

För hög dos cytostatika kan ha orsakat 12-årings död

Rutinerna ändras för användningen av datorbaserat ordinationssystem

En 12-årig flicka som behandlades för Ewings sarkom vid Universitetssjukhuset i Lund avled efter cytostatikabehandling. Efter dödsfallet utreddes förloppet varvid man fann att en planerad reduktion av ett av fyra ingående cytostatika inte hade genomförts.

Det aktuella läkemedlet skulle reducerats med 20 procent. Detta är en mycket måttlig reduktion som inte säkert skulle ha förhindrat den letala utgången, men det kan inte heller uteslutas att förloppet blivit annorlunda om reduktionen genomförts.

Därför har fallet anmälts av den aktuella kliniken till Chefläkaren som enligt reglerna fört fallet vidare till Socialstyrelsen enligt Lex Maria..

Orsakerna till händelseförloppet kom fram efter en händelseanalys där två viktiga orsaker till den uteblivna reduktionen framkom:

1. Bristande dokumentation av beslut om reduktion av det aktuella läkemedlet. Detta gjorde att den läkare som slutligen ordinerade cytostatikakuren ej blev medveten om att en reduktion borde genomföras, utan den ursprungliga kurdoseringen ordinerades.

2. Den reducerade ordinationen hade utförts i det datorstödda ordinationssystemet på ett korrekt sätt.

Enligt fastlagda rutiner lades denna ordination som »väntande« när patientens behandling blev uppskjuten. Systemet har »egenheten« att en sådan väntande ordination kan utplånas ur systemet vid felaktig nedstängning. Denna nedstängningsfunktion är inte användbar utan ger utrymme för missförstånd mellan datorsystemet och den mänskliga användaren.

Har lett till skärpta rutiner

Händelseförloppet har redan lett till flera genomförda och planerade förändringar i rutinerna för användningen av det datorbaserade ordinationssystemet Cytodose.

Företaget kommer att ändra de funktioner som vi idag uppfattar som användarvänliga.

Tydligare anvisningar om att observera rekommendationer om eventuella dosreduktioner har genomförts.

Intensifierad utbildning av användare av ordinationssystemet och införande av krav på »körkort« för användare kommer att genomföras.

Vad beträffar den bristande dokumentationen av fattade beslut har befintliga rutiner skärpts och uppföljning av detta genomförts.

Att återgå till tidigare sätt att ordinaera på papper och för hand är inte aktuellt. Detta ordinationssätt var en källa till ofta förekommande tolkningssvårigheter och osäkerhet med klara svagheter.

Kan innehålla svagheter

Sammanfattningsvis har den tragiska utgången (där orsakssambandet mellan den genomförda behandlingen och flickans död är osäkert) lett till en klagörande analys av svagheter i nuvarande rutiner och också pekat på att införande av datorbaserade system som skall öka säkerheten i sig kan innehålla svagheter som inte alltid kan förutses vid upphandlingen och genomförandet.

Detta trots att här förelåg en lång period av testning, simulering och utbildning innan systemet togs i »skarpt« bruk.

Thomas Wiebe

sektionschef, barnonkologi

Charlotta Schaedel

verksamhetschef, barnsjukvård medicin
Universitetssjukhuset i Lund

Godtagbara rutiner för bevakning av elektroniska remissvar saknades

Handläggningsbrister försenade tumördiagnos – uppenbart ökad risk för patienten

Vårdcentralen saknade godtagbara rutiner för bevakning av elektroniska remissvar samt för vilka åtgärder som skulle vidtas om svaret på en remiss dröjde eller uteblev. Familjeläkaren, vars handläggning försenade diagnosen lungtumör, var själv verksamhetschef vid vårdcentralen och ansvarig för rutinerna. (HSAN 2600/05)

Den 63-åriga kvinnan sökte den 1 februari 2005 vårdcentralen på grund av hosta med gulgrön och blodtingerad sputa. Vid undersökningen av lungorna fann familjeläkaren ett biljud. Han tolkade tillståndet som luftrörskatarr och ordinerade

antibiotika. En remiss för lungröntgen sändes elektroniskt till röntgenkliniken.

Röntgenundersökningen utfördes tio dagar senare och visade malignitetssuspekt förändring i ena lungan, vilket var nyttillkommet sedan en undersökning år 2003.

Något svar angående undersökningen skickades inte till patienten och hon återkom till familjeläkaren den 7 mars med önskan om brevsvaret på lungröntgenresultatet.

I juli 2005 upptäcktes att röntgensvaret funnits i journalen sedan februari. Då hade redan en avancerad lungcancer med spridning upptäckts.

Patienten anmälde familjeläkaren. Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av familjeläkaren, som bestred att han gjort fel. Till sitt yttrande bifogade han vårdcentralens skriftliga rutiner angående provsvarshandtering.

Han uppgav att han var familjeläkare och vårdcentralschef. Han uppfattade patientens sjukdomsbild som bronkit och behandlade henne med bredspektrumantibiotika. Eftersom hon var rökare och hostat en längre tid remitterade han henne för lungröntgenkontroll, som utfördes den 10 februari. Den 7 mars fick han meddelande från en sköterska att

patienten önskade brevsvar på lungröntgensvaret.

