

Anmälan på grund av felaktig läkemedelsbehandling

De vanligaste orsakerna till att läkare anmäls till HSAN är förse- nad diagnos och misstag i sam- band med operativa ingrepp. An- mälan på grund av att läkaren förskrivit olämpligt läkemedel el- ler ordinerat medicinsk behan- dling på felaktig indikation utgör endast en mindre del av fallen. När det gäller behandling av hy- potyreos finns uppenbarligen oli- ka åsikter om när substitu- tionsterapi med tyreoidehor- mon är indicerad, eftersom den- na typ av ärenden återkommer. Här presenteras två sådana an- mälningar, en mot en distriktslä- kare, en annan mot en specialist i invärtesmedicin, där HSAN an- sett att patienter behandlats på ett felaktigt sätt med Levaxin. De två övriga anmälningarna i den- na sammanställning orsakades av att läkarna ej uppmärksam- mat risk för biverkningar. De vi- sar också att införande av nya journalsystem kan medföra att viktig information tappas bort.

Fyra patienter felaktigt behandlade med Levaxin

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmäld: Distriktsläkare

Orsak: Underlag för behandlingen saknades HSAN1857/99

II Fyra kvinnor i åldrar 29–65 år hade behandlats av den anmälda läkaren och därvid ordinerats Levaxin. I en skrivelse till Socialstyrelsen från chefläkaren vid regionsjukhuset anmäldes handlägg- ningen av de fyra patienterna. Av Soci- alstyrelsens utredning framgår bland annat:

Fall nr 1. Det saknades i journalen medicinskt underlag för att behandla med Levaxin. Tyreoidaprov visade normalvärden (TSH 1,08; referensvärde 0,38–4,8 arb enh/l och T4 14,2; refe- rensvärde 11–24 pmol/l).

Efter drygt två veckors behandling med 0,05 mg Levaxin dagligen avbröt patienten behandlingen på grund av hjärtklappning, yrsel, humörsvängning- ar och magbesvär.

Fall nr 2. Patienten hade en känd un- derfunktion av tyreoida. Vid provtag- ning hos annan läkare hade TSH-prov visat 2,84, dvs normalvärde. Den anmäl- de läkaren ansåg dock att värdet var högt

och ordinerade höjd Levaxindos. Kvin- nan drabbades då av rastlöshet, skakig- het och oro, och dosen sänktes av annan läkare.

Fall nr 3. Patienten sökte för för- stoppning. Tyreoidaprov visade nor- malvärden, men läkaren ordinerade Le- vaxin 0,05 × 1. Kontrollprov visade att TSH sjunkit till 1,22, men läkaren höjde ändå dosen till 0,15 mg dagligen. En an- nan läkare satte ut behandlingen då pati- enten mådde dåligt och hade sjukskrivit sig.

Fall nr 4. Patienten hade två månader tidigare haft ett något förhöjt TSH-värde och ordinerats Levaxin 0,05 × 1. Trots att tyreoidaprov sedan blev normala, hade läkaren höjt levaxindosen succes- sivt.

Vid det aktuella besöket hade pasien- ten andnöd och hjärtflimmer, men läka- ren höjde trots detta dosen till 0,05 × 4. Han remitterade dessutom patienten till regionsjukhuset på grund av hjärtsvikt. Där rekommenderade man nedtrapp- ning av Levaxinet.

Läkaren hade i skrivelse till Social- styrelsen anfört att hypotyreos är en van- lig och underdiagnostiserad sjukdom samt att »det är oklart var det normala TSH-värdet ligger«. Hans kliniska erfa- renhet talade för att patienter med hypo- tyreos mådde bäst med ett TSH-värde mellan 0,3 och 1,0.

Socialstyrelsen hade bedömt att de besvär patienterna drabbats av utlösts genom översubstitution med tyreoida- hormon. Vid överdosering av Levaxin kan symtom på giftstruma med hjärt- symtom förekomma. Insättning av be- handlingen bör föregås av noggrann anamnes, klinisk och laboratorieunder- sökning med följande av fastställda refe- rensvärden.

Läkaren hade inte i något av de fyra fallen följt dessa referensvärden och granskning av journalerna hade inte vi- sat på att det i de fyra fallen förelegat in- dikation för den av läkaren initierade be- handlingen. Styrelsen ansåg att läkaren gjort sig skyldig till flera systematiska felhandlingar.

