

Två varnade:

## Missade testistumör hos ung man

**En överläkare och en biträdande överläkare vid en kirurgklinik har av Ansvarsnämnden fått var sin varning för att inte ha diagnostiserat en testistumör hos en ung man. (HSAN 1323/96)**

Mannen remitterades av sin husläkare till kirurgkliniken på grund av en tilltagande svullnad i pungen. Han fick en undersökningstid först efter fyra månader.

Husläkaren reagerade när man från kirurgkliniken inte hört av sig efter två månader. En ny remiss skrevs, nu till akutmottagningen där mannen samma dag undersöktes av biträdande överläkaren.

### »Torde representera ett hematom»

Denne tog med finnål ett cellprov, som endast visade lite blod. I svaret från ett ultraljud angavs att förändringen i pungen »torde representera ett hematom». En förklaring som biträdande överläkaren accepterade. Mannen hade ett par månader tidigare hamnat grensle över ett staket och blivit svullen på pungen.

Mannen kom senare, på den först uppsatta tiden, till överläkaren. Denne blev misstänksam och beslöt om operation. Han fann en misstänkt tumör.

Patienten flyttades till en urologklinik där man konstaterade att han hade en elakartad tumör.

### Väntetiden var alldeles för lång

Socialstyrelsen anmälde de båda läkarna för felbehandling av den unge mannen. Som stöd hade styrelsen bl a ett utlåtande från vetenskapliga rådet i urologisk kirurgi, professor Silas Pettersson.

Denne pekade på att läkaren vid kirurgkliniken som bedömde den första remissen gjorde fel som gav patienten en tid först om fyra månader.

Biträdande överläkarens handläggning av en sedan närmare fyra månader tilltagande hård resistens i pungen avvek från beprövad erfarenhet och måste likställas med försumelse, menade Silas Pettersson.

Överläkaren var den som

## ANSVARSÄRENDE

bedömde den första remissen. Att han hade lågprioriterat den förklarade han med att det där framgick att testikeln var u a.

Han framhöll att såväl hans felbedömning av remissen som det negativa röntgenfyndet berodde på att tumören, ett paratestikulärt rabdomyosarkom, är sällsynt.

Biträdande överläkaren, som tog emot patienten i samband med den andra remissen, visste inget om den första remissen. Han hade undersökt patienten samt skickat honom på röntgen med frågeställningen »tumör?»

Från röntgen bedömde man att resistensen »torde representera ett hematom» samt att »testiklarna är avgränsade från hematomet».

### »Ursäktligt besked»

Biträdande överläkaren uppgav att han sedan väntade på att bilderna skulle skyltas så han kunde diskutera dem med röntgenologen. En skyltning såg han som angelägen, eftersom han ställt en så allvarlig fråga om utfyllnadens natur.

Eftersom det inte blev någon skyltning tog han upp fallet muntligt med röntgenologen och fick bekräftat att det utan större tvekan var ett hematom. Då avfärdade han i ett brev till patienten fyndet som hematom. Han ansåg att detta besked till patienten var ursäktligt.

Hade, sade biträdande överläkaren, röntgenologens svar varit »vet ej» eller »tumör kan vi inte utesluta» hade hans utredning fått en annan inriktning.

### Bör alltid väcka misstanke om tumör

Ansvarsnämnden konstaterade att mannen blivit felaktigt behandlad i flera avseenden:

Det var fel av överläkaren att inte ge honom hög prioritet från början. Knölar i pungen som debuterar på det sätt som skedde i det här fallet bör alltid väcka misstanke om att det finns en bakomliggande tumör.

Det var fel av biträdande överläkaren att av finnålsprovet och röntgenutlåtandet genast dra slutsatsen att en olycka låg bakom.

Han skulle i stället ha utrett vidare för att förvissa sig om att det inte var fråga om en tumör, ansåg nämnden.

