

Litteratur

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Results of the Harvard medical practice study I. Incidence of AE and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
2. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. AE in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
3. Møller C, Kehlet H, Utzon J et al. Hysterectomy in Denmark. *Dan Med Bull* 2002;49:353-7.
4. Brown P, McArthur C, Newby L et al. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(suppl 1):29-34.
5. Senst BL, Achusim LE, Genest RP et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm*. 2001;58:1126-32.
6. Bates DW, Spell N, Cullen DJ et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA* 1997;277:307-11.
7. Lidgaard Ø, Hammerum MS. Landspatientregisteret som redskab i løbende produktions- og kvalitetskontrol. *Ugeskr Læger* 2002;164:4420-3.
8. Christoffersen JK, Holm-Nielsen A. Mønsteret af behandlingsskader og near misses på en kirurgisk afdeling. *Ugeskr Læger* 2004;166:1760-3.
9. Møller LK, Ottesen BS. Kvalitetsmonitorering af 30.000 patientforløb. *Ugeskr Læger* 2004;166:1011-5.
10. Pedersen BL. Fra opmærksomhed til handling. *Ugeskr Læger* 2004;166:1766-9.

Utilsigtede hændelser i patientklage- og forsikrings-sager på H:S Hvidovre Hospital i 2002 og 2003

Læge Eske Kvanner Aasvang, sygeplejerske Dorrit Thorsen, overlæge Beth Lilja Petersen & lægelig direktør Torben Mogensen

H:S Hvidovre Hospital, Enhed for Patientsikkerhed og Direktionen

Resume

Introduktion: I denne artikel beskrives en positiv effekt af en systematisk gennemgang af patientklage- og forsikrings-sager som et af de områder, hvor man kan forbedre sundhedsvæsnets behandlingssystem. I artiklen præsenteres resultaterne af en undersøgelse af handlingsplanen for patientklage- og forsikrings-sager under H:S Enhed for Patientsikkerhed. Formålet var at vurdere metodens egnethed til at uddrage systemisk læring for at forebygge utilsigtede hændelser.

Materiale og metoder: Alle klager sendt til Patientklagenævnet og anmeldelser til Patientforsikringen fra Hvidovre Hospital i 2002 og første halvdel af 2003 blev gennemgået med henblik på at identificere og graduere utilsigtede hændelser. Samlet var der 221 anmeldelser til Patientforsikringen eller klager til Patientklagenævnet i perioden. I alt 143 patientforløb blev gennemgået for indhold og sværhedsgrad af utilsigtede hændelser. De alvorligste patientforløb fra 2003 blev udtaget til audit med henblik på udarbejdelse af forebyggende tiltag.

Resultater: Der blev fundet holdepunkt for en utilsigtet hændelse i 61% af de 143 analyserede patientforløb. Samlet drejede 10% af alle 221 anmeldte sager sig om kommunikationsklager, og i 20% af tilfældene kunne sagen ikke bedømmes, da patienten var viderebehandlet andetsteds end Hvidovre Hospital. Ved audit af de alvorligste sager fra 2003 (n = 21) blev der fundet grund til at ændre afdelingens vanlige rutiner og udarbejdet forebyggende tiltag i otte tilfælde (38%).

Konklusion: Gennemgang af patientklage- og patientforsikrings-sager er en effektiv metode til lokalisering af problemer, der kan forebygges.

Ved en utilsigtet hændelse forstås en skadevoldende begivenhed, der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom. Utilsigtede hændelser dækker både kendte og ukendte komplikationer og egentlige fejl [1]. Nationalt og internationalt har der gennem de seneste ti år været øget fokus på patientsikkerhed. *Schiøler et al* [2] fandt i et pilotprojekt frem til, at 9% af de patienter, der udskrives fra danske hospitaler, har været udsat for en skade som følge af en eller flere utilsigtede hændelser. Ved gennemgang af den engelsksprogede litteratur om utilsigtede hændelser fandt *Leape* [3] en incidens af utilsigtede hændelser på 20-36% af samtlige hospitalsbehandlinger. Fælles for skaderne er, at de varierer i omfang og type, men alle medfører de som minimum en forlænget indlæggelse, forbigående men eller i ganske få tilfælde varigt handicap eller død. Ifølge tallene fra den danske undersøgelse er ca. 40% forebyggelige med den nuværende viden og teknik.

