

medveten om risken att patienten kunde ha utvecklat metastaser men tyckte ändå att det mesta talade för att hennes besvär orsakades av smärta i muskulaturen.

Bedömning och beslut

Nydebuterade rygg- eller skelettsmärter hos en patient med känd tumörsjukdom i anamnesen måste alltid betraktas som eventuella skelettmetastaser, hävdar Ansvarsnämnden.

Även dessa patienter kan självklart drabbas av »vanligt« ryggsnitt som inte har samband med tumörsjukdomen. Om besvären inte klingar av som väntat inom viss tid bör vidare utredning dock göras. Vanlig konventionell skelettröntgen kan vara utan anmärkning i tidigt förlopp, och därför måste en fördjupad undersökning, t ex en skelettskintigrafi, utföras, anser Ansvarsnämnden.

Familjeläkaren borde alltså ha sett till att kvinnan kom på återbesök eller noga förklarat att hon själv skulle återkomma om besvären inte klingade av inom ett par veckor.

Vidare undersökte och bedömde familjeläkaren patienten utan att dokumentera det. Att patienten besökte honom tillsammans med sin dotter gör inte den underlåtenheten ursäktlig, säger Ansvarsnämnden.

Familjeläkaren får en erinran. •

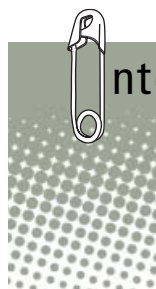
Knölen var maligt melanom

Husläkaren borde ha remitterat patienten med återkommande Spitz nevus och en oförklarlig lymfkörtelförstoring för fortsatt utredning. Men det gjorde hon inte och fälls därför av Ansvarsnämnden (HSAN 1623/03).

II Den 29-åriga kvinnan hade tidigare opererat bort en hudförändring i ryggslutet. Den återkom och opererades bort vid ytterligare två tillfällen.

Den 3 juni sökte hon husläkaren för en knöl i höger ljumske. Husläkaren fann en välavgränsad förändring, som var fritt förskjutbar mot underlaget. Hon noterade att den tidigare bortopererade hudförändringen diagnostiserats som en melanocytär hudtumör, Spitz nevus.

Sex månader senare sökte kvinnan vårdcentralen eftersom knölen blivit större. Hon remitterades till ett lasaret



ntervjun

Ny handlingsplan ska hjälpa läkare som anmäls för fel i arbetet

Läkarförbundet har tagit fram en ny handlingsplan för att hjälpa läkare som blir anmälda för fel i arbetet.

II Planen har tagits fram av Arbetslivsgruppen tillsammans med Inger Löfvander, ombudsman på Läkarförbundet.

Hon understryker vikten av att alla verksamheter har en handlingsplan för hur fel i värden ska förebyggas och hur den som blir anmäld ska stöttas i organisationen.

– Det är ytterst arbetsgivarens ansvar, men vi uppmanar våra skyddsombud att bevaka frågan och verka för att handlingsplaner utformas på arbetsplatserna.

– Det har väldigt tydligt visat sig att många läkare far illa när de blir anmälda. Det beror dels på läkarens egen känsla av misslyckande, dels på hur situationen hanteras i verksamheten; det finns ofta en rädsla för att prata om en anmälan kolleger emellan.

Statistiskt kan i stort sett alla läkare räkna med att förr eller senare bli anmälda åtminstone någon gång. Och många, inte minst yngre läkare, känner en stark rädsla för att bli anmälda.

Inger Löfvander anser att den rädslan inte utan vidare kan byggas bort, även om man kan göra väldigt mycket genom att flytta fokus ifrån den enskilde personens fel, om det nu är ett fel, till att se på varför det blev som det blev.

Två huvuddelar i handlingsplanen

Läkarförbundets handlingsplan består av två huvuddelar:

Det finns ett förebyggande arbete, som ligger i linje med arbetet att förbättra patientsäkerheten. I organisationen måste man återkommande se över exempelvis bemanning, jourer, bakjournsystem, introduktion, handledning och fortbildning.

Den tekniska utrustningen måste ses över så att den fungerar, och de anställda måste veta hur den ska hanteras.

Personalen ska bl a stå för ett bra patientbemötande och diskutera kring att göra fel och begå misstag. Hur ser man på det?

