

Flera nya fällningar för patientfarliga felordinationer av läkemedel

Ansvarsnämnden har den senaste tiden fällt flera läkare för felordinationer av läkemedel – ordinationer som medfört risker och biverkningar för patienterna.

II Katalogen över felen är brokig. Läkare har ordinerat fel medicin, för höga doser, kontraindicerad medicin, allergiutlösande medicin samt till en patient som doktorn aldrig träffat.

Här tar vi upp två fall där patienterna fått fel medicin, sedan redogör vi för några av de andra fallen separat.

Nedsatt behandlades som förhöjd

I det första fallet (HSAN 639/02) sökte en 30-årig kvinna hjälp på en hudklinik på grund av klåda. Provtagning visade ett förhöjt TSH (tyreoidea-stimulerande hormon), vilket tydde på nedsatt sköldkörtelfunktion.

Kvinnan remitterades till en vårdcentral för uppföljning. Där ordinerade en distriktsläkare Tiotil, som används vid förhöjd sköldkörtelfunktion.

Socialstyrelsen anmälde läkaren och uppgav bland annat att journalanteckningarna från kvinnans besök på vårdcentralen den 7 december var mycket

Gav fem gånger för hög dos

Läkaren ordinerade en fem gånger högre dos av läkemedlet Triatec än den 77-åriga mannen skulle ha enligt journal och läkemedelslista. Vid minst ett tillfälle fick patienten den för höga dosen. Läkaren får en erinran. (HSAN 3054/01)

II Mannen hade haft en hjärtinfarkt år 1994 och hade sedan 1997 pacemaker på grund av långsam hjärtrytm. Han led också sedan många år av en kronisk lungsjukdom och behandlades därför i hemmet med syrgas.

Den 22 september 2001 uppsökte han akut ett Universitetssjukhus på grund av hög feber och en omfattande rodnad av höger ben. Den läkare som undersökte honom misstänkte rosfeber och remitterade honom till infektionskliniken vid ett annat sjukhus där han hade vårdats flera gånger tidigare för just rosfeber.

Enligt journalen från akutintaget vid Universitetssjukhuset behandlades

knapphändig. De omfattade vare sig anamnes eller status fränsett ett blodtrycksvärde. Som diagnos angavs »??«. Distriktsläkaren ordinerade Tiotil.

Den felaktiga ordinationen upptäcktes vid ett återbesök hos en annan läkare den 2 januari. TSH hade då stigit ytterligare. Preparatet sattes ut och man planerade nya kontroller.

Socialstyrelsen ansåg att distriktsläkaren allvarligt feltolkat patientens provsvar, något som ledde till fel läkemedelsbehandling.

Det ordinerade preparatet kan i vissa fall ge allvarliga biverkningar med påverkan på blodbild, vilket gör att läkare bör vara särskilt noggranna när de ordinerar det, menade Socialstyrelsen, som också kritiserade den bristfälliga journalföringen.

Sammantaget fann Socialstyrelsen att distriktsläkaren hade utsatt patienten för en allvarlig risk.

Av Ansvarsnämndens utredning framgår att distriktsläkaren tillstod felet. Han påpekade att han alltid tidigare ordinerat Levaxintabletter vid hypotyreos och Thacapzol (tiamazol) vid hypertyreos.

Ansvarsnämnden delar Socialstyrel-

mannen med bland annat en dos om 25 mg Triatec en gång per dag. Han behandlades sedan med den dosen vid åtminstone ett tillfälle på infektionskliniken. Dagen därpå noterades att hans blodtryck var lågt.

Man fann då att patienten egentligen skulle ha haft dosen 5 mg Triatec per dag. Han överfördes till intensivvårdsavdelningen, där han fick dialys för att eliminera Triatec. Njurfunktionen förbättrades och mannen fördes tillbaka till vårdavdelningen på infektionskliniken, där han dock avled den 29 september. Som dödsorsak angavs bristande andningsfunktion på grund av den kroniska lungsjukdomen och hjärtinfarkt.

Mannens dotter anmälde ansvarig vårdpersonal på infektionskliniken för att de gett hennes far en fem gånger för hög dos Triatec.

Ansvarsnämnden har tagit del av mannens patientjournal och hämtat in yttranden från bland annat en läkare A, som har bestritt att hon handlat felaktigt och uppgett bland annat följande.

