

I detta nummer:

- Ansvarsärenden
- Intervjun: Anna Spencer, patientsäkerhetsansvarig anestesiläkare

**Ansvarsärenden**

Patolog förväxlade operationspreparat – patient fick falskt positivt cancerbesked

Patologen förväxlade två patienters operationspreparat, vilket ledde till att den ene fick ett falskt positivt cancerbesked. Patologen fälls av Ansvarsnämnden (HSAN 3550/04)

II Den 60-årige mannen opererades för ileus den 29 mars. Enligt PAD-utlåtandet om operationspreparatet i april visade undersökningen en inflammation av tarmen samt fyra lymfkörtelmetastaser av okänt ursprung.

En omfattande utredning av patienten kunde dock inte påvisa någon malign sjukdom. Förklaringen visade sig vara en förväxling av operationspreparaten från patienten (X) med operationspreparaten från en annan patient (Y).

Preparaten från de båda hade kommit in för PAD samtidigt. De hade tagits ut av samma patolog vid samma tillfälle.

Patient X anmälde ansvarig personal på enheten för patologi och cytologi för att ha förväxlat operationspreparaten. På grund av förväxlingen fick han en felaktig cancerdiagnos. Den 23 april utfärdades ett utlåtande i vilket det står att ett antal av de borttagna lymfkörtlarna var maligna, berättade han.

Vid samma tillfälle

Ansvarsnämnden tog in X:s och Y:s journaler samt yttrande av patologen.

Hon uppgav att patient X opererades på grund av ileus/akut sigmoidit. Patient Y opererades på grund av rektalcancer och var tidigare strål- och kemobehandlad för denna tumör.

Den 1 april skar hon ut operationspreparat från de två patienterna vid samma tillfälle. Den 7 april fick hon de mikroskopiska preparaten och såg då att patient X hade lymfkörtelmetastaser och ingen tumör, medan patient Y varken hade metastaser eller tumör, berättade patologen.

Hon ringde chefläkaren vid lasarettet där patienterna hade opererats för att höra om det kunde röra sig om en för-

växling. Chefläkaren svarade nej, men tillade att patient X skulle kunna ha en malign tumör och att patient Y:s tumör var mycket liten, ganska nära ena resektionskanten.

Patologen uppgav att hon också kontrollerade på laboratoriet om något kunde vara fel. Den 8 april tog hon återigen fram operationspreparaten vid samma tillfälle och skar ut ytterligare bitar.

Nu hittade hon en liten cancer och lymfkörtelmetastaser i preparatet från patient Y och ingen ytterligare malignitet hos patient X.

»Hade en känslan av att något var fel«

Hon hade en känsla av att något var fel och granskade preparaten dagligen. Dessutom gjorde hon diverse immunfärgningar för att eventuellt kunna påvisa en cancer hos patient X, som skulle kunna ha metastaserat till lymfkörtlar.

Den 23 april besvarade hon preparaten efter att ha tagit ut ytterligare prover från operationspreparaten.

Den 1 september informerades en vikarierande överläkare om problemen och denne eftergranskade preparaten.

Patologen hade kontaktats indirekt av en kirurg vid lasarettet med fråga om det kunde röra sig om en förväxling. Hon hade inte tidigare genomskådat problemen och bad därför den medicinska ledningen om att värdera fallet.

I efterhand kunde hon konstatera att hon hade förväxlat operationsburkarna initialt, och att hon sedan borde ha upptäckt det eftersom hon hade preparaten i händerna flera gånger.

Bedömning och beslut

Patologen har i sitt yttrande uppgett att hon, eftersom hon misstänkte att en för-

växling skett, studerade preparaten från de två patienterna vid flera tillfällen. Hon hade även kontakt med läkare vid lasarettet där operationerna hade genomförts.

När det stod klart att en förväxling måste ha skett, insåg patologen att hon initialt hade förväxlat burkarna med preparaten från operationerna.

Ansvarsnämnden menar att patologen av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd.

