

Inte acceptabelt att behandla minderårig utan samtycke från vårdnadshavare

Det är inte acceptabelt att behandla en minderårig utan att informera om behandlingen och inhämta vårdnadshavarens samtycke, menar Ansvarsnämnden och varnar en konsultläkare. (HSAN 2507/03)

■ Den 15-årige pojken hade ett neuropsykiatriskt funktionshinder omfattande DAMP, Tourettes syndrom och lindrig/måttlig mental retardation. Han var frivilligt inskriven på ett skolhem för ungdomar med bland annat diagnoserna DAMP, ADHD, Tourette.

Under vistelsen på skolan behandlades han, utan vårdnadshavarens vetskap och samtycke, med Risperdal.

Pojkens mamma anmälde konsultläkaren. Ansvarsnämnden läste pojkens journal och tog in yttrande av läkaren, som bestred att han gjort fel.

Han hade fått kontakt med pojken och dennes mamma direkt vid inskrivningen på skolan i oktober 1998. Inskrivningen hade föregåtts av en längre turbulent period, bland annat förekom upptrappat regelbundet våld mot modern samt brister i hemmets rutiner, varför mor, skola samt sociala myndigheter förordade om akut utredning på barnpsykiatrisk klinik.

I oktober 1998 föreslogs pojken beredas plats på skolhem med kompetens och resurser att möta hans svårigheter,

han borde inte bo ensam hos modern.

Under tiden på skolan hade konsultläkaren haft regelbunden kontakt med pojken samt vid behov med hans mamma. Samtliga mediciner hade han bytt ut mot nya i samverkan med mamman.

Under sensommaren 2003 fick pojken svårare att koncentrera sig, blev mer verbalt och fysiskt utåtagerande, berättade konsultläkaren. Han bedömde att pojkens pubertetssymtom började bli mer tydliga, vilket förstärkte dennes beteendesvårigheter.

Situationen bedömdes ohållbar

Den 20 augusti tyckte personalen på bondet att symtomen hade blivit mer akuta, vilket ledde till en läkartid dagen efter. Man bedömde att situationen var ohållbar trots tidigare oförändrad mediciner.

Mamman hade under en tid framfört kritik mot skolans behandling och tyckte att pojken kunde flytta hem till henne. På grund av psykosliknande beteende och fara för pojken såväl som personalens välbefinnande valde konsultläkaren att initialt inte ta kontakt med mamman. Han satte in tabletter Risperdal 1 mg, som kunde ha en gynnsam effekt på pojkens psykosliknande beteende, impulsivitet samt utåtagerande sätt.

Om mamman sagt nej till medicineringen var risken stor för akut intagning på barnpsykiatrisk klinik alternativt LVU, omhändertagande mot individens

egen vilja för vård av unga inom SIS (Statens institutionsstyrelse), ansåg konsultläkaren. Han sa till personalen att han ville att Risperdal provades en tid innan pojkens mor informerades. Han ville så långt som möjligt värna om pojkens välbefinnande.

Tre veckor senare hade pojken väsentligen återfått sin psykiska balans. Han vidimerade vid samtal att han tyckte att det var stor skillnad med medicinen. Uppföljning skedde via sjuksköterska och personal. Två veckor senare togs slutligt ställning och pojkens mor informerades.

Sedan 1998 är detta det enda tillfället där pojkens mor inte initialt har informerats om medicinförändring. Pojken hämtades akut den 20 september 2003 via mor och mormor. Tre dagar tidigare hade socialförvaltningen begärt ett underlag för ställningstagande till LVU, uppgav konsultläkaren.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att behandlingen med Risperdal var medicinskt motiverad utifrån pojkens tillstånd. Det är emellertid inte acceptabelt att behandla en minderårig utan att informera om behandlingen och inhämta vårdnadshavarens samtycke. Det framgår också att konsultläkaren verkat för att vårdnadshavaren skulle undanhållas informationen, säger Ansvarsnämnden och tilldelar honom en varning. •

En barnmedicinare fälls för att ha skickat hem en 11-årig flicka utan att först förvissa sig om att inget avvikande fynd fanns rörande vita blodkroppar. Flickan hade leukemi och inte körtelfeber som läkaren bedömt. (HSAN 1548/03)

■ Flickan kom den 27 oktober 2002 akut till barnmottagningen vid ett universitetssjukhus på grund av långvarig feber. Hon hade haft hög feber under en veckas tid tre veckor tidigare. Febern hade gått över men återkommit under fyra dagar och hon hade varit trött. Dagen före akutbesöket hade hon kräkts vid upprepade tillfällen och haft övergående smärtor i benen.

