant lungödem och kraftig hjärtpåverkan. Med tanke på det var det troligt att man kunde ha upptäckt utvecklingen av dessa tillstånd under vårdtiden på kvinnokliniken.

Överläkaren var jourhavande gynekolog natten mellan den 18 och 19 januari. Han gjorde fel när han utan föregående undersökning av kvinnan ordinerade behandling med såväl syrgas som Bricanyl, hävdade Ansvarsnämnden.

Nämnden menade vidare att även avdelningsläkaren gjorde fel när hon underlät att konsultera medicinsk expertis då hon fann att kvinnan hade uppenbara andningsbesvär. Dessutom hade avdelningsläkaren missat i journalföringen, varför kvinnans vård vid kvinnokliniken var bristfälligt dokumenterad.

### Borde inte skrivits ut

Mot bakgrund av att kvinnan hade återkommande besvär med andnöd och var nyförlöst ifrågasatte Ansvarsnämnden att hon blev utskriven från sjukhus 2 den 21 januari.

Den biträdande överläkaren skulle då visserligen väga in uppgifterna om kvinnans tidigare besvär med astma, undersökningsfynden som vid astma och hennes förbättring vid insatt terapi. Men han kunde ändå inte undgå kritik för sin bedömning av kvinnans tillstånd, ansåg nämnden.

### Otillräcklig handledning

Ansvarsnämnden var också kritisk mot AT-läkaren, som tog emot kvinnan på sjukhus 2 på eftermiddagen den 21 januari. AT-läkaren borde ha tagit in kvinnan för utredning och behandling. Men det var, ansåg nämnden, tveksamt om AT-läkaren utan handledning själv borde ha bedömt, handlagt och sänt hem patienten med en sådan sjukhistoria och symptomatologi.

Nämnden hänförde hennes fel huvudsakligen till otillräcklig handledning och friade henne därför från påföljd. •