Med hänsyn till att hon trots allt vidtagit åtgärder för att uppdaga felet kan disciplinpåföljden stanna vid en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. •

Höger höft blev vänster för radiolog

Borde sett sidomarkeringen

Radiologen skrev i sitt utlåtande att kvinnans vänstra höft visade tecken på artros. I själva verket var det den högra höften, (HSAN 3580/04)

II Den 63-åriga kvinnan genomgick en röntgenundersökning med anledning av rörelseinskränkning och smärtor i höger höft. Röntgenundersökningen bedömdes av radiologen, som i sitt utlåtande

skrev att det fanns förändringar i den vänstra höftleden med kraftig höjdreduktion av brosket lateralt och centralt i leden som tecken på artros.

Kvinnan behandlades senare på grundval av detta utlåtande. Radiologen hade dock förväxlat sidorna på röntgenbilderna och därför felaktigt angivit vänster höft i stället för höger i sitt utlåtande.

Behandlades flera månader

Kvinnan anmälde radiologen. Hon berättade bland annat att hon behandlades av en kiropraktor i flera månader. Denne upptäckte så småningom att det var höger höft, inte vänster, som var sliten och sade att hon måste till en ortoped. En ny röntgenundersökning avslöjade misstaget.

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och röntgenbilder samt yttrande av röntgenläkaren.

Denne medgav att han i sitt röntgenutlåtande skrev att patienten hade artros i vänster höft där han istället borde ha angett höger höft.

Att felet uppkom kan förklaras med att den digitala frontalbild av bäckenet han fick upp på sin dataskärm var spegelvänd, hävdade radiologen. Innan läkare på hans avdelning ser en röntgenbild har den digitala bild apparaten levererar redigerats av röntgensjuksköterskan.

Detta var i det här fallet gjort felaktigt, så att patientens höger sida var i höger sida av bilden och inte som vanligt i vänster sida.

Det fanns en korrekt sidomarkering i bilden i form av ett högermärke, men detta doldes delvis av annan text, vilket medförde att radiologen inte upptäckte märket, framhöll han.

Det fanns ett högermärke i sidobilden av höger höft, men det såg han inte heller. Det är inte den bilden de i vanliga fall använder för sidobestämning, framhöll radiologen, som också påpekade att det inte finns några andra bilder än dessa två i undersökningen.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden påpekar att det förekommer att användningen av den digitala tekniken ger upphov till att röntgenbilderna blir spegelvända.

I de flesta fall finns det dock sidomarkeringar på bilderna som kan avslöja förhållandet. Sidomarkeringarna kan ibland vara svåra att upptäcka när de förekommer i annan textmassa på bilden. I det här fallet fanns dock en korrekt sidomarkering som radiologen borde ha upptäckt.

Han får en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. •



Interview

Patientsäkerhetsansvarig anestesiläkare

»Har man gjort fel vill man inte att någon ska få veta om det«

– **Cheferna måste antingen utse någon patientsäkerhetsansvarig eller börja arbeta med patientsäkerhetsfrågorna själva. Det måste man göra på varje klinik.**

■ Det sade Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm här i Läkartidningen för ett par veckor sedan (nr 39). En sådan patientsäkerhetsansvarig läkare finns på anestesikliniken vid Universitetssjukhuset i Lund, Anna Spencer, som bildar en grupp tillsammans med två sjuksköterskor.

Uppdraget är relativt nytt, gruppen utsågs i april i år på initiativ av klinikkonferenschefen Eva Ranklev.

– Steg 1 för oss är att berätta att vi finns, att få folk att börja prata om patientsäkerhet. Det är svårt än så länge för vi är lite nyvakna här, men det börjar komma igång så smått, säger Anna Spencer.

– Vi är fortfarande på projektstadiet, men vi har en ambitiös målsättning.

Förebild i Danmark

Många av sina idéer har gruppmedlemmarna hittat i danska förebilder. Det skedde vid ett studiebesök de gjorde på Hvidovre hospital i Köpenhamn. Därifrån hämtade de också hem en handbok om händelseanalys och över-satte till svenska.

De ska titta på alla avvikelser på anestesikliniken och, med hjälp av ett scoringsystem som används inom Veterans Affairs i USA, värdera faktiska skador och potentiella skador.

Händelseanalyserna görs i första hand på de allvarligaste fallen, dödsfall och skador som leder till andra svåra följder.

– Om vi ser att det är vanligt förekommande avvikelser, exempelvis brister i läkemedelsordinationer, som är rätt vanliga, eller andra saker som ständigt upprepas, kommer vi att göra en aggregerad analys. Då slår man ihop de avvikelser man hittat på ett område och gör en noggrann och objektiv analys. Varför, varför, varför?

