

Läkaren missnöjd patient – får kollega vid samma sjukhus fälld

En läkare blev som patient missnöjd med sin läkarkollega vid samma sjukhus och anmälde honom. Nu fälls kollegan i Ansvarsnämnden. (HSAN 3293/07)

Den 54-årige läkaren genomgick den 28 oktober 2005 blodprovstagning inför en hälsokontroll. Proven avseende prostata var patologiska.

I december meddelade en internmedicinare att provsvaren var normala.

Vid en hälsokontroll den 23 mars 2006 lästes provsvaren upp för läkaren, som då påpekade att PSA och PSA-kvoten var patologiska. Internmedicinaren skrev därefter en remiss till urologen, där en prostatacancer konstaterades.

Läkaren anmälde internmedicinaren. Han hade kontaktat internmedicinaren i oktober angående hälsoundersökning. Det beslöts om blodprovstagning inklusive PSA och PSA-kvot.

Provet togs den 28 oktober. Eftersom han inte fick något besked på provsvaren ringde han internmedicinaren i december. Denne uppgav att proven var normala.

Båda värdena patologiska

De kom överens om en hälsoundersökning, vilken utfördes den 23 mars 2006. Blodproven tagna den 28 oktober lästes upp för läkaren. PSA uppmättes till 4,5 (referensvärde <3) och PSA-kvoten till 0,08 (referensvärde 0,18). Båda värdena var således patologiska.

Läkaren påpekade att PSA och PSA-kvoten inte var normala. Internmedicinaren skrev då en remiss till urologen. Läkaren tog själv kontakt med en urolog, som tog om prov den 27 mars. PSA var 6,6 och PSA-kvoten 0,07. Prostatabiopsi gjordes den 30 mars. PAD-besked den 6 april visade lågt differentierat adenokarcinom med misstanke om extrakapsulär växt.

Läkaren träffade internmedicinaren den 3 maj. Han hade tagit med en kollega som enbart skulle lyssna under samtalet. Han ifrågasatte bedömningen och handläggningen av PSA-svaren, och tillade att han övervägde en anmälan till HSN.

Den 4 maj utfördes en radikal prostat-

ektomi och lymfkörtelutrymning. PAD visade cancerväxt i vänstra loben med växt i vänster vesicula seminalis.

Läkaren var besviken över att ha fått ett besked att proven var normala medan de i praktiken var patologiska. Diagnosen fördröjdes fem månader och operationen fördröjdes sex månader, hävdade han.

Internmedicinaren berättade att anmälnaren, en kollega vid en annan klinik på samma sjukhus, föreslogs en hälsokontroll med kroppsundersökning, vilo-EKG och laboratorieprov.

Remisser tillställdes anmälnaren morgonen den 17 oktober 2005, provtagning skedde fastande morgonen den 28 oktober och svaren kom veckan därpå.

Uppfattades som normala

Vid första granskningen uppfattades laboratoriefynd som normala. Avvikelse från normalområdet i prostataproven bedömdes då inte säkert signifikanta med hänsyn till den pågående diskussionen i fackpress och massmedia om den tveksamma tillförlitligheten i PSA-analysen.

Internmedicinaren meddelade i början av december felaktigt kollegan att den omfattande blodprovsanalysen, 36 analys svar, visat normalfynd, väl medveten om att anmälnaren hade tillgång till detaljerade svar via sjukhusets intranät

Internmedicinaren meddelade i början av december felaktigt kollegan att den omfattande blodprovsanalysen, 36 analys svar, visat normalfynd, väl medveten om att anmälnaren hade tillgång till detaljerade svar via sjukhusets intranät

(Labka) på sin arbetsdator, uppgav han.

Kollegan erbjöds i december 2005 att själv bestämma återbesökstid för noggrann genomgång av alla svar. Med hänsyn till dennes agenda kom de överens om den 23 mars 2006 då det sjukligt förändrade prostataprevet uppmärksammades och vidareremittering sedan skedde enligt anmälnarens redovisning.

