

Pegaspargase nära ges intratekalt av misstag

Rutinerna ändras för att hindra en upprepning

Att lära sig av avvikelser som inträffar och att sprida information om det inträffade är en av grunderna i arbetet med att öka patientsäkerheten.

Vi vill därför dela med oss av våra erfarenheter från en händelse på onkologiska kliniken som inträffade nyligen.

En ung man med T-lymfoblastlymfom skulle behandlas med regim Euro LB02, dag 5. Detta innebär att han denna dag skulle få pegaspargase (Oncaspar, ett licenspreparat) 2 000 E intramuskulärt och metotrexat 12 mg intratekalt.

Beställning av pegaspargase gjordes till sjukhusapoteket, som iordningställer all cytotatika i Lund. Sprutan var klar strax efter kl 12. Beställningen av metotrexat gjordes senare och sprutan var klar att hämtas strax efter kl 13.30. De intratekala injektionerna ordinerades på särskilda ordinationskort.

När patienten ska erhålla sin IT-behandling går undersköterskan in till patienten med en bricka som är färdigdukad

och där sjuksköterskan lagt den spruta som patienten ska ha. Läkaren tittar på sprutan och upptäcker att denna är avsedd för intramuskulärt bruk (det vill säga pegaspargase) och alltså fel.

Denna gång kunde felet rättas till och patienten få rätt behandling. Riskerna med att ge pegaspargase intratekalt är inte klarlagda, dock föreligger potentiellt risk för neurotoxicitet.

Starka barriärer behövs

Händelsen är så allvarlig att allt måste göras för att det inte ska kunna hända igen. Vi måste bygga in så starka barriärer som är möjligt.

Den absolut starkaste barriären skulle vara att separera de två injektionerna till olika dagar, vilket övervägs. En annan stark barriär skulle vara om man kunde ge det läkemedel som inte ska ges intratekalt som infusion. Det är dock inte möjligt eftersom det, i detta fall, ska ges intramuskulärt. Däremot använder vi den barriären för vinkristin, som vi alltid ger som

infusion på onkologiska kliniken. Vinkristin är mycket neurotoxiskt och orsakar dödsfall när det av misstag ges intratekalt.

Så vad gör vi då? Vi har i samråd mellan kliniken och sjukhusapoteket bestämt att pegaspargase ska vara given innan metotrexat får beställas. Detsamma gäller även för regimerna Wollner (LSA2-L2) och NOPHO-ALL 2000, som också innehåller de båda läkemedlen att ges under samma dag.

Vi sprider information om det inträffade på läkar-, sjuksköterske- och undersköterskemöten på kliniken och på sjukhusapoteket.

Att sprida informationen i Läkartidningen gör att många fler kan lära av den gratislektion som vi fått.

AnnSofie Fyhr
sjukhusapoteket
Ylva Nilsson och Mats Jerkeman
onkologiska kliniken
Universitetssjukhuset i Lund

Epiduralblödning missades när vårdprogram inte följdes

Patienter med skalltrauma en mycket stor grupp på akutmottagningarna

Kirurgens undersökning av den skallskadade mannen var inte tillräckligt omfattande. Han följde inte heller vårdprogrammet för skallskada och commotio. Patienten hade en epiduralblödning och en temporal fraktur, som upptäcktes först fem dagar senare. (HSAN 2919/04)

Den 35-årige mannen cyklade, onykter och utan hjälm, omkull den 2 oktober och ådrog sig en vänstersidig nyckelbensfraktur. I fallet slog han sig också på vänster sida av huvudet.

Efter att först ha undersökts på ett när-sjukhus skickades han vidare till ett läns-sjukhus för omhändertagande av nyckel-

bensfrakturen och för observation. Där konstaterade kirurgen att patienten hade ett brott på nyckelbenet.

Efter några timmars observation skickades patienten hem. Fem dagar senare återkom han med huvudvärk och lockänsla i vänster öra. Han hade en epiduralblödning och en temporal fraktur. Efter observation fördes han till neurokirurgiska kliniken för operation.

Fallet Lex Maria-anmälades till Socialstyrelsen, som i sin tur anmälde kirurgen för bristfällig undersökning av patienten eftersom den inte omfattade en mer noggrann bedömning av det skalltrauma som bland annat föranlett transporten

till länsjukhuset. Styrelsen anmärkte också på att kirurgen inte heller följt sjukhusets riktlinjer för akut omhändertagande och övervakning i vårdprogrammet för skallskada och hjärnskakning.

