

Misstänkt tillväxthämning hos foster borde ha kontrollerats med flödesmätning

Anmälare: Modern
Anmälda: Barnmorska
vid mödravårdscentral
och läkare vid kvinnoklinik
Orsak: Den ena tvillingen
avled intrauterint
HSAN 1984/98

En 30-årig kvinna var efter provrörsbefruktning gravid med tvillingar. Vid ultraljudsundersökning i sjätte graviditetsmånaden hade man på mödravårdscentralen konstaterat att tvilling I vägde ca 700 g, tvilling II 1 200g. Kontroll vid Universitetssjukhuset visade dock mindre viktskillnad (1 100g respektive 1 200g). Vid förnyad mätning en dryg månad senare vid sjukhuset vägde tvilling I 1 600g och tvilling II 2 200g. Man bad modern hälsa mödravårdscentralen att flödesmätning var önskvärd. Hon meddelade detta till barnmorskan, som förde frågan vidare till ansvarig läkare. Denne skall då ha sagt att man fick räkna med viktskillnader vid tvillinggraviditeter. Nio dagar senare konstaterades på sjukhuset att tvilling I hade dött. Patienten förlöstes på vanligt sätt och tvilling II mätte bra. Tvilling I uppvisade alla tecken till tillväxthämning.

Modern anser att man vid mödravårdscentralen borde ha agerat mer aktivt när frågan om flödesmätning kom upp.

Barnmorskan menar att hon följt de riktlinjer som gällde vid enheten, och att hon hade lämnat över ansvaret till läkaren för fortsatt handläggning.

Läkaren framhåller att tvillingarnas vikt i stort sett var lika vid den första mätningen på sjukhuset, varför han tog för givet att den skillnad i vikt som framkommit vid undersökningen på mödravårdscentralen berodde på ovana vid ny apparatur. Vid den andra mätningen på sjukhuset hade den mindre tvillingen varit svärmätt, då huvudet trängt ner i bäckenet, men abdominaldiametern på den mindre tvillingen låg

helt inom normalvariationen. Han ordnade med ny ultraljudsundersökning, men innan denna kom till stånd hade fostret dött, något som han inte anser sig ha kunnat förutse.

Ansvarsnämndens bedömning och beslut

Med tidigare gjorda undersökningar hade man kunnat utesluta en äggiga tvillingar och därmed ett transfusionssyndrom. Tvilling I uppvisade vid två tillfällen en viktavvikelse på mer än 2 SD; i sådana fall är det rutin att göra flödesmätning i navelsträngsartären. Man kan inte utesluta att en sådan mätning hade gett ökad information om fostret. Nämnden ansåg att det var olyckligt att det vid denna tidpunkt saknades klara rutiner för handläggning av tvillinggraviditeter inom mödravårdsområdet. Utredningen hade dock inte gett stöd för att den anmälda personalen hade åsidosatt sina åligganden på ett sätt som borde medföra disciplinpåföljd.

Anmälan lämnades utan åtgärd.

Överklagat till länsrätten

Modern överklagade till länsrätten. Hon menade att om man hade tagit resultatet av gjorda undersökningar på allvar skulle graviditeten ha slutat med två levande barn.

Länsrätten har inhämtat yttrande från Socialstyrelsen, som underställt specialisten i obstetrik och gynekologi Dan-Erik Wiklund frågan. Denne har i sitt utlåtande angivit bl a följande: Viktskillnader mellan tvillingfoster på mindre än 1 000g behöver inte innebära ökad risk för det mindre fostret, men innebär ofta indikation att komplettera övervakningen med flödesmätning. Socialstyrelsen anser därför att läkaren borde ha föranstaltat om kompletterande flödesmätning.

Läkaren, som har beretts tillfälle att yttra sig, har anfört bl a att det vid den aktuella tidpunkten saknades särskilt flödeslaboratorium vid kvinnokliniken, och att flödesmätning fram till dess hade betraktats som klinisk forskning. Endast någon månad tidigare hade en arbetsgrupp inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi rekommenderat att riskgraviditeter skall övervakas med blodflödesanalys av navelsträngsartären. Rapporten kunde inte vara känd för honom vid det aktuella tillfället, och det är därför felaktigt

att kritisera honom för att han inte kände till dess innehåll. Numera är flödesmätning rutin i fall som detta.

