

nom för händelsen och att han djupt beklagade det inträffade.

Han bestred inte att det hela varit en oaktsam handling men accepterade där emot inte att han skulle ha handlat respektlöst gentemot patienten.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden säger i sitt beslut att av utredningen framgår att ortopederna omgående underrättade patienten när han upptäckte sitt misstag att ge henne en injektion med kortison. Det finns inte något som tyder på att patienten i medicinskt hänseende varit illa av det givna läkemedlet, utan det är till och med möjligt att det lindrat hennes axelbesvär.

Ortopeden har emellertid injicerat läkemedlet mot patientens uttryckliga vilja. Han har härigenom gjort sig skyldig till fel som är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en erinran, slår Ansvarsnämnden fast. •

## Samma läkare fälld i två fall Prostata opererades bort efter fel diagnos

**Anmäld:** Laboratorieläkare

**Anmälare:** Patienterna

HSAN 2368/00 och 694/02 (nästa artikel)

**En laboratorieläkare har fällts för fel vid handläggningen av två patienter. I ena fallet ställde han felaktigt diagnosen prostatacancer, i det andra tog han prov på fel patient efter att ha missat id-kontrollen.**

II Den 65-åriga mannen utreddes på lasarett för urinvägsinfektion och högt PSA-värde. PSA-värdet (5,47) föranledde cellprov med tunn nål (Franzénbiopsi) den 13 oktober 1999. I provsvar från ett laboratorieföretag angavs »Högt till medelhögt differentierat adenocarcinom i prostata, jämte tecken på prostatit«. Patienten remitterades för operation på ett andra sjukhus. Hela prostata tog bort den 27 april 2000. Undersökning av denna visade dock inga tecken på cancer.

Patienten anmälde ansvarig personal på laboratoriet och på de båda sjukhusen (personalen på sjukhusen friades). Han har uppgett bland annat följande.

Laboratorieläkaren ställde fel diagnos. Det undersökta materialet var blandat, ovanligt och svårbedömt. Det borde ha medfört extra stor försiktighet vid diagnostiseringen. Ytterligare un-

dersökningar borde ha initierats av laboratoriet.

Ansvarsnämnden har gått igenom patientens journal och hört flera personer i utredningen. Den anmälde laboratorieläkaren uppgav bland annat följande.

Måste i föreliggande ärende beklaga att den yrkesmässiga erfarenheten inte räckte till för att ställa rätt diagnos och att uttrycka tillräcklig försiktighet i utlåtandet. Han uttryckte förvåning över den fortsatta handläggningen och menade att det kirurgiska ingreppet kanske hade undvikits om det cytologiska materialet hade eftergranskats och framför allt om mellannålsbiopsier hade tagits för att verifiera cancerdiagnosen.

Vetenskapliga rådet i patologi professor Christer Sundström påpekade bland annat följande:

Han hade tillsammans med kolleger med specialkompetens i cytologi granskat provet. Förutom ordinära cellförband och en tämligen stark inflammation fann de enstaka mikroadenomatösa cellförband med viss atypi som gav viss misstanke om malignitet men som inte bevisade cancer.

Christer Sundström menade att laboratorieläkaren hade gjort en oförsiktig tolkning av fynden i cytologiprovet och avgivit en definitiv cancerdiagnos, vilken ledde till felbehandling. Genom att inte ta hänsyn till den osäkerhet som en samtidig inflammation innebär vid tolkningen av epitelförändringarna i cytologiprovet hade laboratorieläkaren gjort sig skyldig till en allvarlig felbedömning, ansåg Christer Sundström.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden framhåller att laboratorieläkaren ställt en cancerdiagnos som var fel. Av ett par utlåtanden, varav Christer Sundströms är ett, framgår att det i cytologiprovet fanns celler som kunde ge misstanke om cancer.

Det fanns emellertid tydliga tecken på inflammation i provet, något som helt kunde förklara fynden. Därför var det fel att uttala sig så kategoriskt som laboratorieläkaren gjorde.

Konsekvenserna blev allvarliga och felet är varken ringa eller ursäktligt, hävdar Ansvarsnämnden. •

## Missad id-kontroll ledde till att fel prov togs

**Samme laboratorieläkare som i förra artikeln fälls också för att han inte försäkrade sig om en patients identitet, vilket ledde till att han tog fel prov.**

En 41-årig kvinna remitterades till laboratorieföretaget för cytologisk provtagning av en förändring i höger bröst. Hon kom till provtagningen den 12 februari 2002 och kallades in till provtagningsrummet med förnamn, »Eva«.

Där skedde en förväxling av remisser, och på kvinnan togs prov av en lätt förstörd sköldkörtel. Misstaget upptäcktes och prov togs sedan från höger bröst som det var avsett.

Kvinnan anmälde laboratorieläkaren för felaktigt utförd provtagning. Hon har uppgett bland annat följande.

Hon blev uppbad med endast förnamn. Laboratorieläkaren bad henne lägga sig ned på undersökningsbritten och sade att han skulle känna på hennes hals. Hon tänkte då att han möjligen skulle känna på hennes lymfkörtlar.

Laboratorieläkaren påpekade för henne att hon var svullen på halsen. Innan hon hann reagera sade läkaren att nu sticker det i halsen.

Kvinnan insåg efteråt att de hade fel patient inne i undersökningsrummet. Hon påtalade för läkaren att hon var där med anledning av sitt högra bröst. Läkaren blev konfunderad eftersom hon hette Eva och hade samma svullnad på halsen som den »andra Eva« hade.

I Ansvarsnämndens utredning har laboratorieläkaren bestritt att han gjort fel och hävdat bland annat följande.

Dessvärre blev patienten inkallad av en assistent med endast förnamn. Han hade då fått remissen av assistenten för patienten Eva.

Sedan han gjort punktionen av nodulära förändringar i tyreoida sade patienten att hon var där för bröstpunktion, vilken då gjordes.

Laboratorieläkaren beklagade incidenten. Han menade att naturligtvis ska det inte kunna hända att patienten och remissen inte är kontrollerade gentemot varandra.

## II Bedömning och beslut

Laboratorieläkaren har i sitt yttrande uppgett att Eva blev inkallad av en assistent. Han uppgav vidare att han vid tillfället av assistenten fick en remiss på efterföljande patient; även denna med förnamnet Eva.

Identitetskontroll skall alltid ske om patienten inte är känd, och detta skall göras av provtagaren, konstaterar Ansvarsnämnden.

Laboratorieläkaren försäkrade sig inte om kvinnans identitet, och detta ledde till att han utförde en felaktig provtagning på henne. Identitetskontroll har således inte skett på föreskrivet sätt.

För de fel som laboratorieläkaren har gjort i de två fallen tilldelas han en erinran av Ansvarsnämnden. •