I september 2001 blev H:S Enhed for Patientsikkerhed oprettet i erkendelsen af, at man i kontakten med/behandlingen af patienter risikerer at påføre disse en vis grad af skade, og at der er brug for en systematisk tilgang til området. I de andre amter i Danmark er der på samme vis forskellige tiltag med henblik på at højne patientsikkerheden. I 2003 vedtog Folketinget Lov om Patientsikkerhed [1], og samtidig blev der i re-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

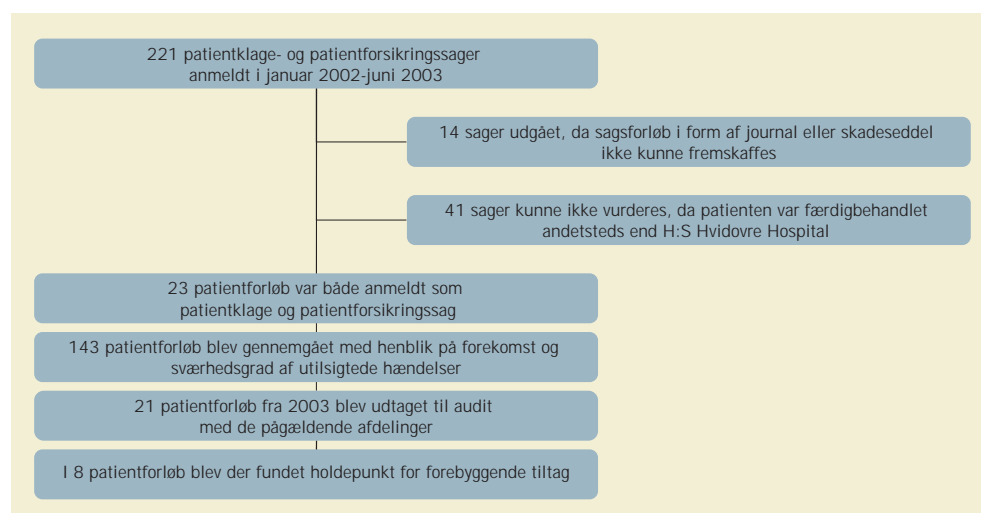
geringens sundhedspolitiske redegørelse lagt op til, at der i de kommende år skal være fokus på: 1) en prioriteret målrettet indsats mod risikoområder på det faglige og organisatoriske niveau og 2) en hurtig identifikation og konsekvent håndtering af potentielle risikopersoner. I forlængelse af H:S's handlingsplan fra februar 2002 ønskede man fra Hvidovre Hospital side at afprøve metodens egnethed til at uddrage systemisk læring med ud fra en vurdering af hyppigheden og graden af utilsigtede hændelser i patientklager og patientforsikringsager.

Materiale og metoder

Alle patientklagenævns- og patientforsikringsager fra Hvidovre Hospital blev rekvireret og gennemgået for forekomst og sværhedsgrad af utilsigtede hændelser i perioden fra den 1. januar 2002 til den 30. juni 2003. I alt var 221 sager anmeldt til Patientforsikringen eller sendt til Patientklagenævnet. Forløb, hvor patienten var behandlet på Hvidovre Hospital, men færdigbehandlet andetsteds, kunne ikke vurderes, da dette ville kræve indhentning af oplysninger, der ydermere ville kræve indhentning af fornyet samtykke fra patienten. Dette forhold medførte sandsynligvis, at flere patientforløb indeholdende utilsigtede hændelser ikke blev inkluderet i undersøgelsen. Dette formoder vi efter at have set på afgørelser truffet i Patientforsikringen, da man her har mulighed for at vurdere alle sagens akter, også dem, der vedrører behandling uden for Hvidovre Hospital. I tre ud af de 33 patientforsikringsager, hvor patienten var færdigbehandlet andetsteds end på Hvidovre Hospital, var sagen afsluttet, og patienten havde fået erstatning. Forløbene indeholdt ifølge patienternes beskrivelser utilsigtede hændelser, og i to tilfælde var disse så alvorlige, at de burde have medført audit.