Hon var infektionsjour när patienten kom från akutintaget på Universitetssjukhuset till infektionskliniken. Hon

sens bedömning och ger distriktsläkaren en varning.

I ett annat fall (HSAN 1377/02) fick en 10-årig flicka med järnbrist av en barnläkare recept på flytande järnmedicin. Flickan provade en gång men ville sedan inte ta mixturen eftersom hon tyckte den smakade mycket illa.

Detta fick barnläkaren besked om via telefon. Hon avsåg då att byta ut mixturen mot tabletter, men skrev av misstag Ferriprox på receptet, som hon skickade till patienten. Ferriprox är avsedd för behandling av järnöverskott.

Flickans pappa anmälde barnläkaren för felaktig förskrivning.

Ansvarsnämnden tog in flickans journal och ett yttrande från barnläkaren, som anförde bland annat följande.

Hon ville inte förringa sitt misstag men ville ändå beskriva den arbetsituation som rådde vid tiden då misstaget skedde. Hon beskrev en kaotisk vardag med stora påfrestningar, »innebärande att den totala belastningen på mig har varit mer än mycket«, skrev hon.

Ansvarsnämnden konstaterar att det av utredningen framgår att barnläkaren av oaksamhet har förskrivit fel läkemedel och ger henne en erinran. •

uppgav att i den medföljande journalen stod att aktuell medicinering var bland annat T. Triatec 25 mg x 1.

Hon frågade ut patienten om hans mediciner. Han visste inte sorter och styrkor utan hänvisade till hustrun, som »bekräftade de mediciner och styrkor jag läste upp från medicinlistan jag hade fått i journalen från Medicinakuten«, skrev läkare A. Som behandling av rosfebern hade hon ordinerat »inj. Bensylpc 1 g x 3 i.v.«

Hon ansåg att hon gjort allt som var möjligt för att försäkra sig om att korrekt medicinering förelåg.

Patientens dotter kommenterade läkare A:s yttrande och uppgav bland annat att hennes mor inte bekräftat vare sig mediciner eller styrkor.

II Bedömning och beslut

Av utredningen framgår, anser Ansvarsnämnden, att läkare A ordinerat patienten en fem gånger högre dos av läkemedlet Triatec än denne skulle ha enligt journal och läkemedelslista från sjukhuset och att han åtminstone vid ett tillfälle fått den för höga dosen.

Misstaget har av allt att döma berott

på att den felaktiga dosen var angiven i journalen som kom från akutintaget vid Universitetssjukhuset.

Enligt egen uppgift försökte läkare A kontrollera uppgifterna om medicineringen såväl med patienten själv som med hans hustru.

Triatec är dock en så pass vanlig medicin att hon borde ha reagerat på dosen 25 mg, hävdar Ansvarsnämnden. I FASS rekommenderas att högre dos än 10 mg per dygn inte bör ges. Läkare A borde därför innan hon verkställde ordinationen ha kontrollerat i patientens journal från tidigare vårdtillfällen på infektionskliniken (senast i februari 2001), där den rätta dosen var angiven, hävdar Ansvarsnämnden och ger läkare A en erinran. •

Fick allergiframkallande medicin – igen

Trots att läkaren visste att den 44-åriga kvinnan tidigare fått allergiska reaktioner av ett läkemedel, skrev han ut ett liknande preparat till henne med nya allergi-reaktioner som följd. Därför får han en erinran av Ansvarsnämnden. (HSAN 1114/02)

II Kvinnan sökte den 8 april i år på husläkarmottagningen för urinvägsinfektion. Vid besöket informerade hon husläkaren om att hon tidigare hade haft en allergisk reaktion i samband med behandling med läkemedlet Eusaprim forte.

Husläkaren forskrev läkemedlet Trimetoprim. Av denna medicin fick kvinnan en allergisk reaktion med hudutslag och feber, som hon sedan behandlades för vid en annan mottagning.

Kvinnan anmälde husläkaren.

Ansvarsnämnden har tagit del av hennes patientjournaler och hämtat in yttrande av husläkaren. Denne har medgett att han handlat felaktigt och uppgett att patientens redogörelse för bedömningssituationen var korrekt, hon hade berättat om tidigare överkänslighetsreaktion i samband med behandling med Eusaprim forte. Han tolkade att reaktionen hade berott främst på den höga halten sulfa i preparatet.