I början på november anordnas ett heldagsseminarium om riskanalys där

läkare och sjuksköterskor från flera andra kliniker också deltar. Meningen är att hela sjukhuset ska utbildas i risktänkande så småningom, ingen lätt uppgift med flera tusen medarbetare.

För att det ska lyckas är Anna Spencer övertygad om att det behövs patientsäkerhetsansvariga på varje klinik. Samtidigt tror hon att det för samordningens skull även behövs en centralt placerad patientsäkerhetsenhet för varje sjukhus.

Är ni först inom ert sjukhus eller finns det någon annan grupp för patientsäkerhetsarbetet?

– Jag tror inte att det finns en uttalad patientsäkerhetsgrupp någon annanstans på sjukhuset, men det vet jag faktiskt inte.

Er satsning kostar resurser i form av personaltimmar om än inte pengar – hur har ni utrymme för det?

– Vi har inte utrymme för katastrofer. Det är mycket mer ekonomiskt att vara proaktiv.

– Titta på näringslivet som flyget och delar av processindustrin. De är mycket mognare i sin säkerhetskultur med ständiga riskrevisioner. De resurser de lägger på det har de igen mångfald. Har man däremot en bristande säkerhetskultur kan man få betala mångmiljonbelopp när det inträffar en olyckshändelse.

– Inom sjukvården har vi till exempel postoperativa infektioner, som kan kosta mellan en halv och en miljon kronor per patient. Det kan man spara in med bättre hygienrutiner.

Vilka är bristerna i patientsäkerheten hos er nu?

– Vi har ett välfungerande system för elektronisk avvikelshantering på kliniken och på sjukhuset i stort.

– Men det räcker inte med att få in avvikelserna utan vi måste göra något åt

dem. Hittills går rapporterna oftast till sektionsansvariga, som försöker hitta orsaken bakom felet och se hur man kan göra någonting åt dem och pratar med de berörda.

– Men jag tror att det brister i att göra objektiva analyser, det brister i att intervjua de inblandade och det brister i återförandet av resultaten, att ge feedback.

– Dessutom har man inte heller riktiga planer för uppföljning för att se om åtgärderna verkligen vidtas, om man förändrar systemet.

Rapporteringen väldigt ojämn

Läkarnas avvikelserapportering är väldigt ojämn, det är personberoende, tror Anna Spencer. Vissa läkare, ofta de yngre, är mer benägna att rapportera, andra mindre.

– Det handlar ju om att rapportera en avvikelse där jag själv varit delaktig. Alla har vi gjort fel. Och vi har alla mörkat, smusslat undan, Hoppas att ingen såg det, hoppas ingen upptäcker det. Det handlar mycket om prestige och den måste vi få bort.

– Då krävs att man är en god förebild själv, att våga tala om när man gjort fel. Vi gör alla fel, vi kommer dagligen att göra fel, men om vi talar om det så vågar andra också tala om och erkänna fel och så skapas ett öppnare klimat.

Anna Spencer menar att den största vinsten ligger i att få läkare och andra att rapportera tillbud innan det händer något allvarligt, att kunna rapportera att »jag höll på att göra fel«.

– Om vi kan sprida det synsättet kanske vi räddar många fler liv än när vi rapporterar något som redan har hänt. Så jag tycker vi ska vara så proaktiva som möjligt och rapportera det som möjligen kunde ha hänt, även om man räddar situationen i sista sekunden.

Eld och lågor

Anna Spencer tycker att arbetet med patientsäkerheten är väldigt roligt och kan mycket väl tänka sig att arbeta med det på heltid. Ja, hon är faktiskt eld och lågor inför uppgiften.

– Det är oerhört meningsfullt och spännande, inte minst för att det länkar i ledarskap, organisation och kommunikation.

Att de tre bitarna fungerar ser hon som absolut nödvändigt för att patientsäkerheten ska förbättras. Idag har alla delarna klara brister, understryker hon med stort eftertryck.

– Arbetet med att öka patientsäkerheten är en dynamisk process och det är spännande att försöka föra ut någonting som är så grundläggande i sjukvården och borde genomsyra varje verksamhet.