Socialstyrelsen påpekade att enligt kirurgjournalen var kontaktorsaken skallskada. Journalen var skriven av en AT-läkare, men det var kirurgen som undersökte patienten och beslutade om behandlingen.

Enligt vårdprogrammet ska det akuta omhändertagandet omfatta noggrann anamnes avseende amnesi, händelse, medvetlöshet och tidsförlopp. Alkohol-

påverkan försvårar bedömningen. Utskrivning får ske efter adekvat övervakningstid, vilken inte bör understiga 8 timmar.

I en journalanteckning av kirurgen den 27 november anges bland annat att patienten vid ankomsten till länsjukhuset i stort sett nyktrat till. Kirurgen menade att patienten hade en lättare svullnad temporoparietalt utan säker fraktur. Han bedömde att skadan mot huvudet var lindrig då patienten först hade slagit vänster axel och därefter huvudet. Ingen indikation för DT, observation skulle vara tillräcklig enligt rutin. Anteckningen var gjord i efterhand »ifall några tveksamheter finns angående avvikelser från rutin«.

Kirurgen berättade att patienten förnekade att han hade svimmat eller mått illa eller kräkts efter olyckan. Han hade ont från axeln till nyckelbenet. Den mer omfattande kliniska, neurologiska undersökningen var helt utan anmärkning. En lättare svullnad till vänster i huvudet indikerade ett lindrigt trauma.

Alla viktiga data saknas

Socialstyrelsen påpekade att patienter som söker för skalltrauma är en mycket stor grupp vid landets akutmottagningar. Majoriteten har lindriga skador och kräver ingen åtgärd, men bland dessa lindrigt skadade finns några få som utvecklar komplikationer som kräver åtgärd och där förloppet snabbt kan bli livshotande. Dit hör till exempel epiduralt hematoma som patienten drabbades av.

Patienten remitterades till länsjukhuset i första hand för skalltrauma med frågeställning om anledning till inläggning för observation. Trots detta finns inget i journalanteckningarna från den 2

oktober som tyder på att denna centrala frågeställning ägnats uppmärksamhet av kirurgen. Alla viktiga data om traumatisk art och förlopp, om patienten minns detta, tiden före och efter traumat, de första minnesbilder han har av skeendet efter traumat eller om någon bevitnat olyckan, saknas. I status finns inte heller noterat var traumat träffat, om han var öm, om det fanns sårskador, blödningar eller svullnader.

»... bland dessa lindrigt skadade finns några få som utvecklar komplikationer som kräver åtgärd och där förloppet snabbt kan bli livshotande, till exempel epiduralt hematoma som patienten drabbades av«.

Journalanteckningarna från närsjukhuset och det andra besöksstillfället på länsjukhuset visar att patienten kunnat lämna uppgifter på alla väsentliga punkter och att det förelåg ömhet över tinningregionen och ytliga hudskramor. Den blödning i mellanörat som sågs vid andra besöksstillfäl-

let på länsjukhuset borde ha varit möjlig att se även vid första tillfället om undersökning gjorts.

Patienten klarade sig utan reblödning och medvetandeförlust under fem dygn, vilket är ovanligt. Då reblödning inte inträffat under den tidrymd som observationen vanligen omfattar, skulle man kunna anföra att förloppet inte blivit anorlunda även om patienten lagts in. Men åtta timmars observation måste rimligen ha inneburit att patientens kvarstående huvudvärk och ensidiga hörselbortfall hade observerats. Dessa fynd skulle sannolikt ha föranlett utredning med bland annat DT-skalle, som gett rätt diagnos och möjligheter till tidigare terapi, menade Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden läste utredningen och hämtade in yttrande av kirurgen, som bestred att han gjort fel.

Han påpekade att patienter med svåra skalltrauman, commotio cerebri eller uppvisande av neurologiska symtom enligt gällande rutin genomgår minst sju

timmars observation och/eller datortomografiundersökning av hjärnan.

En majoritet av patienterna skickas direkt hem efter bedömning då de inte varit med om någon commotio cerebri, neurologiska bortfallssymtom eller/och därför att traumat mot huvudet inte varit av svår karaktär.

Socialstyrelsens anmärkning att patienten remitterades till länsjukhuset med frågeställning commotio och att patienten borde handläggas efter detta bemötte kirurgen med att patienten inte hade varit medvetlös i samband med traumat, enligt definition ingen commotio cerebri. Den kliniska bilden talade emot kraftigt våld mot huvudet och det fanns inte heller några tecken tydande på påverkan i hjärnan, inget illamående, inga kräkningar. Patientens saknade neurologiska bortfallssymtom. Det intressanta är att patienten saknade neurologiska bortfallssymtom även dag 5 när han återkom till akuten.

