dan måste man få återkoppling från andra sjukhus och kliniker så att man lär sig av andras misstag också. Här kan man göra mycket mer än nu. Att läsa fallen i Läkartidningen är väldigt bra, men det krävs också att man sedan sätter sig ner och diskuterar på sin egen klinik: vad kan vi göra för att förhindra att den här situationen uppstår här hos oss?

Men det här bygger på en rapporteringsvilja – hur ska man kunna stimulera den? Det är bara en väldigt liten del av avvikelserna som anmäls i dag. Lagstiftningen har inte hjälpt och läkarna är, snällt sagt, inte bra på att anmäla avvikelser.

– Nummer ett, menar Eva Nilsson Bågenholm, är att vi får ett öppnare klimat när det gäller att någonting går fel. Nummer två är att vi får till ett icke repressivt ansvarssystem.

– Då gynnar man diskussioner kring fel som begås så att man inte straffar en enskild individ utan ser att det är något som kan hända vem som helst.

– Så jag tror att om vi får ett nytt ansvarssystem så kan man komma en bra bit på väg med att få det öppna klimat som behövs för att avvikelser faktiskt ska bli rapporterade. Så man ser det som en naturlig del av arbetet.

Rädslan finns bland de yngre att bli anmälda till HSAN, det har bland annat undersökningar i Sylf visat. Men de äldre läkarna – är även de rädda för HSAN?

– Det är kanske inte rädsla på samma sätt. Men man hyschar ner felen, man pratar inte gärna om dem. Det är nog mer en kultur att här pratar vi inte om felen som begås – vi gör det bättre nästa gång i stället.

I Almedalen i somras kritiserade du mycket hårt såväl landstingen som Socialstyrelsen för att de inte sköter sin uppgift som de borde när det gäller att stoppa olämpliga läkare. Kvarstår den kritiken?

– Ja, absolut.

Hon pekade på att landstingen alltför ofta anställer läkare utan att kontrollera referenser. Hon exemplifierade med att det finns läkare som Socialstyrelsen har sagt att man inte bör anställa som ändå blir anställda gång på gång.

– Det är helt otroligt att landstingen gör detta och jag hoppas att det blir bättre, men vi har påpekat det här i många år utan att något hänt. Vi vill naturligtvis inte att de läkarna anställs. De skadar ju vår kår. Det är viktigt att vi ser till att de som inte är lämpliga att arbeta i vården inte heller blir kvar där.

»Det är jättemycket viktigt med en återkoppling ... vi måste arbeta bättre med dem på sjukhusen när något har hänt. Vi måste också arbeta mer aktivt när vi ser att någonting kunde ha gått fel.«

Behöver vassare klor

Hon ansåg också att Socialstyrelsen behöver ha vassare klor vad gäller till exempel läkare som förskriver narkotiska läkemedel alltför lättvindigt.

– De läkarna kan hålla på med förskrivningen i ganska många år innan de blir av med sin legitimation. Vi tycker att Socialstyrelsen borde ha större möjligheter att utreda de läkarna snabbare och få till stånd en prövning.

Prövningen innebär att Socialstyrelsen i en åklagaroll vänder sig till Ansvarsnämnden, som är den instans som beslutar om delegitimering.

Eva Nilsson Bågenholm framhåller att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) även måste se till att arbeta med cheferna i vården så att dessa blir bättre på att upptäcka personer som har sjukdomar eller missbruk av olika slag och som inte kan sköta sitt jobb.

– Det handlar om att ha en bra chefskultur. Att ha en bra chef är A och O vad gäller patientsäkerhetsarbetet.

Nya regler om två år

Patientsäkerhetsutredningen ska göra en översyn ur patientsäkerhetsperspektiv av den lagstiftning som omfattar bland annat tillsyn över hälso- och sjukvården samt ansvarssystemet i vården.

