

## Fick medicinen alldeles för länge

**Läkaren på vårdcentralen tog ingen odling innan behandlingen med läkemedel sattes in, och patienten fick medlet i nio månader trots att den maximala tiden är tre månader. Hon får en erinran. (HSAN 1517/02)**

II Läkaren konstaterade den 20 juli 2001 att den 32-åriga kvinnan hade svampinfektion i en tumnagel samt i vänster lilltånagel och höger stortånagel. Eftersom tidigare lokalbehandling inte hade givit resultat börjades systembehandling med Lamisil i tablettform.

Patienten ombads ta ny kontakt efter tre månader för läkarbedömning. Då, den 22 oktober, skrev läkaren ut Lamisil för ytterligare tre månader.

Den 8 maj 2002 sökte kvinnan en annan läkare, som konstaterade att hon inte svarat på behandlingen och att besvären troligtvis var orsakade av hennes psoriasis. Hon blev remitterad till en hudmottagning.

Kvinnan anmälde läkaren på vårdcentralen och hävdade att läkaren ställde diagnosen svamp i naglarna och ordinerade Lamisil utan att undersöka henne. Läkaren kände till att hon hade psoriasis och utredde inte detta. Hon hade fått äta Lamisil nio månader i onödan, menade kvinnan.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande från läkaren, som bestred att hon skulle ha gjort något fel. Hon bedömde att patienten hade svampinfektion och ordinerade därför Lamisil. Hon gav råd om hygien. Tre

månader senare förnyade hon receptet och hade sedan inte blivit kontaktad av patienten.

### II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att Lamisil vanligen ges i sex veckor vid nagelinfektion på handen och tre månader vid angrepp på foten.

Kvinnan behandlades med läkemedlet i nio månader. Läkaren hade därmed inte följt rekommendationerna i Fass om en maximal behandlingstid om tre månader.

Läkaren hade inte heller ifrågasatt diagnosen när patienten hörde av sig efter tre månader för att få ytterligare behandling. Rimligen borde en odling ha tagits innan behandlingen sattes in, särskilt med hänsyn till att psoriasis kan ge liknande symtom, påpekar Ansvarsnämnden.

Läkaren hade inte heller journalfört samtliga recept.

Bristerna i handläggningen är så omfattande att de motiverar en erinran, beslutar Ansvarsnämnden. •

## Okontrollerad ordination av metadon

**En läkare A fälls av Ansvarsnämnden för att okontrollerat ha forskrivit metadon till en smärtpatient. (HSAN 2886/01)**

II Efter en förlossning 1986 fick den då 35-åriga kvinnan kronisk smärta i ryggen, och hon ställdes 1995 på metadon.

Under hösten år 2000 var hon inlagd

på sjukhus för sina smärtproblem och metadonberoende. Hon undersöktes av smärtläkare som bedömde att hon inte behövde fortsatt metadonbehandling.

Kvinnan anmälde läkare A för felmedicinering. Hon blev efter utredning i augusti 1995 ordinerad metadon mot sina smärtor. Från 1996 sköttes förskrivningarna av A. Hon menade att han då skrev ett intyg som var kränkande. Han träffade henne aldrig utan förlängde bara apodosrecept.

### Helt smärtfri

Under hösten år 2000 var hon inlagd på sjukhus. Då fann man att hon var påtagligt anorektisk och led av anemi. Hon fick järnmedicin och kunde sedan trappa ner dosen metadon. I mars 2001 var hon helt smärtfri.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalerna från två sjukhus och en vårdcentral. Den anmälde läkaren har inte givit in något yttrande.

Patientens journal vid psykiatriska mottagningen vid vårdcentralen kunde, enligt chefläkaren, inte hittas.

### II Bedömning och beslut

Utredningen försvåras av att den anmälda läkaren inte svarat på anmälan samt att journalen från psykiatriska mottagningen saknas, konstaterar Ansvarsnämnden.

Men av utredningen framgår att metadonbehandlingen i vart fall under år 2000 inte hade avsedd effekt, och i augusti det året sattes medicinen ut. Patienten hade därför fog för att påstå att läkaren ordinerade metadon okontrollerat.