Flickan undersöktes av barnmedicinaren, som bedömde att hon hade drabbats av mononukleos. Hon fick åka hem

11-årig flicka dog efter feldiagnos – hade leukemi, inte körtelfeber

med råd att återkomma om hon inte blev bättre på tre dagar eller om hon blev sämre.

Två dagar senare sökte hon på nytt eftersom febern kvarstod oförändrad. Det kom då fram att hon redan den 27 oktober haft mycket lågt antal vita blodkroppar med fullständig avsaknad av granulocyter. Hon lades in och behandlades med antibiotika intravenöst.

Hennes tillstånd försämrades under dagen och hon fördes över till vård på intensivvårdsavdelning. Utredningen visade växt av stafylokokker i blodet och att hon drabbats av akut lymfatisk leukemi. Den 30 oktober lades hon i respirator och den 5 november fördes hon över till ett annat sjukhus för ECMO-behand-

ling. Under vården där konstaterades att hon hade drabbats av stora infarkter i hjärnan. Den 24 november avled hon i cirkulationssvikt.

Flickans mor anmälde bland annat barnmedicinaren. Ansvarsnämnden läste flickans journal och tog in yttrande av de anmälda. Alla bestred att de gjort fel.

Barnmedicinaren berättade att flickan när hon kom in den 27 oktober var trött, blek och febrig men fullt vaken och med god blodcirkulation i huden.

Han fann att hon var lätt rodnad i halsen, lite öm över levern och hade förstörade lymfkörtlar på halsen. Han bedömde henne inte så allmänpåverkad att det fanns anledning att misstänka blodförgiftning eller annan akut svår sjukdom,

som skulle kräva omedelbar inläggning eller antibiotikabehandling »i blindo«. Däremot var det redan vid detta tillfälle helt klart att flickan var ordentligt sjuk.

Diagnosen var oklar, så barnmedicinaren tog utförliga blodprov och akut lungröntgen. De olika diagnoser som han i första hand misstänkte var körtelfeber, andra infektioner, reumatiska sjukdomar eller leukemi.

Proven visade att hon hade lätt sänkt blodvärde, lätt brist på blodplättar, tecken på inflammation eller infektion i form av stegrad sänka och CRP strax över 100. Det så kallade monospotprovet, som ibland men inte alls alltid är positivt vid körtelfeber, var negativt, sa han.

»Det såg OK ut«

Svaret på analysen av de olika typerna av vita blodkroppar, »diffen«, dröjde, men när han via sköterskan fick telefonbesked från laboratoriet att »det såg OK ut och att det inte fanns några blaster i provet« ansåg han att leukemidiagnosen i princip var utesluten.

Under observationstiden på akuten blev flickan lite piggare. Han lät henne åka hem, men med strikta order till familjen att återkomma vid minsta försämring eller om hon inte tydligt förbättrats

på ett par dagar. Det var en planering han kände sig trygg med, inte minst då han litade på att familjen skulle komma åter omedelbart om flickan försämrades.

Trodde det var körtelfeber

Barnmedicinarens främsta misstanke var nu att flickan hade körtelfeber eftersom symtomen och blodproven väl stämde med denna diagnos. Hade inte rumsbristen på kliniken varit så svår som den var skulle han ha övervägt att för säkerhets skull lägga in flickan.

Två dagar senare nåddes han av det slutliga svaret på diffen. Det visade sig att flickan helt saknade granulocyter. Detta gjorde honom förstas mycket orolig och han stod just i begrepp att ringa till familjen och be dem att omedelbart ta in flickan, när hon kom till akuten, uppgav barnmedicinaren.

Hon hade kvar sin feber och hade fått två fula sår med svullnad. Dessutom hade hon svullnat upp i en käkvinkel och blivit tröttare. Hon var dock fortfarande vaken och redig och hade en god perifer blodcirkulation.

Barnmedicinaren konsulterade då en överläkare. De lade in flickan och började med antibiotikabehandling för att förebygga blodförgiftning. Diagnosen var

fortfarande oklar, men att det rörde sig om någon form av blodsjukdom var tydligt. I det fortsatta vårdförloppet var barnmedicinaren inte involverad.