»Om vi får ett nytt ansvarssystem så kan man komma en bra bit på väg med att få det öppna klimat som behövs för att avvikelser faktiskt ska bli rapporterade.«

Några av utgångspunkterna:

– En patient som skadas eller av andra skäl är missnöjd med vården måste enkelt kunna framföra klagomål.

– Rapportering av avvikelser och analys av materiellet är mycket viktigt för patientsäkerhetsarbetet.

– Det är primärt vårdgivarens ansvar att utreda och analysera inträffade avvikelser.

Utredningen ska lägga ett betänkande vid årsskiftet 2008–2009. Och de nya reglerna är tänkta att börja gälla i juni 2010. ■

Vänster sida blev höger vid hjärnoperation

Den 10-åriga flickan opererades för en blodkärlsförändring i hjärnan belägen på vänster sida. Operatören, en neurokirurg, påbörjade dock av misstag ingreppet på höger sida av skallen. (HSAN 3269/07)

Flickans mor anmälde neurokirurgen.

Denne berättade att flickan insjuknat med krampanfall, och att en utredning påvisat ett vänstersidigt frontalt kavernöst hemangiom. Hon hade vidare utretts med ett elektroencefalogram som visade patologiska förändringar över vänster pannregion. Man kunde således göra sannolikt att hennes krampanfall, epileptiska anfall, utlöstes av det vänstersidiga kavernösa hemanigomet.

Flickan opererades. Avsikten med operationen var att genom en vänstersidig frontal kraniotomi under mikroskop avlägsna kärlmissbildningen.

Under operationen positionerade han flickans huvud på sedvanligt sätt i ett fyrpunktsstöd. Han roterade emellertid hennes huvud till vänster i stället för som tänkt till höger.

Han hade dessförinnan kontrollerat med röntgenbilderna på salen, via den tillgängliga röntgenbildsvisningen, att det var rätt patient och sida. Han ritade och planerade för en högersidig (Sic!) operation, berättade neurokirurgen.

Han påbörjade alltså operationen på fel sida, vilket han upptäckte efter det att huden öppnats och temporalismuskeln delats och ett borrhål satts. Han slöt såret på sedvanligt sätt. Sedan genomförde han operationen som planerat på vänster sida.

Ensam ansvarig

Det peroperativa fyndet bekräftade utredningen och ett kavernöst hemangiom kunde avlägsnas under mikroskop. Såret slöts sedan på sedvanligt sätt efter det att skallbenet återsatts. Det postoperativa förloppet var glatt och som väntat.

Av någon anledning, som han inte kunde förklara, hade neurokirurgen positionerat patienten för ett högersidigt frontalt ingrepp och påbörjat det som sådant. Han bedömde att han ensam var att lasta för det begångna misstaget.

Ansvarsnämnden understryker att det åligger operatören att förvissa sig om att rätt sida opereras.

Trots det har neurokirurgen påbörjat en hjärnoperation på fel sida. Han får en varning. ■

Kroppslig besvärsorsak ska uteslutas även när anamnesen entydigt talar för depression

Huvudvärk som dominerande symtom – patienten hade hjärntumör

Även när sjukhistorien entydigt talar för depression ska kroppslig orsak till besvären uteslutas, varvid det bland annat ingår att överväga förekomsten av kroppslig sjukdom i hjärnan, anser Ansvarsnämnden. (HSAN 4040/07)

Den 41-årige mannen sökte akutmottagningen vid ett lasarett den 9 november på grund av huvudvärk, som hade förvärrats de senaste två veckorna. En vecka tidigare hade han sökt vårdcentralen där han fått citalopram 20 mg. Han hade känt sig trött under en lång tid samt besvärats av yrsel, illamående och huvudvärk.

På akuten undersöktes han av en ST-läkare, som bedömde att han led av nedstämdhet, sannolikt på grund av arbetsrelaterad stress. Hon bedömde också att illamåendet och yrseln var biverkningar från medicineringen med citalopram.