Figur 1 er en oversigt over udvælgelsen af sager til bedømmelse af utilsigtede hændelser og audit med de involverede afdelinger. Således blev i alt 143 patientforløb (73 patientklage-

nævnsager og 93 patientforsikringsager, hvoraf 23 sager var anmeldt begge steder) vurderet for utilsigtede hændelser ud fra H:S's definition og klassifikation af utilsigtede hændelser [4, 5]: Ved en utilsigtet hændelse forstås en skadevoldende begivenhed, der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom. Utilsigtede hændelser dækker både kendte og ukendte komplikationer og egentlige fejl. Sager, der drejede sig om informeret samtykke, aktindsigt, tavshedspligt mv. (her samlet betegnet som kommunikationsklager), blev registreret, men indgår ikke i de analyserede 143 patientforløb. Kun sager, hvor vi fandt en sandsynlig behandlingsmæssig (> 50%) årsag til skaden, blev klassificeret som utilsigtede hændelser. Sagerne blev herefter bedømt ud fra mengrad ved brug af Arbejdskadestyrelsens mentabel [6]. Ud fra det daglige praktiske arbejde i H:S blev patientforløb med holdepunkt for en konkret eller potentiel utilsigtet hændelse vurderet ud fra en såkaldt *safety assessment code* (SAC)-score [7], hvor sværhedsgraden af det skete (potentielle) sammenholdes med sandsynligheden for en lignende hændelse. De sværeste og/eller hyppigste forløb scorer 3 og de mildeste 1. Eksempelvis er score 1 sjældent forekommende forløb med ingen, minimale eller moderate men. Score 3 er katastrofale forløb, hvor patienten er død eller er pådraget mere end 15% men, uanset hvor hyppigt denne hændelse formodes at forekomme. Både forløb med konkret eller potentiel patientskade bliver analyseret. Denne bedømmelse blev udført af en person, og hvis der ud fra SAC-scoren var mistanke om en alvorlig utilsigtet hændelse, blev den pågældende sag diskuteret med de øvrige medlemmer af projektet, indtil konsensus var opnået. Den højeste score afgør sagens videre forløb. Alle sager, der scorer 1 eller 2, håndteres lokalt på afdelingen, hvor der dog centralt foretages aggregeret kerneårsagsanalyse af sager med en score 2: kerneårsagsanalyse er en analyse, hvormed man systematisk identificerer, hvad der gik galt, og hvorfor det gik galt. Kerneårsagerne er de til-



Figur 1. Udvalgelse af patientforløb.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

grundliggende årsager til hændelsen. Sager med en faktisk eller potentiel SAC-matrix score på 3 bør medføre audit af hændelsen: audit: ledelsen fra den involverede afdeling og hospitalets/afdelingens *risk-manager* (den overordnede ansvarlige for håndteringen af utilsigtede hændelser på det pågældende hospital/den pågældende afdeling) gennemgår sagsforløbet i detaljer. Der arbejdes med fokus på udarbejdelse af forebyggende tiltag.

I forbindelse med gennemgang af 63 sager fra første halvdel af 2003 blev de 21 alvorligste sager (SAC-score 3) udtaget til audit, hvor afdelingens vanlige rutiner/instruks blev vurderet i forhold til det aktuelle patientforløb, og forebyggende tiltag blev om muligt formuleret. Kun forløb fra 2003 blev udtaget, da audit er tidskrævende, og da sagerne gerne skulle være forekommet for nylig.

Resultater

I de 143 patientforløb, der var færdigbehandlet på Hvidovre Hospital, fordelte indholdet sig som beskrevet i **Figur 2**.

