

Läkemedelsinformation fördes inte vidare vid utskrivning

När patienten skrevs ut från psykiatrisk klinik skulle hon få depåinjektioner med neuroleptikum på sin vårdcentral. Men det fick vårdcentralen inte information om. (HSAN 1104/08)

En 69-årig kvinna lider sedan många år av schizofreni men hade klarat sig bra med hjälp av regelbunden medicinering. Under vintern 2007 återinsjuknade hon sedan hon avbrutit medicineringen. Hon slutade även ta medicin mot sin hypertoni. Den 21 december skrevs hon in på en psykiatrisk klinik; hon var då psykotisk och hade kraftigt förhöjt blodtryck.

Under vårdtiden beslöts att patienten skulle få sitt neuroleptikum – perfenazin – i depåinjektioner, eftersom man var tveksam om behandlingsföljsamheten. Blodtrycksmedicinen amlodipin återinsattes också, dock i dubbelt så hög dos som tidigare.

I samband med utskrivningen den 16 januari 2008 meddelades att patienten skulle få sina depåinjektioner på vårdcentralen i hemorten och följas upp av närmaste psykiatriska öppenvårdsmottagning. När hon en vecka senare kom

till sin husläkare på vårdcentralen, hade denne dock inte fått någon information från kliniken om den ordinerade neuroleptikabehandlingen eller när tidigare injektioner givits. Eftersom patienten hade med sig recept gav han ändå en injektion, som enligt patientens anhöriga medförde besvärande biverkningar.

Vid nästa besök, en månad efter utskrivningen, hade husläkaren fortfarande inte fått någon information från den psykiatriska kliniken. En vecka senare blev patienten kallad till närmaste psykiatriska öppenvårdsmottagning och fick där träffa en psykiater som ändrade medicineringen till aripiprazol. Efter medicinbytet mår patienten bättre och kan leva sin vardag utan större begränsningar.

Patienten, med sin make som ombud, anmälde överläkaren på den psykiatriska kliniken för Ansvarsnämnden. Genom att inte skicka remiss till vårdcentralen eller öppenvård psykiatrin orsakade överläkaren, enligt anmälan, fyra veckor lidande för patienten och hennes närmaste. Dessutom var den dos av blodtrycksmedicinen amlodipin som överlä-

karen ordinerat dubbelt så hög som den maximala doseringen enligt Fass – något som patientens make upptäckte efter en tid och fick korrigerat efter samtal med vårdcentralen.

Överläkaren, som är specialist i psykiatri, bestrider i sitt yttrande att han handlat felaktigt. Han säger sig ha delegerat vårdplaneringen inför utskrivningen till en sjuksköterska och en kontaktperson på avdelningen. Det har också gjorts en så kallad Meddix-anmälan om vårdplaneringen, uppger han.

Ansvarsnämnden konstaterar dock att överläkaren inte försäkrade sig om att vårdcentralen fick uppgifter om aktuell ordination av antipsykotikamedicinen perfenazin – trots att det var vårdcentralen som skulle ansvara för injektionsbehandlingen. Nämnden konstaterar också att doseringen i överläkarens recept på blodtrycksmedicinen amlodipin överstiger vad som maximalt får ordineras.

På dessa två punkter förtjänar överläkaren ansvarsgrundande kritik, och nämnden tilldelar honom en varning. ■



Svar från cancerundersökning försenades

Onkologen missade svaret på datortomografin han beställt och hittade det först efter fem veckor. Något påminnelse-system för beställda undersökningar fanns inte på kliniken. (HSAN 1099/08)

En 71-årig kvinna opererades i februari 2007 för äggstockscancer och fick efterbehandling med cytostatika. Vid undersökning efter avslutad kemoterapi kvarstod en 2 cm stor resistens, men finnålsbiopsi visade inga malignitetsmisstänkta celler. Den 2 november kom patienten till överläkaren på den onkologiska kliniken för ett planerat återbesök. Undersökningarna utföll normalt, men läkaren beslöt om en datortomografi som genomfördes den 21 november.

Överläkaren missade svaret från datortomografin och upptäckte det först när han gick igenom alla sina ärenden den 27 december. Han ringde då patienten och meddelade att hon skulle komma

på en ny kontroll i februari 2008. Innan dess försämrades patientens tillstånd, och en akut datortomografi i februari visade att hon drabbats av ett återfall i form av en 10 cm stor tumör på den plats där man tidigare känt en förändring. Tumören opererades bort i början av mars.

Patienten anmälde överläkaren till Ansvarsnämnden för att han dröjde fem veckor med att ge henne svar från datortomografin, och för att kallelsen till ny undersökning därefter dröjde så länge. En omedelbar kontroll i december hade besparat henne mycket lidande, skriver hon.

Överläkaren bestrider i sitt yttrande att han handlat felaktigt. Att han missade svaret från datortomografin förklarar han med ovanligt hög arbetsbelastning inför att han vid årsskiftet skulle flytta till annat sjukhus. Under denna tid var hans journalfack överlastat med ärenden, och eftersom många letar i

journalhögarna är det svårt att upprätthålla någon prioriteringsordning. Något påminnelse-system för beställda undersökningar fanns inte. Svaret från datortomografin tydde dock enligt läkaren inte på någon tumörtillväxt.

När läkaren hittat remissvaret skulle han också meddelat patienten per brev, men något brev skickades aldrig. Läkaren tror att detta beror på ett fel i det datoriserade diktafonsystemet, ett fel han vid flera tillfällen påtalat för klinikkens IT-ansvarige.

Ansvarsnämnden konstaterar att det var fel av överläkaren att inte bevaka svaret från datortomografin, liksom att inte försäkra sig om att brevet skickades. Det inträffade bidrog till att patientens återfall upptäcktes senare än vad som varit möjligt, även om det försenade undersökningssvaret sannolikt inte påverkade prognosen. Överläkaren får en erinran. ■