Hade tumör i hjärnstammen – avled

Under en resa den 13 november blev patienten ytterligare försämrad, varvid han sökte på ett annat sjukhus. En utredning visade en tumör i hjärnstammen. Han fördes över till onkologklinik där han strålbehandlades. Han avled den 27 december.

Patientens fru anmälde ST-läkaren för att ha ställt fel diagnos och för att ha felbehandlat mannen.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av ST-läkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att patienten kom in akut med yrsel och trötthet. Innan hon undersökte patienten tog hon del av journaluppgifter från vårdcentralen där patienten varit på besök den 30 oktober.

Orsakad av muskulära spänningar

Han hade en mångårig kontakt med sin husläkare och hade sedan en längre tid varit sjukskriven på grund av stress och ångestreaktion samt ett kroniskt smärttillstånd i höger axel. Den 30 oktober uppgav han även besvär med huvudvärk sedan ett par månader tillbaka samt tilltagande trötthet och energilöshet.

Husläkaren, en mycket erfaren kollega, bedömde att huvudvärken var orsakad av muskulära spänningar och lade en blockad mot nacken. Han bedömde också att patienten uppvisade tecken på en depression och påbörjade behandling med antidepressiv medicinering, citalopram. När ST-läkaren träffade patienten hade han således ätit detta preparat drygt en vecka, påpekade hon.

Trött och långsam

Vid samtalet upplevde hon patienten som trött och något långsam i kontakten: båda är symtom som förekommer vid depression. Det framkom att trötthet och huvudvärken hade förvärrats de senaste två veckorna samt att han även drabbats av yrsel och illamående. Huvudvärken var inte associerad med kräkningar och lindrades till en viss del av Treo.

Labprov och EKG var normala.

Yrsel, illamående och huvudvärk är biverkningar som beskrivs som vanliga vid medicinering med citalopram. Det är också mycket vanligt att biverkningarna förekommer de två första veckorna under behandlingen och det dröjer vanligen upp till fyra veckor innan man upplever någon positiv effekt av antidepressiv medicinering, framhöll ST-läkaren.

»Emellertid var hon oaktsam när hon utan att ha stöd i sjukhistorien ställde diagnosen »depressiv episod« och när hon underlät att neurologiskt undersöka en patient med huvudvärk som dominerande symtom.«

Biverkan en rimlig bedömning

Med anledning av den relativt långa sjukhistorien med tidigare depressioner och kroniskt smärttillstånd fann hon vid akutbesöket den 9 november ingen anledning att ifrågasätta den diagnos som den erfarne husläkaren ställt en dryg vecka tidigare. En rimlig bedömning var att yrsel och illamående var en biverkan av citalopram.

Det framkom inga symtom eller klagomål som var så allvarliga att det fanns ett akut behov av inläggning. Inte heller fanns något som motiverade en akut röntgenundersökning av hjärnan.

Dock uppmanade hon patienten att återkomma om han blev sämre. Hon bad honom också ta kontakt med vårdcentralen om han fortfarande inte upplevt någon positiv effekt av medicineringen efter fyra veckor, uppgav ST-läkaren.

Ansvarsnämnden påpekar att depression är en diagnos som ställs utifrån sjukdomshistorien. Huvudsymtomen är nedstämdhet, bristande intresse för vanligen trevliga aktiviteter, ökad uttröttbarhet, minskat självförtroende, orimliga skuldkänslor samt återkommande tankar på död och självmord.

Patienten led av trötthet, men huruvida det var trötthet i form av ökad uttröttbarhet framgår inte av journalen. Sjukhistorien ger på intet vis stöd för diagnosen »depressiv episod«.

ST-läkaren har uppgett att illamående och kräkningar är vanliga biverkningar vid behandling med citalopram. Patienten hade i en vecka behandlats med citalopram medan han besvärats av yrsel, illamående och huvudvärk i fyra veckor. Det ter sig därför osannolikt att patientens yrsel, illamående och huvudvärk skulle ha betingats av citalopram.