Han påpekade att det var omöjligt att veta ifall flickan hade överlevt om hon lagts in och fått antibiotika redan första gången han träffade henne.

Verksamhetschefen för klinisk kemi och farmakologi vid sjukhuset yttrade sig på Ansvarsnämndens begäran om när svaret på det blodprov som togs på flickan kl 14.14 den 27 oktober fanns tillgängligt för barnsjukhuset.

Han uppgav att kl 18.26 rapporterades alla svar, inklusive mikroskopi, till vårdavdelningen.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår inte annat än att barnmedicinaren den 27 oktober skickade hem flickan utan att först förvissa sig om att inget avvikande fynd fanns rörande vita blodkroppar. Han hade därmed av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter.

Med hänsyn till att barnmedicinaren fått ett preliminärt beslut med innebörden att »inga blaster finns« kan påföljden stanna vid en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. •

Feldiagnos med allvarliga följder vid spädbarns kramper

Benign paroxysmal vertigo var fokal epilepsi

En barnmedicinare missbedömde den lilla flickans besvär som benign paroxysmal vertigo.

Besvären föreföll snarare betingade av epileptiska anfall, anser Ansvarsnämnden och framhåller att felbedömningen fördröjde en korrekt behandling, vilket ledde till ett allvarligt intensivvårdskrävande tillstånd. (HSAN 54/04)

■ Flickan föddes den 3 januari 2003 efter en normal förlossning och utvecklades normalt under sina första månader. Den 4 juli 2003 undersöktes hon akut på barnkliniken sedan hon drabbats av en medvetenlöshetsattack och symmetriskt ryckande rörelser i armar och ben. Hon hade dreglat och varit cyanotisk under anfallet, som varade 30–40 sekunder. Hon hade därefter varit något trött, men i övrigt förefallit må bra.

Flickan hade vid 7–8 tillfällen under de senaste två månaderna, under någon minut förefallit frånvarande med stirrande blick och samtidigt varit hypoton.

I samband med akut EEG den 7 juli drabbades hon av ett krampanfall. En lä-

kare dokumenterade »ett generellt toniskt, kloniskt anfall med blickdeviation åt höger och ca 1,5 minuters duration«. Undersökningen utföll normalt, men blodprov visade en lätt ökning av kalk- och muskelenzymvärden.

Under dagen hade flickan några ytterligare anfall på 30–45 sekunder. Barnmedicinaren bedömde att besvären orsakades av benign paroxysmal vertigo och planerade för återbesök.

Detta skedde i slutet av augusti och flickan hade då haft 15 anfall sedan första besöket. Attackerna inleddes med slapphet, varpå ryckningar uppstod i kroppen. Barnmedicinaren vidhöll sin tidigare diagnos och avstod från mediciner.

Anfallsfrekvensen hade ökat

Vid återbesök den 8 oktober framkom att anfallsfrekvensen ökat till 20–25 attacker per dag under de senaste veckorna. Under besöket iakttog barnmedicinaren fyra anfall med blickavvikelse och viss medvetandesänkning. Han fattade misstankar om fokal process och kompletterade utredningen med bland annat nytt EEG, som visade spetsformiga

potentialer och hög amplitud samt viss högersidig temporal dominans.

Man utvidgade utredningen och inledde kramplösande mediciner i samråd med barnneurolog vid ett universitetssjukhus. Medicineringen hade ingen effekt. Den 14 oktober överfördes flickan till universitetssjukhuset och vårdades initialt på intensivvårdsklinik.

Utredningen visade att flickans besvär orsakades av fokal epilepsi – en atypisk infantil spasm. Störningen var multifokal och någon entydig anfallsstart kunde inte lokaliseras. Den 24 oktober återfördes hon till hemläsarett med ordination på endast Sabrilex. Hon har därefter varit krampfri och utvecklats normalt.

Flickans far anmälde barnmedicinaren för felbehandling.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och tog in yttrande av barnmedicinaren, som bestred att han gjort fel.

Han träffade flickan första gången den 7 juli 2003. Efter anfallsanamnes och ett EEG som var normalt ordinerade han ytterligare laboratorieprov. Han bedömde att hon hade en tidig form av benign paroxysmal vertigo (BPV). En vä-