

Missade appendicit hos 5-årig flicka

Underläkaren borde ha tagit S-CRP, akut ultraljud och ordnat observation

**Vid tillstånd med akuta buksmär-
tor av avsevärd intensitet, feber
och kräkningar, i kombination
med ömhet till höger i buken bör
aktiv diagnostik bedrivas, exem-
pelvis i form av S-CRP, akut
ultraljud, observation eller plane-
rad kontroll. (HSAN 428/05)**

En 5-årig flicka insjuknade med buk-
smärtor, kräkning och feber. Hon sökte
vid ett barnsjukhus och undersöktes vid
04-tiden av en underläkare. Han bedöm-
de att ingen akut kirurgisk sjukdom fö-
relåg och flickan skickades vid 6-tiden
hem med rådet att under dagen uppsöka
ett annat barnsjukhus för utredning.

Hon återkom vid 14-tiden och man
misstänkte då appendicit. Hon operera-
des under kvällen, varvid denna diagnos
bekräftades. Flickans föräldrar anmälde
underläkaren för felbehandling.

Ansvarsnämnden tog i patientjour-
nalen och yttrande av underläkaren, som
bestred att han gjort fel.

Det fanns inget tvivel att patient var
akut insjuknad, med feber, kräkning och
magont. En rad sjukdomar hos barn har

denna kliniska bild, särskilt under tidigt
skede. Då kliniska bilden var mild och
inga tydliga tecken till kirurgiska sjuk-
domar eller specifika infektioner fanns,
beslutade underläkaren att följa förlop-
pet de närmaste timmarna, sade han.

Patientens kliniska bild var inte svår
nog för att begära akut röntgenunder-
sökning under nattetid. För att en akut
ultraljundsundersökning ska utföras på
natten på barnsjukhuset måste jourha-
vande röntgenläkare ringas in, och detta
sker bara i mycket begränsade situatio-
ner, som inte förelåg här. Invasiva un-
dersökningar, som blodanalys, utförs
också bara när resultatet kan påverka
förloppet och handläggningen.

Ingen kirurgi på natten

I detta fall skulle, även om tecken på in-
fektion skulle föreligga på analysresulta-
ten, ingen kirurgisk åtgärd utföras under
natten. Vanligen utförs kirurgiska åtgär-
der bara efter definitiv diagnos, som krä-
ver ultraljundsundersökning hos patien-
ter med misstänkt appendicit.

Efter diskussion med patientens för-
äldrar, med tanke på den kliniska bilden,
som var mild, och möjligheten att åter-

komma på morgonen för ny undersök-
ning och lämna in urinprovet, blev det
slutligen beslutat att patienten skulle åka
hem och åter till sjukhus på morgonen
eller tidigare vid försämring.

Enligt journalanteckning vid andra
besöket dagen därpå kom patienten kl
13.50, vilket tyder på att den kliniska
bilden inte kunde vara så allvarlig, som
patientens föräldrar påstod vid första be-
söket. Det är inte ovanligt att diagnosen
för appendicit inte kan ställas vid första
besöket, även med ultraljundsundersök-
ning och blodanalys, och väntan i flera
timmar, ibland ett dygn eller mer, kan
behövas för att inte operera patienter i
onödan, hävdade underläkaren.

Bedömning och beslut

Vid tillstånd med akuta buksmär-
tor av avsevärd intensitet, feber och kräkning-
ar, i kombination med ömhet till höger i
bukens bör aktiv diagnostik bedrivas, ex-
empelvis i form av S-CRP, akut ultra-
ljud, observation eller planerad kontroll,
understryker Ansvarsnämnden.

Av utredningen framgår att underlä-
karen underlåtit detta. Han får därför en
erinran. •

En 9-årig flicka fick tillväxthormon utan korrekt indikation av doktor utan adekvat kompetens

**En doktor varnas för att han be-
handlat två patienter, den ena en
9-årig flicka, med tillväxthormo-
net Genotropin i strid mot veten-
skap och beprövad erfarenhet.
(HSAN 908/05)**

En 76-årig kvinna blev under slutet av
år 2000 förvirrad, vilket bedömdes bero
på stroke. Hon led även av insulinbe-
handlad åldersdiabetes, högt blodtryck,
höga blodfetter och lindrig hjärtsvikt.
Doktorn beslutade att behandla henne
med injektion av Genotropin. Denna be-
handling gavs under tre veckor och två
till tre gånger per år.