Fordeling af matrixscore

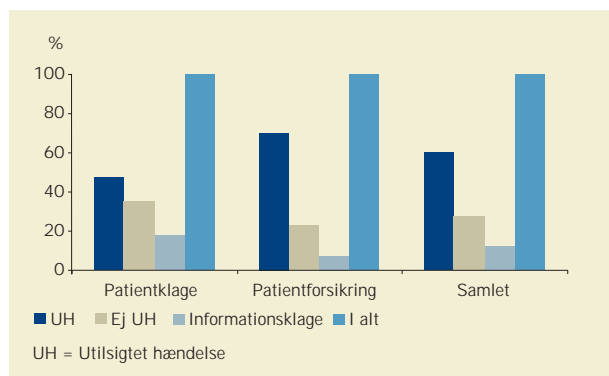
I 87 ud af de 143 (61%) analyserede patientforløb blev der fundet holdepunkter for utilsigtede hændelser, heraf var 25 (17%) af en sådan sværhedsgrad, at de opnåede en matrixscore 3. I ti ud af 73 (14%) patientklagesager var hændelsen så alvorlig, at den blev scoret til 3, og i patientforsikringsagerne blev 20 ud af 93 (21%) af sagerne ligeledes vurderet at indeholde den sværeste hændelsestype. Treogtyve patientforløb var anmeldt til begge instanser, man vil derfor alene via patientforsikringsagerne finde 80% (n = 20) af de sager, der indeholdt en utilsigtet hændelse med matrixscore 3, og via klagesagerne vil man finde 40% (n = 10). Fordelingen af matrixscoren er beskrevet i **Figur 3**.

Hændelsestyper

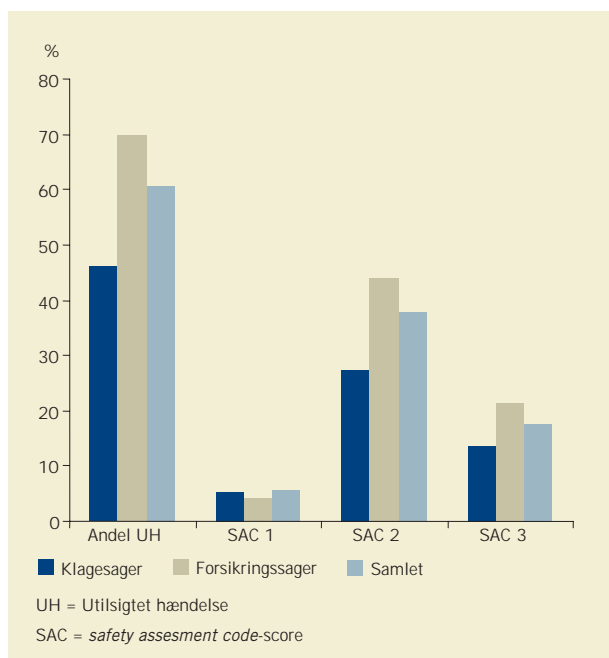
I H:S har man i perioden fra februar 2002 til januar 2005 ønsket obligatorisk indberetning af medicineringsfejl, forvekslingskirurgi, fald, selvmord under indlæggelse eller død inden for 30 dage efter elektiv kirurgi. For klagesagerne faldt typen af utilsigtede hændelser i 85% af tilfældene (n = 29) ikke ind under de fem obligatoriske indberetningskategorier. Fire sager skyldtes medicineringsfejl, og en patient var død mindre end 30 dage efter kirurgi. For forsikringsagerne faldt typen af utilsigtede hændelser i 97% af tilfældene (n = 63) ikke ind under de fem kategorier, der er obligatoriske mht. indberetning. En sag skyldtes medicineringsfejl, og en patient var død mindre end 30 dage efter kirurgi.

Akutte vs. elektive patientforløb

De utilsigtede hændelser fordelte sig mht. sammenhæng med patientforløb således: 70 ud af 143 (49%) patientforløb var akutte. Sytten ud af 34 (50%) klagesager, og 24 ud af 65 (37%) forsikringsager, der indeholdt en utilsigtet hændelse, var be-



Figur 2. Indhold af patientklage- og forsikringsager færdigbehandlet på H:S Hvidovre Hospital.



Figur 3. Fordelingen af utilsigtede hændelser i sager afsluttet på H:S Hvidovre Hospital.

gyndt som et akut forløb. I alt 54 ud af de 143 analyserede patientforløb var elektive. Tretten ud af 34 (38%) klagesager og 37 ud af 65 (57%) forsikringsager, der indeholdt en utilsigtet hændelse, var elektive forløb. Nitten ud af 143 patientforløb opstod under indlæggelse. Fire ud af 34 (12%) klagesager og fire ud af 65 (5%) forsikringsager, der indeholdt en utilsigtet hændelse, forekom hos indlagte patienter.

