

Jesper Persson, överläkare, verksamhetschef, med dr, medicinkliniken, Centralsjukhuset i Kristianstad
jesper.persson@skane.se

Thomas Kjellström, överläkare, verksamhetschef, docent, medicinkliniken, Helsingborgs sjukhus; båda vetenskapliga råd vid Socialstyrelsen för internmedicinska frågor

Internmedicinen och de sju dödssynderna

Kliniska misstag och beteenden som kan leda till patientskada/anmälan

■ Inom internmedicinen liksom inom alla medicinska specialiteter förekommer misstag och felbedömningar av olika slag. De kan utgöras av rent kliniska fel av medicinsk natur eller vara uttryck för systemfel beroende på antingen organisatoriska brister eller fundamentala brister i utövandet av läkarens yrke. Oavsett vilket så utsätts patienterna i den medicinska vardagen regelbundet för situationer där de löper risk för skada.

Kännetecknande för internmedicinen är att det inom den tunga specialitet ofta rör sig om incidenter av allvarlig, ibland livshotande karaktär. Grundinställningen måste alltså vara att vi ser medicinsk säkerhet som en av de allra mest prioriterade uppgifterna för internmedicinen.

Syftet med denna artikel är att redovisa de vanligaste och farligaste internmedicinska kliniska misstagen som kan leda till patientskada och/eller anmälan till Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) eller via Lex Maria. Dessutom beskrivs några grundläggande felaktiga och för patienten potentiellt farliga beteenden hos läkare som kan leda till anmälan. Vi utgår i denna översikt från de sju dödssynderna, som kanske kan förklara varför en läkare blir anmäld. Slutligen beskrivs vad som inträffar när man blir anmäld och några enkla råd i samband med en sådan händelse.

Begreppet dödssynd härrör från en religiös tanketradition och dyker första gången upp i Paulus Romarbrev i Nya testamentet [1] (Figur 1). Självfallet kan den medicinska verksamheten inte kategoriseras i religiösa termer, men de misstag man ser i kliniken sträcker sig från bagatellartade incidenter till de mest flagranta fel, där begreppet dödssynd kan vara en adekvat metafor. Dessutom har samtliga sju dödssynder element i sig som kan appliceras på medicinsk verksamhet.

Detta är ingen statistisk redovisning, utan resultatet bygger på de anmälda fall inom internmedicin som varit aktuella under 15 års tid. Iakttagelserna bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet i den meningen att de är insamlade utifrån perspektivet att författarna i tillsammans drygt 30 år varit klinikchefer/verksamhetschefer och i cirka 15 år vetenskapliga råd vid Socialstyrelsen. Detta har gett bakgrundsmaterial till vilka fall som blir anmälda respektive vilka beteenden som ökar risken för anmälan och disciplinpåföljd.

Kriterier för en internmedicinsk dödssynd

Vissa kriterier behöver vara uppfyllda innan ett medicinskt misstag kan liknas vid en dödssynd (Fakta 1). För det första

Sammanfattat



Vi har gjort en exposé över vilka sju medicinska misstag som är de allvarligaste och som föranleder anmälan till Socialstyrelsen, HSAN eller via Lex Maria. Lite kort nämns också hur man ska undvika dessa.

Med utgångspunkt i de sju dödssynderna beskriver vi några grundläggande felaktiga och för patienten potentiellt farliga beteenden hos läkare som kan leda till anmälan.

Vår ambition är inte att vara vetenskapliga eller fakтамässigt fullständiga. Tanken är att det är värt att inse att de sju dödssynderna kan vara ett memento i vår kliniska vardag. Medvetenhet om dem och om vad som kan motverka konsekvenserna av dem kanske kan förbättra kvaliteten på den egna medicinska insatsen.

bör misstaget vara så allvarligt att det kan uppstå en för patienten livshotande situation eller en situation där patienten löper risk för omfattande skada. För det andra ska den kliniska bilden inte vara svårtolkad eller ha oklara omständigheter som gör bedömningen osäker. I de fall där anamnes, status och relevanta undersökningar talar i samma riktning men där läkaren ändå missar en uppenbar diagnos eller behandling kan detta andra kriterium vara uppfyllt.