Läkaren har till Ansvarsnämnden framfört synpunkter på Socialstyrelsens kritik. Han menade att behandlingen va- rit motiverad och att patienternas besvär inte berott på översubstitution. Han på- pekade att normalvärden för TSH varier- ar i olika delar av landet och att patient- erna skulle ha betraktats som hypotyre- otiska om de bott i Värmland. Han fram- höll dessutom risken för hjärnskador hos

patienter med subklinisk hypotyreos och sammanfattade sin inlaga med att Le- vaxin är en bra och billig medicin, som saknar biverkningar.

II Bedömning och beslut

Nämnden ansåg att patienternas besvär kunde tillskrivas en överdosering av Le- vaxin. Läkaren hade i de fyra fallen in- lett behandling med Levaxin eller ordi- nerat höjd dos utan att det funnits medi- cinska skäl för det. I åtminstone i ett fall (nr 4) hade detta inneburit fara för pati- enten.

Felen borde medföra disciplinpå- följd. (Samtidigt handlades i nämnden ett ärende där läkaren felaktigt bedömt en patient, som sedan avlidit på grund av hjärtinfarkt. Vid bedömningen samman- vägdes de två ärendena.)

Påföljd: varning

Behandling med Levaxin och B₁₂ utan ytterligare utredning

Anmälare: Patienten

Anmäld: Läkare vid specialistmottagning

Orsak: Onödig medicinering HSAN 181/00

II En 45-årig kvinna hade sökt på läka- rens mottagning. En utredning visade normala tyreoida- och folsyranivåer men en något låg B₁₂-nivå. Utredningen talade enligt läkaren för att patienten hade underfunktion av sköldkörteln samt B₁₂-brist och ordinerade Levaxin, Folacin och Betolvex.

Patienten återkom sedan under ett drygt år på regelbundna återbesök. Le- vaxindosen höjdes successivt och pati- enten fick efter hand besvär av hjärt- klappning, kallsvettningar, hög puls och svimningskänsla. På grund av huvud- värk och yrsel sökte hon akut på läns- sjukhuset. En utredning visade att hon inte var i behov av den medicinering som läkaren ordinerat.

Patienten anmälde läkaren för felbe- handling. Den medicinering hon fått hade visat sig vara helt onödig.

Läkaren fastslog i sitt yttrande att den dos Levaxin hon förskrivit inte kunde ge de uppgivna symtomen, om inte hennes egen T4-produktion kommit igång av sig själv.

Vid besök på mottagningen hade pa- tienten varit helt opåverkad. Möjligen kunde dosen ha blivit för hög eftersom patienten gått ner i vikt (hon fick samti- digt Xenicalbehandling och hade gått ned många kilo i vikt). »Om hon över-

doserat Levaxin på egen hand är inte känt.«

II Bedömning och beslut

Av laboratorielistorna framgår att tyre-
reoida- och folsyranivåerna varit norma-
la. Det var därför fel att ordinera tyre-
reoidahormon och folsyratabletter. Det
fanns inte heller anledning att utan vida-
re utredning inleda medicinering med
B₁₂.

Läkarens journalanteckningar hade
dessutom varit bristfälliga. Många an-
teckningar saknade uppgift om besöks-
orsak, status, utförd undersökning, preli-
minär bedömning och diskussion av pla-
nerade åtgärder. Felen motiverade disci-
plinpåföljd. (Även i detta fall bedömdes
samtidigt en annan anmälan mot läka-
ren. Den sammanfattande bedömningen
blev att patienten skulle åläggas en var-
ning.)

Påföljd: varning

Uppmärksammade ej allergivarning i journalen

Anmälare: Patienten

Anmäld: Distriktsläkare

Orsak: Allergisk reaktion på Trimetoprim
HSAN 2521/00

II En 68-årig kvinna sökte på vård-
central för besvär från urinvägarna. En
distriktssköterska konstaterade att pati-
enten hade blod men inga bakterier i uri-
nen. Distriktsläkaren skrev ut ett recept
på Trimetoprim. Efter fem dagars medi-
cinerung fick patienten utslag på händer-
na. De spred sig över hela kroppen och
försakade svullnad och klåda. Hon lades
in på länsdelslasarettet och behand-
lades först på intensivvårdsavdelning
och sedan på medicinklinik i samman-
lagt sex dygn.