Länsrätten ansåg dock att läkaren skall åläggas disciplinpåföljd. Han borde med hänsyn till den iaktagna viktskillnaden mellan fostren ha sört för bl a en omedelbar kompletterande flödesundersökning och inom rimlig tid ombesörjt en förnyad kontrollundersökning.

Påföljden bestämdes till erinran. •

Ödesdigert decimaltecken

Anmälare: Patienten och hans hustru
Anmälda: Onkologspecialist och leg sjuksköterska
Orsak: Patienten erhöll tio gånger för hög dos av cytotatika
HSAN 1384/98

En 43-årig man som led av diabetes och hade genomgått en njurtransplantation behandlades på onkologklinik för lymfoblastom. Han erhöll en kombinerad cytotatikakur, i vilken bl a ingick det cellväxthämmande medlet vincristine (Onkovin) i en dos som på behandlingsschemat uppgavs till 1.4 mg/kvm kroppsyta, max 2.0 mg. I behandlingsjournalen angavs dag för dag-förteckning över varje preparat, dag och dos samt plats för signatur av ordinerande läkare och den sjuksköterska som iordningställt och givit läkemedlet.

Den tredje behandlingsdagen anges i journalen vincristine 2.0 mg x 1, vilket den ansvariga sjuksköterskan tolkade som 20 mg x 1. Felet uppdagades när hon rapporterade patienten till kvällspersonalen. Ansvarig läkare tillkallades och patienten och hans fru informerades om misstaget. Patienten drabbades av biverkningar med känselrubbingar och förlamningar som krävde respiratorvård. En viss förbättring sågs, men patienten avled sju månader senare.

Makarna hade anmält läkaren och sjuksköterskan för felbehandling genom feldosering av cellgift, vilket medfört att patienten erhållit en tio gånger högre dos än han skulle ha.

Händelsen hade även anmälts till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Onkologläkaren har uppgivit att han som patientansvarig läkare hade an-

modats att signera dosen vincristine på cytostatikakortet. På framsidan angavs dosering efter kroppsytta till 1,4 mg/, inne i kortet till 2.0 mg. Han trodde då att ordinationen var klar och entydig.

Sjuksköterskan (vid händelsen legitimerad sedan två månader tillbaka) hade den aktuella söndagen att ta hand om denne patient för cytostatikabehandling. Han skulle endast ha vincristine, och hon tolkade ordinationen, utan att ens fundera eller tveka över den, som 20 mg. För att iordningställa ordinationen tillförde hon innehållet i tio ampuller vincristine à 2 mg till infusionen (att använda ett så stort antal ampuller förekom vid andra typer av infusionsberedningar). Hon menade att om ordinationen varit tydlig och utförts enligt lagens föreskrifter hade detta misstag aldrig gjorts. Om ordinationen hade skrivits som 2 mg utan decimal skulle den inte ha kunnat misstolkas. Hon vidhöll att det i ordinationen verkligen stod 20 mg. Då ordinationskortet var den form läkaren hade för att förmedla en ordination till sjuksköterskan borde en högre grad av noggrannhet ha varit nödvändig.

Socialstyrelsens ansåg att ansvarig sjuksköterska inte kan lastas för det inträffade. Hon hade följt en skriftlig ordination och hade inte möjlighet att inse att den var så otydligt skriven att den angav tio gånger för hög dos. Antalet cytostatikapreparat och doseringsscheman är mycket stort inom onkologin, varför en relativt ny sjuksköterska inte kan förväntas ha kunskaper nog för att ifrågasätta en läkares ordination.

Den patientansvarige läkaren bar ansvaret för felbehandling av patienten. Som förmildrande omständighet anfördes att han uppenbarligen läst ordinationen som 2,0 eftersom en ordination på 20 mg vincristine varit otänkbar utifrån hans referensram.

