

## Ringa erfarenhet och bristande rutiner ökar riskerna

**Gemensamt för de fyra fallen som presenteras nedan är att anmälningarna väsentligen drabbat läkare med begränsade erfarenheter av rutiner inom sjukvården (ST- eller underläkare). I de fyra fallen hade stöd av mer erfaren kollega varit önskvärt. Två av fallen visar dessutom på bristande rutiner vid klinikerna. I dessa fall framkom vid utredning och beslut skiljaktiga åsikter, om den enskilde läkaren skulle lastas eller inte. I samtliga fall drabbades dock läkarna under utbildning av påföljd.**

**En vanlig orsak till anmälan mot allmänläkare är att diagnosen vid cancer recti försenats på grund av att man inte gjort rektoskopi. Det näst sista fallet nedan visar dessutom att, om sådan undersökning görs, fynden måste tolkas på ett riktigt sätt.**

### Misstanke om mjältruftur borde ha väckts

**Anmälare:** Modern

**Anmald:** ST-läkare vid kirurgklinik

**Orsak:** »Bristfällig undersökning av sonen«  
HSAN 1910/01

**II** En 16-årig pojke uppsökte akutmottagning vid länsdelssjukhus efter att föregående kväll i samband med en mopedolycka fått styrstången i magen. Han undersöktes av den anmälda läkaren, som inte fann något anmärkningsvärt. Han fick åka hem med ett recept på smärtstillande tabletter och uppmanades att återkomma, om han blev sämre. Vid återbesök nästa dag undersöktes han av annan läkare, som föranstaltade om röntgenundersökning. Denna visade en ruptur av mjälten samt mindre blödning i buken. Han överfördes till länsjukhuset för fortsatt vård.

Modern har uppgett att läkaren hade klämt på magen och sagt att den kändes fin. Han hade menat att sonen kunde åka hem och ordinerade Alvedon. Sonen hade då protesterat och krävt starkare smärtstillande medicin, varför läkaren skrev ett recept på Tiparol. Vid besöket gjordes ingen röntgenundersökning eller togs blodprov.

Hemma hade sonen fått ökade smärtor och allmäntillståndet försämrades, varför man nästa morgon sökte på sjuk-

huset igen. Nu konstaterades mjältrufturen.

Läkaren har uppgett att pojken vid undersökningen hade ont mitt i buken, men han kunde inte palpera någon ömhet vare sig i buken eller över njurarna. Allmäntillståndet var opåverkat och blodtrycket normalt. Den kliniska undersökning han gjort gav inga misstankar om mjältruftur.

### II Bedömning och beslut

Nämnden menade att vid den typ av olycksfall som det nu aktuella måste man alltid ha diagnosen mjältruftur i åtanke. I journalen vid det första besöket noterades inget om det vänstersidiga traumat, vilket det däremot gjordes vid återbesöket. Läkaren borde ha lagt in pojken för observation och föranstaltat om upprepade blodprov, palpation samt eventuellt röntgenundersökning. Diagnosen mjältruftur hade då kunnat ställas tidigare. Han borde i varje fall inte ha skickat hem pojken utan rådfrågat en mer erfaren kollega.

**Påföljd:** erinran

### Bristande övervakning av infarktpatient

**Anmälare:** Två döttrar

**Anmald:** Sjuksköterska och ST-läkare vid akutmottagning

**Orsak:** Modern borde ha flyttats till hjärtintensivavdelningen (HIA)  
HSAN 401/01

**II** En 81-årig kvinna infördes till länsjukhusets akutmottagning med ambulans på grund av smärtor i bröstkorget. Hon undersöktes av den anmälda ST-läkaren, som efter konsultation med kardiologspecialist beslöt att lägga in henne på hjärtintensivavdelningen under diagnosen instabil angina med risk för infarktutveckling. Sedan patienten under cirka 15 minuter lämnats utan tillsyn på ett undersökningsrum, fann man henne livlös. Efter flera defibrilleringsförsök återfick patienten stabil hjärtrytm. Hon förblev dock medvetslös och avled åtta dagar senare.

Döttrarna har anmärkt på att modern lämnades utan tillsyn och att jourläkaren inte sett till att hon omedelbart överflyttades till HIA. Nu fick hon ligga ensam på ett undersökningsrum med stängd

dörr. Sedan hjärtstillestånd konstaterats, dröjde det 15 minuter innan narkosläkare anlände. Först då kunde avancerad hjärt-lungräddning (HLR) ske. De ansåg dessutom att man borde ha avbrutit försöken till återupplivning, när modern inte i ett tidigt skede återfått stabil cirkulation.