Efter en utredning hos en urolog visades, för internmedicinaren ytterst oväntat och bedrävande, tecken på avancerad prostatacancer som därefter opererades enligt anmälnarens redovisning.

»Orättvist anmäld«

Internmedicinaren berättade att han blev uppsökt av anmälnaren tillsammans med annan kollega den 3 maj och fick veta att kollegan övervägde en anmälan till HSN. Beskedet var mycket överraskande och känslomässigt svårhanterligt.

Han kände sig orättvist anmäld och motsätter sig anmälan på grund av PSA-provets tveksamma tillförlitlighet, anmälnarens tillgång till provsvar via egen dator, anmälnarens val av sen tidpunkt för återbesök med hänsyn till sin agenda och den mycket oväntade utgången av den fortsatta specialistutredningen och behandlingen hos urologer.

Borde vidtagit adekvata åtgärder

Ansvarsnämnden anser att internmedicinaren borde ha meddelat sin kollega om de patologiska provsvaren och vidtagit adekvata åtgärder, förslagsvis nya provtagningar eller remiss till urolog. Internmedicinaren får en eriran. ■

Huvudvärk, illamående och kräkning efter skalltrauma

Borde DT-undersökts

Två läkare borde ha ordnat med DT-undersökning, rådfrågat bakjuren eller remitterat patienten, som sökte med huvudvärk och illamående efter ett skalltrauma, till kirurgjuren. (HSAN 1045/07)

Den 32-årige mannen sökte vård på akutmottagningen vid ett universitetssjukhus den 11 september. Han hade vid ett bråk två dagar tidigare blivit kastad i

gatan och slog då i höger kind. Därefter hade han haft tilltagande huvudvärk samt varit illamående och kräkt.

En doktor fann att mannen hade ett normalt blodtryck och inga neurologiska avvikelser. Patienten fick återvända hem med recept på inflammationshämande läkemedel.

Den 13 september återkom patienten till akutmottagningen på grund av huvudvärken. Han bedömdes denna gång

av en ST-läkare. Hon fann inget säkert patologiskt. Patienten fick smärtstillande läkemedel och gick hem.

Den 14 september återkom patienten på grund av kraftig huvudvärk. Efter undersökning kontaktades en neurolog och en datortomografiundersökning av patientens hjärna beställdes. Den avslöjade en 2 x 5,5 cm stor blödning frontalt på höger sida med ödem och medellinjeöverskjutning. Patienten anmälde doktorn och ST-läkaren.

Doktorn uppgav att patienten, som tidigare under dagen mått illa och kräcks, sökte på grund av huvudvärk sedan två dagar. Patienten hade ingen yrsel, ingen påverkan på synen eller värk från nacken.

Några dagar tidigare hade han slagit i huvudet. En neurologisk undersökning visade inte några avvikande fynd.

Borde ändå gjort en DT

Hon palperade skelett och muskulatur i nacken men fann ingen ömhet eller begränsad rörlighet. Patienten fick smärtstillande läkemedel (Voltaren och Panodil). Doktorn uppfattade det som att huvudvärken gick över.

Patienten ville gå hem eftersom han mätte bra. Hon uppmanade honom att komma tillbaka om smärtorna återkom.

Att hon avstod från datortomografi av hjärnan berodde på ett normalt neurologiskt status samt att patienten, som hon uppfattade det, blev bra av smärtstillande läkemedel, framhöll doktorn.

Mot bakgrund av hans sjukhistoria med ett trauma mot huvudet, borde hon ändå ha gjort en datortomografi av hjärnan alternativt ha remitterat patienten till kirurgjouren, som vanligtvis handlägger huvudvärk efter trauma mot huvudet, menade doktorn.

Huvudvärken hade kommit tillbaka

ST-läkaren berättade att hon träffade patienten, som sökte för att han hade huvudvärk och ville ha medicin mot den, två dagar senare. Patienten berättade om sitt tidigare besök och att han då fått smärtstillande läkemedel som hjälpt ett tag, men att huvudvärken sedan kommit tillbaka. Han kände sig även stel i nacken och ländryggen.

