

gjordes ett vänstersidigt klipp och yttre press av buken för att påskynda förlossningen eftersom huvudet när STAN signalerat stod nästan i genomskärning och bedömning gjordes att dessa ingrepp är snabbare än sugklocka.

Kvinnan hade dock mycket glesa värkar. Från det att STAN signalerade kl 01.10 till förlossning gick 14 minuter, vilket är ungefär den tid som det tar till förlossning även vid sugklocka ifrån det att sugklockan hämtas in på rummet, till anläggning och i genomsnitt 2–3 dragningar. Därefter stod huvudet ca 3–4 minuter i vulva innan resten av kroppen kunde uthämtas vid nästa värk.

Barnet var taget vid förlossningen, vilket till stor del även hade samband med att huvudet stod så pass länge i vulva innan nästa värk kom.

Förlossningsläkaren hänvisade till att hon i journalen antecknat att med facit i hand (metabolisk acidosis) skulle sugklocka ha lagts tidigare, men det är viktigt att poängtera att CTG inte gav signaler tillräckligt tydligt för att på grund av hotande syrebrist anlägga en sugklocka.

Förlossningsläkaren bestred att hon gjort fel eftersom handläggningen vad gäller primär värksvaghet samt hotande fosterasfyxi var utförd enligt gällande rutiner på kvinnokliniken.

Bedömning och beslut

Kvinnan hade ett utdraget förlossningsförlopp med en primär värksvaghet, där risken för fetal påverkan är ökad. Förlossningen övervakades med sedvanligt CTG och det nyare systemet

STAN. Vid två tillfällen – kl 15.45 och 17.20 – noterades långvarig bradykardi hos barnet (8–10 minuter), vilket borde ha föranlett uppföljning av ansvarig läkare, framhåller Ansvarsnämnden. Från kl 20.30 blev CTG-kurvan successivt alltmer patologisk.

Förlossningsläkaren kontaktades kl 17.20 i samband med den nya nedgången av fosterljuden.

Av journalhandlingarna framgår inte att hon därefter gjort den uppföljning som varit påkallad efter två incidenser med fetal bradykardi och primär värksvaghet.

Därutöver borde hon inte ha ställt frågan om förlossningen skulle avslutas till kvinnan, eftersom både CTG och STAN indikerade hotande fosterasfyxi.

Förlossningsläkaren får en varning. •

»Insåg inte att pojken löpte risk att insjukna med allvarliga följder av sin nydebuterade diabetes«

Doktorn hade inte diagnosen diabetes mellitus i åtanke. Han insåg inte heller allvaret i uppgifterna om stora urinvolymer och att den 12-åriga pojken löpte risk att insjukna med allvarliga följder av sin nydebuterade diabetes. Han varnas. (HSAN 790/05)

II Socialstyrelsen anmälde doktorn för att inte ha utrett pojken med symtom på diabetes mellitus.

Pojken uppgav vid sitt besök hos doktorn den 3 augusti att han sedan två veckor upplevde ökad törst och kissade omkring fem liter per dygn. I journalanteckningen finns inte noterat något status utan endast bedömning »diabetes insipidus, annat?« Som åtgärd anges utredning enligt rekommendation i Internetmedicin. Det finns inga uppgifter i journalen om utredningens innehåll eller planerad uppföljning.

Försämrades kraftigt

Pojken uppsökte tillsammans med föräldrarna barnläkare den 24 augusti då han försämrades kraftigt med illamående, kräkningar och buksmärter samt avmagring. Blodsockret var 16,4 mmol/L och urinsticka visade två plus för socker och fyra plus för ketoner.

Pojken remitterades akut till ett barnsjukhus där man konstaterade nydebuterad diabetes mellitus med ketoacidosis. Initialt vårdades han på intensivvårdsavdelning. Han skrevs ut från sjukhuset den 6 september med insulinbehandling och poliklinisk uppföljning.

Enligt uppgift från sjukhuset hade doktorn ordinerat HbA_{1c}, dygnsurinmätning samt Minirintest men inget blodsocker den 3 augusti. Pappan hämtade ut Minirin på apotek men urin- och blodprov lämnades aldrig.

Enligt anmälan kunde patienten sannolikt ha undvikit ketoacidosis och intensivvård om diagnosen ställts tidigare. I journalen från barnsjukhuset anges också att den felaktiga handläggningen sannolikt fördröjt diagnosen.

Doktorn har i sitt yttrande uppgett att pojken förutom att han drack mycket och hade urinvolymer på fem liter, vilket doktorn anser vara relativt stora mängder, mårde helt bra vid undersökningstillfället.

