

# Inte adekvat överlämna ansvaret för utredningen på patienten

**Distriktsläkaren borde ha remitterat patienten för vidare uppföljning. I stället överlät han ansvaret för utredningen på patienten själv. (HSAN 1072/06)**

Den 71-åriga kvinnan fick en högersidig höftprotes den 27 januari och ordinerades därefter Fragmin till den 3 februari.

Den 6 februari uppsökte hon distriktsläkaren akut på grund av en generell svullnad i höger ben sedan samma morgon. Benet var varken rodnat eller värmeökad och smärtade inte vid belastning. Distriktsläkaren bedömde att det saknades tecken till trombos men föreslog patienten att kontakta kliniken där hon hade opererats.

## **Svåra smärtor och svullnad**

Patienten anmälde distriktsläkaren. Då den blodförtunnande medicineringsavslutats fick hon svåra smärtor och en omfattande svullnad i höger vad och fot. Läkaren rekommenderade kompressionsstrumpa och högläge. I maj konstaterades en blodpropp i höger ben, vilket hade kunnat upptäckas mycket tidigare.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttrande av distriktsläkaren, som bestred att han gjort fel.

Han hade bedömt att det inte fanns någon klinisk hållpunkt för djup ven-trombos. Om det hade varit så hade patienten remitterats akut till akutmottagningen på sjukhuset.

I stället kom han och patienten överens om att hon på morgonen den 7 februari skulle kontakta behandlande ortoped för ny bedömning, vilket patienten också gjorde. Tyvärr fick hon trots upprepade försök på ortopedmottagningen endast tala med en sjuksköterska, och någon ny läkarbedömning gjordes därför inte förrän den 2 maj.

## **Hade inte förkortat väntetiden**

Det fel som begåtts var att patienten inte fått någon ny akut bedömning trots upprepade försök att nå fram till läkare på ortopedmottagningen. Han påpekade att det är medicinsk tradition att behandlande läkare på opererande enhet själv, om möjligt, följer upp misstänkta operationskomplikationer.

Det han själv möjligen borde ha gjort var att skicka en kopia på journalanteckningen eller remiss till ortopedmottagningen. Det hade dock inte förkortat väntetiden för patienten då hon uppenbarligen helt förstod hans uppmaning om en ny bedömning nästa dag, hävdade distriktsläkaren.

## **Borde remitterat patienten**

Ansvarsnämnden pekar på att patienten plötsligt hade drabbats av en svullnad i ett ben sedan hon en dryg vecka tidigare genomgått en höftoperation och den blodförtunnande postoperativa medicineringsavslutats. Hon uppsökte därför akut distriktsläkaren, som rekommenderade henne att kontakta den klinik där ingreppet utförts eftersom han misstänkte att besvären härrörde från operationen.

Det var inte adekvat att överlämna ansvaret för utredningen till patienten på detta sätt. Distriktsläkaren borde i stället ha utfärdat remiss till sjukhus eller primärvård för uppföljning.

Han får en erinran. ■

# Läkare skyldig att bevaka sina remisser

Remissmiss ledde till att cancerbeskedet till patienten fördröjdes fem månader

**En miss i bevakningen av remissvaret ledde till att en kvinna fick besked om sin bröstcancer först fem månader efter diagnosdagen. (HSAN 2262/06)**

Kvinnan undersöktes av en distriktsläkare på vårdcentralen den 8 november 2005. Då upptäcktes en knöl i det vänstra bröstet. Det föranledde remiss till mammografiundersökning, som gjordes den 23 november och visade en höggradigt malignsuspekt förändring.

Remissvaret kom enligt journalen till vårdcentralen den 12 januari 2006, men av oklar anledning kom distriktsläkaren inte att se remissvaret, som uppmärksammades först i juni.

Patienten anmälde distriktsläkaren och pekade bland annat på att när resultatet av mammografin kom till vårdcentralen blev hon själv varken kallad eller informerad om detta. Hon antog då givetvis att hon var frisk. Den 15 juni var

hon på vårdcentralen i ett annat ärende och fick då av en slump veta att hon hade cancer. Hon fick naturligtvis en stor chock. Hela bröstet måste avlägsnas, vilket kanske hade kunnat undvikas om behandling hade satts in i tid.