För det tredje kan det i varje enskilt fall finnas svåra etiska överväganden bakom en medicinsk bedömning som vid en yttlig betraktelse kan te sig som ett misstag eller ett förbiseende. I detta sammanhang måste understrykas vikten av att sådana faktorer dokumenteras på ett tydligt sätt. Det kan t ex röra sig om beslut att i vissa fall avstå från åtgärder eller undersökningar på grund av alltför dålig prognos eller patientens egna önskemål.

De sju internmedicinska dödssynderna

Nedan följer sju av de internmedicinska felbedömningar som utifrån våra kriterier kan benämnas internmedicinsk döds-



Figur 1. Tablå över de sju dödssynderna: lättja, högmod, avund, frosseri, girighet, vrede och liderlighet. Runt Kristus i mitten skildras dödssynderna i sju scener. Målning av Hieronymus Bosch, 1450–1516, Pradomuseet, Madrid.

synd (Fakta 2). Utrymmet medger inte någon djupare penetration av de enskilda diagnoserna eller hur dessa ska handläggas.

Missat akut koronart syndrom. På en invärtesmedicinsk akutmottagning är följande det klassiska misstaget: En person söker för bröstsmärta och bedöms av jourhavande läkare. Personen skickas hem, för att senare komma in igen avliden eller med en stor, manifest och tydlig hjärtinfarkt. I dessa fall kan det finnas många förmildrande omständigheter, varav bl a normala fynd i status och på EKG samt en beskedlig, atypisk anamnes är det vanligaste.

Konklusion: Ta en noggrann anamnes på samtliga patienter med bröstsmärta! Misstänk alltid att det kan röra sig om ett akut koronart syndrom och ha en liberal inställning till inläggning av patienter med bröstsmärta för observation. På medicinkliniker krävs ett strukturerat omhändertagande av denna stora patientgrupp med tydliga riktlinjer för diagnostik och utredning.

Missad lungemboli är en av de vanligaste orsakerna till anmälan (Figur 2). Det är vanligt att vederbörande läkare gjort en felbedömning och att man först i efterskott kunnat konstatera att den kliniska bilden varit tydlig. Man har helt enkelt inte kommit på tanken eller halkat in på fel diagnostiskt spår.

Konklusion: Ha alltid diagnosen lungemboli i bakhuvudet om en patient söker för andfåddhet eller andningskorrelerade huggsmärtor i torax. Om det inte föreligger någon annan uppenbar förklaring till symtomen bör man med adekvata diagnostiska hjälpmedel utesluta denna diagnos.

Anafylaktisk reaktion på läkemedel/kontrastmedel. Den dödssynd som är svår att försvara är när man ger patienten ett

preparat som han eller hon är allergisk mot. Är denna allergi angiven i journalhandlingarna och patienter får en anafylaktisk reaktion är det svårt att undvika påföljd.

Konklusion: Ha tydliga CAVE-markeringar i journalerna! Glöm inte heller att överföra denna information till den elektroniska journalen!

Insulinkoma/diabeteskoma är tillstånd som man sällan missar. Men om den kliniska bilden är grumlig av andra skäl (psykisk sjukdom, ålder, misstanke om intoxikation) kan man missa att ordinera eller förbise att granska patientens glukosvärden och syra-basstatus. I dessa fall kan man förbise diagnoserna helt och hållet. På samtliga akutmottagningar ingår det som en etablerad rutin att undersöka blod-/plasmaglukos, varför detta i praktiken är ovanligt. Men dessa tillstånd kan ju inträffa på annan plats. Dessutom kan laboratorievaren vara fel eller införas fel.

Konklusion: Den kliniska bilden är väsentligt olika vid hyper- och hypoglykemi. Om man ordinerar insulin till en patient med

lågt blodsocker kan det få irreversibla konsekvenser.

