

Varning:

Deprimerad man borde fått elbehandling

Psykiatern gav den deprimerade mannen mediciner i stället för elbehandling. Bl a därför har han av Ansvarsnämnden fått en varning. (HSAN 364/96)

Den 60-årige patienten togs den 7 augusti 1995 frivilligt in på psykiatriska kliniken på grund av depression. Han hade vårdats där tidigare med diagnosen endogen depression. Då hade behandling med ECT (elektrokonvulsiv terapi) varit framgångsrik.

I augusti 1995 fick han olika antidepressiva mediciner, som emellertid inte gav den effekt man väntat. ECT förbereddes men man hann inte ge den innan mannen tog sitt liv under en permission den 22 augusti.

Mannens hustru skrev till Socialstyrelsen och undrade varför hennes man inte fått elbehandling, som ju tidigare haft god effekt. Och varför fick hon ingen praktisk hjälp att söka efter mannen när han försvann den 22 augusti?

Efter utredning anmälde Socialstyrelsen psykiatern som PAL till Ansvarsnämnden. Styrelsen menade att han borde ha ordinerat ECT och att han mer aktivt borde ha föranställt om efterforskning av patienten.

Ökade misstron och besvikelsen

Socialstyrelsen tog stöd av sitt tidigare vetenskapliga råd i psykiatri, professor emeritus Jan-Otto Ottosson.

Denne tyckte att det torde ha varit klart för PAL att patientens depression inte svarade på preparat av SSRI-typ. Att då byta till moklobemid, en monoaminoxidashämmare som väsentligen har serotoninprofil, är varken farmakodynamiskt rationellt eller grundat på klinisk erfarenhet. Samma sak kunde sägas om nästa byte till kombinationen av paroxetin, moklobemid och en liten dos amitriptylin.

De ständiga bytena mellan olika alternativ ökade misstron och besvikelsen hos patienten och ledde till en olycklig tempoförlust, hävdade Ottosson.

Han menade att det kunde ha varit befogat att helt gå över till amitriptylin eller något annat

tricykliskt preparat eftersom det finns hållpunkter för att dessa är mer effektiva än SSRI-preparat vid djupa melankoliska depressioner. Det borde dock ha skett redan när patienten kom in.

ECT det enda försvarbara alternativet

Men eftersom patienten blev allt sämre och fick allt mer framträdande melankoliska drag var ECT det enda försvarbara alternativet, sade Ottosson. Han pekade på att det finns övertygande vetenskapligt stöd för att ECT är effektivare än antidepressiva läkemedel och att elbehandlingen kan få en depression att helt gå tillbaka även där mediciner misslyckas.

Han underströk också att PALs tvekan att ordinera ECT var en olycklig lösning inte minst eftersom patienten var positivt inställd efter två tidigare lyckade elbehandlingar.

Att låta ECT vara ett sista-handsalternativ och fördröja beslutet om ECT med en omfattande somatisk utredning tydde på okunnighet om effektivitets- och säkerhetsaspekter av behandlingen.

Bör ges högsta prioritet

Han sade också att när en självmordsbenägen patient aviker från en vårdavdelning bör läkaren ge efterforskning högsta prioritet. Möjligheten finns, och fanns i det här fallet, att patienten ännu inte hunnit ta livet av sig. Eller att han försökt men inte lyckats.

Att mannen redan före permissionstidens utgång hunnit begå självmord kunde bara delvis mildra kritiken mot PAL. Genom att hustrun under mer än ett dygn tvingades leva i en plågsam ovisshet var hennes kritik såväl förstaelig som befogad, ansåg Ottosson.

Godtog anmälan

Den patientansvarige läkaren själv har i ett yttrande till Ansvarsnämnden bl a sagt att han godtog anmälan och att en snabb elbehandling hade varit att föredra framför en osäker farmakologisk behandling.