Med anledning av att patienten i samband med traumat var något alkoholpåverkad, valde de att behålla honom för observation. Observationstiden blev ca åtta timmar efter traumat.

Bedömning och beslut

Av ambulansjournalen och av remissen från närsjukhuset framgår att patienten utsatts för skalltrauma. I ambulansjournalen står det bland annat: »Under transport: Lite svårt med minnet, uppklar sig hela tiden« och att han »cyklade omkull, slagit sig på vä-sidan av huvudet«.

Av en journalanteckning den 27 november från undersökningen den 2 oktober framgår också att kirurgen varit medveten om att patienten slagit i huvudet.

Ansvarsnämnden finner i likhet med Socialstyrelsen att kirurgens undersökning av mannen inte varit tillräckligt omfattande. Han har inte heller följt vårdprogrammet för skallskada och commotio, som gällde vid undersökningstillfället. Han får en erinran.

Underläkare gjorde ingen rektoskopi – AT-läkare skrev ingen remiss

Rektalcancerdiagnoser fördröjdes kraftigt

En underläkare och en AT-läkare fällt för att de genom brister i sin handläggning kommit att kraftigt försena diagnosen rektalcancer hos en kvinna var.

I det första fallet (HSAN 467/05) sökte en 55-årig kvinna den 21 mars 2003 akut på sjukhus på grund av att hon hade blod i avföringen. Efter rektalpalpation bedömde underläkaren att besvären orsakades av hemorrojder eller annan liknande anledning och kunde utredas vidare av primärvården.

Under år 2004 sökte patienten hos en annan vårdgivare för rektala blödningar. Efter undersökningar påvisades en rektalcancer. I oktober samma år opererades hon för cancersjukdomen på ett universitetssjukhus.

Patienten anmälde underläkaren, som sagt att hon inte behövde oroa sig. Blödningarna kunde ha orsakats av någon liten spricka. Om hon fick problem på nytt skulle hon vända sig till vårdcentralen. Underläkaren borde ha remitterat henne till sjukhus, ansåg patienten.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler och tog in yttrande av underläkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon bedömde att det inte fanns någon indikation för akut inläggning och utredning. Patientens hänvisades till vårdcentralen för utredning av tarmblödningen. Om patienten uppfattade att hon kunde vänta med utredningen var detta beklagligt då underläkarens uppfattning var att blödningen skulle utredas.

Ansvarsnämnden framhåller att en patient som söker för blod i avföringen mäs-

te genomgå en fullständig tarmundersökning för att utesluta tumör. Underläkaren undersökte patienten med rektalpalpation. Den undersökningen är inte tillräcklig.

Underläkaren borde ha sett till att fortsatt utredning gjordes för att påvisa blödningsskällan. Hon borde antingen själv ha undersökt patienten med i första hand rektoskopi eller sett till att en sådan undersökning blev utförd i nära anslutning till akutundersökningen. Det var inte en tillräcklig åtgärd att muntligen hänvisa patienten till primärvården.

Underläkarens handläggning ledde till att tumördiagnosen fördröjdes cirka 18 månader. Hon får en varning.

Remissen skrevs aldrig

I det andra fallet (HSAN 1773/05) kom en 61-årig kvinna till vårdcentralen den 9 augusti 2004 efter en längre tids besvär med blod och slem i avföringen. AT-läkaren bedömde att patienten skulle remitteras till sjukhus för koloskopi, vilket antecknades i journalen. Någon remiss skickades dock aldrig till sjukhuset.

Den 8 mars 2005 återkom patienten till vårdcentralen, varefter det uppdagades att remiss inte utfärdats till sjukhuset. Patienten blev senare diagnostiserad med ändtarmscancer. Hon anmälde AT-läkaren.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och ett yttrande av AT-läkaren, som bestred att hon gjort fel.

Hon berättade att hon arbetade på vårdcentralen i tre månader innan hon den 31 augusti 2004 gick på föräldraleddighet.

Patienten hade sedan sex månader tillbaka besvärats av blod i avföringen. Hon berättade om symtom som ibland kan vara tecken på sjukdom i tarmen, men i status fanns inget att anmärka på, framhöll AT-läkaren.