En 9-årig flicka upplevde att hon var
liten till växten jämfört med jämnåriga.
Doktorn beslutade att inleda en sexmån-
naders behandling med tillväxthormon
och utfärdade den 16 oktober 2003 ett
recept på Genotropin.

Socialstyrelsen anmälde doktorn.
Styrelsen anförde bland annat att dok-

torn inte utfört sitt arbete i överensstäm-
melse med vetenskap och beprövad er-
farenhet när han utan godtagbar indika-
tion har behandlat två patienter med till-
växthormonet Genotropin.

Doktorn har, enligt en anmälan från
Apoteket, utfärdat ett itererbart recept
på Genotropin miniquick injektion 0,8
mg motsvarande en årsförbrukning till
den 9-åriga flickan. Vidare har han re-
kvirerat tre förpackningar med 7x1 dos
Genotropin miniquick injektion 1,2 mg
för en annan patient.

»Under normalkurvan«

Doktorn uppgav att han behandlade den
9-åriga flickan med tillväxthormon där-
för att hennes födelsevikt var 2,8 kg och
att hon därefter legat under normalkur-
van både avseende vikt och längd. Eftersom
flickan upplevde det som besvärligt att
alltid vara minst i skolan beslöt han att
under en sexmånadersperiod pröva be-
handling med tillväxthormon.

För kvinnans del började behand-

lingen sedan hon drabbats av flera blod-
proppar i hjärnan. Kvinnan som tidigare
hade varit helt klar i huvudet blev full-
ständigt förvirrad och kunde inte längre
klara sig själv. Hon led då av insulinbe-
handlad åldersdiabetes, högt blodtryck,
höga blodfetter och lindrig hjärtsvikt.

Doktorn ansåg, med stöd av publice-
rad forskning, att det kunde vara intres-
sant att se om tillväxthormon kunde re-
versera en del av kvinnans symtom. Han
har sedan dess behandlat kvinnan 2–3
gångar per år med treveckors kurer med
Genotropin (1,0–1,4 mg/dos). Enligt
doktorn har kvinnan inte haft några yt-
terligare proppar, minnet är återställt
och insulinet är borttaget.

Enligt Socialstyrelsen har doktorn
inte iakttagit kraven på sakkunnig och
omsorgsfull vård som gäller vid utläm-
nande och förordnande av läkemedel.

Vid genomgång av handlingarna i
ärendet framkommer att det inte genom-
förts någon adekvat utredning avseende
misstänkt brist av tillväxthormon i de

två patientfallen. Därtill har det inte utförts någon kompletterande provtagning som till exempel röntgenundersökning eller andra undersökningar för att fastställa eventuell tillväxthormonbrist.

För flickan finns en tillväxtkurva från barnvårdcentralen som visar att hon legat i närheten av en standardavvikelse från medelvärdet under många år. Behandlingen med tillväxthormon som pågått under en period mellan 9 och 10 års ålder har inte påverkat lutningen av denna tillväxtkurva. Enligt Socialstyrelsens mening saknas således indikation för behandling med tillväxthormon.

Inte heller avseende kvinnan ansåg Socialstyrelsen att det har förlegat någon indikation för behandling med tillväxthormon.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och hämtade in yttrande av doktorn.

Accepterade kritiken

I fallet med den 9-åriga flickan accepterade han den kritik som Socialstyrelsen riktat, underlaget var inte fullt medicinskt vetenskapligt tillfredställande.

