



Ansvarsärenden i korthet

Förra gången refererade vi under rubriken **Missade provsvar två fall där diagnosen försenats på grund av bristande kommunikation och felaktiga rutiner. Här följer ytterligare några exempel på detta plus ett fall där granskningen av röntgenbilder varit bristfällig.**

Resultat av prov på blåsskölvätska undanhölls

Anmälare: Patienten
Anmäld: Kirurgöverläkare
Orsak: Behandling av urinvägscancer fördröjdes
HSAN 453/99

En 47-årig man kontrollerades för misstänkt urinvägstumör på länslasarett. I samband med cystoskopi gjordes provtagning på blåsskölvätska. Resultatet visade stark uroepitelial cellatypi. Patienten informerades inte om fyndet, förrän han fyra månader senare själv kontaktade kliniken. Fortsatt undersökning visade på tumör i blåshalsen och prostata, vilka organ togs bort vid operation samma år.

Patienten har anmält läkaren för att han ej informerats om provsvaret.

Kirurgen har i journalen antecknat att »när svar på cytologi föreligger skall vi skicka brev till patienten». Läkaren har signerat laboratoriesvaret. Enligt

klinikens rutiner återkom man alltid med svar till patienten, när PAD-svar förelegat. Normalt sett skulle det ha gjorts även i detta fall, men det kan självfallet ha förelegat en miss, eftersom kopia av sådant brev saknas.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att patienten inte informerats om provsvaret. Varför informationen uteblivit har inte gått att fastställa. Kirurgen var ansvarig för behandlingen och för att besked om provsvar meddelades. Genom att underlåta att tillse att patienten informeras har kirurgen av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Påföljden blev erinran.

Mammografi-svar på avvägar

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmälda: Två läkare vid kvinnoklinik
Orsak: Punktionscytologi utfördes inte
HSAN 1452/97

En 70-årig kvinna lades in på gynekologisk klinik för utredning av gynekologiska symtom. I samband med journalskrivning konstaterade avdelningsläkare C att kvinnan hade en småknölig resistens i vänster bröst. Hon skrev därför remiss för mammografi, vilken utfördes efter utskrivning från gynekologkliniken. Den visade en för-

ändring i bröstet och punktion rekommenderades om det fanns en palpabel resistens. När svaret anlände till kliniken hade emellertid C påbörjat en längre tids forskningsledighet. Patienten togs återigen in på kliniken för operation av uteruscancer och då signerades svaret av avdelningsläkare D i samband med utskrivningen. Hon hade avsett att diskutera med C om punktion skulle göras, men detta ägde ej rum. Ett halvt år senare gjordes från gyn-onkologisk klinik åter en utredning av kvinnans brösttumör, vilken visade cancer. Handläggandet av mammografisvaret anmäldes enligt Lex Maria.

Socialstyrelsen har funnit att bristfällig handläggning av mammografisvaret har inneburit fördröjd diagnos under en längre tid. Avdelningsläkare C borde som remittent ha bevakat att mammografisvaret kommit henne tillhanda och sett till att nödvändiga åtgärder vidtagits. D har signerat svaret och avsett att vidtaga åtgärder, när patientjournalen återkommit för signering. Detta framstår som en ytterst osäker och olämplig hantering. Socialstyrelsen har yrkat på disciplinpåföljd för de två läkarna.

C har framhållit att det inte fanns några övergripande rutiner för hur remittent ska bevaka inkommande svar. Rutinen i samband med längre forskningsledigheter eller semester har varit, att läkarna bevakat varandras post och därmed övertagit ansvaret för handläggningen av remissvar. Något uppföljningssystem som gjort det möjligt

för en remittent att personligen ansvara för att följa upp sina remisser fanns inte.

När D fick se svaret på mammografin hade patienten just skrivits ut efter att ha genomgått en canceroperation. Eftersom hon inte ville utsätta patienten för en otillräckligt underbyggd misstanke på ytterligare en tumör avsåg hon att avvakta och först diskutera det något oklara palpationsfyndet med C. För att säkerhetsställa sin tankegång dikterade hon ett tillägg i slutanteckningen från det senaste vårdtillfället. Av okänd anledning återkom aldrig journalen till hennes postfack för signering, varför diskussionen med C inte kom till stånd.

Bedömning och beslut

Det fanns inga dokumenterade regler för klinikens remisshantering. Enligt klinikchefen gällde dock att inga remissvar fick sorteras in i patientjournalen, innan de signerats av ansvarig läkare och därmed var det underförstått, att den som signerade svaret tagit ansvaret för handläggningen. Genom att underlåta att se till att nödvändiga åtgärder vidtogs med hänsyn till innehållet i remissvaret har D åsidosatt sina åligganden. Hon ålades en varning.

Remittenten C hade slutat vid avdelningen, när remissvaret anlände, och det var därför inte rimligt att begära, att hon skulle ha kontrollerat svaret och vidtagit de åtgärder som då krävdes. Nämnden har därför inte ansett, att det fanns grund för att ålägga henne disciplinpåföljd.