Ville göra bred utredning

Han ville därför göra en bred och utökad utredning för att förutom diabetes mellitus även utesluta diabetes insipidus. Hans intention var att följa utredningsgången i enlighet med webbportalen Internetmedicin. Vid misstänkt diabetes (mellitus) brukade han alltid ordinera akut blodsocker och urinsticka. Ibland kompletterade han med HbA_{1c} och andra prov.

Urinsamling och Minirintest ordinerades på separat remiss och pojken och hans pappa fick remisserna med sig för att gå till laboratoriet vilket dock inte skedde.

Doktorn fann vid dagens slut inga avvikande laboratorieresultat i signeringslistan men kunde inte heller automatiskt se om ordinerade prov var tagna.

Socialstyrelsen ansåg det anmärk-

ningsvärt att doktorn i första hand angav diabetes insipidus som misstänkt diagnos och därmed påbörjade utredning av detta mer ovanliga tillstånd innan den betydligt vanligare sjukdomen diabetes mellitus uteslutits.

Insjuknande med stark törst och stora urinvolymer är typiska symtom för diabetes mellitus. Med dessa symtom borde det vara en självklarhet för en legitimerad läkare att i första hand bekräfta eller utesluta denna diagnos. Det är ytterst angeläget att genast göra bestämning av glukos i blod och urin för att få diagnosen fastställd och patienten akut omhändertagen. Ketoacidosis och diabeteskoma kan utvecklas snabbt, inom ett par dagar, hos en ungdom om insulinbehandling inte sätts in.

Socialstyrelsen ansåg vidare att symtomen borde ha gett anledning till en noggrannare anamnes och undersökning. Bedömningen skulle även ha innefattat dokumentation av planerad uppföljning.

»Onödig och allvarlig risk«

Doktorn borde inte ha släppt kontakten med patienten innan han fått svar på de akuta prov som han uppgav att han beställde. Genom denna försummelse utsatte han patienten för en onödig och allvarlig risk eftersom diagnosen försenades och sjukdomen kom i ett kritiskt skede.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och yttrande av doktorn.

Han hänvisade till journalen där det framgår att han bedömde att det fanns risk för att det skulle kunna vara en dia-

betes insipidus. Han ville därför försäkra sig om att utesluta även den diagnosen. Därför påbörjade han utredning i två parallella spår. Han ordinerade akut b-glukos och urinsticka för att snabbt påvisa/utesluta en diabetes mellitus. HbA_{1c} ordinerades för att få en överblick över tidsförloppet.

Om proven varit positiva, hade han fått diagnos och kunnat stoppa vidare utredning av diabetes insipidus med mera. Hans planerade utredningsgång framgår genom hans hänvisning till webportalen Internetmedicin, framhöll han.

Ansvarsnämnden konstaterar att

doktorn inte har journalfört annat än stora urinmängder och att pojken drack stora mängder vätska. Hans diagnosförslag var diabetes insipidus och inte det betydligt vanligare och i detta fall troligare tillståndet diabetes mellitus.

I sitt yttrande har doktorn uppgett att han ordinerat prov med HbA_{1c} (prov som ger uppfattning om glukoskontrollen under de senaste sex veckorna) men även akut plasmaglukos och urinsticka. Uppgiften att de senare proven skulle ha ordinerats har först framkommit i hans yttrande till Ansvarsnämnden.

Doktorn synes inte ha haft diagnosen

diabetes mellitus i åtanke. Han har inte heller insett allvaret i uppgifterna om dessa stora urinmängder och att pojken löpte risk att insjukna med allvarliga följder av sin nydebuterade diabetes. Även om han hade en annan diagnos i åtanke borde han ha uteslutit diagnosen diabetes mellitus typ 1 på grund av sjukdomens allvar.

Även om prov ordinerades planerade doktorn inte för en adekvat uppföljning. Han borde ha föranstaltat om akut provtagning av plasmaglukos och urinprov samt därefter tagit tillbaka pojken för bedömning. Han får en varning. •

Internmedicinare gav två gånger för hög dos Innohep – kvinna avled

»Borde skaffat sig erforderliga kunskaper före ordinationen«

Den förskrivande internmedicinaren följde varken det lokala vårdprogrammet eller rekommendationerna i Fass. Det ledde till att en kvinna fick en dubbelt så hög dos Innohep som hon skulle ha haft. Hon avled. Internmedicinaren varnas. (HSAN 1791/05)

■ Det var Socialstyrelsen som anmälde internmedicinaren.

Bakgrunden var att den 59-åriga kvinnan 2001 genomgått en lever-, pankreas- och tunntarmstransplantation. Efter detta hade hon kvarvarande morfinkrävande buksmärtor. 2003 behandlades hon med Waran på grund av djup ventrombos i höger arm.

Den 22 november 2004 kom patienten in akut med buksmärtor till medicinkliniken vid ett universitetssjukhus. Hon lades in. Tunntarmspassage var utan anmärkning. Smärtbehandlingen optimerades. Den 29 november hade patienten svullnad i höger arm. Den tidigare kända djupa ventrombosen hade byggts på med färsk trombotisering.

