

Måste ta nödvändiga prov innan en behandling påbörjas

»Varje läkare har ett eget ansvar även om rutiner saknas«

Varje läkare har ett eget ansvar för att nödvändiga prov tas innan en behandling påbörjas. Det gäller även om rutiner saknas. Det menar Ansvarsnämnden och faller en psykiater sedan en metadonpatient avlidit. (HSAN 1125/05)

Den 43-årige mannen led av missbruk och hepatit. Han lades måndagen den 17 januari 2005 in vid ett universitetssjukhus, och man inledde samma dag behandling med 60 mg metadon dagligen.

På lördag morgon den 22 januari fann man honom död i sängen. Rättsmedicinsk undersökning visade blodfyllda lungor samt metadon i lårblood i en koncentration av 0,5 mikrogram per gram. Dödsorsaken angavs vara metadonförgiftning.

Mannens fru anmälde psykiatern och en sjuksköterska. Ansvarsnämnden tog in patientens journaler, ett Lex Maria-beslut av Socialstyrelsen och yttrande av de anmälda, som bestred att de gjort fel. Sköterskan frias varför vi lämnar honom.

»Följde sedvanliga rutiner«

Psykiatern hävdade att handläggningen av patienten följt sedvanliga rutiner även innefattande utredningsprocedur.

De valde att ge 60 mg metadonlösning dagligen därför att patienten haft en föregående Subutexbehandling upp till 16 milligram per dygn och även visade en klar opiatabstinens när han kom in. I ingångsstatus noterades inga uppenbara sjukliga förändringar.

Inga symtom på metadonöverdosering noterades från måndag till fredag morgon. Patienten uppfattades sova djupt på fredag eftermiddag och framåt på grund av en kraftig sömnstörning tre nätter innan. Därför gjordes inga distinkta väckningsförsök. Patientens metadonhalt per gram lårblood var 0,5 mikrogram, vilket inte är att anse som en toxisk koncentration, menade psykiatern.

Först efter dödsfallet fick han reda på resultatet vid urinprovtagning på behandlingshemmet där patienten avgiftats två veckor innan han kom till metadonavdelningen. Där hade urinprovet bara visat förekomst av centralstimulantia men inte opiater, vilket var anmärkningsvärt.

»Snabbt och atypiskt förlopp«

En omständighet var det snabba och atypiska förloppet. Psykiatern berättade att han har erfarenhet av flera hundra tidigare metadoninställningar, men att han inte stött på något liknande.

Tillsammans med vårdenhetschefen gick han igenom patientens medicinering under tiden 17–21 januari. Den visade följande: Den 17–19: tablett metadon 10 mg 3 + 3 dagligen; den 20: tablett metadon 10 mg 4 + 3 dagligen. Den 21 erhöll patienten enbart metadon 70 mg i engångslösning på morgonen.

Socialstyrelsen fann det anmärkningsvärt att patienten, som hade ett avancerat och långvarigt blandmissbruk och hade en känd hepatit, lades in för meta-

donbehandling utan att några somatiska undersökningar/prov togs, till exempel leverstatus, Socialstyrelsen menade att ett somatiskt status även bör inkludera palpation av buken, med tanke på till exempel leverförstoring, samt ett orienterande neurologiskt status innan behandling påbörjas.

Verksamhetschefen har efter händelsen infört att ankomststatus skall tas och att leverstatus skall finnas innan medicinering påbörjas.

Socialstyrelsen kritiserade också att läkemedelsordinationen var ottydligt dokumenterad i journalen.

Varje läkares ansvar

Ansvarsnämnden konstaterar att psykiatern inte sökt ta reda på hur patientens missbruk tett sig tiden närmast före intagningen vid sjukhuset. Metadon om-sätts delvis i levern.

Även om rutinen att ta ankomst- och leverstatus innan medicinering påbörjades inte fanns tidigare, är det Ansvarsnämndens uppfattning att varje läkare har ett eget ansvar för att nödvändiga prov tas innan en behandling påbörjas.

Eftersom patienten hade hepatit och hade missbrukat alkohol, borde bukundersökning ha utförts för att avgöra om levern var palpabel, och provtagning för bestämning av leverprov borde ha utförts innan metadonbehandlingen startade. Ordinationen av metadon borde på ett tydligt sätt ha antecknats i journalen.

Psykiatern får en erinran.

Rutinerna skärptes efter förväxling av vaccinationssprutor för småbarn

Efter en förväxling av vaccinationssprutor, som ledde till att en 6-månaders flicka fick Priorix i stället för Pentavac, ändrade vårdcentralen sina rutiner för att hindra en upprepning. (HSAN 1266/06)

Flickans mamma anmälde distriktsläkaren och berättade att dottern den 5 april i år skulle få en spruta med vaccinet Pentavac för 6-månaders barn. Distriktslä-

karen förväxlade dock flickans spruta med en annan som innehöll Priorix och var avsedd för ett 18-månaders barn, som satt utanför och väntade.

Ansvarsnämnden läste flickans journal och hämtade in yttrande av distriktsläkaren, som medgav att hon gjort fel. Hon träffade flickan och hennes mor i samband med 6-månaderskontrollen på BVC. Där kan det ofta vara lite stressigt, och så var det även då.

Hittills har rutinerna vid BVC på vårdcentralen varit sådana att distriktsköterskan träffar barn och föräldrar strax före läkarbesöket.

Sköterskan färdigställer då också en eventuell vaccinspruta och kommer in till rummet där läkarundersökningen sker och lämnar den färdiguppdragna sprutan och BVC-journalen. Så skedde även den här gången.

När det var dags för flickans vaccina-