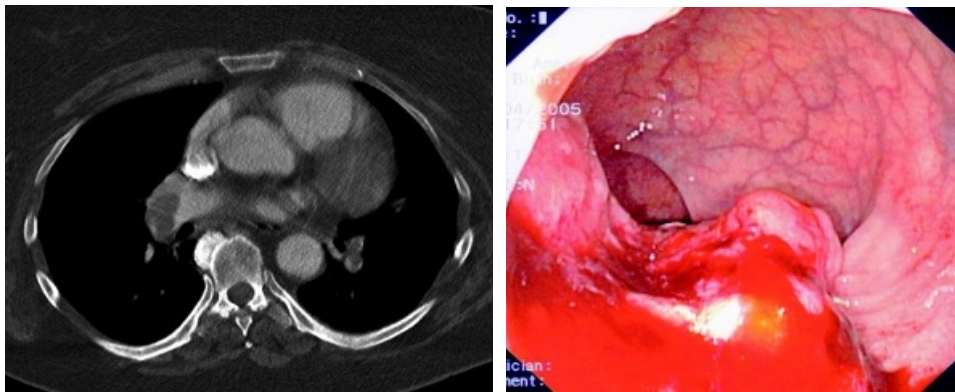
Läkemedelsinteraktioner/feldoseringar är ett ökande problem allteftersom polyfarmacin breder ut sig. Läkemedelsinteraktioner är ofta oväntade och svåra att förutsäga.

I vissa fall bör man vara extra vaksam, t ex beträffande interaktioner hos patienter som behandlas med warfarin (Waran). Här är riskerna stora med såväl låga INR-värden (embolier hos patienter med mekanisk klaffprotes) som höga (blödningar hos patienter som behandlas med acetylsalicylsyra, ASA, eller icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel, NSAID). Det är lätt att feldosera warfarin, som dessutom interagerar med många andra läkemedel. Beträffande andra läkemedel är fel i ordinationshandlingarna vanliga och oftast av beskedlig natur och leder inte till allvarliga konsekvenser för patienten. Å andra sidan kan feldoseringar medföra toxiska doser av läkemedlet i fråga. Detta förekommer oftast då ordinerande läkare har bristande erfarenhet av preparatet, då lä-

II Fakta 1

Kriterier för en internmedicinsk dödssynd

- Deletära konsekvenser för patienten.
- Klinik/anamnes/status talar entydigt eller tydligt mot diagnosen.
- Etiska övervägande kan förklara/motivera specifik bedömning (OBS! dokumentera).



Figur 2. Missad lungemboli (till vänster) är en av de vanligaste orsakerna till att en läkare anmäls. En annan orsak är mag- tarmlödning som inte är utredd. Rektalcancer (till höger) kan vara den bakomliggande orsaken.

kemedel ska ordineras efter kroppsvikt eller njurfunktion eller då även smärre fel i dosen leder till toxiska effekter (t ex cytostatika). I dessa fall kan patienten utsättas för livsfara.

Konklusion: Lita inte på minnet eller på någon annans ordinationsförslag – slå i Fass! Var lyhörd för om sjuksköterskan reagerar eller om det är konstigheter med förpackningen/koncentrationen!

Meningit/subaraknoidalblödning. Huvudvärk är ett vanligt symptom på en akutmottagning. Den absoluta majoriteten av patienterna har »benign« orsak till besvären. Förbiser man dessa diagnoser eller förväxlar man dem leder det oftast till allvarliga konsekvenser för patienten. Detta förekommer dessvärre, och även om rätt diagnos ställs inom första dygnet sker det en fördröjning i diagnostiken (oftast väntan på dator-tomografiundersökning, DT, av hjärna), som kan vara deletär för patienten.

Konklusion: Antibiotika förskrivs före DT om meningit misstänks. Lumbalpunktion görs om DT är blank och subaraknoidalblödning ändå misstänks.

Ej utredd mag-tarmlödning. Utred alltid en patient som blöder per rectum eller som har blödningsorsakad anemi/järnbristanemi. Vid båda dessa tillstånd kan det ligga en malignitet bakom som förklarar blödningen eller anemin (Figur 2). En sådan patient kan sannolikt botas/behandlas om maligniteten upptäcks i tid.

Konklusion: Mag-tarmlödning måste utredas så att en förklaring kan konstateras.