Den andra huvuddelen handlar om åtgärder när någon blir anmäld. Hur ska man ta hand om en person som blir an-



FOTO: LARS-OLOF NIHLÉN

Inger Löfvander, kvinna bakom handlingsplan för att hjälpa HSAN-anmälda läkare.

mäld? Hur ska man kunna lära sig av det som har hänt för att förebygga misstag och förbättra patientsäkerheten?

Inger Löfvander berättar att erfarenheten hittills är att många får för lite stöd på sin arbetsplats.

– Det viktiga är inte hur man utformar planen lokalt utan att man gör det. Varje verksamhet ska utarbeta sin idé hur just de ska göra. Enligt vårt förslag ska verksamhetschefen ansvara för att ta i den här frågan. Det är viktigt att chefen finns med, påpekar Inger Löfvander.

Verksamhetschefen bör ta ansvar

Många som blivit anmälda hör av sig till henne eller till Läkarförbundets kollegiala nätverk. En vanlig kommentar från dem är att »verksamhetschefen har inte ens hört av sig«. De känner sig ensamma och de känner en ökad skuld.

– Därför är det viktigt att verksamhetschefen tar initiativ till samtal med den som blivit anmäld och pratar igenom vad som har hänt och vad som kommer att hända. Det gäller att inte bara prata om det praktiska, det behövs också ett psykologiskt stöd, säger Inger Löfvander.

– Det kan kan innebära en trygghet för läkare och andra bara att veta att det finns en handlingsplan. Blir jag anmäld vet jag att jag kan få hjälp och stöd om jag behöver det.

– Att bli anmäld är en arbetsmiljöfråga. En bra arbetsmiljö för läkare och andra inom sjukvården bidrar till en god patientsäkerhet. Man kan säga att arbetsmiljö och patientsäkerhet går hand i hand, säger hon.

Handlingsplanen i sin helhet finns på www.lakarforbundet.se under fliken »Arbetsliv«.

Tom Ahlgren

där en utredning visade att knölen var metastaserande malignt melanom.

Kvinnan anmälde husläkaren för felaktig diagnostisering den 3 juni.

»Avsäg att remittera«

Ansvarsnämnden läste kvinnans journaler samt tog in yttrande av husläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Patienten sökte för en knöl i höger ljumske. Läkarens preliminära diagnos var lymfadenit. Orsaken till lymfkörtelreaktionen går inte att avgöra vid klinisk undersökning, och godartade lymfkörtelförstorningar är vanliga hos patienter som söker i primärvården. En lymfkörtel av den karaktär och storlek som den hon kände på patienten blir sällan föremål för punktionsremiss vid första konsultationstillfället, sa husläkaren.

I journalen fanns ett analysresultat från ett år tidigare på en förändring från höger klinka där diagnosen var Spitz nevus, en biologiskt godartad tumör. Enligt analyssvaret var den radikalt borttagen.

Husläkaren avsåg att remittera patienten för punktion på grund av att det finns en maligniseringstendens hos Spitz nevus. Remitteringen avvisades dock av patienten eftersom hon stod i begrepp att redan en vecka senare flytta till en annan ort, hävdade husläkaren. Hon uppmanade då patienten att söka på nytt om förändringen tillväxte.

Patienten uppgav i ett nytt yttrande att husläkaren inte hade erbjudit henne någon remittering och att hon alltså inte hade tackat nej till en sådan.

För övrigt, sa patienten, var husläkaren mycket lugnande och övertygade henne om att hon var utom fara.

Bedömning och beslut

Patienten hade tidigare tagit bort en förändring som visade sig vara ett Spitz nevus. Denna förändring kallas också benigt juvenilt nevus, som är en melanomliknande men godartad tumör. Förändringen återkom och opererades bort vid ytterligare två tillfällen.

Med hänsyn till att kvinnans förändring recidiverat två gånger, och då det inte fanns någon förklaring till lymfkörtelförstoringen, borde husläkaren ha remitterat henne för fortsatt utredning på den nya bostadsorten, anser Ansvarsnämnden. Journalanteckningen från besöket visade inte att husläkaren överhuvudtaget diskuterade en sådan remiss. Denna brist är ett sådant fel som inte kan anses ringa eller ursäktligt. Disciplinpåföljd ska därmed utgå.