Anmälan riktar sig mot distriktsläkaren på vårdcentralen, som enligt journalanteckningar mottog remissvaret från mammografin.

## **Indikation fanns för mammografi**

Ansvarsnämnden tog in patientjournalerna och yttrande av distriktsläkaren, som ansåg att hon inte gjort något fel.

Patienten, som hon inte träffat tidigare, sökte för en rutinkontroll av sin diabetesjukdom. Hon gjorde en noggrann kroppsundersökning trots att patienten inte hade några besvär. Hon fann en knöl högst upp i det vänstra bröstet som patienten inte hade uppmärksammat själv. På grund av att den låg så pass perifert

kände sig distriktsläkaren osäker på om den tillhörde bröstkörtelvävnaden.

Hon bedömde dock att det fanns en indikation för mammografiundersökning. Enligt rutinerna skickade hon en röntgenremiss.

När ett remissvar kommer tillbaka brukar en läkarsekreterare ankomststämpla det och skriva in det i datorn i svarsdelen av remissblanketten. Därefter läggs papperet i läkarens postfack.

Ibland får läkaren remissvaret direkt i sitt fack i syfte att diktera det på ett band och att helst förkorta svaret. Sekreterarna kan självmant i läkarens namn skriva en anteckning i den löpande journaltexten som handlar om att ett remissvar har kommit.

Originalpapperet av det inskrivna remissvaret sparas inte och diktaten på banden sparas inte heller utan banden återanvänds. På grund av det är det oklart om mammografisvaret och cyto-

logisvaret kom samtidigt eller vid olika tillfällen.

När ett ärende är avslutat brukar distriktsläkaren signera remissvaret i datorn. Hon hade varken sett mammografisvaret eller cytologisvaret och kunde inte spekulera i vad som kunde ha hänt med dessa.

Det är mycket sällan hon hittar en cancer, kanske 3–4 gånger per år. De har dessutom en skärpt uppmärksamhet på cancerdiagnoser inom primärvården, framhöll distriktsläkaren.

### Medveten om vikten av remissvaren

Hon var mycket medveten om hur viktiga sådana här remissvar är, och hade hon sett svaren skulle hon ha kommit ihåg det. När hon får ett sådant här svar bru-

kar hon kalla patienten på återbesök för att meddela fyndet och diskutera terapin, som i det här fallet skulle ha varit en remiss till bröstmottagning för att avlägsna knölen i bröstet.

Varken remissvaret eller journalanteckningen den 12 januari signerades av henne.

### Glapp i rutinerna

Distriktsläkaren beklagade att remissvaret inte nådde henne och att svaret inte togs upp vid patientens kontakter med vårdcentralen den 16 januari och den 15 maj 2006.

Den mycket beklagliga fördröjningen hade orsakats av ett glapp i vårdcentralens rutiner för remissvar, menade hon.

Ansvarsnämnden konstaterar att en-

ligt distriktsläkaren såg hon aldrig det inkomna remissvaret. Det förefaller som om anteckningen i journalen i hennes namn om att remissvar inkommit kan ha gjorts av en läkarsekreterare.

En remitterande läkare är skyldig att bevaka sina remisser. Om så hade skett skulle misstaget med remissvaret ha upptäckts tidigare än vad som blev fallet.

Det finns även en skyldighet att bevaka sina osignerade anteckningar. Journalanteckningar bör signeras i omedelbar anslutning till att de förs in eller snarast möjligt. Remissvaret är journalfört den 12 januari men signerat först den 7 juni.

Distriktsläkaren har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Hon får en varning, beslutar Ansvarsnämnden. ■

## Personligt ansvar också viktigt för patientsäkerheten

**Karin ställde sig frågan »Vad gör jag här, varför ska jag fortsätta jobba med detta?« när hon fälldes i Ansvarsnämnden (Läkartidningen 16/2007). Precis samma sak tänkte jag när en kollega inte klandrades, trots att han inte handlat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.**

Som skattebetalare kan jag tänka: »Varför ska jag betala skatt till sjukvård, som ändå inte ges?« I mitt fall hade läkaren varken ställt diagnos eller gett behandling av något slag, skulle det visa sig efter patientens död.