Dödssyndernas former i internmedicin och sjukvård

Det är tämligen få som direkt kan ange vilka dödssynderna är. Begreppet lever kvar sedan Gregorius den store (påve åren 590–604) formulerade de sju huvudsynderna utifrån Romarbrevet [1] (Fakta 3). De lever kvar i folkmedvetandet och i litteraturen och konsten, sannolikt därför att de fortfarande har grundläggande giltighet trots de kulturella, politiska och värderingsmässiga skiftena i samhället. Etiska frågor är essentiella inom sjukvården, och det kan därför vara intressant att se vilka former en dödssynd kan anta i vår verksamhet. Något förenklat kan man säga att dödssynderna tar sig olika uttryck på olika nivåer. Ibland är de tydliga i ett huvudsakligen organisatoriskt perspektiv (t ex avund) [2], ibland gestaltar sig dödssynden direkt i patient-läkarrelationen. Ofta kan man se hur dödssynder på olika sätt har potential att destruera vården på olika plan.

Lättja. Dagens antagningssystem till medicinarutbildningen (där 80 procent av gymnasieelever med maximala studentbetyg lottas bort från läkarutbildningen) är orättvist och slumpartat men ställer stora krav på energiska studieinsatser. Det är

II Fakta 2

De sju internmedicinska dödssynderna

1. Missat akut koronart syndrom (feltolkning av EKG och/eller anamnes).
2. Lungemboli (felbedömning).
3. Läkemedelsordination trots allergi-/cavemarkering.
4. Missbedömning av insulin-/diabeteskoma.
5. Feldosering som medför toxiska doser av läkemedel.
6. Missad differentialdiagnos: subaraknoidalblödning/meningit.
7. Ockult eller manifest mag-tarmlödning ej utredd.

II Fakta 3

De sju dödssynderna

1. Lättja/liknöjdhet
2. Högmod/arrogans
3. Avund
4. Frosseri
5. Girighet
6. Vrede
7. Liderlighet

II Fakta 4

De vanligaste underlåtenhetssynderna

- Försenad eller bristande tillsyn av en urakut sjuk patient.
- Ej rådfrågat äldre kollega/bakjour vid oklart medicinskt tillstånd.
- Relevant information saknas.
- Bristande uppföljning av akut tillstånd.

lättare för en kamel att passera ett nålsöga än för en lat gymnasist att komma in på läkarutbildningen. På läkarsidan borde alltså lättja som dödssynd ha låg frekvens, såvida lättjan inte tilltar alltför mycket med åren. Det finns dock inget stöd för antagandet att överläkare och äldre specialister skulle tappa i ambition med tiden. Å andra sidan talas det idag om vårdens låga produktion, att antalet läkarbesök per doktor blivit lägre i Sverige – trots det ökade antalet läkare – och att väntetiderna fortfarande är långa. Lättja är knappast den närmast till hands liggande förklaringen till att vården upplevs som ineffektiv.

För den enskilde läkaren är det uppenbart vad lättja medför, och översatt till direkta vårdinsatser kan dessa bli för få, för dåliga eller för sent insatta. Denna dödssynd är synnerligen applicerbar i vården. En nära släkting till lättja är liknöjdhet, som innebär att man inte gör det bästa av sina förutsättningar. För en läkare som inte uppdaterar sin kunskap är detta förödande och leder till stagnation och kompetensmässigt långsamt självmord. I den enskilda patientsituationen kan lättjan hitta sitt uttryck i form av underlåtenhet och som sådan leda till felbedömning eller felbehandling. Fem exempel på underlåtenhetssynder ges i Fakta 4.

Antidot: Motarbete bekvämlighet och undvik genvägar.

Högmod är alla dödssyndens ursprung. I de antika dramerna var hybris den synd som gudarna straffade hårdast – nemesis. Inom sjukvården och bland läkare är den normala och naturliga utvecklingen ett visst initialt högmod – ett ungdomligt överskattande av den egna kompetensen – som så småningom ersätts av en viss ödmjukhet baserad på reflektion, tidigare misstag och överblick.