Båda läkarna varnades. •

Två varnade:

## Riskgraviditet övervakades bristfälligt – tvillingar dog

**Kvinnans tvillinggraviditet var så avvikande från det normala att hon måste betraktas som en högriskpatient. Men övervakningen av henne brast. Tvillingarna dog.**

**Två överläkare har därför av Ansvarsnämnden tilldelats var sin varning. (HSAN 1301/96)**

Den 34-åriga kvinnan hade fött barn tidigare. Nu var förlossningen beräknad till den 26 oktober. Men på grund av förhöjt blodtryck, proteinuri och successivt ökande viktavvikelse särskilt på tvilling I (minus 31 procent) lades hon in på kvinnokliniken redan den 17 augusti. Tre dagar senare konstaterades att tvillingarna var döda.

### Inget beslut togs om CTG-övervakning

Socialstyrelsen anmälde chefsöverläkaren, två överläkare och en underläkare och anförde följande.

Vid inläggningsbeslutet den 17 augusti ordinerades fosterljudskontroller men ingen ytterligare övervakning av tvillingarna i form av t ex CTG-registrering eller flödesmätning. Ansvarig för detta var överläkare A.

På morgonen den 18 augusti ordinerade överläkare B en flödesmätning av tvillingarna till påföljande dag, en lördag. Inte heller nu beslutades om CTG-övervakning.

### Kvalificerad uppgift utfördes av oerfaren

Flödesmätning, sade Socialstyrelsen, är en kvalificerad uppgift som kräver en undersökare. Trots det sköt överläkare B på den till lördagen då ingen erfaren läkare fanns på kliniken.

I stället fick en underläkare, som hade så begränsad erfarenhet av flödesmätning att hennes insatser mer betraktades som träning, göra undersökningen. B måste enligt Social-

styrelsen ha känt till underläkarens bristande erfarenhet och skulle själv som ansvarig överläkare och bakjour ha medverkat vid undersökningen.

Underläkaren, som uppfattade resultatet av sin undersökning som normalt, borde enligt styrelsen själv ha påtalat det olämpliga i att hon utan handledning gjorde undersökningen. Hon hade ju ett eget yrkesansvar.

Efter undersökningen fick patienten permission och åkte hem.

På kvällen nästa dag gjordes en ny undersökning, av överläkare B. Han upptäckte då att båda tvillingarna var döda.

Den 21 augusti inducerades förlossningen. Tvilling I vägde 950 gram, tvilling II 1 670.

### Rutinerna borde ses över

Chefsöverläkaren anmälde av Socialstyrelsen som ansvarig för klinikens rutiner och riktlinjer. Det här fallet visade att rutinerna såväl för fosterövervakning vid riskgraviditeter som för utbildning i flödesmätning borde ses över.

Som stöd för sitt ställningstagande hade styrelsen bl a ett yttrande från vetenskapliga rådet i obstetrik och gynekologi, docent Ulf Hansson, som påpekade att utbildning i ultraljudsundersökning är ett problem.

Det är viktigt att unga läkare får komma till och lära sig, men det måste ske under handledning och organiserad utbildning, sade han. Om man gör en flödesmätning för att öva sig kan inte detta användas som en fullgod undersökning från sjukvårdssynpunkt.

### »Helt oacceptabelt»

»Att, som i det här fallet, använda undersökningen av en oerfaren underläkare som fosterövervakning men samtidigt inte dokumentera undersökningen, och att den undersökande läkaren inte kan stå för undersökningen är helt oacceptabelt», skrev han.

Ansvar för det låg på underläkaren själv, men även i hög grad på chefsöverläkaren som borde ha angett riktlinjer för verksamheten, ansåg Ulf Hansson.

Chefsöverläkaren påpekade i ett långt yttrande om klinikens rutiner bl a att respektive överläkare genom delegation var ansvarig för att undervisa all personal. Och underläkarna fick bl a praktisk handledning i obstetriskt ultraljud i samband med förlossningsplacering.

Yttrandet ledde till att Socialstyrelsen mildrade sin kritik