Eftersom det framgår att husläkaren ändå noga satte sig in i sjukhistorien och uppmanade patienten att söka läkare om förändringen tilltog kan en erinran anses tillräcklig, beslutar Ansvarsnämnden. •



Säkerhetsartikeln

Kortare väntetider = bättre vård

Exempel från ett ÖNH-register

Att behöva vänta på utredning av en ÖNH-tumör är inte bara påfrestande för patienten, en försnad diagnos kan också vara negativ för behandlingsresultatet. Bara genom att kliniker sinsemellan i enkel »tävlan« jämför sina väntetider kan göra att de totala väntetiderna reduceras.

■ Från och med 1997 är bestämmelser om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling inskrivna i Hälso- och sjukvårdslagen. Svensk förening för oto-rhino-laryngologi, huvud- och halskirurgi, startade redan 1993 arbetet med att definiera diagnoser/aktiviteter och indikatorer lämpade för att illustrera och beskriva kvaliteten inom svensk öron-, näs- och halssjukvård. För att spegla en väsentlig del av specialitetens verksamhet beslöt man att arbeta med fem operationer/processer, nämligen septumplastik, tonsillektomi, myringoplastik, primär handläggning av maligniteter samt rörbehandling av sekretorisk otit.

ÖNH-specialiteten handlägger varje år ca 1 100 nya maligniteter inom följande områden: läpp-munhåla ca 450, struphuvud (200), spottkörtlar (100), näsa/bihålor (60) och svalg (200). Eftersom behandling av maligniteter är en relativt stor andel av specialitetens arbete, och relativt många människor drabbas, finns det all anledning att närmare studera hur ÖNH-tumörpatienten i Sverige handläggs. Finns det regionala skillnader i utredningen, och/eller finns det regionala skillnader i väntetider till behandling?

Väntetiderna studeras inom ramen för kvalitetsarbetet, eftersom väntan för den enskilde tumörpatienten dels är förknippad med stor oro, dels kan innebära sämre prognos och kostsammare och tyngre behandling.

Metod. Samtliga ÖNH-mottagningar har inbjudits att medverka i datainsamling av varje nyupptäckt ÖNH-malignitet. Frekvensen av provexcision/finnålspunktion, radiologi, magnetisk resonanstomografi (MRT) och skopi registreras. Väntetid till besök hos ÖNH-specialist, till vävnadsprovtagning, PAD/finnålspunktionssvar samt till åtgärd (radioterapi/kirurgi/symtomatisk behandling) registreras. Varje klinik får

besvara om den slutgiltiga behandlingen sker på egen klinik eller ej.

För närvarande har registret en täckning på ca 80 procent av befolkningen. Klinikerna registrerar »on-line« på Internet, och varje klinik kan jämföra sina resultat med Sverigesnittet. Valideringsarbete pågår.

Resultat. Ca 1 800 patienter är för närvarande registrerade. Vad beträffar utredningssgången av maligniteter skiljer den sig inte väsentligt mellan de olika klinikerna. Ett exempel på hur den enskilda kliniken kan jämföra sig med Sverigesnittet ges i Figur 1.

Vad beträffar de olika väntetiderna till PAD-diagnos skiljer det inte så mycket mellan de olika klinikerna. Väntetiden till specialistbesöket var i genomsnitt nio dagar, till vävnadsprov 13 dagar och till PAD/cytologisvar åtta dagar.

Tiden från diagnos till behandling/palliation är i snitt 31 dagar; här finns det lokala skillnader (Figur 2). Eftersom det pågår valideringsarbete har man i föreliggande rapport valt att redovisa landstingsvis. Inga säkra skillnader ses mellan de olika tidsintervallen (Figur 3).

Genomsnittskliniken slutbehandlar hälften (47 procent) av sina patienter. De mindre landsortsklinikerna sköter detta i 14 procent av fallen, universitetsklinikerna till 100 procent.

Diskussion. En patient med en nyupptäckt ÖNH-tumör får en likartad utredning oavsett var han/hon är bosatt i Sverige. Medelst utbildning, kurser och feedback har alltså konsensus utvecklats mellan ÖNH-specialisterna på denna punkt. Vad beträffar utredningstiden till färdig diagnos är denna relativt snabb och oberoende av var patienten är bosatt. Frekvensen av slutbehandling på egen klinik speglar storleken och resurserna på den enskilda kliniken och är en natur-