Sjuksköterskan har uppgett att hon samtalat med patienten som blivit smärtfri sedan hon fått en tablett Suscard. Hon hade då suttit på britsen och sett helt opåverkad ut. Sköterskan hade efter en stunds samtal varit tvungen att lämna rummet för att se till en annan patient, vilket patienten sade sig acceptera. Hon hade larmklocka lagd på magen, där den låg kvar även när man sedan fann henne trycklös. Enligt sköterskan fanns det inte någon ordination om kontinuerlig övervakning. ST-läkaren har uppgett att patienten inte var smärtpåverkad vid ankomsten till sjukhuset. EKG, som faxats från ambulansen, hade inte visat några tecken till infarkt, men vid ny undersökning på sjukhuset fanns misstänkt myokard-ischemi.

Patienten hade uppgett att hon kände lite tryck i bröstet, men att det »inte alls kändes så farligt«. Sedan hon fått Suscard-tabletten, hade trycket helt försvunnit. Patientens velat gå upp och gå, vilket han avrått henne ifrån. Han hade sedan lämnat rummet för att färdigställa patientens journal. När han en kvart senare kallades till rummet av sköterskan fann han patienten utan andning och cirkulation. Han startade HLR med mun mot mun-metoden och efter en minut med mask. Narkosläkaren anlände efter sju minuter och redan dessförinnan hade man gjort tre defibrilleringsförsök enligt HLR-schema. ST-läkaren anser att det i detta fall inte hade förelegat något omedelbart behov av transport till HIA, eftersom patienten övervakades av sjuksköterska i samma rum. Han motsätter sig även döttrarnas anklagelse att han fortsatt återupplivningsförsöken på ett fullkomligt oförsvarbart sätt. Både han och narkosläkaren hade funnit det meningsfullt att påbörja och fortsätta HLR.

### II Bedömning och beslut

Nämnden konstaterade att det fanns motstridiga uppgifter bl a om huruvida sjuksköterskan beordrats att övervaka patienten eller inte. Sköterskans åtgärd att lämna undersökningsrummet för att istället bege sig till en patient, som enligt hennes bedömning behövde henne bättre, fann nämnden ingen anledning att kritisera, och anmälan mot henne kunde därför inte leda till disciplinpåföljd.

ST-läkaren hade bedömt att patienten borde överflyttas till HIA av allt att

döma på grund av att hon behövde övervakas, om en livshotande arytm skulle uppstå. När ett sådant beslut fattats, skall sådan överföring ske snarast oavsett patientens tillstånd. Läkarens bedömning att patientens tillstånd inte motiverade en snabb överflyttning var således felaktig. Felet var varken ringa eller ursäktlig och han tilldelades en erinran.

Nämndens ordförande och en ledamot (läkare) anmälde avvikande mening. De ansåg att med hänsyn till de oklarheter beträffande vad som sagts om övervakning och omständigheter i övrigt, underläkaren inte gjort sig skyldig till fel som borde föranleda disciplinpåföljd.

**Påföljd för en: erinran**

## I ändtarmen fann läkaren en »epitelklädd polyp«

**Anmälare:** Socialstyrelsen  
**Anmäld:** Tf distriktsläkare  
**Orsak:** Rektalcancer bedömdes som benign polyp  
HSAN 272/01

II En 67-årig kvinna sökte på vårdcentral, sedan hon några dagar tidigare haft en stor blödning från ändtarmen. Den anmälda läkaren gjorde vid två tillfällen med tio dagars intervall rektoskopi och fann en 2 cm lång polyp 4–5 cm från anus med lätt rodnad slemhinna. Röntgen av grovtarmen verifierade fyndet.

Läkaren skrev ett brev till kvinnan och gav henne lugnande besked samt uppmanade henne att återkomma vid förnyade besvär. Cirka tio dagar senare bad kvinnan en annan läkare om remiss till kirurg. Förnyad undersökning och där efter operation visade att det var fråga om rektalcancer. Vid operationen avlägsnades en del av tjocktarmen.

Socialstyrelsen har i sin anmälan till HSAN konstaterat att den polyp som fanns vid rektoskopi var 2 cm, vilket även verifierades genom röntgenundersökning. Polyper större än 1 cm skall misstänkas vara cancer intill dess motsatsen är bevisad genom flera px. En så stor polyp bör under alla förhållanden tas bort, då den innebär stor risk för att utvecklas till en cancertumör. Läkaren hade i sitt yttrande till Socialstyrelsen uppgett att han funnit »en helt oretad och epitelklädd polyp rektalt«. Att finna en hudbeklädd polyp i ändtarmen är ytterst sällsynt, om det ens förekommer, och skall föranleda en provbiopsi. Socialstyrelsen ansåg att läkaren borde ha remitterat patienten vidare för under-

sökning på sjukhus och yrkade på disciplinpåföljd.