Resultater af audit med involverede afdelinger

Treogtres patientforløb, der kunne analyseres, var antaget i første halvdel af 2003. Der blev i 21 tilfælde opnået matrixscore 3, og de blev udtaget til audit med de/den involverede afdeling. I otte ud af de 21 forløb medførte audit konkrete forebyggende tiltag (**Figur 4**). De øvrige sager medførte ikke ændrede tiltag for de pågældende afdelinger, da afdelingen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

- Ved A-punktur/anlæggelse af A-kanyle anvendes patientens ikkedominante hånd primært.
- Ved skadestuebehandling vurderes skadesedler efterfølgende af en seniorlæge mht. undersøgelser og behandling.
- Database over koloskopier etableres med henblik på løbende kvalitetsvurdering af fagpersoner.
- Ikke-pædiatriske afdelinger, der kan have børn indlagt, udveksler personale med hospitalets pædiatriske afdeling for at højne det faglige niveau.
- Hos gravide med kendt inflammatorisk tarmsygdom, skal sectio overvejes.
- Sectio, og ikke fødetang, er førstevalg ved manglende effekt på kopforløsning.
- Fokus på blodprøvesvar, der kommer på separate svaresedler, så disse ikke overses.
- Reservelæger skal konferere akutoperation med en 1. reservelæge.

Figur 4. Resultater af audit med afdelingsledelser.

kunne dokumentere, at man i det pågældende tilfælde levede op til internationale standarder, og der i øvrigt ikke findes en mere hensigtsmæssig arbejdsgang. Audit viste sig desuden at være en god øvelse for afdelingsledelserne i at håndtere sagerne fremover.

Diskussion

I dag foretager Patientklagenævnet og Patientforsikringen ingen analyser, der muliggør, at lignende hændelser kan forebygges. Patientklagenævnets opgave er at træffe afgørelser i konkrete sager og tillige at offentliggøre afgørelser for at bidrage til kvalitetsudvikling. Både Patientklagenævnet og Patientforsikringen udgiver årsberetninger, og nævnet offentliggør løbende afgørelser i anonymiseret form på deres hjemmeside tilligemed sammenfatninger af nævnets praksis på udvalgte områder. Sundhedsstyrelsen får kopi af alle afgørelser i Patientklagenævnet og Patientforsikringen samt fra indrapporteringsystemet for utilsigtede hændelser og udsender meddelelser til landets læger, hvis der er behov herfor. Sagsbehandlingen bruges alene til at frikende eller placere et ansvar hos de pågældende sundhedsmedarbejdere og til at tildele patienterne en evt. erstatning. Ifølge Patientklagenævnet klager patienter hovedsagelig for at forhindre, at en lignende hændelse, som den de har været udsat for, skal gentage sig [8].

Patientforsikringsagerne udgør de tilfælde, hvor patienten selv anmelder en hændelse ud fra en vurdering af, at der er opstået en skade som følge af sundhedsvæsnets behandling, undersøgelse eller pleje. At udtage disse sager til nærmere gennemgang for indhold af utilsigtede hændelser er derfor i tråd med patienternes ønske. Henholdsvis 85% og 97% af patientklage- og forsikringsagerne falder ikke ind under obligatorisk indberetning, hvilket understreger vigtigheden af at gennemgå patientklage- og forsikringsager i den løbende kvalitetssikring og læringsproces.

Vi fandt, at mindst 61% af de 143 analyserede sager indeholdt en utilsigtet hændelse. Omvendt fandt vi i 53% og 30% af henholdsvis klage- og forsikringsagerne ikke holdepunkt for,

at en utilsigtet hændelse havde fundet sted. Samlet set var der tale om en så alvorlig hændelse i mindst 11% af alle sager, at dette skulle have medført audit på den pågældende afdeling. Hvorfor dette ikke er sket kunne ikke forklares. Vigtigheden af at afholde audit ses af det faktum, at 38% af de sager, der var udtaget til audit, medførte, at man ændrede afdelingens rutine.