Han berättade att han mest legat och att han inte ätit och druckit ordentligt, vilket han trodde var en bidragande orsak till huvudvärken.

ST-läkaren frågade om uppgifterna i journalen från föregående besök och pa-

tienten bekräftade sin tidigare sjukhistoria inklusive tidigare tungt drogmissbruk, men berättade inte spontant om bråket som stod nämnt där.

När hon frågade specifikt om detta berättade patienten igen om »nacksvingen« men bagatelliserade detta, sade att det inte var så farligt. Han nämnde ingenting om att han slagit i huvudet, varit medvetslös eller att han inte riktigt minnes vad som hänt.

Fann inget avvikande i status

När ST-läkaren ville undersöka patienten vägrade denne. Han orkade inte med det utan bad igen om smärtstillande läkemedel. Han satt upp under hela samtalet och såg opåverkad ut.

Då hon frågade om läkemedlet (Voltaren/diklofenak) patienten fick utskrivet vid föregående besök uppgav han att han struntat i att hämta ut det.

Hon erbjöd samma mediciner som vid föregående besök, och att han sedan han tagit dem fick vänta på akutmottagningen så att de kunde bedöma effekten.

När ST-läkaren sedan gick för att fråga hur medicinerna verkat mötte hon patienten i korridoren på väg hem eftersom han mätte lite bättre.

ST-läkaren fick nu undersöka patienten. Hon fann inget avvikande i undersökningsstatus (allmäntillstånd, neurologi, hjärta eller lungor) som föranledde ytterligare undersökningar.

Hon bedömde tillståndet som möjlig spänningshuvudvärk då patienten förutom huvudvärk även kände sig stel i nacke och ländrygg.

Patienten fick gå hem men uppmanades att återkomma om han blev sämre eller om han inte blev bättre.

Han rekommenderas att hämta ut den tidigare förskrivna smärtstillande medicinen och ta den regelbundet samt att äta och dricka ordentligt, berättade ST-läkaren.

Borde gått vidare med DT

Ansvarsnämnden understryker att med den sjukhistoria patienten hade vid besöken på akutmottagningen – föregående trauma, kraftig huvudvärk, illamående och kräkning – borde både doktorn och ST-läkaren ha gått vidare med DT-undersökning av hans hjärna eller i vart fall ha rådfrågat bakjouren eller remitterat till kirurgjouren.

De får båda en erinran. ■

» ... borde både doktorn och ST-läkaren ha gått vidare med DT-undersökning av hans hjärna eller i vart fall ha rådfrågat bakjouren eller remitterat till kirurgjouren.«

»Från skuld och skam till patientsäkerhetsarbete i en lärande och närande miljö«

Patientsäkerhetsfrågorna hör hemma på »verkstadsgolvet«

Patientsäkerhetsfrågorna hör hemma på »verkstadsgolvet« och är i första hand en fråga för klinisk verksamma läkare och klinikchefer.

I USAs mångfacetterade sjukvårdssystem används sedan mer än 50 år så kallade morbiditets- och mortalitetskonferenser (M&MC) som ett verktyg för att lära sig av komplikationer och missöden.

Konferensernas historiska ursprung finns i de opererande disciplinerna men metodiken används, dock på olika sätt, inom alla kliniska specialiteter och är en av grundbultarna i specialistutbildningen.

Studier av konferensernas struktur, process och resultat generellt och mellan olika kliniska discipliner har på senare tid påvisat stora variationer och det pedagogiska värdet avseende förbättrad patientsäkerhet har ifrågasatts [1-3].

Skuld och skam kontraproduktiva

Den aktuella artikeln [4] belyser problematiken kring hur man genom förändrad metod och inriktning för M&MC – med patientsäkerhet och systemförståelse i fokus – kan komma bort från ett arbetsätt och en miljö där upplevd »skuld och skam« fortsatt tillåts verka kontraproduktivt.

Förutom det kända faktum att USA, liksom vi, har klara förbättringsmöjligheter av vårdens patientsäkerhet så anger författarna en tydlig, och utifrån svenska förhållanden intressant, bakgrund till sin studie och sitt förbättringsarbete.