Han berättade att när han kom till avdelningen efter lunch den 22 augusti var ett par medarbetare ute och sökte efter patienten tillsammans med dennes fru. Det var rutin. Så mycket mer, t ex att ordna

skallgång, fanns det inte utrymme för. Han ansåg dock att han själv borde ha varit mer aktiv genom att på kvällen och natten ha deltagit i sökandet.

Ansvarsnämnden anslöt sig till Socialstyrelsens uppfattning och varnade psykiatern. •

Erinran:

Cytostatikadosen blev tre gånger högre än avsett

En överläkare har av Ansvarsnämnden fått en erinran för att ha givit en patient en tre gånger för hög cytotastikados. (HSAN 2080/95)

Den 54-årige mannen hade malignt lymfom och behandlades med cytotatika, sex CHOP-kurer. Man planerade en stamcellstransplantation. Eftersom patienten hade en stor tumörmassa krävdes dock först att man gav ytterligare cytotatika av aggressivare slag.

När denna behandling påbörjades använde överläkaren ett nytt schema för en behandlingskombination som precis hade tagits i bruk vid kliniken.

Ett missförstånd ledde till att cytotastikadosen blev tre gånger för hög, vilket resulterade i att patienten fick en nedsättning i hörseln samt en njurskada.

Patienten anmälde överläkaren till Ansvarsnämnden och berättade att han är ljudtekniker. Han hade inte blivit informerad om att cytotastikabehandlingen kunde medföra biverkning i form av hörselnedsättning. Feldoseringen medförde att det susar och tjuter i hans öron. Han har fått kraftigt nedsatt hörsel.

Läste receptet fel

I ett yttrande tillstod överläkaren de faktiska omständigheterna. Den intensifierade cytotastikabehandlingen omfattade 1 till 2 IDSHAP-kurer (idarubicin som 3 dygns kontinuerlig infusion, cisplatin som 4 dygns kontinuerlig infusion, cytosin-arabinosid som 2 timmars infusion på femte kurdagen och in-

travenösa steroider i högdos under fem dagar).

Överläkaren skrev schemat för kuren, som var baserad på ett recept taget ur ett kompendium som sammanställt av en kollega på avdelningen. I receptet gavs totaldosen för idarubicin och cisplatin. Överläkaren uppgav att han läste receptet fel, vilket medförde att han på kurschemat skrev dygnsdoser lika med totaldoser.

Kände inte till det preparatet

Att han inte hade reagerat »automatiskt när cisplatindosen blev orimligt stor i min ordination» förklarade han med att han inte kände till det preparatet.

Efter tre dygns behandling klagade patienten på försämrad hörsel och feldoseringen upptäcktes. Behandlingen med cytotatika avbröts och man började genast ge rikligt med vätska.

Överläkaren berättade för patienten att denne hade fått tre gånger för mycket idarubicin och cisplatin.

Man tog ett audiogram som visade en allvarlig hörselskada. Att det fanns risk för hörselskador hade patienten inte fått veta, berättade överläkaren.

Eftersom det också fanns risk för njurskador och för en ökad undertryckning av blodkroppproduktion behandlades patienten med s k forcerad diures samt hematopoetisk tillväxtfaktor.

Patienten blev sämre med lågt blodtryck, hög feber, extremt låga vita blodkroppar och försämrad njurfunktion och vårdades bl a på intensivvårdsavdelning. Efter tre veckor var han så bra att han kunde skrivas ut.

Borde nämnt risken för nedsatt hörsel

Ansvarsnämnden sade att patienter vanligen informeras om att besvärande biverkningar snarast är regel vid aggressiv cytotastikabehandling men att man inte preciserar varje tänkbar biverkning.

I det här fallet, med en patient som var ljudtekniker, kunde biverkningen vara av stor betydelse. Därför borde överläkaren ha nämnt risken för nedsatt hörsel. Underlåtenheten ansågs dock inte som tillräckligt allvarlig för att föranleda disciplinåtgärd.