Förbisåg skelettförändring

Anmälare: Socialstyrelsen (Lex Maria-fall)

Anmald: Röntgenöverläkare

**Orsak: Läkaren tolkade bilderna felaktigt
HSAN 2898/98**

En 42-årig kvinna hade sökt på vårdcentral för högersidiga höftbesvär. Hon remitterades till röntgenavdelningen för undersökning av höger höft, bäcken och ländrygg med frågeställningen »Trochanterit? Annat?» Den anmälde läkaren tolkade bilderna och fann att inga skelettförändringar förelåg.

Tio månader senare röntgades hon av samma läkare akut sedan hon fallit och fått kraftiga smärtor. Han upptäckte då en bendestruerande, cystisk förändring i höger bäckenhalva. Han kunde

Orsak till hematuri utreddes inte

Anmälare: Patienten

Anmälde: AT-läkare och distriktsläkare

**Orsak: Försenad diagnos av cervixcancer
HSAN 470/99**

En 64-årig kvinna sökte på vårdcentral för urinvägsbesvär. Hon behandlades med olika urinvägsantiseptika. Vid återbesök hos den anmälde AT-läkaren hade hon dessutom fått värk i sätet. Urinprov visade förekomst av blod men inga bakterier. Diagnosen blev muskelvärk. Även vid nästa återbesök en månad senare hos AT-läkaren fanns röda blodkroppar i urinen, men läkaren ansåg att man kunde avvakta med utredning. En dryg vecka senare sökte hon distriktsläkaren, nu för magbesvär och för att hon gått ner i vikt. Urinprovet var orent med hematuri och leukocyter. Hon fick Losec och medicin mot förstoppning. Efter ytterligare en månad sökte hon annan läkare vid vårdcentralen för urinträngningar och hematuriutredning påbörjades. På gynekologiklinik fann man en stor tumör i livmoderhalsen.

Patientens dotter har anmält de två läkarna för att man inte under hela denna period gjort vare sig yttre eller inre undersökning av buk-bäcken, inte heller undersökt njurarna trots blod i uri-

nesså se förändringar vid eftergranskning av bilderna från den första undersökningen. Den fortsatta utredningen påvisade en njurtumör och förändringen i bäckenet var sannolikt en metastas av denna.

Ett vetenskapligt råd i radiologi har granskat bilderna och funnit att det fanns en otvetydig förändring i ramus inferior os pubis på höger sida redan vid den första undersökningen. Han lät sju radiologer med varierande grad av utbildning inom specialiteten granska bilderna och sex av dessa såg förändringen och angav att malignitet ej kunde uteslutas. Den sjunde såg förändringen först sedan han uppmärksammat att bilderna kom från annat sjukhus. Rådet anser att förbiseendet vid den primära undersökningen inte var rimligt mot bakgrund av remissinnehållet. I vissa avseenden var misstaget dock förklarligt eftersom remisskrivaren riktat röntgenologens intresse mot en perifer struktur. Tyvärr är det så att dubbel-

nen. När cancer upptäcktes var den så långt framskriden att den inte kunde behandlas.

AT-läkaren hade vid kontakterna med patienten konstaterat blod i urinen efter utläkt urinvägsinfektion, men eftersom kvinnan tidigare varit frisk och det ej framkom tecken till allvarlig sjukdom, fann han ej anledning att påskynda den aktuella utredningen.

Distriktsläkaren har konstaterat att patienten sökte under semesterperioden, vilket förklarar den bristande kontinuiteten med flera kolleger inblandade. Hon sökte vid samtliga tillfällen akut, vilket innebär att man hade tvingats arbeta mer avgränsat problemorienterat. Själv skulle han precis gå på semester, när patienten sökte honom, »ingen ideal situation för fortsatt utredning». Patienten hade vid detta tillfälle matleda och behandlingen riktade sig främst på att behandla denna.

Bedömning och beslut

Patienten hade sökt de två läkarna sammanlagt fem gånger under en månad. De hade inte under denna tid påbörjat någon utredning, trots återkommande prov med blod i urinen och tilltagande viktnedgång. AT-läkaren borde i ett komplicerat fall som detta ha diskuterat behandlingen av patienten med en mer erfaren kollega och distriktsläkaren borde ha agerat mer aktivt och påbörjat en utredning av orsaken till blod i urinen. Bägge läkarna ålades varning.

granskning utförs i minskande grad på grund av personalbrist och effektivitetskrav. Socialstyrelsen har med stöd av yttrandet yrkat på disciplinpåföljd.

Röntgenläkaren har medgett att han handlat felaktigt och beklagat detta. Vid länsdelssjukhuset är tre röntgenläkare anställda och man brukar då bemanningen tillåter dubbelgranska bilderna.

Den aktuella dagen var de två övriga läkarna lediga varför detta inte var möjligt. Hade arbetssituationen varit annorlunda dvs med fler i tjänst, hade förändringen inte missats.

Bedömning och beslut

Läkaren borde ha upptäckt förändringen vid sin granskning. Röntgenfyndet var dock lätt att förbise, eftersom undersökningen i i första hand tog sikte på höften och då det inte fanns någon klinisk misstanke om skelettskada. Påföljden stannade därför vid en erinran. •