Miljön är ett akademiskt sjukvårdssystem – University of Missouri Academic Health Center – med ansvar för såväl grundutbildning som de olika stegen i den amerikanska specialistutbildningen av läkare i internmedicin.

Fokus på det finansiella perspektivet

Organisationen beskrivs nyligen ha rest sig ur en flerårig svacka karakteriserad av långvarigt fokus på finansiell överlevnad – en situation inte alls olik många av dagens svenska vårdgivare med organisatoriskt fokus på det »finansiella per-

spektivet« som drivkraft bakom mer eller mindre genomtänkta organisationsförändringar.

Fokus på patientsäkerheten

En nytillsatt medicinchef (Chairman of the Internal Medicine Department – den svenska motsvarigheten är väl närmst divisionschef med samlat medicinskt och ekonomiskt verksamhetsansvar) valde i stället strategin att genomgående fokusera på vårdkvalitet och patientsäkerhet.

En hörnsten i detta arbete blev uppbyggnaden av en M&MC-struktur med fokus på patientsäkerhet.

Hur gick man då till väga? Liksom man gör hos oss tillsattes en arbetsgrupp för att förändra M&M-konferensen genom att revidera målsättning och arbetssätt.

Viktig framgångsfaktor

En viktig framgångsfaktor var säkerligen det genomgående deltagandet av den nye medicinchefen som garant för arbetets betydelse. Gruppen bestod i övrigt av lärare och läkare från fakultet och specialistutbildning samt personer med patientsäkerhetsarbete och kvalitetsutveckling som profession.

Målsättningarna inriktades mot analys av komplikationer och avvikelser utifrån helhetssyn och systemförståelse samtidigt som en intern arbetskultur med ökat fokus på patientsäkerhetsarbete och mindre på »skuld och skam« stimulerades.

Det valda arbetssättet hade som mål att deltagarna (läkarstab och studenter) i M&M-konferenserna skulle kunna

– skilja en professionell kultur byggd på »skuld och skam« från en kultur som understödjer patientsäkerheten genom systemförståelse och varsam analys av negativa händelser

– identifiera defekter i vårdkvaliteten som bakgrund till morbiditet och mortalitet i vården

– identifiera arbetssätt och strategier för att överbygga defekter i vårdkvaliteten

– visa förmåga att kritiskt kunna ut-

värdera avvikelser och föreslå en handlingsplan för att förebygga liknande händelser.

Resultatet då? Efter ett års arbete i det nya systemet verifierades ett ökat deltagande i konferenserna och ett antal genomförda förändringar av patientsäkerheten samtidigt med att deltagarna i den nya M&M-konferensen uppfattade att arbetet var positivt för kliniken. Man uppfattade också att klimatet i konferensen förbättrats och var mindre skuldbeläggande.

Brett anlagt och prestigelöst

Författarna konkluderar att det nya arbetssättet är lovande och verkar för en utveckling mot allt säkrare vård.

Vi har i Sverige samma behov som i USA att ta över an patientsäkerhetsfrågorna med ett brett anlagt och prestigelöst arbetssätt.

Kan vi som i arbetet [4], med hela organisationens stöd, få ut frågorna till alla läkargrupper som en naturlig del i vårt löpande arbete och lärande, så är mycket vunnit.

Patientsäkerhetsfrågorna hör hemma på »verkstadsgolvet« och är i första hand en fråga för kliniskt verksamma läkare och klinikchefer.

Kanske något för oss i Sverige att ta efter?

Karsten Offenbartl

docent, överläkare, kirurgiska kliniken, Höglandssjukhuset, Eksjö studierektor för Svensk kirurgisk förenings »bakjoursskola«

REFERENSER

1. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med.* 2002;77:1001-6.
2. Orlander JD, Fincke BG. Morbidity and mortality conference: a survey of academic internal medicine departments. *J Gen Intern Med.* 2003; 18:656-8.
3. Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA* 2003; 290:2838-42.
4. Bechtold ML, Scott S, Nelson K, Cox KR, Dellsberger KC, Hall LW. Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2007; 16:422-42.