I kvinnans fall tyckte han sig handlat korrekt. Efter flera större cerebrala insulter blev hon kognitivt och motoriskt handikappad. Hon fick försämrad diabetes som svarade dåligt på medicin. Med stöd från vetenskaplig publikation om god effekt vid cerebrala insulter satte han ex juvantibus in Genotropin som

En ST-läkare varnas för att ha felbedömt ett PAD-svar efter konisation. Samtidigt kritiserar den medicinskt ledningsansvarige läkaren för att inte tidigare medverkat till att införa ett säkert system för hanteringen av PAD-svar. (HSAN 3498/04)

Den 55-åriga kvinnan, fick den 16 oktober 2003 ett cellprov taget i samband med en hälsokontroll vid vårdcentralen. Provsvarat gick till kvinnokliniken vid ett universitetssjukhus.

Den medicinskt ansvarige läkaren A bedömde att provet visade på avvikelser och att fortsatt utredning skulle ske på kvinnokliniken. Den 16 januari 2004 genomgick patienten en granskning av slemhinnorna i slidan och livmoderhalsen samt ny provtagning. Vid analys kunde cancer varken bekräftas eller uteslutas. A planerade för konisation.

Den 4 februari utförde ST-läkaren konisationen. PAD-svaret visade på en högt differentierad skivepitelcancer och grava cellförändringar.

Enligt kvinnoklinikens rutin skulle

han betala själv då det klart låg utanför i Sverige accepterade indikationer.

Ansvarsnämnden påpekar att de som enligt Fass kan komma ifråga för behandling av tillväxthormon är personer med tillväxstörning på grund av otillräcklig insöndring av egenproducerat tillväxthormon, personer med Prader-Willis syndrom, Tumers syndrom och kronisk njurinsufficiens samt barn som är födda små för graviditetstiden med tillväxstörning (SGA).

Tillväxstörningen i den senare gruppen ska vara av sådan omfattning att barnets längdtillväxtkurva ligger på mindre än -2 SD vid 4 års ålder. Flickan vägde vid födelsen 2 800 gram. Det framgår inte av utredningen om hon var för tidigt född eller inte.

Uppfylld inte kriterierna

Hon har enligt doktorn från födelsen legat under normalkurvan avseende både vikt och längd. Av tillväxtkurvan framgår emellertid att hon i stort sett hela tiden följt längdkurvan på -1 SD, det vill säga att hon hela tiden har legat mellan medelvärdet och en standardavvikelse ifråga om längdtillväxt utan tendens till avplaning.

Tillväxtkurvan ger således inga hållpunkter för bristande tillväxthormonproduktion och inte heller har doktorn påvisat bristande produktion genom skelettåldersbestämning, hormonbestämning eller belastning. Av utred-

ningen framgår således inte annat än att flickan inte uppfyllde kriterierna för behandling. Doktorn har inte gjort någon annan uppföljning än mätning av flickans kroppslängd.

Doktorn har uppgett att det finns vetenskapligt stöd för behandling med tillväxthormon som ordinerats till kvinnan. Han har emellertid inte visat vilka vetenskapliga publikationer han stöder sig på.

En relativ kontraindikation

Behandlingen kan utlösa eller försämra en diabetes och att behandla en patient som har diabetes med Genotropin måste därför anses som en relativ kontraindikation.

Doktorn har anfört att Genotropin-behandlingen beträffande kvinnan har haft effekt. Några adekvata undersökningar före, under eller efter behandlingen har emellertid inte utförts. Eventuella biverkningar och effekter har således inte kunnat påvisas, konstaterar Ansvarsnämnden.

En behandling med Genotropin skall initieras och följas upp av en läkare med adekvat kompetens och erfarenhet. Dessa kriterier uppfyller inte doktorn och han har inte konsulterat någon specialist i endokrinologi eller pediatrik.

Behandlingen med tillväxthormon i de två fallen har inte heller skett på korrekt indikation och har inte utförts på korrekt sätt. Doktorn får en varning. •

ST-läkare felbedömde PAD-svar efter konisation – missade cancer

PAD-svaret gå till A, i egenskap av medicinskt ledningsansvarig läkare, för bedömning innan den provtagningsansvarige läkaren fick det för åtgärd. Detta skedde dock inte i detta fall. Enligt rutinen saknades signeringskrav från specialistläkare vad gällde PAD-svar.

