

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-

tion tog distriktsläkaren fel spruta. Det fanns tre färdiguppdragna vaccinsprutor på bordet, en för flickan och två ämnade för två 18-månaders barn som distriktsläkaren skulle träffa efter flickan.

Distriktsläkaren tog en spruta för vaccination av 18-månaders barn, Priorix. Flickan skulle ha haft vaccin ämnat för 6-månaders barn, Pentavac. Sprutorna var märkta med sitt innehåll.

Distriktsläkaren berättade att hon upptäckte misstaget när hon skulle vaccinera nästa barn en stund senare. Hon informerade genast distriktsköterskan och verksamhetschefen.

Efter att ha försökt nå barnläkare vid länsdelssjukhuset togs kontakt med en

sjuksköterska inom barnhälsovården. Sköterskan gav lugnande besked, men informerade om att flickan måste vaccineras igen med Pentavac efter omkring fyra veckor. Priorix måste dessutom ges igen vid 18 månaders ålder. Sköterskan ville även ha en skriven rapport till barnhälsovården, vilket hon fick.

På morgonen dagen efter det inträffade ringde distriktsläkaren till flickans mor och informerade om misstaget.

Nya riktlinjer

På vårdcentralen gjordes några dagar senare upp nya riktlinjer om hur BVC-journaler och vaccinerna skall hanteras, uppgav distriktsläkaren:

Bara en BVC-journal, det aktuella barnets, skall hanteras åt gången; Den personal som injicerar vaccinet är också den som drar upp vaccinet i sprutan; Bara en spruta skall hanteras åt gången.

Sprutorna var uppmärkta

Ansvarsnämnden konstaterar att distriktsläkaren inför vaccinationen förväxlade två sprutor, trots att de var uppmärkta. Flickan fick därför, utan att drabbas av några men, en vaccination med Priorix i stället för den avsedda vaccinationen med Pentavac.

När felet upptäcktes vidtogs snabbt adekvata åtgärder.

Distriktsläkaren får en erinran.

Ortoped följde inte rekommendationerna och gav inte antibiotika

Kvinna fick smärtsamt neurom och infektion efter amputation av finger

Ortopeden utförde inte amputationen av fingret på det sätt som är rekommenderat. Ännu allvarligare var att han inte heller gav antibiotika, vilket är indicerat vid en öppen fraktur. (HSAN 1630/05)

Den 48-åriga kvinnan råkade i maj 2004 kapa av halva vänstra pekfingret i en vedkap. En lokal infektion fördröjde läkningsförloppet. Ett ömmande amputationsneurom utvecklades i amputations-toppen. Efter en ny operation i januari 2005 kunde kvinnan återgå i arbete.

Patienten anmälde ortoped, som behandlade henne direkt efter olyckan, och en kirurg. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttranden av de anmälda, som bestred att de gjort fel. Nämnden tog också in ett sakkunnigutlåtande av överläkare Tomas Hultgren.

Kirurgen frias så vi lämnar honom.

»Såret var rent«

Ortopeden berättade att patienten kom med amputerat vänster pekfinger efter att ha skadat sig i en vedkap samma dag. Amputationen gick genom distala delen av mellanfalangen. Stumpen hade patienten med sig i en plastpåse, som låg i en annan plastpåse med vätska.

Ortopeden kontaktade omedelbart sin bakjour om en eventuell reimplantation, men bakjouren bedömde att det inte var möjligt.

Därefter reviderade ortopedens såret enligt gällande rutiner. Såret spolades enligt rutin mycket rikligt. Digitalner-

verna identifierades och kortades enligt gängse teknik (praxis på kliniken är inte diatermering av digitalnerven).

Han bedömde att det inte var nödvändigt att ge antibiotika eftersom såret makroskopiskt var rent utan främmande kroppar och eftersom han dessutom spolade mycket rikligt. Enligt de uppgifter han fick var patienten fullvaccinerad mot stelkramp.

Avskurna nervtrådar strävar alltid att växa ut igen och bildar då inte sällan neurom. Denna komplikation är väl känd, framhöll ortoped.

Antibiotika bör ges

Tomas Hultgren påpekade att läkningsförloppet fördröjdes av en lokal infektion, och det utvecklades ett ömmande amputationsneurom.

Vid en andra operation den 12 januari 2005 flyttades det ömmande neuromet till en mindre utsatt plats vid sidan av fingerbasen, och patienten kunde därefter återgå i heltidsarbete.

Ömhet i en amputationstopp till följd av amputationsneurom är en väl känd komplikation till fingeramputationer. Fördröjd läkning till följd av infektion är också en väl känd komplikation vid primär suturering av sår där vävnaderna är förorenade och söndertrasade. Det gäller i hög grad vid skador orsakade av just sågar med grov klinga.

För att i görligaste mån undvika infektion och fördröjd läkning vid behandling av förorenade och söndertrasade sår

skall dessa revideras noggrant. Huden kan därefter ofta sys med glesa stygn. I de flesta fall bör antibiotika ges. För att minska risken för ömmande neurom skall de två huvudnerverna i fingret identifieras och kortas ned med ordentlig marginal.

Patienten drabbades av sårinfektion, fördröjd sårsläkning och ett kraftigt ömmande amputationsneurom. I journalanteckningen från det akuta omhändertagandet framgår inte om operatören har gjort någon kirurgisk revision eller har kortat ned nervändarna.

Den så kallade härdningen hos arbetsterapeut är en etablerad behandling som i regel har god effekt. När den inte gav önskat resultat remitterades patienten vidare för bedömning av ett eventuellt amputationsneurom, vilket visade sig vara orsaken till ömheten, påpekade Tomas Hultgren.

Indicerat vid öppen fraktur

Ortopeden hade inte utfört amputationen av fingret på det sätt som är rekommenderat. Han hade bland annat inte dragit fram de två digitalnerverna före avskärning. Detta är sannolikt skälet till uppkomsten av det smärtsamma neuromet, anser Ansvarsnämnden.

Mer allvarligt är att han inte heller hade givit antibiotika, vilket är indicerat vid en öppen fraktur. Avsaknad av antibiotika var en bidragande orsak till infektionen, som uppstod ett par dagar senare.

Ortopeden får en erinran.