Däremot var det varken ett ringa eller ursäkligt fel att cytotastikadosen blev tre gånger för hög. Orsaken till felet var

att överläkaren använde ett nytt schema för en behandlingskombination som nyligen tagits i bruk. Schemat var oklart utformat och kunde missförstås, vilket också skedde, konstaterade Ansvarsnämnden.

Överläkaren kände inte till doseringen av cisplatin och reagerade därför inte på att dosen var så hög. Doseringen av de övriga preparaten var inte anmärkningsvärt hög, ansåg nämnden och bestämde påföljden till en erinran. •

Erinran:

Samrådde inte med patienten om narkosform

En anestesilog har av Ansvarsnämnden fått en erinran för att han över huvudet inte samrådde med patienten vid valet av narkosform. (HSAN 560/96)

Den 35-åriga kvinnan opererades för ett cervikalt diskbräck. Hon anmälde narkosläkaren med bl a följande motiveringar.

Hon hade opererats flera gånger tidigare och visste därför att hon inte tålde vanlig narkos. Hon hade reagerat med att må illa och kräkas i över ett dygn efteråt.

Vid ett tillfälle hade hon blivit sövd med Diprivan och då mädde hon bra efter operationen.

Olika uppfattningar

Inför diskbräcksoperationen fick hon prata med en narkosläkare. Denne lugnade henne och lovade att man skulle använda Diprivan. När hon några dagar senare låg på operationsbordet hörde hon också att narkosköterskan sade att det i journalen stod att hon skulle sövas med just det medlet.

Men så hörde hon anesthesiologen, en överläkare, säga:

»Nej, vi ska göra så här i stället».

Innan kvinnan sövdes uppfattade hon att narkosköterskan upprepade orden ur journalen – men också att anesthesiologen orubbligt höll fast vid sin uppfattning.

Kvinnan sade också att hon vid extuberingen efter operationen fick en för hög dos Narcanti, vilket innebar att den smärtstillande effekten bröts.

När hon senare fick smärtstillande medel intravenöst försvann det onda.

När hon kom tillbaka till sin avdelning började hon kräkas. Hon fick medicin men kräktes ändå flera gånger. Hon svullnade i halsen och fick svårt att andas. Hon mådde dåligt över ett dygn.

För att få hjälp att bearbeta händelsen var hon tvungen att gå i samtalsterapi, uppgav hon.

»Hade stor vana»

Anesthesiologen framhöll att arbetsbelastningen var stor på avdelningen. Han var den aktuella dagen ensam specialkompetent överläkare. Till sin hjälp hade han en icke specialistkompetent utländsk underläkare.

Han ansåg att han hade stor vana att medicinskt bedöma patienter och att vid varje tillfälle välja den för patienten säkraste anestesiformen.

I det här fallet, sade överläkaren, hade han noterat att underläkaren föreslagit att man för att undvika att patienten drabbades av postoperativt illamående skulle använda Diprivaninfusion i stället för anestesigas.

Valde beprövd och säker anesthesi

Han valde själv en anestesiform som är både beprövd och säker och som han var förtrogen med. Därmed kunde anesthesin genomföras på säkrast tänkbara sätt utifrån hans övervakande funktion. Han var medveten om att det för patienten kunde leda till »minskat välmående postoperativt».

Överläkaren ansåg att hans kollega, innan hon gjorde sin överenskommelse med patienten, borde ha pratat med honom och förväntat sig om att hennes förslag till anesthesi var genomförbart den dagen.

Ska ske i samråd

Ansvarsnämnden understök att valet av anestesiform, precis som andra medicinska behandlingar, ska göras i samråd med patienten, vars önskemål ska beaktas och respekteras så långt det är möjligt.