ST-läkaren fick PAD-svaret och bedömde att det enbart rörde sig om grava cellförändringar. Han skrev den 25 februari till patienten att han hoppades att tidigare observerade förändringar nu var borttagna och bad henne komma för ett nytt cellprov efter cirka tre månader. Detta prov togs den 4 maj och bedömdes av läkare A som godartat. Han planerade för en kontroll om ett år.

Patientens journal togs fram den 16 augusti av en annan orsak. A fann då att svaret från konisationen missbedömts. Han såg till att patienten genast kallades till kvinnokliniken och att hon fick behandling för cancer.

Från den 1 februari till och med den

14 mars 2004 fanns en tillförordnad verksamhetschef för kvinnokliniken i väntan på att en ny chef skulle tillträda.

Patienten anmälde verksamhetschefen vid vårdcentralen, läkare A, ST-läkaren och verksamhetschefen på kvinnokliniken. Anmälan omfattade bland annat bristande rutiner, felaktig information samt fördröjningen med behandling av den cancersjukdom hon hade.

Ansvarsnämnden har tagit del av patientens journaler och hämtat in yttrande av de anmälda.

Att PAD-svaret från konisationen missbedömdes, missförstods eller missades är djupt olyckligt men skall inte åläggas handläggningen i sin helhet som inkompetent, utan handläggningen i övrigt har skett på ett mycket kompetent, seriöst och snabbt sätt, varför anmälan inte godtas, framförde läkare A bland mycket annat.

ST-läkaren framhöll att enligt klinikkens rutiner skall alla PAD-svar bedö-

mas av medicinskt ledningsansvarig läkare på mottagningen innan provtagningsansvarig läkare får det för åtgärd. Av okänd anledning har så inte skett i detta fall. Han hade felbedömt PAD-svaret den 20 februari. Orsaken kan vara hög arbetsbelastning, störande moment under det administrativa arbetet, ingen dubbelsignering av medicinskt ledningsansvarig läkare samt dubbla budskap i sammanfattningen av det patologiska/anatomiska svaret.

»Ger patienten rätt«

Den nya verksamhetschefen som tillträdde den 15 mars 2004 menade att den dåvarande rutinen avseende kontroll av PAD-svar måste anses otillfredsställande då signeringskrav från specialistläkare saknades. Hon gav patienten rätt i att kvinnoklinikens rutin var bristfällig. Med anledning av det inträffade har ru-

tinen ändrats. Idag förses varje PAD med stämpel, där såväl ansvarig dagbakjour som patientansvarig läkare skall signera.

Sedan kliniken införde datorjournal i oktober 2004 lägger dagbakjour bevakning till sig själv på de patienter där PAD visar cancer, för att tre veckor senare förvissa sig om att patienten är korrekt omhändertagen.

Även den ställföreträdande verksamhetschefen gav patienten rätt i kritiken av den dåvarande rutinen.

Bedömning och beslut

Det framgår av innehållet i journal och övrig utredning att A skötte kvinnoklinikens inledande hantering av patienten korrekt, menar Ansvarsnämnden.

Journal och övrig utredning visar att ST-läkaren gjorde en felaktig bedömning av PAD-svaret efter konisationen.

Detta ledde till han fortsatte handlägga patienten felaktigt. Han får en varning.

Utredningen visar att kvinnokliniken hade en rutin för bedömning av PAD-svar som inte var tillfredsställande. Det borde ha funnits ett krav på signering av specialistläkare vad gällde PAD-svar av det aktuella slaget.

Verksamhetschefen för kvinnokliniken när den anmälda händelsen ägde rum hade uppdraget enbart under en period av sex veckor och i avvaktan på att en ny chef skulle tillträda. Hon bör därför inte kritiseras för den bristfälliga rutinen.