Bland åtgärder för att förhindra misstag av detta slag föreslog **Socialstyrelsen** att man inte i onödan skall skriva ut en 0-decimal, ej heller – i enlighet med korrekt svenskt språkbruk – använda punkt utan decimalkomma för att avdela mellan heltal och decimaler.

Ansvarsnämndens bedömning och beslut

Orsaken till feldoseringen ansåg nämnden vara en felläsning av uttrycket 2.0 mg i journalen, vilket berodde på att punkten efter 2 kommit att flyta samman med baslinjen. Den patientansvari-

ge läkaren hade skrivit behandlingsöversikten, underläkaren hade skrivit in doserna dag för dag, varefter patientansvarig läkare hade kontrollerat dem och signerat ordinationen. Ordinationen av vincristine var korrekt om än något otydlig; den ansvarige läkaren kunde inte föreställa sig att den kunde misstolkas på sätt som skedde. Han kan inte heller göras ansvarig för de påvisade bristerna i rutinerna på kliniken. Anmälan mot honom skall därför inte leda till disciplinpåföljd.

Nämnden lämnade anmälan utan åtgärd.

Överklagat till länsrätten

Den avlidne patientens maka överklagade Ansvarsnämndens beslut till Länsrätten och yrkade på att disciplinpåföljd skulle åläggas läkaren och sjuksköterskan. Mot bakgrund av den erfarenhet läkaren besatt skulle han när han signerade en ordination ha haft i åtanke att det var någon annan på avdelningen som skulle ge patienten behandlingen, och att denna person utan tveksamhet skulle kunna tyda ordinationen. Om sjuksköterskan känt sig osäker borde hon ha rådfrågat någon. En felbehandling av hennes make hade skett, och för detta bär någon ansvaret.

Socialstyrelsen, som på begäran av länsrätten hade avgett yttrande i målet, avstyrkte bifall till överklagandet.

Länsrätten delade nämndens bedömning att sjuksköterskans fel inte kunde leda till disciplinpåföljd. När det gällde läkaren gjorde man en annan bedömning än nämnden. Ordinationen av vincristine var så otydlig att den kunnat misstolkas av en person med begränsad erfarenhet. Felet var inte ringa och framstod mot bakgrund av den erfarenhet som läkaren hade inte som ursäktlig. Överklagandet skulle därför i denna del bifallas, och mot bakgrunden av felets allvarliga art bestämdes disciplinpåföljden till en varning.

Nämndens ordförande, länsrättsfiskalen Susanna Pohl, var dock skiljaktig såvitt avser frågan om läkaren skulle åläggas disciplinpåföljd. Hon angav bl a att orsaken till att ordinationen hade misstolkats hade sin grund i klinisk bristande rutiner vid läkemedelsordinationer. För dessa bristande rutiner kunde läkaren inte lastas. Ordinationen hade inte heller varit så otydligt angiven att läkaren kan klandras för att inte ha reagerat över densamma. Överklagandet skulle enligt hennes mening avslås.

Kommentar

Tidigare överklagade sjukvårdspersonal HSANs beslut till Kammarrätten i Stockholm. Det fanns då goda förutsättningar för att påföljden skulle mildras eller upphävas. Endast i ett mindre antal fall, där patienterna överklagat, ändrade Kammarrätten HSANs friande beslut till disciplinpåföljd (se Jan Byströms utredning *Läkartidningen* 1999; 96: 925-9). Idag är det i stället länsrätten som hanterar HSAN-ärenden. Även där kan man, som det första fallet visar, få »strafflindring». I de två andra fallen har dock länsrätten dömt i HSAN friade läkare till disciplinpåföljd. I det första av dessa hade man stöd från Socialstyrelsens vetenskapliga expertis, men i det andra fallet – där såväl Socialstyrelsen och HSAN som ordföranden i länsrätten menat att läkaren inte borde åläggas disciplinpåföljd – har lekmännen i domstolen tilldelat honom en varning.

Lars Räf
professor, Mellösa