

I strid mot klinikens rutiner samt mot vetenskap och beprövad erfarenhet

# Remiss om tumör felprioriterades – behandling fördröjdes fyra månader

**Den prioritering som specialistläkaren i öron-, näs- och halssjukdomar gjorde var utifrån uppgifterna i remissen i strid mot ÖNH-klinikens rutiner och mot vetenskap och beprövad erfarenhet. (HSAN 3897/06)**

En 59-årig kvinna remitterades den 14 juni till ÖNH-kliniken från primärvården med misstanke om munbottentumör. Inremitterande läkare hade i remissen under »diagnos, fråga« angett »Tumör i munhålan«, och under »anamnes, status« bland annat följande:

»Rökare. Inga mediciner. Sedan ca två månader har hon noterat en oregelbundenhet under tungan till hö. Vid inspektion ses en knappt tumändstor vitaktig, oregelbunden tumörbildning nära tandraden. Tacksam för snar bedömning hos Er.«

## Skivepitelcancer med metastasering

Öron-, näs- och halsspecialisten bedömde att ett besök om tre månader var tillräckligt och remissbegränsningen kom till primärvården den 17 juni. När de tre månaderna gått fick patienten vänta ytterligare sex veckor på en undersökning. Denna gjordes den 26 oktober, och det först sedan man från primärvården faxat en ny remiss till ÖNH-kliniken.

I november konstaterades att patienten hade en lågdifferentierad skivepitelcancer med metastasering.

Socialstyrelsen anmälde efter en Lex Maria-utredning med stöd av sitt vetenskapliga råd docent Britt Nordlander läkaren för felprioritering av remissen.

Den anmälda läkaren bestred att han gjort fel. Han menade att slutsatsen att prioriteringen, inom tre månader, av remissen var felaktig är korrekt endast med kännedom om senare mikroskopiska undersökningsresultat (punktionscytologi respektive PAD).

Att inremitterande angivit att det rört sig om en tumör är inte att likställa med beskrivningen av en cancer då ordet tumör har betydelsen svulst. En tumör kan vara godartad eller elakartad. Då re-

missutfärdaren har en, även om den är ringa, misstanke om elakartad tumör, bör det framgå i remissen som hjälp och stöd för mottagaren att göra en korrekt prioritering/bedömning.

För att undvika uppenbara missuppfattningar/felbedömningar av en remisstext skickas alltid en remissbegränsning till inremitterande både som bekräftelse på att remissen mottagits och hur den blivit bedömd. På bekräftelsen uppmanas inremitterande att kontakta kliniken om man anser att prioriteringen blivit felaktig, berättade läkaren.

## »Bara ringa misstanke?«

Inremitterande har mottagit bekräftelsen, signerat samt dokumenterat i patientjournalen redan tre dagar efter att remissen skrivits utan att ha reagerat på den långa väntetiden. Beror detta på att misstanken om att det rörde sig om en elakartad tumör var ringa eller att signeringen utförts så att säga pro forma? undrade läkaren.

I SOSFS 2004:11, 4 § punkterna 3, 4 och 5 beskrivs verksamhetens ansvar på den remitterande enheten. I punkt 5 anges att personal med formell och reell kompetens för uppgiften ska bedöma remissvaren och ta ställning till vilka åtgärder som ska vidtas.

Här har således remitterande läkare angivit att det rör sig om en tumör och begär en snar bedömning, men reagerar inte på uppgiften att patienten kanske inte kommer att kallas förrän om tre månader.

Svaret signeras och remitterande gör ingen ytterligare påstötning med begäran om ett tidigare omhändertagande. Den kontrollfunktion

som remissbegränsningen är har uppenbarligen brustit, menade läkaren.

## »Kontrollmöjlighet förbisågs«

I augusti sökte patienten åter på samma distriktsläkarmottagning på grund av svalgsmärta på höger sida. Vid den kliniska undersökningen av munhålan noterades inte någon tumörmisstänkt förändring. En mandelstor lymfkörtel no-

terades i höger käkvinkel. Diagnosen blev halsfluss. Då fanns således, rimligtvis längst fram i journalens textdel, såväl remissbegränsningen som den journalanteckning som låg till grund för remissen. Även denna kontrollmöjlighet, sett till vårdkedjan, förbisågs utan att förnyad kontakt med ÖNH-kliniken togs. Detta omnämner inte Britt Nordlander i sitt utlåtande, kritiserade läkaren.