Vården måste framgent i större omfattning arbeta i team för att bli framgångsrik. Teamarbetets grundstruktur är att allas arbete värderas lika högt. Avsaknad av respekt för teamdeltagarnas kompetens omöjliggör ett fruktbart samarbete. Läkare kan som grupp och i kraft av sin kunskap och långa utbildning upplevas ha ett övertag. Om det finns inslag av högmod i läkarens yrkesutövning äventyrar detta teamarbetets grundfunktion.

En nära släkting till högmod är arrogans. Med erfarenheten som underlag vågar vi påstå att läkare som av patienter upplevs som arroganta anmäls betydligt oftare än mer ödmjuka kolleger. I själva verket återkommer nästan alltid ordet »arrogant« när en anmäld läkare beskrivs av patienten.

Antidot: Ödmjukhet.

Avund. Det är svårare att se hur denna dödssynd gestaltar sig direkt i den kliniska verksamheten. I patient–läkarrelationen förekommer inte avund annat än som en apart företeelse. Inom olika organisationer kan man dock se avund som en negativ arbetsmiljöfaktor som ytterst går ut över vården.

På »avundskliniker« kan man inte formulera gemensamma mål eller visioner, utan verksamheten präglas mer av revirtänkande och slutenhet. Den typen av kliniker har vi alla sett, och på olika sjukhus ingår det som en naturlig beståndsdel att olika kliniker är avundsjuka på varandra på grund av andras förmenta fördelar. I viss mån kan detta vara kreativt och produktionsmässigt stimulerande, eftersom det delvis bygger på konkurrens och tävlingsinstinkter. Men dessvärre leder avundsorganisationer oftast till att man har svårt att se helhetslösningar som gagnar vården eller enskilda patienter.

Avund är en anledning till att vi har svårt att omorganisera vården på ett bra sätt. Avund är en stark drivkraft och energimotor. Även om den är svår att identifiera som enskild ingrediens har den stor betydelse för vårdens organisation och effektivitet. Sekundärt har därmed avund stor betydelse för den enskilda läkarutövningen på dessa kliniker. Avund får

sitt bränsle av personlig osäkerhet och medför stora behov av bekräftelse.

Antidot: Minskad rädsla i organisationer.

Frosseri. I överförd betydelse kan man se frosseri som slöseri, där man överutnyttjar befintliga resurser så att irreversibla skador uppstår. Sveriges sjukvård är ju inne i en kostnadskris, och nationens resurser växer inte i den takt som vi vill förbruka dem, t ex i vården. Vi har en obalans mellan sjukvårdsbehov/efterfrågan och tillgängliga resurser, och om vi inte hittar guldgruvor eller oljekällor i vart och vartannat landsting lär denna obalans fortsätta att öka.

Alltså: Om man som enskild läkare, som klinik eller som sjukhus inte tar ansvar för en återhållsam och kostnadseffektiv resursanvändning gör man sig skyldig till slösaktighet per definition. Är denna överförbrukning excessiv är den att jämställa med frosseri och leder till utarmning och antingen ojämlig eller generellt sämre vård. Frosseri är alltså en dödssynd i ordets rätta bemärkelse, eftersom den kan ta livet av god vård genom att »äta upp den« – tillspetsat uttryck. Den enskilde läkaren gör sig skyldig till detta genom överförskrivning av (dyra) läkemedel, »onödiga« användning av diagnostiska eller terapeutiska alternativ eller annan överförbrukning av resurser till en enskild patient som inte har någon medicinska nytta därav.

Antidot: Intellectuell kontroll, god logistik och strukturerad användning av resurser.

Girighet. Frosseriets motpol, dock inte motsats, är girighet. Girighet innebär dels att man inte låter andra ta del av ens resurser, dels att man låter egna vinstmotiv gå före andra bevekelsegrunder. Det är lätt att se hur denna dödssynd kan påverka sjukvården negativt. En patient kan utsättas för otillräckliga diagnostiska eller terapeutiska insatser på grund av ekonomiska incitament, som innebär att en läkare på eget initiativ eller på direktiv av klinik eller sjukhusledning undanhåller patienten rättmätiga vårdresurser.

