

## Liten skaderisk och hög arbetsbelastning friade felande barnläkare

»...mycket liten risk för skada...arbetsbelastningen var mycket hög».

Så motiverade Ansvarsnämnden sitt friade utslag angående en barnläkare, som till en 2,5 månader gammal pojke givit en för hög medicindos. (HSAN 2641/96)

Pojken togs in akut på barnklinikerna på grund av en pyelonefrit. Han fick Bactrim och skrevs ut efter två dagar. Arbetsbelastningen vid kliniken var stor.

Barnläkaren som skrev ut pojken ordinerade fortsättning med Bactrim i ytterligare åtta dagar. Pojken fick också mixtur Trimetoprim 10 mg/l i doseringen 5 ml x 1, som skulle tas sedan Bactrimbehandlingen avslutats. Profylaxdosen blev cirka 10 mg/kg/dygn.

Att dosen var så hög upptäcktes sedan pojken fått den i nio dagar. Hans blodstatus kontrollerades och man fann att han hade en måttlig eosinofili.

### Felet inte ursäktligt ansåg Socialstyrelsen

Fallet anmäldes enligt lex Maria till Socialstyrelsen, som i sin tur förde det vidare till Ansvarsnämnden och då pekade på att den rekommenderade profylaxdosen av Trimetoprim bara är 1–2 mg/kg/dygn.

Barnläkarens fel, »...orderade ca tio gånger för hög dos», motiverade en disciplin-påföljd, menade styrelsen. Att hon haft en hög arbetsbelastning, i övrigt visat stor kompetens samt hade mycket goda vitsord kunde ses som förmildrande omständigheter – men det gjorde inte felet ursäktligt.

### Felet ursäktligt, sade Ansvarsnämnden

Barnläkaren själv hänvisade till klinikens vårdprogram för pyelonefrit hos barn under ett år. Enligt det ska dosen vara 2 mg Trimetoprim/kg/dygn. Hennes dos hade varit 9,6 mg.

Det var den mycket stora arbetsbelastningen som gjorde att hon inte dubbelkontrollerade dosen. Ett skäl till det var att det rörde sig om ett preparat som hos barn har låg toxicitet

## ANSVARSÄRENDE

inom ett brett dosintervall, uppgav hon.

Hon bestred inte feldoseringen. Däremot bestred hon Socialstyrelsens uppgift om att dosen varit tio gånger för hög – den var fem gånger för hög, hävdade hon och ansåg att hennes fel var ursäktligt.

Ansvarsnämnden konstaterade att läkemedlet var avsett att förhindra recidiv av urinvägsinfektion och risken för biverkningar var liten. Pojken utsattes alltså för en mycket liten risk att skadas. Arbetsbelastningen var mycket hög.

Dessa omständigheter gjorde barnläkarens fel ursäktligt, sade nämnden. •

## Varning: Började operera på fel sida

Ortopeden började operera patienten på fel sida – höger blev vänster. För det har han av Ansvarsnämnden fått en varning. (HSAN 2646/96)

Den 54-åriga kvinnan hade långt tidigare opererats för ett retroperitonealt leiomyosarkom och även för metastaser i lever, lungor, skalp och retroperitonealt.

I juni 1996 upptäcktes att hon hade en tumör i vänster gluteus maximusmuskel samt en tumör i höger obturatoriusmuskel.

Den 20 juni opererade ortopederna gluteus maximusmuskeln. Efter ingreppet hade patienten försatta besvär från sitt vänstra ben. Operationen i obturatoriusmuskeln sköts upp.

Den 15 augusti var det dags för det uppskjutna ingreppet. Det påbörjades på kvinnans vänstra sida. Men ortopederna kunde inte känna någon förändring där. Därför kontrollerade man röntgensvaret och upptäckte att förändringen var på högra sidan.

Socialstyrelsen anmälde operatören. Denne tog på sig ansvaret för felet. Han hade före operationen felaktigt markerat vänster sida i stället för höger. Misstaget hänförde han till tidsbrist samt till att patientens symtom fanns på vänster

sida. Vid markeringstillfället hade han inte kontrollerat utlåtandet från magnettomografin.