Den 30 november insattes lågmolekylärt heparin (LMVH) i form av Innohep subkutant. Dosen var 19 000 enheter per dag. Ansvarig för ordinationen var internmedicinaren.

Komplikationer tillstötte

Den 7 december fick patienten ökade buksmärtor och spänd buk. Dator-tomografi visade retroperitoneal blödning. Dagen därpå hypovolem chock. Arteriografi visade misstänkt blödning från distala artäranastomosen mot aorta.

Samma dag överfördes patienten till ett annat universitetssjukhus. Där uppdagades det att Innohep ordinerats och givits i dubbelt så hög dos som rekommenderas i Fass. På sjukhuset emboliserades den blödande artären och blodet retroperitonealt och i pleura dränerades. Komplikationer tillstötte och patienten avled.

På hösten 2004 pågick en omfattande omorganisation vid medicinkliniken på det första universitetssjukhuset. Internmedicinaren mötte nya patientgrupper.

Han berättade att han hade bedömt att han kunde vara ansvarig för en nyöppnad avdelning som skulle få ett mer oselecterat intag även av allmän internmedicinska patienter genom att förlita sig på kunskap hos läkarkollegor under specialistutbildning och hos sina yngre kollegor inom sektionen.

Behandling med subkutana injektioner av lågmolekylärt Heparin var en ny behandling för honom.

»Mitt ödesdigra misstag blev att jag doserade efter svårighetsgrad av tillstånd men tog sedan inte hänsyn till att behandlingen också måste doseras per kilokroppsvikt, vilket tydligt framgår av Fass«, skrev han.

Kontrollerade inte i Fass

Av internmedicinarens yttrande och av den interna orsaksanalys som utförts framgår också att under hösten 2004 var tillgången på läkare mycket knapp, vilket innebar en pressad situation för honom, som ofta var ensam överläkare med sena ronder och stressituationer.

Detta förde med sig att han slutade delta i alla planerade diskussioner kring

patienter, forskning och administrativa utvecklingssamråd vilket i sin tur ledde till att flera av dessa schemalagda diskussioner inte blev av.

Även den schemalagda tiden för diskussioner kring inneliggande patienter fallerade. När Innohepdosen ordinerades var internmedicinaren ensam tjänstgörande överläkare.

Enligt en journalanteckning, daterad den 8 december 2004, hade han ur minnet tagit dosen och således inte kontrollerat genom att läsa i Fass med avseende på behandlingsdos.

Dessutom finns i det lokala vårdprogrammet för utredning och behandling av venös tromboembolism tydliga doseringsangivelser vilket han inte heller tog del av.

Organisatoriska brister

Socialstyrelsens vetenskapliga råd i internmedicin Jesper Persson skrev i ett utlåtande att helt entydigt har en felaktig behandling givits. Den felaktiga doseringen har lett till patientens dödsfall.

Felbehandlingen kan inte ursäktas med att det rör sig om en komplicerad eller nyetablerad behandlingsrutin. LMWH är sedan drygt tio år en standardbehandling vid djupa ventromboser. Dessutom finns både i lokala vårdprogram och i Fass tydliga doseringsangivelser. Denna patient skulle ha haft ungefär halva dosen Innohep jämfört med vad hon fick.

Inte heller sattes blodförtunnande medel i form av Waran in, vilket också är rutin och som måhända kunde förkortat behandlingstiden med LMWH (Innohep). Anmärkningsvärt är också att patientens koagulationsförmåga

(INR) kontrollerades först den 7 december (PK 0, 9).

Universitetssjukhuset har gjort en mycket ambitiös och omfattande orsaksanalys av denna avvikelse. Av analysen framgår organisatoriska brister av mer eller mindre allvarlig art.

Det som är mest frapperande, och som i viss mån förklarar internmedicinarens felbehandling, är en orimligt hög arbetsbelastning på mag-tarmmedicinska sektionen överhuvudtaget och på internmedicinaren i synnerhet.

Denne beskriver själv i sitt yttrande, och detta vidimeras av orsaksanalysen, en alltför hög arbetsbörda som menligt har inverkat på såväl hans patientarbete som hans fortbildning utanför sitt specialområde.

Socialstyrelsens bedömde att internmedicinaren allvarligt brustit i sin yrkesutövning genom att inte iaktta den noggrannhet som krävdes i samband med ordinationen.

Uppenbara brister

Trots uppenbara brister i sina kunskaper om rutinerna kring behandling av subkutana injektioner av lågmolekylärt heparin underlät han att kontrollera i Fass samt använda sig av det lokala vårdprogrammet för att uppdatera sina kunskaper avseende behandling av trombos.