Läkaren har av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter och får därför en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden. •

## Stark kritik efter suicid under permission: Allvarliga och oacceptabla brister i klinikens rutiner för patientomhändertagande

**Bristerna i klinikens rutiner när det gäller omhändertagande av sjuka personer är allvarliga och oacceptabla. Det konstaterar Ansvarsnämnden, som dessutom framhåller att det är beklagligt att en allvarligt psykiskt sjuk kvinna fick permission dagen efter att hennes tillstånd ansetts motivera psykiatrisk tvångsvård. (HSAN 205/02)**

II Den 55-åriga kvinnan led av schizofreni med paranoidea vanföreställningar och hallucinationer. Hennes tillstånd

förvärrades med depressiva symtom, bland annat suicidtankar.

Den 20 december kom hon till den psykiatriska kliniken. Hon var orienterad och hade god kontakt men präglades av ångest och hade suicidtankar.

Den ansvarige överläkaren bedömde att kvinnan behövde psykiatrisk tvångsvård. Nästa dag fick hon permission. Den lämnades av en AT-läkare som hade konsulterat avdelningens ordinarie överläkare.

Kopia på epikrisen skickades till öppenvården som också fick muntlig information.

På julafton hittades kvinnan död i sin bostad.

Kvinnans bror anmälde en läkare (en hyrläkare) och en sjuksköterska för felbehandling. Han ansåg av flera skäl, bland annat att systemen var självmordsbenägen, att permissionsbeslutet framstod som nonchalant och bristfälligt underbyggt.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från de anmälda, som båda bestred att de gjort fel.

Läkaren berättade att hon som hyrläkare tillfälligt tjänstgjorde på psykiatriska kliniken. Hon uppgav bland annat att

hon inte kände till patienten och att hon inte informerades om patientens tillstånd. Hon var inte informerad om att hon skulle vara ansvarig för patienterna som vårdades på den aktuella avdelningen.

»Om jag skulle ansvara för vården där ... borde jag ha dels informerats och dels givits tillfälle att vara med på rond«, skrev hon.

Läkaren påpekade också att ordinarie överläkare fanns på arbetsplatsen (fast »ledig«). Denne hade ansvarat för patienterna tidigare, och han konsulterades den 21 december.

Sjuksköterskan uppgav bland annat att hon hade informerat öppenvårdsteamet om att patienten skulle skrivas ut.

Hon hade sagt att hon möjligen kunde ringa till patienten under julhelgen, något som hon dock inte hann med på grund av stress i jobbet.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden understryker att det är beklagligt att den allvarligt psykiskt sjuka kvinnan fick permission redan dagen efter att hon ansågs behöva psykiatrisk tvångsvård.

Enligt epikrisen var hyrläkaren patientansvarig. Hon borde därför ha informerat sig om patientens tillstånd.

Hyrläkaren uppgav emellertid att hon inte blev upplyst om det ansvaret, och det framgår att hon inte heller deltog i samband med att patienten skrevs ut.

Hon kan därför inte kritiseras för det beslutet.

Detta visar emellertid allvarliga och oacceptabla brister i klinikens rutiner när det gäller omhändertagandet av sjuka personer, säger Ansvarsnämnden mycket kritiskt.

När sjuksköterskan informerade öppenvården om beslutet erbjöd hon sig att ringa till patienten under julen om hon fick tillfälle. Eftersom ansvaret för vården hade överlämnats till öppenvården kan sjuksköterskan inte kritiseras för att inga kontakter togs.

Varken hyrläkaren eller sjuksköterskan har brustit i sina skyldigheter. Disciplinpåföljd kan därför inte bli aktuell, slår Ansvarsnämnden fast. •

## Rutinerna borde ha funnits redan tidigare

**Ett sjukhus har, sedan det fått kritik för att inte ha tagit hand om en 13-årig patient, infört rutiner för vilka patienter som efter en traumatisk händelse ska erbjudas psykosocialt stöd. Ansvarsnämnden är kritisk och menar att rutinerna borde ha funnits redan tidigare. (HSAN 2545/02)**

II Pojken sökte akut på sjukhuset en fredagkväll. Hans näsa var sned och han sa att han blivit slagen av en vuxen person. Han hänvisades till öron-, näs- och halskliniken. Där undersöktes han av en sjuksköterska, som kontaktade jourhavande läkare, som var klinikchefen, och uppmanade pojken att återkomma nästa dag. Därefter fick han gå hem. På lördag undersöktes han av samma läkare, som konstaterade att pojken hade en näsfraktur. Han opererades på måndagen.