Der er behov for, at der centralt opsamles og distribueres viden fra patientklage- og patientforsikringsager. Da hændelserne er sjældne, kan man ikke på en afdeling eller et hospital danne sig et overblik. Den viden ville være et vigtigt supplement til de obligatoriske indberetninger i H:S. Dette har man forsøgt at løse ved at samle de sager, der scorer 3 i matrixscore. Disse sager bør rapporteres til en central enhed, f.eks. H:S Enhed for Patientsikkerhed, der således ville få en større chance for at samle sager af lignende karakter og om muligt komme med forebyggende tiltag.

The American Society of Anaesthesiologists (ASA) har nedsat en arbejdsgruppe, der løbende vurderer de klage- og forsikringsager, der vedrører anæsthesispecialt. Projektet ledes centralt, og data indsamles hos forskellige forsikringselskaber på en standardiseret formular. Ved systematisk gennemgå sagsakter tilbage til 1970'erne har man indsamlet viden om forskellige skadestyper inden for anæsthesien. Det drejer sig bl.a. om luftvejsskader, skader på nerver og patientskader i forbindelse med gasanæsthesier [9-11]. Denne metodiske gennemgang af forskellige hændelsestyper har medført forslag til ændring af praksis, der igen har ført til fald i hændelsestyperne. For eksempel har gruppen foreslået, at der som minimum benyttes saturationsmåler, kapnograf og elektrokardiogram ved generel anæstesi, og at blodtryksfald behandles med refrakte doser af efedrin givet intravenøst. Dette har fået tilfældene af fejlintubation, hypoksiudløste skader, perifere nerveskader og død til at falde markant gennem 1990'erne. Alle disse tiltag er kliniske rutiner, der i dag regnes for en selvfølge. Etableringen af et nationalt system til indsamling af oplysninger om utilsigtede hændelser i Danmark vil vise, om det ligeledes er muligt at mindske forekomsten og sværhedsgraden af utilsigtede hændelser.

Konklusion

Ved at supplere et indberetnings- og analysesystem for utilsigtede hændelser med audit af alvorlige eller potentielt alvorlige patientklagenævns- og patientforsikringsager opnås der et bredere grundlag til forebyggelse af utilsigtede hændelser. Audit med involverede afdelinger på basis af alvorlige utilsigtede hændelser medførte tiltag, der potentielt kan reducere lignende hændelser. Denne markante konklusion bør eftervises i kommende studier.

Korrespondance: *Eske Kvanner Aasvang*, Sandvejen 8A, DK-3060 Espergærde. E-mail: eskeasvang@yahoo.dk

Antaget: 23. april 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 5 marts 2003. Kapitel 1. § 2. stk. 1.
2. Schiøler T, Lipszczak H, Pedersen BL et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på Sygehuse. Ugeskr Læger 2001;163:5370-7.
3. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994;272:1851-61.
4. Styregruppen for H:S Enhed for Patientsikkerhed: Utilsigtede hændelser i H:S-handlingsplan med retningslinjer: 2.udgave 2002. København: H:S Direktionen, 2002.
5. Schiøler T. Patientsikkerhed. Ugeskr Læger 2001;39:5342-5.
6. Arbejdskadestyrelsens méntabel: vejledende tabel til brug ved menafgørelser truffet den 8. november 1999 og senere i arbejdsskadesager. www.arbejdskadestyrelsen.dk/ nov. 2004.
7. Styregruppen for H:S Enhed for Patientsikkerhed. Patientsikkerhed i H:S, Handlingsplan II 2005-2008. www.hosp.dk/hspatientsikkerhed.nsf/pics/handlingsplan_net.pdf/\$FILE/Handlipatientsikkerhed/ marts 2005.
8. Sundhedsvæsnets Patientklagenævn: Brugerundersøgelse 2001. København: Sundhedsstyrelsens Patientklagenævn.
9. Domino KB, Posner KL, Kaplan RA et al. Airway injury during anaesthesia. Anesthesiology 1999;91:1703-11.
10. Cheney FW, Domino KB., Kaplan RA et al. Nerve injury associated with anaesthesia. Anesthesiology 1999;90:1062-9.
11. Kaplan RA, Vistica MF, Posner KL et al. Adverse anesthetic outcomes arising from gas delivery equipment. Anesthesiology 1997;87:741-8.

