

## Cancerbesked per telefon kritiseras

**Anmälare:** Patienten

**Anmald:** Allmänläkare vid husläkargrupp HSAN 477/02

**En allmänläkare kritiseras av Ansvarsnämnden för att hon lämnat ett cancerbesked per telefon till en patient.**

II Den 47-åriga kvinnan sökte allmänläkaren 24 februari 2000 och ville ta bort ett födelsemärke på vänster överarm. Läkaren avstod från att ta bort märket.

I december 2001 sökte patienten samma läkare igen, och födelsemärket opererades bort den 7 januari 2002. Mikroskopisk undersökning av märket visade att det rörde sig om malignt melanom.

Den 18 januari 2002 meddelade läkaren kvinnan diagnosen per telefon.

Kvinnan anmälde läkaren för felaktig behandling i februari 2000 och bristfällig information den 18 januari 2002. Hon har uppgett bland annat följande.

Vid hennes besök i februari 2000 titade läkaren snabbt på märket och förklarade att det inte var något att bry sig om. Eftersom kvinnan fortsatte att känna sig orolig över märket beställde hon en ny tid för att ta bort det.

Efter operationen 7 januari 2002 blev hon den 18 januari uppringd av läkaren, som meddelade att svar på prov från märket visade malignt melanom. Läkaren förklarade att hon skulle skicka en remiss till plastikkirurgiska kliniken vid sjukhuset.

Någon ytterligare information eller hänvisning vart kvinnan kunde vända sig med sina frågor fick hon inte. Det var dessutom en fredag.

Hon lämnades i ett tillstånd av chock och kaos. Hon anser att födelsemärket borde ha opererats bort den 24 februari 2000, även om det antagligen inte var malignt då. Och läkaren borde inte ha lämnat cancerbeskedet per telefon, hävdade kvinnan.

Ansvarsnämnden har tagit del av patientens journal och hämtat in yttrande av läkaren, som bestritt att hon handlat felaktigt och uppgett bland annat följande.

Enligt en journalhandling från 24 februari 2000 hade hon tydligen inte ansett att de hudmärken som patienten hade på något sätt var malignitetsmisstänkta och därför avstod hon från kirurgisk åtgärd då. Förändringen var också beskriven som brun vid detta tillfälle medan den vid besök 17 december 2001 beskrevs som en blårodnad förändring stor som en

ärta, vilket skulle betyda att den väsentligt ändrat utseendet.

Att cancerbeskedet lämnades per telefon får ses mot bakgrund av arbetsbelastningen inom primärvården. Det var svårt att ordna en extra besökstid för att lämna beskedet, hävdade läkaren.

### II Bedömning och beslut

Vid besöket den 24 februari 2000 bedömde allmänläkaren att födelsemärket inte såg malignitetsmisstänkt ut. Det framgår inte av journalen varför patienten var orolig över märket, men eftersom läkaren gjorde en klinisk undersökning kan det inte anses vara fel att hon avstod från operation, konstaterar Ansvarsnämnden.

Vid nästa besökstillfälle hade märket ändrat sig på ett sätt som föranledde mikroskopisk undersökning. Denna visade cancer.

Att lämna ett cancerbesked per telefon, utan att omgående erbjuda patienten en besökstid, är olämpligt. Läkaren kan inte undgå kritik för detta. Kritiken är emellertid inte så allvarlig att den skall leda till disciplinpåföljd, anser Ansvarsnämnden. •

## Injicerade kortison mot patientens vilja

**Anmälare:** Patienten

**Anmald:** Ortoped HSAN 519/02

**Patienten har inte farit medicinskt illa av injektionen med kortison, det är till och med möjligt att den lindrat hennes axelbesvär. Men ortopederna har givit kortisonet mot patientens uttryckliga vilja. Därför får han en erinran av Ansvarsnämnden.**

II Den 61-åriga kvinnan hade remitterats till ortopederna för axelbesvär. Denne föreslog vid besök den 13 februari 2002 efter undersökning att hon skulle få en kortisoninjektion, något som patienten tydligen avböjde. Ortopeden föreslog då istället lokalbedövning av axeln, något som kvinnan accepterade.

Efter injektionen noterade ortopederna att kvinnan av misstag fått kortison och informerade henne om detta.

Kvinnan anmälde ortopederna för felbehandling med bland annat följande motivering.

När ortopederna föreslog behandling med kortison motsatte hon sig det. Hon är emot mediciner och vägrar att ta såväl kortison som annan medicinering.