Patienten kanske vill ha en anestesiform som är medicinskt olämplig eller för vilken sjukhuset saknar personal, kompetens eller utrustning. Då ska anesthesiologen klarlägga det för patienten så att hon eller

han kan ompröva sitt önskemål.

Formuleringen i journalen, »PCPL» samt »Diprivanpump gärna», gav inte intryck av att patienten hade blivit lovad Diprivan, konstaterade Ansvarsnämnden. Det fanns dock inga skäl mot att ge det – tvärtom talade medicinska skäl starkt för detta läkemedel, ansåg nämnden.

Om man av någon anledning inte kunde ordna den anestesiformen borde överläkaren ha förklarat det för patienten och lovat att försöka motverka illamåendet av den vanliga narkosformen.

För att över huvudet inte ha samrått med patienten om anesthesi fick överläkaren en erinran. •

Varning:

Injektioner mot triggerpunkter gav kvinna dubbelsidig pneumothorax

Injektionerna mot triggerpunkter i bröstmuskulaturen gavs fel. Patienten fick dubbelsidig pneumothorax och distriktsläkaren som gav injektionerna en varning. (HSAN 1827/95)

Den 27-åriga kvinnan hade länge haft besvär från nacken och brösttryggraden. Hon fick sjukgymnastik.

Man lyckades inte eliminera smärtorna i alla delar. Arbetsträning planerades. Mot den bakgrunden bedömde distriktsläkaren att man borde pröva steroidinjektioner mot triggerpunkter i det smärtande området.

Några timmar efter injektionerna hade patienten mellan skulderbladen fått värk som strålade fram mot bröstbenet. Detta berättade hon i telefon för distriktsläkaren men fick av denne veta att det var vanligt med smärta i samband med steroidinjektioner och att allt var som det skulle.

Två dagar senare kom patienten till vårdcentralen med

andningsbesvär. En lungröntgen visade en dubbelsidig pneumothorax och hon remitterades till en lungklinik för behandling med thoraxdränage. Hon förväntades inte få några men.

Undersöktes inte av distriktsläkaren

Fallet anmäldes enligt Lex Maria till Socialstyrelsen, som efter utredning anmälde distriktsläkaren till Ansvarsnämnden och bl a framförde följande.

Patienten undersöktes uppenbarligen aldrig av distriktsläkaren. Denne hade för sina injektioner nöjt sig med markeringar som sjukgymnasten ritat på patienten. Injektionerna hade utförts med 2 cm nål vinkelrätt mot avsedd struktur.

Socialstyrelsen menade att man med säkerhet kunde konstatera att distriktsläkaren inte hade varit tillräckligt noggrann. Det måste anses klart att skadan hade orsakats av injektionerna.

Ökad risk vid svagt utvecklad muskulatur

Patienten hade svagt utvecklad muskulatur. Det ökar risken för pneumothorax och understryker ytterligare vikten av att injektioner inom thorax ges med garanti att nålspetsen är i avsedd struktur, vilket inte hade skett i det här fallet sade styrelsen.

Distriktsläkaren fick också kritik för sin brist på uppföljning. Han borde efter telefonsamtal ha undersökt patienten för att fastställa att hon inte hade drabbats av pneumothorax, hävdade Socialstyrelsen som också tyckte det var anmärkningsvärt att samtalet inte hade dokumenterats i journalen.

»Allvarlig felbehandling»

I ett yttrande till Ansvarsnämnden tillstod distriktsläkaren att han »... gjort en allvarlig felbehandling» och därför accepterade en disciplinåtgärd.

Ansvarsnämnden konstaterade att distriktsläkaren vid injektionerna gjorde fel och därmed orsakade kvinnan dubbelsidig pneumothorax. Sedan underlätt han att undersöka henne när hon kontaktade honom för symptom som kunde peka på just pneumothorax.

Dessutom var det fel av distriktsläkaren att inte dokumentera kvinnans telefonsamtal och den information han gav henne, ansåg nämnden och varnade honom. •