Patienten hade lidit flera år utan att erbjudas någon hjälp. Hans sjukdomstillstånd var av den arten att han misstänkte oss närstående för att vara i konspiration mot honom. Både anhöriga och akutteamet oroades och ville ha ett möte med läkaren, som avböjde. Direktkontakt med patientansvarig läkare avvisades med hänvisning till sekretessen.

Vi vände oss då även till medicinskt ledningsansvarig. Muntliga och skriftliga uppgifter lämnades om allvarlig symtombild, och som specialist gav jag min uppfattning avseende diagnoser och behov av stöd med täta kontakter, mediciner och behov av förvaltare.

Det skulle visa sig att läkaren inte konfronterade patienten, inte journalförde uppgifterna eller brev, som inte heller diariefördes. Det är känt att patienter med den aktuella problematiken löper en ökad risk för förtidig död, vilket också

kom att bli fallet. Vi anhöriga levde hela tiden med den vetskapen, men patienten erbjöds varken medicinering eller andra insatser av sin läkare, som enligt uppgift har specialistkompetens.

Patienten träffade en läkare som inte arbetade enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, men eftersom Socialstyrelsens och HSANs nya inställning är att ingen ska fällas för fel i yrket friades han.

### Patienten måste sättas i centrum

Det ger en bristande rättssäkerhet både när tillsynsmyndigheten och HSAN klandrar den som faktiskt gjort sitt bästa liksom när de inte klandrar den som inte ansträngt sig för att hjälpa sin patient.

För patientsäkerhet krävs att patienten sätts i fokus! Det innebär inte att behandlaren ska frias från personligt ansvar utan tvärt om. Målet måste vara att patienten ska få korrekt behandling med minimerad risk för fel och skada!

Det finns en risk att det nu populära patientsäkerhetsarbetet är på väg åt fel håll, att man överdrivet fokuserar på lätt utvärderbara åtgärder som exempelvis ökad hygien, något som är nog så viktigt. Man får dock inte glömma mer svårutvärderade faktorer som att vård ska ges efter det gamla »vetenskap och beprövad erfarenhet«. Det är patientsäkerhet!

Det är svårt att själv som patient sätta sig in i om vården som erbjuds är relevant. De flesta läkare jag diskuterat med vill också axla det personliga ansvaret. För att patienten ska känna sig trygg

krävs att det finns ett kontrollsystem som ser till inte bara systemfel utan också kvalitet på individnivå.

Skulle vårt allmänna rättsmedvetande acceptera att den berusade som kör ihjäl någon inte hålls personligen ansvarig utan att felet är biltillverkarens för att bilen saknade alkoholås? Skulle trafiksäkerheten öka om förövaren inte kunde vare sig dömas eller få en prick i körkortregistret vid sådan händelse, bara han själv anmälde sig till polis inom 7 dagar? Det är den princip Socialstyrelsen nu vill införa för att som man tror öka patientsäkerheten.

### Patienten utlämnad

Patienten är utlämnad i sjukvården, och sakkunnig kontroll av legitimerad personal är extra viktig genom att sekretessen hindrar transparens. Varken Socialstyrelsen eller HSAN tycks klara det uppdraget.

Vid beslut efter anmälan till Socialstyrelsen deltar ofta en person med den aktuella specialistkompetensen men som ibland saknar både forskningsmeriter och klinisk erfarenhet. De övriga som deltar i beslutet saknar professionell kunskap i ämnet men har troligen viss sjukvårdserfarenhet. Beslutet går inte att överklaga och behöver inte motiveras, vilket Socialstyrelsen försvarar med att »all vår personal är kompetent för annars skulle de inte vara anställda här«.

Det berättas om ett ärende där en professor i psykiatri uttalat sig men Social-

styrelsen haft annan uppfattning. Den sakkunnige på Socialstyrelsen var i det fallet tandläkare!

På liknande sätt fungerar HSAN, men med fördelen att deras beslut går att överklaga. Inte heller där anlitas alltid sakkunnig med »rätt« specialistkompetens.