## »Flera skyddsnät har brustit«

ÖNH-kliniken gjorde, enligt rutin, en händelseanalys med fokus på det egna agerandet, vilken ledde till anmälan enligt Lex Maria för att om möjligt identifiera systemfel, med syfte att förhindra ett upprepanande. I denna analys måste samtliga aktörer i vårdkedjan inkluderas.

Flera skyddsnät har brustit och trots att ansvaret för vårdkedjan är gemensamt har fokus riktats mot en individ.

Britt Nordlander skriver att »den inträffade felbedömningen måste tillskrivas den mänskliga faktorn som en unik och beklaglig händelse«. Försenade diagnoser eller behandlingar är inte unika och får inte betraktas som sådana om liknande händelser ska kunna undvikas i framtiden, hävdade läkaren.

## Borde fått besökstid inom två veckor

Socialstyrelsen ansåg att frågeställningen i remissen var tydlig och att innehållet sammantaget borde inge misstanke om att det kunde röra sig om en malign tumör i munbotten.

Socialstyrelsen menade att remittenten, som skrivit en tydlig remiss, inte kan lastas för att inte ha reagerat på specialistklinikens bedömning av remissen.

Ansvarsnämnden hävdar att uppgifterna i remissen var adekvata och att misstanken om malign tumör var klar. Enligt ÖNH-klinikens rutiner borde patienten fått en tid inom två veckor.

Den prioritering som öron-, näs- och halsspecialisten gjorde var utifrån uppgifterna i remissen i strid mot ÖNH-klinikens rutiner och mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Han varnas. ■

**På nästa sida:  
Så tyckte vetenskapliga rådet**

# »Felbedömningen av remissen måste tillskrivas den mänskliga faktorn«

**En felaktig prioritering av den inkommande remissen har skett. Felbedömningen måste tillskrivas den mänskliga faktorn som en unik och beklaglig händelse.**

Bland annat så sammanfattade vetenskapliga rådet i öron-, näs- och halssjukdomar, docent Britt Nordlander, fallet i den förra artikeln.

Av händelseanalysen och vid hennes granskning framkom att remissen från den 14 juni prioriterats felaktigt. Remissfrågeställningen var tydlig, »Tumör i munhålan«, menade hon.

Hon bedömde att remissens uppgifter, att patienten är rökare, har en »oregelbundenhet« till höger under tungan och att vid inspektion noteras en knappt tumändstor, vitaktig och oregelbunden tumörbildning, sammantagna borde ingett misstanke om att det skulle röra sig om en malign tumör i munbotten.

## Borde fått tid inom 1–2 veckor

Enligt klinikens rutiner borde patienten ha fått en tid inom 1–2 veckor. Varför det inte fungerade framgår inte av händelseanalysen eller av journalhandlingarna. Det är verksamhetschefens ansvar att remissgranskningen sker av läkare med adekvat kompetens.

Remissgranskaren var i detta fall en överläkare med stor erfarenhet. Några förmildrande omständigheter för felbedömningen att inte högprioritera remissen har inte framkommit.

Trots en adekvat remiss och en kompetent remissgranskare har således ett allvarligt misstag skett. Detta kan rimligen tillskrivas den mänskliga faktorn. Att införa en kontrollfunktion med remissgranskning av två läkare bedöms inte rimligt mot bakgrund av att det inträffade kan betraktas som en unik händelse.

## Visst ansvar hos sjuksköterskan

Klinikens rutiner för remisshantering bedöms adekvata.

Ett visst ansvar ligger dock hos den sjuksköterska, som tar emot samtal från patienten som inte blivit kallad inom utlovad tid, att ta en mer utförlig anamnes angående patientens besvär och vid be-

hov rådfråga läkare alternativt kontrollera remissen.