Efter samtal och kroppsundersökning kom de överens om att patienten skulle remitteras till koloskopi och blodprovstagning. Patientens blodprov var helt normalt och någon anteckning om att hon ringde för att få svar på blodprov finns inte.

Patienten informerades om utredningsgången och att AT-läkarens handledare på vårdcentralen (en distriktsläkare) var den hon skulle kontakta framöver, då AT-läkaren inte hade så många dagar kvar inför sin föräldraleddighet.

Enligt journalanteckningen skrev AT-läkaren ingen remiss efter besöket och det är detta som patienten vänder sig

Operatören alltid ansvarig för att rätt linsprotes används

Kataraktpatient fick lins med fel styrka inopererad

Vid kataraktoperationen brast ögonläkaren i sin kontroll vilket fick till följd att patienten fick en lins med fel styrka inplanterad. (HSAN 1536/05)

Den 65-åriga kvinnan opererades för grå starr. Operationen utfördes av ögonläkaren. Vid operationen användes en linsprotes av fel optisk styrka på grund av ett förväxlingsfel. Detta medförde att en omoperation blev nödvändig och utfördes följande dag.

Patienten anmälde ögonläkaren. Hon hänvisade till att omoperationen vållade smärta, förlängd läkningstid och merkostnader.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och ett yttrande från ögonläkaren. Denne tillstod att en intraokulärlins (IOL) med felaktig styrka inplanterades.

Inför kataraktoperationen fanns enligt sedvanlig rutin den avsedda styrkan på IOL angiven såväl i journalen som på operationsprogrammet, och både jour-

nal och operationsprogram fanns tillgängliga i operationssalen.

Personalen tog trots detta fram en IOL med annan styrka än den som fanns angiven. Operatören har inte möjlighet att vid implantationen avgöra styrkan på IOL, framhöll ögonläkaren.

Efter utbyte av IOL dagen efter har läkningen haft ett normalt förlopp tidsmässigt. Utfallet kvalitetsmässigt är också som förväntat vid en okomplicerad kataraktoperation.

Ansvarig oavsett klinikens rutiner

Ögonläkaren hade som operatör det slutgiltiga ansvaret för kontrollen av att rätt linsprotes användes vid operationen, konstaterar Ansvarsnämnden.

Detta gäller oavsett klinikens rutiner och den övriga personalens uppgifter. Utredningen visar att han brast i sin kontroll och att detta fick till följd att en omoperation blev nödvändig. Han får en erinran.

emot i sin anmälan. Patienten kontakta- de distriktsläkaren igen först i mars 2005.

AT-läkaren framhöll att det vid tillfället för patientens besök helt saknades generella rutiner för remisshanterande.

Det fanns inte rutiner för att kontrollera att remisser skrevs och inte heller fanns någon bevakning över att remissvar lämnades.

Ofta kan man diktera remisser i samband med att journalen från besöket dikteras, men på vårdcentralen i augusti 2004 gick inte det då

sekreterarna på grund av underbemanning låg flera veckor efter med utskrivningen av journaler från planerade motagningsbesök. Istället skrev läkarna själva alla sina egna remisser direkt i datorn.

»Läkarbemanningen mycket pressad«

Det saknades resurser och organisation för att handleda utbildningsläkare under sommaren, och ledarskapssituationen var haltande då de med kort varsel bytte chef mitt i semestertiden.

När hon slutade den 31 augusti ersattes

hennes AT-tjänst inte förrän den 1 oktober. Handledaren hade till uppgift att följa upp hennes patienter men något avstämningmöte för överrapportering fanns det inte tid att lägga in.

Utöver detta var läkarbemanningen mycket pressad under sommaren på vårdcentralen. Den veckan hon träffade patienten var de två plus en inhyrd läkare i tjänst. Hon hade, trots sin utbildningstjänst, utöver sin egen tidbok och telefontid även ansvar för ytterligare två läkares provsvar och korrespondens.

Alla dessa faktorer bidrog till att det inte upptäcktes att remissen inte var skriven, underströk AT-läkaren.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att läkarna själva skulle skriva sina remisser under den aktuella tidsperioden. Det var därför i första hand AT-läkarens ansvar att skriva remissen, vilket hon inte gjorde, kritiserar Ansvarsnämnden. Hon överrapporterade inte heller till någon annan läkare att remiss skulle skrivas.

Hon får en disciplinpåföljd, som mot bakgrund av vad som framkommit om hennes arbetssituation kan stanna vid en erinran, beslutar Ansvarsnämnden.