Läkaren har uppgett att han menat att polypen var slemhinnebeklädd. Det faktum att polypen hade varit oretad utan tillstymmelse till erosion eller malignitetstecken och patienten dessutom inte haft någon ytterligare blödning under två veckors observation, låg bakom hans handläggande. Med tanke på polypens storlek godtog han dock Socialstyrelsens yrkande.

## II Bedömning och beslut

Läkaren hade meddelat kvinnan när undersökningsresultaten var klara att det inte fanns anledning till oro. I stället borde han ha remitterat henne till kirurg för ställningstagande till lämplig behandling.

**Påföljd: varning**

## Otydliga rutiner vid behandling med smärtpump

**Anmälare:** Hustrun och Socialstyrelsen (Lex Maria)

**Anmälda:** Underläkare vid medicinklinik och överläkare vid anestesiklinik

**Orsak:** Patienten erhöll alltför hög morfindos  
HSAN 2072/01

II En 60-årig man led av en spridd lungcancer med skelettmastaser. På länssjukhuset hade man lagt in en intratekal kateter och startat morfinbehandling med hjälp av pump. Efter att ha behandlats under en period i hemmet, lades han in på medicinklinik för fortsatt smärtbehandling. Två veckor senare fann den anmälda överläkaren att patienten hade ryckningar i överkropp och vänster ben samt att han var kraftigt sensoriskt påverkad. Vid kontroll av morfinkoncentrationen konstaterades att kassetten till pumpen innehöll 10 mg/ml. Tillståndet krävde övervakning på IVA. Patienten avled i sin sjukdom en månad senare.

Hustrun har uppgett att hon tillfrågats av den anmälda medicinunderläkaren, om hon kände till innehållet i receptet till morfinkassetten. Hustrun hade anmodat honom att kontakta länssjukhuset, vilket han underlåtit. Han ordinerade sedan fel morfin till pumpen. Läkaren borde ha vägrat att skriva ut recept och meddelat sin chef detta. Överläkaren på anestesikliniken ombesörjde sedan byte av kassetten utan att kontrollera att det var rätt sorts medicin.

Underläkaren vid medicinkliniken har i sitt yttrande uppgett bl a följande:

Han hade av personalen anmodats att skriva ut recept på morfinkassetten till en patient, som han aldrig tidigare träffat. Han visste absolut inget om detta, vare sig ordination eller receptskrivning. I journalen fanns ej uppgift om vare sig styrka eller dosering (Patienten hade tidigare själv skött sin morfinkassetten). Han hade frågat flera läkare på sjukhuset och även försökt få kontakt med läkare på länssjukhuset, men ingen kunde ge honom råd. Han skrev sedan receptet med stöd av en pärm, som fanns på avdelningen med uppgifter angående morfinkassetten. Den kassetten han ordinerat användes först fyra dagar senare.

Anestesiöverläkaren hade uppmanats att byta morfinkassetten, eftersom man på avdelningen inte behärskade smärtpumpen. Någon ordination kunde varken han eller avdelningsföreståndaren hitta. Kassetten hade beretts på apotek vid regionsjukhuset. Han menade att ansvaret för läkemedelsbeställning låg helt på den behandlande kliniken.

Socialstyrelsen har funnit att vid medicinkliniken saknades tydliga rutiner för hur behandling med smärtpump skulle dokumenteras. Alla läkemedelsordinationer skall innehålla uppgifter om läkemedlets namn, styrka, dosering och administrationssätt. När ny kassetten skulle rekvireras, visade det sig att både läkare och sjuksköterskor hade bristande kunskap för uppgiften. Socialstyrelsen fann det på grund av otydliga rutiner och bristande kunskap hos involverad personal inte rimligt att lasta någon enskild person för det inträffade. Verksamhetschefen vid medicinkliniken anmodades att fastställa en lokal instruktion för läkemedelshandling.

## II Bedömning och beslut

Nämnden fann det anmärkningsvärt att underläkaren beställde morfin utan att veta, vilken koncentration som skulle användas. Han skall därför åläggas disciplinpåföljd, som med hänsyn till de bristfälliga ordinationsrutinerna vid kliniken kan stanna med en erinran.

Anestesiologen hade utgått från att kassetten med patientens namn och personnummer innehöll rätt koncentration morfin, vilket var rimligt. Det fanns ingen anledning att kritisera honom för det inträffade.

**Påföljd för en: erinran**