Patienten uppgav att i journalen fanns
en varning för medicinallergi, sedan hon
haft en liknande reaktion på Trimeto-
prim tidigare. Denna information fanns
dock inte i datajournalen. Genom att inte
kontrollera om hon tålde Trimetoprim,
hade läkaren vållat henne onödigt lidan-
de.

Läkaren framförde att mottagningen
var hårt belastad och han hade tvingats ta
patienten utanför listan. Alternativet
hade varit att hon skulle tvingats vänta
en eller flera dagar för att få tid för per-
sonlig konsultation. Han beslöt därför
att skriva ut recept på de uppgifter han
hade i datajournalen, där varnings- eller
obsmarkeringar saknades. I den gamla
pappersjournalen fanns en sådan mar-
kering, men dessa journaler togs endast

fram vid speciella tillfällen, då man hade
anledning att gå långt tillbaka i journal-
handlingarna. Från tre år tidigare fanns
en försiktighetsanmärkning, men för att
finna denna måste man gå igenom samt-
liga tidigare journalanteckningar, vilket
läkaren bedömde inte varit rimligt.

II Bedömning och beslut

Nämnden konstaterade att patienten fått
en allergisk reaktion och att läkaren ge-
nom att inte kontrollera om patienten tål-
de det ordinerade läkemedlet av oakt-
samhet inte fullgjort sina skyldigheter.

Påföljd: erinran

»Oförlåtligt att upprepa exakt samma misstag«

Anmälare: Patienten

Anmäld: Husläkare

Orsak: Magblödning vid Naproxen-
behandling
HSAN 848/00

II En 81-årig man hade fem år tidigare
drabbats av magblödning i samband
med att han av den anmälda läkaren be-
handlats med ett svagt acetylsalisylsy-
rapreparat för att förebygga blodprop-
par. Han hade vårdats på sjukhus och där
fått blodtransfusioner. ASA-mediciner-
ingen hade därefter avbrutits. Han sökte
nu samma läkare för halsryggsbesvär se-
dan en månad och ordinerades för detta
Naproxentabletter. Tre veckor senare,
efter att ha tagit 30 tabletter, upptäckte
patienten blod i avföringen. Han fick se-
dan kramp i armarna och blev medvets-
lös. Efter inläggning på sjukhuset drab-
bades han av hjärtstillestånd, som kräv-
de återupplivningsinsatser. Han lades in
på hjärtinfarktavdelning och kunde skri-
vas ut från sjukhuset efter fem dagar.

Patienten menade att läkaren måste
ha känt till effekterna av den föregående
behandlingen och då inte borde ha ordi-
nerat ett preparat med samma risk för bi-
verknningar. Uppenbarligen hade inte lä-
karen kontrollerat sina egna journalan-
teckningar. Patienten framförde även
kritik vad gäller övervakningen på sjuk-
huset, men denna del av anmälan tas inte
upp här.

Läkaren medgav att patienten inte
borde ha fått Naproxen. Enligt anmälan
skulle han inte ha informerats om risk för
biverknningar med det ordinerade prepa-
ratet, men vid nyutskrivningar av medi-
cin frågar han alltid om allergier eller
överkänslighet och informerar patienten
om risk för biverknningar. Den tillgängli-
ga journalen var inte varningsmärkt från
föregående blödningstillfälle. Möjligen

fanns en varning i det ursprungliga jour-
nalsystemet, men detta hade i så fall inte
följt med, när man strax före besöket
hade bytt datasystem. Det hade varit
mycket svårt för honom att kontrollera
de gamla journalerna, eftersom mottag-
ningen bytt ägare. Läkaren beklagade,
men anser sig inte kunna ta på sig ansva-
ret för eventuella bristfälliga rutiner i
samband med byte av journalsystem.

II Bedömning och beslut

Om man behandlat en patient med ASA-
preparat och detta lett till magblödning,
bör man vara extra försiktig med att sät-
ta in liknande preparat igen. Även om
journalen inte innehöll s k varningstext
om överkänslighet och läkaren inte kom
ihåg det föregående blödningstillfället,
borde han noga ha förhört sig om tidiga-
re eventuella reaktioner av ASA eller
liknande preparat.

Han har inte heller i journalen doku-
menterat att han frågat om överkänslig-
het. Genom att inte mera noggrant kon-
trollera patientens tidigare sjukhistoria
hade läkaren av oaktamhet åsidosatt
sina skyldigheter i yrkesutövningen.

Påföljd: erinran