

För hög dos cytostatika kan ha orsakat 12-års död

Rutinerna ändras för användningen av datorbaserat ordinationssystem

En 12-årig flicka som behandlades för Ewings sarkom vid Universitetssjukhuset i Lund avled efter cytostatikabehandling. Efter dödsfallet utreddes förloppet varvid man fann att en planerad reduktion av ett av fyra ingående cytostatika inte hade genomförts.

Det aktuella läkemedlet skulle reducerats med 20 procent. Detta är en mycket måttlig reduktion som inte säkert skulle ha förhindrat den letala utgången, men det kan inte heller uteslutas att förloppet blivit annorlunda om reduktionen genomförts.

Därför har fallet anmälts av den aktuella kliniken till Chefläkaren som enligt reglerna fört fallet vidare till Socialstyrelsen enligt Lex Maria..

Orsakerna till händelseförloppet kom fram efter en händelseanalys där två viktiga orsaker till den uteblivna reduktionen framkom:

1. Bristande dokumentation av beslut om reduktion av det aktuella läkemedlet. Detta gjorde att den läkare som slutligen ordinerade cytostatikakuren ej blev medveten om att en reduktion borde genomföras, utan den ursprungliga kurdoseringen ordinerades.

2. Den reducerade ordinationen hade utförts i det datorstödda ordinationssystemet på ett korrekt sätt.

Enligt fastlagda rutiner lades denna ordination som »väntande« när patientens behandling blev uppskjuten. Systemet har »egenheten« att en sådan väntande ordination kan utplånas ur systemet vid felaktig nedstängning. Denna nedstängningsfunktion är inte användarvänlig utan ger utrymme för missförstånd mellan datorsystemet och den mänskliga användaren.

Har lett till skärpta rutiner

Händelseförloppet har redan lett till flera genomförda och planerade förändringar i rutinerna för användningen av det datorbaserade ordinationssystemet Cytodose.

Företaget kommer att ändra de funktioner som vi idag uppfattar som användarvänliga.

Tydligare anvisningar om att observera rekommendationer om eventuella dosreduktioner har genomförts.

Intensifierad utbildning av användare av ordinationssystemet och införande av krav på »körkort« för användare kommer att genomföras.

Vad beträffar den bristande dokumentationen av fattade beslut har befintliga rutiner skärpts och uppföljning av detta genomförts.

Att återgå till tidigare sätt att ordinaera på papper och för hand är inte aktuellt. Detta ordinationssätt var en källa till ofta förekommande tolkningsvårigheter och osäkerhet med klara svagheter.

Kan innehålla svagheter

Sammanfattningsvis har den tragiska utgången (där orsakssambandet mellan den genomförda behandlingen och flickans död är osäkert) lett till en klagörande analys av svagheter i nuvarande rutiner och också pekat på att införande av datorbaserade system som skall öka säkerheten i sig kan innehålla svagheter som inte alltid kan förutses vid upphandlingen och genomförandet.

Detta trots att här förelåg en lång period av testning, simulering och utbildning innan systemet togs i »skarpt« bruk.

Thomas Wiebe

sektionschef, barnonkologi

Charlotta Schaedel

verksamhetschef, barnsjukvård medicin
Universitetssjukhuset i Lund

Godtagbara rutiner för bevakning av elektroniska remissvar saknades

Handläggningsbrister försenade tumördiagnos – uppenbart ökad risk för patienten

Vårdcentralen saknade godtagbara rutiner för bevakning av elektroniska remissvar samt för vilka åtgärder som skulle vidtas om svaret på en remiss dröjde eller uteblev. Familjeläkaren, vars handläggning försenade diagnosen lungtumör, var själv verksamhetschef vid vårdcentralen och ansvarig för rutinerna. (HSAN 2600/05)

Den 63-åriga kvinnan sökte den 1 februari 2005 vårdcentralen på grund av hosta med gulgrön och blodtingerad sputa. Vid undersökningen av lungorna fann familjeläkaren ett biljud. Han tolkade tillståndet som luftrörskatarr och ordinerade

antibiotika. En remiss för lungröntgen sändes elektroniskt till röntgenkliniken.

Röntgenundersökningen utfördes tio dagar senare och visade malignitetssuspekt förändring i ena lungan, vilket var nytillkommet sedan en undersökning år 2003.

Något svar angående undersökningen skickades inte till patienten och hon återkom till familjeläkaren den 7 mars med önskan om brevsvaret på lungröntgensvaret.

I juli 2005 upptäcktes att röntgensvaret funnits i journalen sedan februari. Då hade redan en avancerad lungcancer med spridning upptäckts.

Patienten anmälde familjeläkaren. Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av familjeläkaren, som bestred att han gjort fel. Till sitt yttande bifogade han vårdcentralens skriftliga rutiner angående provsvars-hantering.

Han uppgav att han var familjeläkare och vårdcentralenschef. Han uppfattade patientens sjukdomsbild som bronkit och behandlade henne med bredspektrumantibiotika. Eftersom hon var rökare och hostat en längre tid remitterade han henne för lungröntgenkontroll, som utfördes den 10 februari. Den 7 mars fick han meddelande från en sköterska att