Ortopeden sade då att han skulle vilja veta om han ställt rätt diagnos och föreslog att han skulle ge henne bedövning i axeln. Hon gick med på det. Hon fick sprutan, och efter det kände hon att värken minskade och därefter nästan helt försvann, berättade kvinnan.

Just som hon skulle gå kom doktorn tillbaka och förklarade att hon hade fått kortison, att han var jätteledsen för detta och att hon fick anmäla honom. Hon blev mycket besviken och har mått dåligt efter detta. Han hade behandlat henne respektlöst, menade kvinnan.

Ansvarsnämnden har tagit del av patientens journal och hämtat in yttrande av ortopederna, som bland annat uppgett följande.

Kliniskt talade mycket för en subakromial impingement/bursit, en av de vanligaste diagnoserna hos hans axelpatienter. En viktig del i att ställa diagnosen är givetvis en noggrann klinisk undersökning, men bästa sättet för att säkerställa diagnosen är en blockad, vanligtvis lokalanestetika typ Carbocain subakromialt i själva slemsäcken, enligt ortopederna.

Om patienten har åkomman brukar smärta och rörelseförmåga vara avsevärd förbättrad efter cirka 10–15 minuter. Man brukar också blanda i cirka 1 ml kortison i sprutan för att ge patienten en något långvarigare lindring. Detta förfarande är mycket vanligt bland hans axelkolleger, berättade ortopederna.

Patienten var dock mycket negativ till mediciner, men han fick lov att ge henne en injektion lokalbedövning för att åtminstone kunna ställa diagnosen, men fick lova att inte blanda i kortison. Han hade inte försökt övertala patienten utan respekterade hennes åsikt, framhöll ortopederna.

Inför injektionen lämnade han kvinnan för en annan patient.

»Då jag kommer ut igen får jag en spruta av syster och har då glömt bort min överenskommelse med patienten som nu får en injektion innehållande kortison. Injektionen har dock god effekt på patientens besvär, och patienten är nöjd då hon lämnar mottagningen.

Då jag dikterar kommer jag ihåg vår överenskommelse, och kan då se att jag givit en spruta av den vanliga blandningen. Jag går därför ut och hinner ikapp patienten som jag åter kallar in på rummet och informerar om vad som hänt«, skrev ortopederna.

Han förklarade för patienten att kortisonblandningen enligt hans erfarenhet bara skulle få positiva effekter för hennes axel, men att han var djupt olycklig för att han genom ett rent misstag svikit deras överenskommelse. Han informerade om att hon hade rätt att anmäla ho-

nom för händelsen och att han djupt beklagade det inträffade.

Han bestred inte att det hela varit en oaktsam handling men accepterade där emot inte att han skulle ha handlat respektlöst gentemot patienten.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden säger i sitt beslut att av utredningen framgår att ortopeden omgående underrättade patienten när han upptäckte sitt misstag att ge henne en injektion med kortison. Det finns inte något som tyder på att patienten i medicinskt hänseende varit illa av det givna läkemedlet, utan det är till och med möjligt att det lindrat hennes axelbesvär.

Ortopeden har emellertid injicerat läkemedlet mot patientens uttryckliga vilja. Han har härigenom gjort sig skyldig till fel som är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en erinran, slår Ansvarsnämnden fast. •

## Samma läkare fälld i två fall Prostatan opererades bort efter fel diagnos

**Anmäld:** Laboratorieläkare

**Anmälare:** Patienterna

HSAN 2368/00 och 694/02 (nästa artikel)

**En laboratorieläkare har fällts för fel vid handläggningen av två patienter. I ena fallet ställde han felaktigt diagnosen prostatacancer, i det andra tog han prov på fel patient efter att ha missat id-kontrollen.**

II Den 65-årige mannen utreddes på lasarett för urinvägsinfektion och högt PSA-värde. PSA-värdet (5,47) föranledde cellprov med tunn nål (Franzénbiopsi) den 13 oktober 1999. I provsvar från ett laboratorieföretag angavs »Högt till medelhögt differentierat adenocarcinom i prostata, jämte tecken på prostatit«. Patienten remitterades för operation på ett andra sjukhus. Hela prostatan togs bort den 27 april 2000. Undersökning av denna visade dock inga tecken på cancer.

Patienten anmälde ansvarig personal på laboratoriet och på de båda sjukhusen (personalen på sjukhusen friades). Han har uppgett bland annat följande.

Laboratorieläkaren ställde fel diagnos. Det undersökta materialet var blandat, ovanligt och svårbedömt. Det borde ha medfört extra stor försiktighet vid diagnostiseringen. Ytterligare un-

dersökningar borde ha initierats av laboratoriet.

