

ligt journalen patienten först den 22 september.

Eftersom han var ansvarig läkare var detta oacceptabelt, inte minst med tanke på att flera allvarliga incidenter inträffat under vårdtiden, till exempel rymningar och drogintag.

Inte heller fortsättningsvis framgår av

journalen att psykiatern tagit aktiv del av vården eller träffat patienten personligen. Från utskrivningen från sjukhuset den 5 oktober 2005 saknar journalen anteckning om utskrivningssamtal.

Sammanfattningsvis har psykiatern brustit i sin kontakt med patienten och i journalföringen. Han får en varning. ■

# Journalförde inte undersökning och bedömning – varnas

## En doktor varnas för att han inte journalförde sin undersökning eller bedömning av patienten. (HSAN 3192/05)

En 86-årig kvinna hade fått diarré i samband med antibiotikabehandling i september 2005. Den 6 oktober uppsökte hon vårdcentralen på grund av smärta i stolgången och domningar i benen.

Hon undersöktes av en läkare, som antecknade i journalen att patienten hade sökt för blödning från stolgången i mars–april 2005 och att hon blivit proktoskoperad och fått medicin mot hemorrojder. Läkaren fann en misstänkt förändring i ändtarmen och remitterade patienten för fortsatt utredning. Patienten avled den 29 januari 2006.

Hon anmälde en doktor och en distriktsläkare för felbehandling bland annat den 4 mars, samt den 4 och 10 maj 2005. Hon menade att någon ordentlig undersökning inte kunde ha gjorts den 4 mars eftersom man då ställde diagnosen hemorrojder. Rätt diagnos var en tumör, som ställdes efter röntgen den 18 oktober. Rätt diagnos hade fördröjts med cirka sju månader.

### Anteckningar saknades

Ansvarsnämnden läste patientjournalen. I den saknades anteckningar från de anmälda besökstillfällena den 4 mars samt den 4 och 10 maj.

Doktorn uppgav att han inte hade tillgång till journalen men att all nödvändig information torde framgå av den. I övrigt hade han inte något att tillägga.

Distriktsläkaren uppgav att det av journalhandlingarna inte framgick när hon varit i kontakt med patienten.

Sedan patienten lämnats tillfälle att yttra sig över utredningen har hennes dotter berättat att modern avlidit och att anmälan vidhålls. Dottern har också undrat om det inte finns några journalanteckningar från den 4 mars samt den 4 och 10 maj 2005.

Verksamhetschefen vid vårdcentralen

hänvisade till att patienten enligt anmälan hade besökt vårdcentralen den 4 mars 2005. Enligt deras journalhandlingar hade patienten ankomstregistrerats den dagen för besök hos doktorn. Men det fanns ingen journalanteckning från besöket. Däremot fanns en journalanteckning från den 7 mars då patienten varit i telefonkontakt med doktorn.

Den 4 maj och 10 maj 2005 fanns inte registrerade vare sig som besök eller telefonkontakt med vårdcentralen.

### PM om vikten av dokumentation

I vårdcentralens introduktionspärm för nyanställda läkare och vikarier finns PM om vikten av att dokumentera alla kontakter med patienten. Det senaste är upprättat den 19 september 2005. De tidigare dokumenten är tyvärr inte daterade, men är av mycket äldre datum, uppgav verksamhetschefen.

Det finns även ett utdrag ur Patientjournallagen i introduktionspärmen.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten ankomstregistrerats för besök hos doktorn den 4 mars 2005 och att denne förskrivit Xyloproct åt henne den dagen. Hon hade också haft telefonkontakt med honom tre dagar senare. Däremot fanns inga anteckningar om att hon uppsökt eller haft telefonkontakt med vårdcentralen den 4 och 10 maj 2005.

### Journal ska föras

Det är således klarlagt att patienten uppsökte doktorn den 4 mars. Han hade dock inte journalfört sin undersökning eller bedömning av henne den dagen. Han hade därigenom av oaktamhet åsidosatt sina skyldigheter enligt 1 och 3 §§ Patientjournallagen, enligt vilken patientjournal ska föras vid vård av patienter. Han får en varning.

Utredningen har inte kunnat klarlägga om distriktsläkaren haft kontakt med patienten under den tid som avses i anmälan. Anmälan mot henne kan därför inte leda till disciplinpåföljd. ■

Tidigare bröstcancerpatient med nytillkomna besvär utan rimlig förklaring:

## Skelettmastaser måste uteslutas eller bekräftas

**Om en tidigare bröstcancerpatient söker för nytillkomna besvär som saknar rimlig förklaring måste en misstanke om skelettmastaser uppkomma och utredas. (HSAN 3324/06)**

En kvinna hade opererats för bröstcancer såväl 1981 som 1990. Under perioden maj–november 2005 sökte hon, 73 år gammal, flera gånger sin familjeläkare för ont i ryggen. En vanlig ryggröntgen visade inte någon skelettmastaser.