Neurologisk undersökning borde gjorts

Patienten uppgav vid besöket att han besvärats av kraftig huvudvärk som väckt honom nattetid, åtföljt av illamående och yrsel. Den konstellationen av besvär borde ha lett till att han undersökts med tanke på sjukdomstillstånd i hjärnan. En neurologisk undersökning borde ha utförts.

Även när sjukhistorien entydigt talar för depression ska kroppslig orsak till besvären uteslutas, varvid det bland annat ingår att överväga förekomsten av kroppslig sjukdom i hjärnan.

Huvudvärk är ett vanligt symtom hos patienter som söker på en akutmottagning, men hjärntumör är en ovanlig orsak till huvudvärk. Att ST-läkaren inte ställde diagnosen hjärntumör är i sig förståeligt.

Emellertid var hon oaktsam när hon utan att ha stöd i sjukhistorien ställde diagnosen »depressiv episod« och när hon underlät att neurologiskt undersöka en patient med huvudvärk som dominerande symtom. Hon får en varning. ■

Tog inte en anamnes som kunde möjliggöra en adekvat medicinsk bedömning

ST-läkaren underlät att inhämta en anamnes som kunnat möjliggöra en adekvat medicinsk bedömning. (HSAN 2997/07)

Den 60-årige mannen hade fått en ventrikuloperitoneal shunt efter en tidigare hjärnstamsblödning. I början av 2007 sänktes hans medvetandegrad påtagligt och den 23 februari undersöktes han av ST-läkaren på vårdcentralen.

Patientens syster anmälde ST-läkaren. Hon uppgav bland annat att en begäran från broderns två personliga assistenter om provtagning hade avfärdats av ST-läkaren. Assistenterna framhärdade och ST-läkaren gick med på att skriva röntgenremiss och konsultera en neurolog.

Röntgen visade en hjärntumör

När inget hände kontaktade hon själv ST-läkaren den 19 mars och denne bekräftade då att de planerade åtgärderna inte blivit av. Trots nya löften om åtgärder hände ingenting varför hon åkte med brodern till sjukhus där röntgen visade en hjärntumör på 3 x 5 cm.

ST-läkaren tillstod att det fanns fel i hans handläggning; den blev långsammare än vad som varit önskvärt, ansåg han, och pekade bland annat på

– att det dröjde fyra veckor från mottagningsbesöket till remisskrivandet av en datortomografi av hjärnan.

– att han inte inom rimlig tid hann prata med en neurolog som han sagt att han skulle rådgöra med för planeringen av vidare handläggning.

Förankrade handläggningen

Den planerade handläggningen var tänkt att ta ungefär 10 dagar. Han förankrade den i ett handledersamtal några dagar efter mottagningsbesöket. ST-läkaren bedömde nämligen att patienten hade en tillfällig försämring i humöret, dvs var mer deprimerad. Det fanns tidigare försämringar dokumenterade i journalen. Den anamnes han fick av den personlige assistenten pekade inte så tydligt på en enbart neurologisk försämring. Under telefonsamtalet med patientens syster tydliggjordes anamnesen, förklarade ST-läkaren.

ST-läkaren reviderade sin tidigare bedömning och ansåg inte längre att det rörde sig om en tillfällig försämring. Han uttryckte att han skulle kontakta distriktsköterskan för att skicka patienten på en akut DT-skalle. Röntgenremiss skrevs men skickades inte direkt.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten led av högersidig hemipares efter en hjärnblödning och hade shunt. Han hade personliga assistenter och hade svårt att uttrycka sig. I början av år 2007 blev han alltmer somnolent och då han uppfattades som kognitivt försämrad tillkallades ansvarig distriktssköterska, som den 23 februari 2007 kontaktade vårdcentralen.

Enligt ST-läkarens journalanteckning hade distriktssköterskan uppgett att patienten blivit allt slöare under den senaste tiden. Vid undersökningen samma dag antecknade han att patienten reagerade på tilltal och följde uppmaningar.