Nämnden består av politiskt tillsatta ledamöter med allmän kunskap om sjukvårdsfrågor, en läkare och en jurist som är ordförande. Sakkunnigläkaren, om det gäller en anmäld läkare, är oftast föredragande och den ende som har den specifika yrkeskompetensen. Beslut grundar sig alltså på att en annan kollega har en viss uppfattning, som dessutom kan vara lättare att ha retrospektivt.

## Systemet känns förlegat

Varken anmälaren eller den anmälda ges möjlighet att yttra sig mot den sakkunnige. Inte heller efteråt går det att få någon detaljerad beskrivning av hur sakkunnig argumenterat.

En vag motivering kan återges i beslutet, som sällan går in i detaljfrågorna i anmälan och kompletterande skrivelser. Sakkunnigs anteckningar är arbetsmaterial och förstörs omedelbart efter beslutet, så varken anmälare eller anmäld kan få uppgift om vad som sagts vid föredragningen. Det känns inte rättssäkert för någon! Systemet känns förlegat.

Hade Karin, i Läkartidningens artikel, fällts om det istället varit en öppen förhandling där hon själv kunnat inkomma med sina argument även inför nämnden, och/eller om nämnden hade varit sakkunnigt tillsatt med förmåga att göra egna ställningstaganden i den professionella frågan?

Både för den anmälda och för den drabbade patienten är det viktigt. Patienten bör ges möjlighet att öppet höra argumentationen och dialogen mellan specialisterna kring den behandling eller uteblivna vård han klagat på.

## Risk att förtroendet skadas

Det finns risk att patienternas förtroende för legitimerad sjukvårdspersonal skadas om vi inte verkar efter vissa riktlinjer. En patient ska inte behöva uppsöka flera läkare för samma sak för att känna sig trygg. Det skulle bli kostsamt för samhället, och en vård med sådana brister i förtroendet läkare-patient är inte att förordas. För patienten kan det vara livsavgörande att träffa en seriös läkare.

Jag ser det som en fördel att patienten

vet att jag arbetar under kontroll, att jag »inte bara kan tycka till« utan att det finns krav på hur jag arbetar samt att det finns ett system där patienten kan ställa mig till svars om jag är nonchalant i vården om honom.

## Dramatiskt ojämn kvalitet

Det är med stor oro jag nu ser att debatten svänger mot att ingen ska fällas för vad han gör även om han inte handlar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. När Socialstyrelsen och HSAN inte klarar den kontrollen bör kanske professionen själv arbeta för ett organ där vårdkvaliteten bedöms av flera sakkunniga på området. Därmed skulle risken minska för dramatiskt ojämn kvalitet på beslut, något som vi tyvärr sett med nuvarande system.

Vad är läkareetik? Ska man acceptera att myndigheter inte ingriper av principskäl i sitt »systemfelsöktänk«? Kan man acceptera att en kollega som man vet gjort svåra misstag och uppvisar nonchalans för detta ska få fortsätta att skada även andra?

»... ska man bara stå och se på när en kollega skadar andra på samma sätt som han redan gjort tidigare?«

I mitt fall anser jag att jag kan bedöma allvarlighetsgraden eftersom jag är erfaren specialist. Den aktuella läkaren har också getts tillfälle att förklara sig utan att kunna ge något försvarbart argument för sin försumlighet. Jag beslutade att ta anställning på samma klinik som den kollegan och kunde konstatera att andra patienter också utsatts för samma försumlighet, och noterade i journalen att jag tagit del av den.

## Ska man bara stå och se på?

Läkaren har sagt upp sig och börjat inom en närliggande specialitet med mindre risk att skada. Kanske började han oroa sig för att för många »missade patienter« skulle uppdagas och att det till slut skulle få Socialstyrelsen intresserad.

Kontrollen ska inte behöva göras av enskilda, men när inte myndigheter eller arbetsgivare agerar, ska man bara stå och se på när en kollega skadar andra på samma sätt som han redan gjort tidigare?

Patientsäkerhetsarbetet vill att vi lär av tidigare misstag, men tydligen intresserar man sig inte för att den enskilde ska rätta sig efter detta ens när patienter kommit till så svår skada att de till och med dött. Tänk om allmänheten visste hur det går till i verkligheten.

Susanne Flyborg

överläkare, psykiatri i Värmland  
susanne.flyborg@liv.se