

te genomgå en fullständig tarmundersökning för att utesluta tumör. Underläkaren undersökte patienten med rektalpalpation. Den undersökningen är inte tillräcklig.

Underläkaren borde ha sett till att fortsatt utredning gjordes för att påvisa blödningsskällan. Hon borde antingen själv ha undersökt patienten med i första hand rektoskopi eller sett till att en sådan undersökning blev utförd i nära anslutning till akutundersökningen. Det var inte en tillräcklig åtgärd att muntligen hänvisa patienten till primärvården.

Underläkarens handläggning ledde till att tumördiagnosen fördröjdes cirka 18 månader. Hon får en varning.

Remissen skrevs aldrig

I det andra fallet (HSAN 1773/05) kom en 61-årig kvinna till vårdcentralen den 9 augusti 2004 efter en längre tids besvär med blod och slem i avföringen. AT-läkaren bedömde att patienten skulle remitteras till sjukhus för koloskopi, vilket antecknades i journalen. Någon remiss skickades dock aldrig till sjukhuset.

Den 8 mars 2005 återkom patienten till vårdcentralen, varefter det uppdagades att remiss inte utfärdats till sjukhuset. Patienten blev senare diagnostiserad med ändtarmscancer. Hon anmälde AT-läkaren.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och ett yttrande av AT-läkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att hon arbetade på vårdcentralen i tre månader innan hon den 31 augusti 2004 gick på föräldraleidighet.

Patienten hade sedan sex månader tillbaka besvärats av blod i avföringen. Hon berättade om symtom som ibland kan vara tecken på sjukdom i tarmen, men i status fanns inget att anmärka på, framhöll AT-läkaren.

Efter samtal och kroppsundersökning kom de överens om att patienten skulle remitteras till koloskopi och blodprovstagning. Patientens blodprov var helt normalt och någon anteckning om att hon ringde för att få svar på blodprov finns inte.

Patienten informerades om utredningsgången och att AT-läkarens handledare på vårdcentralen (en distriktsläkare) var den hon skulle kontakta framöver, då AT-läkaren inte hade så många dagar kvar inför sin föräldraleidighet.

Enligt journalanteckningen skrev AT-läkaren ingen remiss efter besöket och det är detta som patienten vänder sig

Operatören alltid ansvarig för att rätt linsprotes används

Kataraktpatient fick lins med fel styrka inopererad

Vid kataraktoperationen brast ögonläkaren i sin kontroll vilket fick till följd att patienten fick en lins med fel styrka inplanterad. (HSAN 1536/05)

Den 65-åriga kvinnan opererades för grå starr. Operationen utfördes av ögonläkaren. Vid operationen användes en linsprotes av fel optisk styrka på grund av ett förväxlingsfel. Detta medförde att en omoperation blev nödvändig och utfördes följande dag.

Patienten anmälde ögonläkaren. Hon hänvisade till att omoperationen vållade smärta, förlängd läkningstid och merkostnader.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och ett yttrande från ögonläkaren. Denne tillstod att en intraokulärlins (IOL) med felaktig styrka inplanterades.

Inför kataraktoperationen fanns enligt sedvanlig rutin den avsedda styrkan på IOL angiven såväl i journalen som på operationsprogrammet, och både jour-

nal och operationsprogram fanns tillgängliga i operationssalen.

Personalen tog trots detta fram en IOL med annan styrka än den som fanns angiven. Operatören har inte möjlighet att vid implantationen avgöra styrkan på IOL, framhöll ögonläkaren.

Efter utbyte av IOL dagen efter har läkningen haft ett normalt förlopp tidsmässigt. Utfallet kvalitetsmässigt är också som förväntat vid en okomplicerad kataraktoperation.

Ansvarig oavsett klinikens rutiner

Ögonläkaren hade som operatör det slutgiltiga ansvaret för kontrollen av att rätt linsprotes användes vid operationen, konstaterar Ansvarsnämnden.

Detta gäller oavsett klinikens rutiner och den övriga personalens uppgifter. Utredningen visar att han brast i sin kontroll och att detta fick till följd att en omoperation blev nödvändig. Han får en erinran.

emot i sin anmälan. Patienten kontakta- de distriktsläkaren igen först i mars 2005.

AT-läkaren framhöll att det vid tillfället för patientens besök helt saknades generella rutiner för remisshanterande.

Det fanns inte rutiner för att kontrollera att remisser skrevs och inte heller fanns någon bevakning över att remissvar lämnades.

Ofta kan man diktera remisser i samband med att journalen från besöket dikteras, men på vårdcentralen i augusti 2004 gick inte det då

sekreterarna på grund av underbemanning låg flera veckor efter med utskrivningen av journaler från planerade motagningsbesök. Istället skrev läkarna själva alla sina egna remisser direkt i datorn.

»Läkarbemanningen mycket pressad«

Det saknades resurser och organisation för att handleda utbildningsläkare under sommaren, och ledarskapssituationen var haltande då de med kort varsel bytte chef mitt i semestertiden.

När hon slutade den 31 augusti ersattes

hennes AT-tjänst inte förrän den 1 oktober. Handledaren hade till uppgift att följa upp hennes patienter men något avstämningmöte för överrapportering fanns det inte tid att lägga in.

Utöver detta var läkarbemanningen mycket pressad under sommaren på vårdcentralen. Den veckan hon träffade patienten var de två plus en inhyrd läkare i tjänst. Hon hade, trots sin utbildningstjänst, utöver sin egen tidbok och telefontid även ansvar för ytterligare två läkares provsvar och korrespondens.

Alla dessa faktorer bidrog till att det inte upptäcktes att remissen inte var skriven, underströk AT-läkaren.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att läkarna själva skulle skriva sina remisser under den aktuella tidsperioden. Det var därför i första hand AT-läkarens ansvar att skriva remissen, vilket hon inte gjorde, kritiserar Ansvarsnämnden. Hon överrapporterade inte heller till någon annan läkare att remiss skulle skrivas.

Hon får en disciplinpåföljd, som mot bakgrund av vad som framkommit om hennes arbetssituation kan stanna vid en erinran, beslutar Ansvarsnämnden.