ST-läkaren kunde emellertid inte finna några uppenbara tecken till somatisk sjukdom, vilket han antecknade i patientjournalen. Han bedömde också att det inte var motiverat med provtagning, eftersom detta skett i oktober 2006 och då utfallit normalt såvitt gäller lever- och njurvärden samt blodvärde.

Inga åtgärder vidtogs

ST-läkaren antecknade emellertid att han avsåg att diskutera shunten med en neurolog. Men inga åtgärder vidtogs. Enligt journalanteckning den 22 mars kontaktades ST-läkaren av patientens syster och samma dag sändes remiss till akut datortomografi av skallen.

ST-läkaren har uppgett att patientens tillstånd var svårbedömt vid undersökningen den 23 februari eftersom sjukhistorien var knapphändig. Detta bekräftar således att han underlåtit att inhämta en anamnes som kunnat möjliggöra en adekvat medicinsk bedömning. Eftersom patienten inte själv kunde redogöra för sig och sina symtom var det särskilt betydelsefullt att uppmärksamma de uppgifter hans närstående lämnade vid undersökningen.

Förutom denna brist har ST-läkaren underlåtit att ombesörja de åtgärder han faktiskt planerade, dvs att sända röntgenremiss och konsultera neurolog.

ST-läkaren får en varning. ■

Gamla röntgenbilder blev som nya

En ortoped fälls för att ha bedömt ett armbrott utifrån gamla röntgenbilder i stället för nya. (HSAN 1172/07)

Den 12-årige pojken skadade vänster handled när han åkte snowboard i april 2006. Röntgen visade en distal odislokerad radiusfraktur, som gipsades.

Den 7 mars 2007 skadade han på nytt vänster handled vid snowboardåkning. Han röntgades på vårdcentralen och remitterades till samma sjukhus som tidigare. Ortopeden bedömde att han ådragit sig en metafysär odislokerad fraktur. Pojken fick ett kraftigt gips för att hindra rotation. Återbesök med ny röntgen bestämdes till den 19 mars då man konstaterade en öppen frakturfelställning på ca 40 grader, som opererades samma dag.

Eftergranskning av röntgen från den 7 mars visade att felställningen fanns redan då.

Ortopeden uppgav att patienten när han kom berättade att han redan blivit röntgad. Hon tittade på bilderna och såg ett brott i underarmen men att det låg helt i läge. Patienten gipsades och skulle ha gipset i tre och en halv vecka. Hon beställde en ny röntgen efter 10 dagar.

Alla bilder fanns inte

Sjukhuset har digital röntgen. Det sjukhus och det landsting ortopeden arbetar åt i vanliga fall har en motsvarande digital röntgen och alla röntgenbilder från hela länet syns automatiskt omedelbart efter röntgenundersökningen.

När hon kontrollerade röntgenbilderna på pojken fanns det bilder som visade ett brott som var helt på sin plats, därmed beslöt hon om den beskrivna behandlingen. Hon tog för givet att alla röntgenbilder som var tagna i länet skulle synas. Därför tog hon beslutet enligt de bilder som fanns.

Det visade sig att röntgenbilderna som var gjorda via vårdcentralen inte fanns i digitalsystemet. Hon hade inte en tanke på att vissa bilder inte fanns. Därmed kontrollerade hon inte heller datumet, uppgav ortopeden.

Ansvarsnämnden konstaterar att ortopeden vid sin granskning bedömde den tidigare röntgenundersökningen och utformade behandlingen med stöd av detta fynd i stället för med stöd av de nya röntgenbilderna.

Misstaget medförde att behandlingen av den felställda fraktur som faktiskt förelåg fördröjdes. Ortopeden har brustit genom att inte förvissa sig om att hennes bedömning varit baserad på den då aktuella väsentliga informationen. Hon får en erinran. ■