Internmedicinaren hade utan tvivel en stor arbetsbelastning under hösten 2004. Trots detta ansåg Socialstyrelsen emellertid att hans fel inte var ursäktligt. Ansvarsnämnden läste Social-

styrelsens utredning. Internmedicinaren medgav att han gjort fel.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten fick en nästan dubbelt så hög dos av Innohep som hon egentligen skulle ha haft. Internmedicinaren var ansvarig för den felaktiga ordinationen.

Injektion av Innohep och likvärdiga läkemedel har använts för initial behandling av ventrombos i ca 10 år. Om läkemedlet var nytt för internmedicinaren borde han ha skaffat sig erforderliga kunskaper före ordinationen.

Ansvarsnämnden finner, liksom Socialstyrelsen, att internmedicinaren inte iakttagit den noggrannhet som krävs i samband med en läkemedelsordination.

Internmedicinaren får en varning. •

Godartat junction nevus, bedömde patologen

Diagnosen malignt melanom fördröjdes ett år – patientens prognos försämrades sannolikt

Godartat junction nevus, bedömde patologen. Det var malignt melanom, en diagnos som kom att fördröjas ett år. Patologen får en varning. (HSAN 2125/05)

En 61-årig kvinna hade sökt på en vårdcentral på grund av en växande hudförändring. Den opererades bort och skickades till ett laboratorieföretag för analys. Patologen granskade preparatet och ställde i ett utlåtande diagnosen godartat junction nevus.

Vid kontroll på vårdcentralen cirka ett år senare fann man en tillväxt i operationsåret vilket föranledde en ny operation. Denna gång skickades preparatet till ett laboratorium vid ett universitetssjukhus för mikroskopisk undersökning.

Återfall i malignt melanom

Den läkare som då granskade preparatet bedömde att förändringen var ett lokalt återfall av malignt melanom.

Vid en eftergranskning av ursprungspreparatet fann man att även det var ett malignt melanom.

Fallet anmäldes enligt Lex Maria till Socialstyrelsen som i sin tur anmälde det vidare till Ansvarsnämnden.

Socialstyrelsen åberopade ett utlåtande av sitt vetenskapliga råd i patologi, Christer Sundström.

Denne konstaterade att mikroskopisk granskning visade en melanocytär förändring med både intraepidermal och

intradermal komponent bestående av nästan av melanocytära celler med hyperkromatiska kärnor och varierande, ganska grov melaninpigmentering i cytoplasman. Mitoser sågs. Någon nevuskomponent förelåg inte.

Den korrekta diagnosen var malignt melanom. Diagnosen junction nevus var oriktig.

Försvärande omständigheter

Omständigheter som kan ha försvårat bedömningen är möjligen att de aktuella snitten från förändringen är av undermålig kvalitet och att den cytologiska bilden är ovanligt beskedlig för att representera ett malignt melanom, menade Christer Sundström, som framhöll att preparatet hade bedömts tillsammans med hudpatologiexpert.

Socialstyrelsen uppgav att man i likhet med Christer Sundström ansåg att patologen på grund av bristande noggrannhet vid sin granskning av vävnadsprovet ställt en felaktig diagnos, och att han orsakat en avsevärd fördröjning av diagnostik och behandling av patienten och sannolikt bidragit till en försämrad prognos för henne.

Han hade därmed inte utfört sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

»Uppenbart ett malignt melanom«

I Lex Maria-utredningen uppgav patologen att han, sedan han eftergranskat snitten från det ursprungliga hudresektatet, insett att det rörde sig om en atypisk me-

lanocytär förändring och inte ett benignt nevus såsom ursprungligen uppgavs.

Som förmildrande omständighet kunde möjligen anges att bedömningen försvårades av artefaktmässig fragmentering av preparatet och att det förelåg en påtaglig kronisk inflammation med regressiva förändringar. I nu nedsnittat material och med facit i hand är det dock uppenbart att det rört sig om ett malignt melanom, tillstod patologen.

Han berättade att fallet hade demonstrerats för samtliga patologkollegor på hans sjukhus och att kriterierna för atypiska melanocytära förändringar diskuterats.

För att undvika framtida misstag har de kommit överens om att alla nevus med avvikande bild fortsättningsvis ska snittas ner och även visas för övriga kollegor.

Om det finns oenighet inom gruppen skickas fallet för extern konsultation. Denna instruktion kommer att dokumenteras i kvalitetssystemet och gälla samtliga patologenheter inom företaget.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning. Patologen valde att inte yttra sig till nämnden.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden finner att patologen, på det sätt som Socialstyrelsen redovisat i sin anmälan, vid sin granskning av vävnadsprovet av oaktamhet åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Felet är varken ringa eller ursäktligt och renderar honom en varning. •