Detta kan också gälla kompetensutveckling och utbildningsbehov på sjukhus och för en enskild läkare. Snålhet leder till försämrad kunskapsnivå hos den enskilde läkaren och därmed till lägre kvalitet på vården. De ekonomiska vinstincitamenten är dock inte så starka inom den offentliga vården, varför denna dödssynd hittills inte varit aktuell för vårt sjukvårdsutbud, som är offentligt finansierat. De vårdskandaler vi sett har oftast berört privata vårdgivare.

Den svåra utmaningen för framtiden är att balansera utbud och efterfrågan mot varandra utan att hamna i vare sig girighet eller frosseri. Dödssynderna är alla extrema uttryck av ett »normalt« beteende.

Antidot: Patients bästa ska alltid vara vägledande.

Vrede. Patienter befinner sig alltid i underläge gentemot läkare. Att som läkare då uttrycka vrede är en handling som aldrig (eller åtminstone mycket sällan) kan försvaras och som nästan alltid leder till en anmälan från patienten. Det är oprofessionellt att i en yrkesmässig relation visa sina känslor så okontrollerat som ett vredesutbrott innebär. Emellertid tolkas emotionella uttryck subjektivt mycket olika, vilket leder till ett stort behov av dokumentation såvida dessa ärenden ska drivas vidare. De läkare som blivit anmälda för vredesutbrott har ofta gått fria på grund av förnekande och därför att den aktuella händelsen inte har dokumenterats.

Antidot: Tålmod.

Liderlighet. Kättja är ett annat ord för liderlighet. Det är ovanligt med denna dödssynd i patient–läkarrelationen. Någon gång har det förekommit sexuella relationer mellan läkare

och patient, och det slutar ofta i katastrof för båda parter. Ett annat modernt uttryck för liderlighet är sexuella trakasserier, ett begrepp som vi är betydligt mer familjära med och som förekommer ibland på våra arbetsplatser. Har man eller planerar man att ha sexuella relationer kanske man inte ska börja med det på jobbet, å andra sidan uppstår de flesta äktenskap på arbetsplatsen. Men de flesta äktenskap kanske inte är så liderliga.

Antidot: Behärskning och eftertänksamhet.

Anledningar till anmälningar

Anledningar till anmälningar i en eller annan form är sålunda lämnande av vilseledande uppgifter och bedrägeri, brister i journalföring, informationsbrister till anhöriga, oförläpbara tillstånd eller följder, ovanliga medicinska sammanträffanden, behandling utan vetenskaplig grund, dålig anamnes, nonchalans, fördröjd diagnostik, »inte bli trodd«, insjuknande direkt efter vård samt slutligen användande av diverse icke-etablerade apparater.

När du blir anmäld

Kontakta din handledare eller en äldre kollega och informera din närmaste chef. Gå igenom ärendet noga med äldre kollega/handledare/chef. Undvik affekter i möjligaste mån och försök se så objektivt som möjligt på händelsen. Svara objektivt och sakligt på förfrågningar från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) eller Socialstyrelsen. Försök ha perspektivet »hur kan jag förhindra att detta händer mig eller någon annan framöver?«

Enkla råd för att undvika dödssynderna

Var noga med ditt bemötande, kom ihåg anamnesen, undersök varje patient på ett relevant sätt, motivera dina åtgärder för dig själv i alla patientfall och i journalen, läs på när du inte vet och rådfråga frikostigt.

Konklusion

Vi har gjort en exposé över vilka medicinska misstag som är de värsta och som föranleder anmälan eller annan åtgärd och lite kort om hur man ska undvika dessa. Vidare har vi redovisat hur våra sju dödssynder gestaltar sig inom den medicinska verksamhetens olika plan. Vår ambition är inte att vara vetenskapliga eller faktamässigt fullständiga. Tanken är att inse att de sju dödssynderna kan vara ett memento för oss i vår kliniska vardag. Medvetenhet om dem och om vad som kan motverka konsekvenserna av dem kanske kan förbättra kvaliteten på den egna medicinska insatsen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Bibeln. Nya Testamentet, Romarbrevet, kapitel 1-7.
2. Ohlsson R, Bromée P. Generationsväxlingen och de sju dödssynderna. Stockholm: SNS förlag; 2003.



=artikeln är referentgranskad