Han återopade att han dagen före ingreppet hade haft en nio timmar lång operation och skrivit in kvinnan i en kort operationspaus. Då hann han inte läsa journalen och röntgensvaret i lugn och ro.

Ansvarsnämnden konstaterade att ortopedens misstag inte kunde ursäktas av tidsbristen dagen före ingreppet. •

## Erinran: Diagnosfel ledde till onödig utredning och operation

En cytolog har av Ansvarsnämnden fått en erinran för ett diagnosfel – det var inte skivepitelcancer utan »bara» en Warthintumör. Felet ledde till att en 69-årig man i onödan utsattes för omfattande utredning och operation. (HSAN 1308/96)

Socialstyrelsen anmälde cytologen och anförde följande.

Mannen hade i ett år känt en resistens i sin högra käkvinkel. Han remitterades till en öronnäsahalsklinik för cytologpunktation av resistensen. En finnålspunktation gav rikligt utbyte av makroskopiskt brungul trög vätska.

När preparatet bedömdes konsulterades cytologen, som kom fram till att dessa skivepitelceller var maligna. Diagnosen blev skivepitelcancer.

Punktionsmaterialet eftergranskades och diskuterades igen av punktören och cytologen inför en onkologrund den 7 september. Diagnosen skivepitelcancer stod fast. Och den vidhölls även vid en förmodad cancerdiagnos bekräftad, är det ett absolut krav att den mer erfarna informerar sig om fallet tillräckligt väl för att kunna ge ett välgrundat och tillförlitligt svar, hävdade Socialstyrelsen.

Därför genomgick patienten en modifierad radikal halskörtelutrymning på höger sida. Den histologiska undersökningen och bedömningen av operationsmaterialet visade inga hållpunkter för skivepitelcancer.

Docent Björn Stenkvist, ve-

tenskapligt råd i cytologi, yttrade sig i fallet.

Han fann att provmaterialet innehöll ett fåtal onkocyter och en del lymfocyter och med en dominerande bakgrund av amorf material. Hans slutsats blev Warthintumör.

Han påpekade emellertid att det fanns starkt dengenerativt förändrade onkocyter som hade hyperkromatiska och oregelbundna cellkärnor. Detta vilseledde troligen diagnostikerna till feldiagnosen metastas av skivepitelcancer.

### »Diagnostiskt misstag»

Stenkvist ansåg att fallet var svårbedömt och att preparatets fattigdom på celler inte gjorde det möjligt att ställa en konklusiv diagnos:

»En reservationslös cancerdiagnos på materialet är ett diagnostiskt misstag», skrev han.

Han menade att den hade vilselett de behandlande läkarna och därmed varit till avsevärt men för patienten. Den hade lett till omfattande utredning och operation som inte hade varit nödvändiga om man korrekt hade kommit fram till diagnosen Warthintumör.

Cytologen menade att »den djupt beklagliga feldiagnosen är ett resultat av avdelningens resursbrist...»

Han hade konsulterats av en yngre kollega, för vilken han var handledare under dennes specialistutbildning. Konsultationerna var informella. Han hade fått preparaten för en snabb kommentar när han höll på med annat arbete. Han hade då fått fel uppfattning om preparatet, hävdade han.

### Helt oacceptabelt

Socialstyrelsen var kritisk mot cytologens yttrande. Att konsultationer läkare emellan betraktades som »informella», att den gjorda bedömningen sågs som »en snabb kommentar» grundad på »en felaktig uppfattning om preparatet», var helt oacceptabelt och kunde inte försvaras med en hänvisning till resursbrist.

När en läkare med otillräcklig erfarenhet vänder sig till en mer erfaren kollega vid samma enhet för att få en förmodad cancerdiagnos bekräftad, är det ett absolut krav att den mer erfarna informerar sig om fallet tillräckligt väl för att kunna ge ett välgrundat och tillförlitligt svar, hävdade Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden slog fast att det begåtts ett fel som medfört ett allvarligt men för patienten. Ytterst ansvarig för diagnosfelet var cytologen. •