Ansvarsnämnden har gått igenom patientens journal och hört flera personer i utredningen. Den anmälde laboratorieläkaren uppgav bland annat följande.

Måste i föreliggande ärende beklaga att den yrkesmässiga erfarenheten inte räckte till för att ställa rätt diagnos och att uttrycka tillräcklig försiktighet i utlåtandet. Han uttryckte förvåning över den fortsatta handläggningen och menade att det kirurgiska ingreppet kanske hade undvikits om det cytologiska materialet hade eftergranskats och framför allt om mellannålsbiopsier hade tagits för att verifiera cancerdiagnosen.

Vetenskapliga rådet i patologi professor Christer Sundström påpekade bland annat följande:

Han hade tillsammans med kolleger med specialkompetens i cytologi granskat provet. Förutom ordinära cellförband och en tämligen stark inflammation fann de enstaka mikroadenomatösa cellförband med viss atypi som gav viss misstanke om malignitet men som inte bevisade cancer.

Christer Sundström menade att laboratorieläkaren hade gjort en oförsiktig tolkning av fynden i cytologiprovet och avgivit en definitiv cancerdiagnos, vilken ledde till felbehandling. Genom att inte ta hänsyn till den osäkerhet som en samtidig inflammation innebär vid tolkningen av epitelförändringarna i cytologiprovet hade laboratorieläkaren gjort sig skyldig till en allvarlig felbedömning, ansåg Christer Sundström.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden framhåller att laboratorieläkaren ställt en cancerdiagnos som var fel. Av ett par utlåtanden, varav Christer Sundströms är ett, framgår att det i cytologiprovet fanns celler som kunde ge misstanke om cancer.

Det fanns emellertid tydliga tecken på inflammation i provet, något som helt kunde förklara fynden. Därför var det fel att uttala sig så kategoriskt som laboratorieläkaren gjorde.

Konsekvenserna blev allvarliga och felet är varken ringa eller ursäktligt, hävdar Ansvarsnämnden. •

## Missad id-kontroll ledde till att fel prov togs

**Samme laboratorieläkare som i förra artikeln fälls också för att han inte försäkrade sig om en patients identitet, vilket ledde till att han tog fel prov.**

En 41-årig kvinna remitterades till laboratorieföretaget för cytologisk provtagning av en förändring i höger bröst. Hon kom till provtagningen den 12 februari 2002 och kallades in till provtagningsrummet med förnamn, »Eva«.

Där skedde en förväxling av remisser, och på kvinnan togs prov av en lätt förstorad sköldkörtel. Misstaget upptäcktes och prov togs sedan från höger bröst som det var avsett.

Kvinnan anmälde laboratorieläkaren för felaktigt utförd provtagning. Hon har uppgett bland annat följande.

Hon blev uppbad med endast förnamn. Laboratorieläkaren bad henne lägga sig ned på undersökningsbritten och sade att han skulle känna på hennes hals. Hon tänkte då att han möjligen skulle känna på hennes lymfkörtlar.

Laboratorieläkaren påpekade för henne att hon var svullen på halsen. Innan hon hann reagera sade läkaren att nu sticker det i halsen.

Kvinnan insåg efteråt att de hade fel patient inne i undersökningsrummet. Hon påtalade för läkaren att hon var där med anledning av sitt högra bröst. Läkaren blev konfunderad eftersom hon hette Eva och hade samma svullnad på halsen som den »andra Eva« hade.

I Ansvarsnämndens utredning har laboratorieläkaren bestritt att han gjort fel och hävdat bland annat följande.

Dessvärre blev patienten inkallad av en assistent med endast förnamn. Han hade då fått remissen av assistenten för patienten Eva.

Sedan han gjort punktionen av nodulära förändringar i tyreoida sade patienten att hon var där för bröstpunktion, vilken då gjordes.

Laboratorieläkaren beklagade incidenten. Han menade att naturligtvis ska det inte kunna hända att patienten och remissen inte är kontrollerade gentemot varandra.

## II Bedömning och beslut

Laboratorieläkaren har i sitt yttrande uppgett att Eva blev inkallad av en assistent. Han uppgav vidare att han vid tillfället av assistenten fick en remiss på efterföljande patient; även denna med förnamnet Eva.

Identitetskontroll skall alltid ske om patienten inte är känd, och detta skall göras av provtagaren, konstaterar Ansvarsnämnden.

Laboratorieläkaren försäkrade sig inte om kvinnans identitet, och detta ledde till att han utförde en felaktig provtagning på henne. Identitetskontroll har således inte skett på föreskrivet sätt.

För de fel som laboratorieläkaren har gjort i de två fallen tilldelas han en erinran av Ansvarsnämnden. •