A var kvinnoklinikens medicinskt ledningsansvarig läkare. Han kritiseras för att han inte tidigare medverkat till införandet av ett säkert system vad gällde hanteringen av PAD-svar, men kritiken är inte sådan att den medför disciplinföljd, anser Ansvarsnämnden. •

Skrevs ut trots allvarliga varningstecken för suicid

Skulle ha lagts in frivilligt eller med tvång – tog sitt liv ett par dagar senare

Om patienten inte gick med på att läggas in frivilligt borde han ha omhändertagits för vård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Det anser Ansvarsnämnden och fäller en psykiater som trots allvarliga varningssignaler om suicid skrev ut en man, som ett par dagar senare tog sitt liv. (HSAN 2475/04)

Den 58-årige mannen kom den 11 augusti med ambulans till medicinska akutvårdsmottagningen vid ett länsjukhus efter att ha hittats medvetslös på en ö. Enligt sin flickvän hade han i en vecka druckit mycket alkohol i suicidalt syfte.

Han lades in för observation. Prov togs, vilka var i huvudsak utan anmärkning fränsett ett prov på etanol.

Kontakt togs senare under dagen med jourhavande psykiater för bedömning och eventuellt övertagande. Denne bedömde patientens tillstånd som anpassningsstörning med nedstämdhet och ångest i kombination med alkoholmissbruk. En inläggning bedömdes »göra ont värre« och patienten fick gå hem med flickvännen. Recept på olika mediciner utfärdades. Två dagar senare tog patienten sitt liv »genom att kasta sig utför ett mycket högt berg«.

Flickvännen, och patientens bror, anmälde bland annat jourhavande psykiater för att mannen inte lades in på vårdintyg, trots att han var ur stånd att ta an-

svar för sitt eget liv. Ansvarsnämnden läste patientens journal. Psykiatern delgavs anmälan men valde att inte yttra sig. I journalen hade han antecknat bland annat följande efter sin undersökning av patienten.

»Psykiskt status: Spänd, är mycket olustig inför tanken att ligga inne hos oss. Men inget psykotiskt. Inget oavledbart depressivt inte heller något aktuellt suicidalt. Depressivitetstecken med viktnedgång, passivitet. En man som kan tänkas tendera att lindra sin ångest med alkohol och då rinner den ackumulerade bägaren över; skall lösa övriga problematiken genom att ta livet av sig.

»Svårt se enkel lösning«

Bedömning/Åtgärd: Man kan naturligtvis se här att med alkoholmissbruket föreligger en risk för suicidala handlingar och suicid. Tillståndet tolkas som anpassningsstörning med nedstämdhet och ångest i kombination med alkoholmissbruk. Underliggande problematik av gammalt datum och någon riktigt enkel medicinskt psykiatrisk behandlingslösning är svårt att se. Man ser på patientens inställning att det kan bli en kränkningssituation som riskerar att göra ont värre, utan vi arbetar i stället på en samförstånds lösning.«

De kom överens om att omedelbart gå in med impulsbromsande Revia och Remeron för att modulera ångest och förhoppningsvis höja humöret en del, det bör man kunna göra även om det inte

verkar föreligga en depressionssjuka i egentlig mening. I övrigt får han med sig 4 st Stesolid á 5 mg.

Det finns en problematik runt det gamla äktenskapet som patienten upplever som olöslig. Patienten behöver ha coaching i att försöka angripa nuvarande situation, menade psykiatern.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att jourhavande psykiatern hade ett långt samtal med patienten. Han samtalade även med patientens flickvän och bror. Han bedömde att det förelåg risk för suicidala handlingar i samband med alkoholmissbruket, men att det inte fanns något aktuellt suicidalt.

Den bedömningen förefaller märklig med tanke på vad som förevarit, menar Ansvarsnämnden. Psykiatern borde i så fall ha utvecklat bedömningen mer. Patienten hade kommit in till sjukhuset efter ett allvarligt självmordsförsök. Han befann sig i en mycket besvärlig och pressad social situation, som han inte kunde lösa. Han hade ökat sitt alkoholintag kraftigt senaste veckan och då gjort suicidala handlingar. Detta måste ses som allvarliga varningstecken.

Psykiaterns åtgärd att skriva ut patienten under sådana omständigheter måste anses som fel. Om denne inte gick med på att läggas in frivilligt borde han ha omhändertagits för vård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Psykiatern får en erinran. •

På säkra sidan