Han träffade patienten igen den 22 mars då hon sökte för en inflammerad armbåge samt pratade med henne i telefon den 14 april och den 10 maj.

Lungröntgensvaret ingav stark misstanke om en elakartad förändring i lungan. Familjeläkaren läste svaret för första gången den 11 juli när patienten beställt telefontid. Att han inte tidigare uppmärksammat röntgensvaret berodde på följande faktorer, uppgav han:

De har elektronisk svarsöverföring av röntgensvar. Inkommande svar hamnar i deras datasystem i en inkorg. Från inkorgen hamnar svaret automatisk i ett sidofack i datajournalen som kallas för dokumenthanterare.

Sekreterarna skall, när de får ett röntgensvar i inkorgen, kopiera in svaret i löpande journaltext samt dra ut en kopia på papper och lägga i postkorgen till vederbörande läkare. Dessutom skall ett meddelande skickas per data till remitterande läkare att ett nytt röntgensvar kommit in.

»Följde inte instruktionerna«

Sekreteraren hade i detta fall inte följt instruktionerna och varken kopierat in i journaltexten, gjort papperskopior eller skickat meddelande i datorn, framhöll familjeläkaren.

Han själv uppfattade, när han fick meddelandet den 7 mars om att patienten ville ha brevbesked på lungröntgensvaret, att hon nyss varit på undersökningen och noterade därför endast hennes önskan i journalen till dess svaret, som han trodde, skulle komma.

Patienten själv hade inte, vare sig vid akutbesöket i mars eller vid telefonkontaktarna i april och maj, tagit upp frågan om resultatet av lungröntgen med honom. Eftersom röntgensvaret inte blivit

infört i löpande journaltext hade han inte noterat att hon varit på den ordinerade röntgenundersökningen.

Vårdcentralens rutin för hantering av remissvar syftar just till att förhindra att röntgensvar förbises, eftersom de hamnar i ett sidofack till journaltexten och inte omedelbart ses när man läser journaltexten, påpekade familjeläkaren.

»Måste kunna lita på medarbetarna«

Som familjeläkare måste han kunna lita på att medarbetare följer utfärdade rutiner. Genom att en medarbetare i detta fall inte följt uppgjorda rutiner har en hel serie olyckliga händelser/omständigheter gett det djupt beklagliga resultatet att den vidare utredningen av patientens lungförändringar fördröjts. Han instämde i sakförhållandet att beskedet om röntgensvaret blivit fördröjt, men motsatte sig i övrigt anmälan.

Händelsen Lex Maria-anmäldes till Socialstyrelsen, som fann att behandlande läkare försummat att informera patienten om inkommet röntgenremissvar.

Det har funnits flera möjligheter vid patientbesök och telefonkontakter för läkaren att själv aktivt söka efter röntgensvaret. Att som behandlande läkare hänvisa till att patienten inte tagit upp frågan om resultatet av lungröntgen i dessa kontakter undandrar på inget vis läkaren själv från skyldigheten att ge en sakkunnig och omsorgsfull vård.

I detta begrepp ligger naturligtvis också att meddela svar på tagna prov och undersökningar, i synnerhet när de föranletts av misstanke om allvarlig sjukdom.

Allvarliga brister

Socialstyrelsen konstaterade också att de instruktioner, daterade den 9 december 2004 för röntgensvar och provsvshantering, som tagits fram av vårdcentralchef (och tillika behandlande läkare)

hade allvarliga brister och inte uppfyller de krav på rutiner inom området som framgår av SOSFS 2004:11 (Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter).

Framför allt saknas rutiner som beskriver hur bevakningssystemet ser ut för att remissvar har inkommit i godtagbar tid och vilka åtgärder som skall vidtas om ett remissvar dröjer eller uteblir.

Socialstyrelsen ansåg inte att sekreterare har formell eller reell kompetens att bedöma remissvar och ta ställning till åtgärder, inte heller till att värdera vad som är godtagbar tid innan ett remissvar måste efterforskas.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning att vårdcentralen saknade godtagbara rutiner för bevakning av elektroniska remissvar. Även godtagbara rutiner för vilka åtgärder som skulle vidtas om svaret på en remiss dröjde eller uteblev saknades. Familjeläkaren var själv verksamhetschef vid vårdcentralen och således ansvarig för rutinerna. I den delen har Socialstyrelsen i sitt beslut krävt ändring av rutiner.

Ansvarsnämnden delar även Socialstyrelsens bedömning av familjeläkarens insatser som behandlande läkare. Han hade i den egenskapen ansvaret att följa upp den aktuella remissen när svaret, såsom han trodde, hade försenats eller uteblivit.

Det är otillfredsställande att han trots letande inte funnit svaret. Diagnostiseringen av patientens lungtumör kom på grund av dessa brister i handläggningen att försenas med uppenbart ökad risk för henne som följd.

I motsats till Socialstyrelsen finner Ansvarsnämnden att familjeläkaren av oaktsamhet inte har fullgjort sina skyldigheter. Han får en varning.

annons