Hypereosinofilt syndrom

Reservelæge Lone N. Troelsen, reservelæge Lotte W. Boisen & forskningschef Ove Andersen

H:S Hvidovre Hospital, Infektionsmedicinsk Afdeling og Klinisk Forskningsenhed, og H:S Rigshospitalet, Hæmatologisk Klinik

Eosinofili er et hyppigt biokemisk fund ved allergiske reaktioner, infektioner forårsaget af parasitter og ved maligne sygdomme – specielt maligne hæmatologiske lidelser. Eosinofili (mere end $1,5 \times 10^9/l$ i mindst seks måneder) kan betegnes som idiopatisk hypereosinofilt syndrom (HES), såfremt reaktive og klonale årsager hertil er udelukket, og der foreligger organskade som følge af toksisk påvirkning [1].

I det følgende gennemgås en sygehistorie, der illustrerer differentialdiagnostiske overvejelser ved hypereosinofili. Diagnosen HES, sygdomsmekanismer og forskellige behandlingsstrategier diskuteres.

Sygehistorie

En 57-årig tidligere rask mand blev medio februar 2003 indlagt til udredning for purpura og febrilia. Symptomerne var begyndt tre måneder tidligere med højresidige ansigtssmerter, der blev tolket som nervebetændelse og behandlet med tramadol og senere med carbamazepin uden nævneværdig effekt. Ultimo januar fik patienten et højrødt konfluerende udslæt i ansigtet. Udslættet bredte sig til truncus og ekstremiteterne. To uger senere blev han højfebril med universel glandelsvulst, vandtynde diareer og smerter i epigastriet. Ved indlæggelsen havde han følgende parakliniske værdier: leukocytter på $19 \times 10^9/l$, disse steg til $69 \times 10^9/l$ i løbet af tre dage, heraf var $32 \times 10^9/l$ eosinofilytter. Forhøjede nyretal med S-kreatinin på 161 mikromol/l og S-karbamid på 9,4 mmol/l.

Forhøjede levertal med S-basisk fosfatase på 1.046 U/l, S-alat på 184 U/l og S-laktatdehydrogenase på 798 U/l. Forhøjet C-reaktivt protein på 136 mg/l. Let nedsat S-calcium-ion på 1,09 mmol/l, let forhøjet S-urat på 0,62 mmol/l og forhøjet immunglobulin E på 154 kIU/l senere stigende til >8.000 kIU/l.

På mistanke om septikæmi blev patienten initialt behandlet med cefuroxim, gentamycin og metronidazol. Alle mikrobiologiske undersøgelser var uden vækst. På mistanke om hæmatologisk malign lidelse blev der udført knoglemarvsundersøgelse. Denne viste hyperplastisk knoglemarv med eosinofili og forekomst af granulomer tolket som en medikamentel udløst reaktion. Røntgenundersøgelse af thorax, ultralydskanning af abdomen og gastroskopi viste normale forhold. En højopløsnings-computertomografi-skanning af thorax viste mindre uspecifikke forandringer. En hudbiopsi fra venstre crus viste forandringer som ved hæmoragisk eksantem.

Tilstanden var efter to ugers indlæggelse i overensstemmelse med Stevens-Johnsons syndrom udløst af carbamezepin, og patienten blev sat i behandling med prednisolon (60 mg \times 1). Herpå bedredes han klinisk og paraklinisk. Ved forsøg på udtræning af prednisolon fik han to gange recidiv. Forløbet blev kompliceret af udvikling af en vanskelig traktabel diabetes samt akut myokardieinfarkt og et væggtab på 25 kg.

Grundet persisterende hypereosinofili og de mange organmanifestationer blev patienten efter to måneders indlæggelse overflyttet til Hæmatologisk Afdeling, H:S Rigshospitalet. Her behandlede man primært med prednisolon og imatinib uden tilstrækkelig effekt, hvorfor man ændrede behandlingen til prednisolon i kombination med interferon-alfa. På denne behandling normaliseredes eosinofilyttallet, og patienten blev udskrevet medio april til ambulans opfølgning. Ultimo juni 2003 var han fortsat i behandling med prednisolon 15 mg