I januari 2006 sökte hon hjälp på ett universitetssjukhus där en magnetkameraundersökning (MR) avslöjade en skelettmastaser. Hon opererades.

Patienten anmälde familjeläkaren. Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande från familjeläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon menade att mot oron som patienten visade vid besöket den 25 maj talade att patienten inte var öm över själva skelettet eller ryggkotor. I stället ömmade

hon i musklerna bredvid ryggraden. Sänkan var 11 mm och leverprov normala.

En lunggröntgen med frågeställningen metastas gjordes. Man fann inga metastasmissänkta förändringar i vare sig lungor eller skelett.

I hennes landsting får distriktsläkare beställa MR, men köerna är långa och man måste prioritera hårt för att de inte ska bli ännu längre. Om hon hade funnit något som ingav misstanke om metastas hade hon beställt MR, underströk familjeläkaren.

### Inget ingav misstanke om metastas

Den 2 november hade patienten mer ont. Detta var dock i anslutning till en förkylning med hosta. Enligt journalen hade patienten dessutom ramlat och slagit ryggen. Inte heller nu ömmade patienten distinkt över ryggkotorna utan över musklerna bredvid.

Sänkan var 15 mm och Hb 140. Fortfarande fanns alltså ingenting som ingav

misstanke om metastas, hävdade familjeläkaren.

Ansvarsnämnden framhåller att om en bröstcancerpatient söker för nytillkomna besvär som saknar rimlig förklaring måste en misstanke om skelettmastaser uppkomma och utredas. Det hade inte kommit fram något som talade för att patienten före besöken 2005 hade haft återkommande ryggbesvär av godartad natur.

### Ska uteslutas eller bekräftas

En vanlig slätröntgen i ett tidigt skede utesluter inte skelettmastaser, utan ytterligare undersökning måste göras med exempelvis MR.

Patienten sökte för ryggsmärtor i maj, juni och november 2005. Då smärtorna inte klingade av borde familjeläkaren ha övervägt om inte besvären kunde härröra från metastasering och genom fler undersökningar ha uteslutit eller bekräftat diagnosen. Hon får en erinran. ■

## »Vid ändrade avföringsvanor eller långvarig diarré måste tjocktarmscancer misstänkas«

**När en patient söker för ändrade avföringsvanor eller långvarig diarré måste tjocktarmscancer misstänkas. (HSAN 3307/06)**

På grund av diarré sedan 3–4 veckor sökte en 45-årig man sin husläkare, som undersökte honom och tog blodprov. Vid ett återbesök två veckor senare berättade patienten om nattliga besvär och utredningen utvidgades.

Vid ett nytt besök efter drygt fyra månader fick han en remiss för koloskopi, som gjordes två månader senare och visade en tumör i ändtarmen.

Patienten anmälde husläkaren. Han sökte på grund av blodblandad avföring och misstänkte själv en tumör.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttrande av husläkaren, som ansåg att han inte hade gjort något fel.

Patienten sökte första gången för diarré efter en utlandsvistelse och förhållanden som kom fram ledde till misstanke

om att det rörde sig om turistdiarré. Inga alarmerande symtom framkom och den grundläggande utredningen gav ingen misstanke om något avvikande.

Vid samtalet fanns olika funderingar där även colon irritabile övervägdes.

Man brukar inte göra en rektalpalpation när man misstänker infektionsutlösta diarréer. Eftersom husläkaren misstänkte en infektiös orsak bakom besvären genomfördes provtagning avseende det. Gastroenterologer brukar vilja ha detta utrett innan remiss till koloskopi skrivs, hävdade han.

### »Visade normal bild«

Vid besök 2 verkade patienten må bättre men vidare blodprovstagning genomfördes med tarmbesvär i åtanke. Proven visade en normal bild. Vid besök 3 beskrev patienten avföringen som slemmig och remitterades då till gastroenterologsektionen. Det gav en utredningstid hos honom på fyra månader, påpekade huslä-

karen, och lade till att det sedan tog två månader innan patienten undersöktes med anledning av remissen.

Husläkaren framhöll att utredningsgången inom primärvården inte alltid går rakt mot målet om bilden inte är väldigt tydlig. Det kan kännas underligt för den patient som drabbas när han eller hon till sist får det slutliga svaret.

### Borde undersökt per rektum

Ansvarsnämnden påpekar att vid ändrade avföringsvanor eller långvarig diarré måste tjocktarmscancer misstänkas.

Eftersom det rörde sig om långdragna besvär skulle husläkaren ha undersökt buken och undersökt per rektum.

Han borde också ha undersökt eventuell förekomst av blod i avföringen samt ordnat med uppföljning.

Han borde i remissen ha angivit vilka undersökningar av vikt han gjort respektive inte gjort, till exempel undersökning per rektum. Han får en varning. ■