Remissbekräftelse utfärdades inom tre dagar från remissens utfärdande. Frågan om inremitterandes ansvar att reagera på uppgiften att patienten skulle kallas inom tre månader är svår att avgöra. Han har i remissen begärt »snar bedömning«. Han får svar att patienten kommer att kallas inom tre månader.

Svaret är signerat samma dag. Vetenskapliga rådet bedömde att remittenten inte kan lastas för att inte ha reagerat på specialistklinikens bedömning av den förhållandevis utförliga remissen.

## Förnekelse och förträngning

Det är väl känt att många patienter med befarad tumörsjukdom reagerar psykologiskt med försvarsmekanismer i form av förnekelse och förträngning av oroadande symtom.

Det är därför inte ovanligt att lugnande besked eller, som i detta fall, ett besked att mottagningsbesöket inte var brådskande av patienten kan tas som inräkning för att oron för tumörsjukdom är obefogad, och patienten avstår från att söka ånyo.

Det framkommer att patienten den 21 augusti uppsökt jourmottagningen på grund av akut halsont sedan två dagar. Ingen anteckning finns att patienten påtalat att hon väntar på kallelse till ÖNH-kliniken.

## Tidig upptäckt viktig

Det går inte med säkerhet att avgöra vilka konsekvenser den fyra månader långa fördröjningen har inneburit för patientens prognos och behandling. Tidig upptäckt och behandling är dock generellt sett en viktig faktor för gynnsam prognos.

Tumörens biologi är också av betydelse för prognosen. Det är därför inte möjligt i det enskilda fallet att säkert kunna avgöra hur diagnosfördröjningen påverkat prognosen.

Vid bedömning och klassificering av munbottentumörer dras en gräns mellan tumörer som är mindre respektive större än 2 cm. Vid små och ytliga tumörer i munbotten kan enbart operation vara botande behandling. Tumörer större än 2 cm och tumörer med ett visst

infiltrationsdjup kräver kombinationsbehandling med strålbehandling och kirurgi, som i det här fallet.

I remissen från den 14 juni anges att tumören var »tumändstor«. Detta är ett mycket diffust mått och det är oklart om tumören redan i juni var så stor att kombinationsbehandling var indicerad.

Det är vidare oklart när metastasering till halsen hade skett.

Enligt journalanteckning vid distriktsläkarmottagningen den 21 augusti fanns en förstörd lymfkörtel till höger på halsen. Det är oklart om den enbart var infektionsbetingad eller redan då en manifest metastas, konstaterade Britt Nordlander. ■

## Apotekspersonal förhindrade felmedicinering av spädbarn

**En vaksam apotekspersonal ifrågasatte receptet till ett spädbarn. Receptet korrigerades och en felmedicinering undveks. (HSAN 1190/07)**

Den sex veckor gamle pojken kom med sin mor till vårdcentralen på grund av förkylning. Han blev ordinerad Bricanyl lösning 0,3 mg 5 ml 1–3 gånger dagligen.

Modern anmälde distriktsläkaren som ordinerade medicinen. Hon berättade att de träffat läkaren på kvällen och denne ville börja medicineringen direkt. Sonen fick en spruta med Bricanyl 5 ml innan han skulle sova för natten.

Nästa dag skulle hon hämta ut medicinen på apoteket. Då ifrågasatte apotekspersonalen receptet. Receptet korrigerades till 1 ml 1–3 gånger dagligen.

Ansvarsnämnden tog in pojkens journal och ett yttrande från distriktsläkaren. Denne berättade att han träffat pojken efter 11 timmars arbete. Pojken bedömdes då kunna ha nytta av Bricanymixtur. Av misstag skrevs »1 x 5 ml, 1–3 ggr dagl« då det skulle vara 1,5 ml. Han tog helt på sig skulden för felordinationen.

Ansvarsnämnden konstaterar att läkaren av oaktamhet ordinerat Bricanyl i dosen 5 ml i stället för 1,5 ml. Felet är varken ringa eller ursäktligt och ger läkaren en erinran. ■