Pojkens mor anmälde sjuksköterskan för felaktig behandling och den som var ansvarig för klinikens rutiner. Hon ifrågasatte om omhändertagandet av sonen skett i enlighet med sjukhusets regler vad avser skadade barn och ungdomar.

Ansvarsnämnden tog in pojkens journal. Den jourhavande läkaren, klinikchefen, yttrade sig medan den anmälda sjuksköterskan avstod.

### »Helt enligt instruktionen«

Klinikchefen konstaterade först att sjuksköterskan handlade fallet helt i enlighet med de instruktioner som gäller vid näsfraktur.

Den redogörelse som hon fick på telefon innehöll både information om skadan och uppgiften att den orsakats av »ett fylla i parken«, samt att patientens föräldrar inte var hemma och att patienten inte kunde få kontakt med dem.

Klinikchefen motsatte sig mycket bestämt att som det angavs i anmälan »var uppenbart att barnet utsatts för brott«. Näsfrakturer hos barn och ungdomar är i regel resultat av skador i samband med lek och idrottsutövning och enbart sällan resultat av misshandel, hävdade hon.

När hon påföljande morgon undersökte patienten blev hon mycket förvånad över att han kom utan någon förälder. Hon frågade var föräldrarna fanns. Pojken visste inte.

Hon frågade inte mera om hur skadan uppstått eftersom hennes tidigare tolkning av händelseförloppet kvarstod som mest rimlig.

När patienten lämnat mottagningen (för att gå hem och ringa till sina föräldrar) ringde klinikchefen det telefonnummer som patientregistret angivit på patientens hemadress. Hon fick ingen kontakt med någon vuxen och vände sig då till socialjouren.

### Policydokument togs fram

Klinikchefen påpekade själv att anmälan till socialtjänsten genom hennes felaktiga tolkning av orsakerna till händelseförloppet fördröjdes 12 timmar, vilket hon naturligtvis beklagade.

Fallet föranledde diskussion inom kliniken. Vid sjukhuset har utformats ett policydokument som avser handläggning av allt liknande det nu aktuella, berättade klinikchefen.

Pojkens mor tog del av utredningen och uppgav bland annat följande.

Det är förvånande att man ifrågasatte sonens uppgifter och inte gjorde något för att polisanmäla brottet. Utan kontroll av hans uppgifter har man tolkat dem som att han inte ville att föräldrarna skulle kontaktas. Oavsett barnets önskemål måste föräldrarna kontaktas om bar-

net utsatts för brott och dessutom skadats. Sonen borde ha fått tala med någon om det trauma som han drabbats av.

## II Bedömning och beslut

Ansiktstrauman och näsfrakturer inträffar ofta under jourtid. Sådana frakturer måste inte åtgärdas akut. En näsfraktur kan oftast behandlas kirurgiskt senast en vecka efter traumat, utan att det medicinskt sett påverkar resultatet. En medicinsk bedömning bör dock göras inom några dagar för att utesluta en blödning under broskhinnan på nässkiljeväggen.

Enligt utredningen har sjuksköterskan behandlat pojken i samråd med jourhavande läkaren. Det finns inte stöd för annat än att hon fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Anmälan mot henne kan därför inte leda till disciplinpåföljd, anser Ansvarsnämnden.

Med kännedom om pojkens skada, och att han var ensam hemma utan möjlighet att komma i kontakt med sina föräldrar, borde läkaren ha förväntat sig om att det fanns någon annan vuxen person som kunde hjälpa honom, menar Ansvarsnämnden.

Om det inte gick att ordna borde socialtjänsten ha kontaktats eller beslut fattats om inläggning av honom på en vårdavdelning. Den underlåtenheten bör inte leda till disciplinpåföljd.

Enligt uppgift har sjukhuset, efter den kritik som riktats mot omhändertagandet av pojken, infört rutiner för vilka patienter som med anledning av en traumatisk händelse snarast skall erbjudas psykosocialt stöd. Man har dessutom förtecknat de hjälpmöjligheter som finns.

Sådana rutiner borde ha funnits redan tidigare, kritiserar Ansvarsnämnden, som dock inte anser att den bristen motiverar disciplinpåföljd. •