– Vi pratar om förebyggande häl-



FOTO: TOM AHLGREN

– Att vi börjar prata öppet om patientsäkerhetsfrågorna gör jobbet mycket roligare, anser Anna Spencer.

sovård, men ingen nämner förebyggande säkerhetskultur. Vi är ju jätteduktiga inom vården i att ställa frågorna varför och hur? Vad och när? Varför gör vi inte det när det någonting går fel? Då frågar vi vem, vem gjorde det? Och så är pratet igång. I stället borde vi fråga varför, vad var det som hände, hur gick det till och inte minst hur ska vi se till att det inte händer igen?

Genomsyras av skuldtänkande

– Vår inställning idag är ett utslag av att ett skuldtänkande genomsyrar hela vården. För jag tror att vården drivs av ett stort antal människor som har ett stort bekräftelsebehov, man vill göra ett gott arbete, man vill gärna ha en klapp på axeln för att man har gjort rätt. Har man gjort fel vill man inte att någon ska veta om det för då är man inte bra.

Anna Spencer är kritisk mot påföljdsystemet med HSAN (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd), som hon inte tycker är bra utom då det handlar om uppsåtliga fel.

– Jag har aldrig hittills, tror jag, sett att det blivit säkrare i vården för att någon har fått en erinran eller varning. Ska det bli bättre måste man främst åtgärda systemfel.

Det är ofta slumpmässigt vem det är som håller i sista steget när en katastrof händer, understryker Anna Spencer.

– Vi måste bygga barriärer så att när du gör ett misstag ska det inte kunna få katastrofala följder. Jag säger *när, inte om*, för misstag kommer vi att fortsätta att göra. Om vi däremot har kunskap om mänskligt beteende kan vi begränsa misstagen genom att göra systemet säkrare. Det betyder att varje misstag som

begås ska få så liten konsekvens som möjligt genom flera barriärer på vägen.

Anna Spencer anser att läkarna absolut måste ta ett stort ansvar för patienternas säkerhet, men att det också måste gå ett led uppåt, att även beslutsfattare, administratörer och politiker måste ta sitt ansvar för vården genom att premiera andra saker än de gör idag.

– Premierar man bara forskning för löneutvecklingen och för tillsättning av tjänster kommer man att få folk som sitter på sina kammare och struntar i patientsäkerheten. De har inte ens grundläggande kunskaper om det, understryker hon kritiskt.

– Men premierar man i stället människor som aktivt arbetar med att identifiera risker, förbättra kommunikationen, har ett systemtänkande samt vågar vara öppna får man en säkrare vård, tror jag.

I varje patientsäkerhetsenhet centralt på sjukhusen bör det finnas en heltidsanställd läkare, anser hon. Det behövs.

Man bör ha verksamhetsområde patientsäkerhet – det är bara att inrätta.

– Vi behöver inte hålla på med några revirstrider utan patientsäkerhetsarbetet ska vara övergripande. Vi ska samla in information och professionalisera detta, och sätta det överst på agendan i den dagliga verksamheten. Det måste vara nummer 1 för alla som jobbar inom vården. Det är ju meningslöst att ha bra behandlingsmetoder om du inte vet att de är rätt utförda, eller om det kan hända misstag på vägen så att patienten faktiskt dör.

Och det ska införlivas i befintliga kvalitetssystem så det inte blir något nytt som läggs utanpå allt det andra.

– Det behövs några starka entusiastiska personer, framför allt läkare, som går i bräschen och visar att vi vågar vara orädda och kreativa och prestigelösa.

Inom tio år tror Anna Spencer att det kommer att finnas centrala patientsäkerhetsenheter på alla sjukhus. Hon är helt övertygad om att det är nödvändigt.

»Många brinner för det«

– Som det är nu märker vi när vi träffas, som vid patientsäkerhetskonferensen för några veckor sedan, att vi sitter på olika håll och uppfinnar hjulet lite grand, samma hjul och det rullar på precis samma vis. Vi tror att vi är unika, men sen blir vi ju nästan arga när vi upptäcker att vi gjort dubbelarbete.

– Därför tror jag att det är viktigt att vi centraliserar patientsäkerhetsfrågorna så att vi kan samla information och kanalisera all kreativitet och allt arbete kring dem för att sedan på ett smart sätt föra ut det vi kommer fram till. Det är ju många som verkligen brinner för en ökad patientsäkerhet. •