Diagnosen var klar och patienten skulle behöva antibiotikabehandling, uppgav husläkaren. Han valde då ut T Trimetoprim, medveten om att han skulle undvika behandling med sulfapreparat men missade att trimetoprim ingår också, i kombination med sulfa, i Eusaprim forte.

Hans mening var att undvika sulfa-preparaten, men han lyckades inte i den aktuella situationen resonera sig fram till att det kunde vara lika allvarliga effekter med Trimetoprim. Andra läkemedel kunde ha erbjudits så att patienten skulle undvika de tänkbara riskerna, sade husläkaren, som avslutade med:

»Patienten har tagit skada för behandlingen och jag erkänner mitt ansvar i detta«.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att det av utredningen framgår att patienten vid besöket hos husläkaren uppgett att hon haft en allergisk reaktion i samband med en tidigare behandling med läkemedlet Eusaprim forte.

Eusaprim innehåller både sulfa och trimetoprim och det är väl känt att båda komponenterna kan ge upphov till allergiska reaktioner. Om man inte vet säkert vilken del av läkemedlet, som gett upphov till en allergisk reaktion skall man vid en ny förskrivning så långt det går undvika att förskriva preparat med någon av de ingående komponenterna. I detta fall hade det funnits ett flertal andra preparat att förskriva, slår Ansvarsnämnden fast och tilldelar husläkaren en erinran. •

NSAID kombinerat med litium gav förgiftning

Distriktsläkaren gjorde fel då han ordinerade NSAID-preparatet Vioxx i kombination med ett litiumpreparat utan att noggrant följa upp litiumkoncentrationen hos patienten, som drabbades av litiumförgiftning med slöhet, tremor och rigiditet. Det anser Ansvarsnämnden och ger distriktsläkaren en erinran. (HSAN 85/02)

II Den 81-åriga kvinnan hade en manodepressiv sjukdom och behandlades med bland annat Lithionit (ett litiumpreparat). Hon har tidigare opererats med Moore plastik i vänster höftled. Hon hade även börjat få ont i höger höft och behandlades på grund av smärtan med Tiparol. Då effekten av detta läkemedel var otillräcklig satte distriktsläkaren den 16 oktober 2001 in Vioxx.

Kvinnans tillstånd försämrades ytterligare och hon måste läggas in på sjukhus. Det visade sig att hon hade drabbats av njursvikt och litiumförgiftning.

Kvinnan anmälde distriktsläkaren för att han ordinerat Vioxx utan att uppmärksamma att hon stod på Lithionit.

Följden av denna medicinering under 18 dagar blev en gradvis försämring av hennes allmäntillstånd. Hon blev sängliggande, frånvarande, mycket svag med öppen mun och krampaktigt knutna händer och stel kropp, oförmögen att röra sig och kommunicera. Den 12 november lades hon in på lasarett. Undersökningar och provtagningar visade bland annat förhöjda kreatinvärden och abnorma litiumvärden, 1,60 i stället för 0,5–0,7, uppgav kvinnan.

Ansvarsnämnden har tagit del av kvinnans patientjournaler samt hämtat in yttrande av distriktsläkaren. Han har uppgett bland annat följande.

Patienten hade stått på värktabletter för ryggen. När höften började värka mer och undersökningen talade för coxarthros tyckte han att antiflogistika var lämpligt tillval. Patienten stod samtidigt på Tiparol retard så skulle något läggas till tyckte han det skulle vara NSAID då det sannolikt även var arthros, mot vilket detta brukar fungera bra.

»Jag skrev ut Vioxx då jag på läkemedelslistan i datajournalen inte fann några kontraindikationer för detta«, skrev distriktsläkaren.

Patienten mådde lite sämre ett tag varvid distriktsläkaren bytte dosen av Tiparol då han bedömde att denna gav tröttheten. Det är vanlig biverkning av Tiparol och därför ändrades denna medicin först, påpekade distriktsläkaren. När han väl sänkt den dosen ytterligare flyttades patienten och han var inte längre ansvarig läkare, framhöll distriktsläkaren.

Sammanfattningsvis bestred han anmärkningen mot honom eftersom han ordinerat medicinering utifrån de fakta han hade vid tillfället.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden påpekar att det av journalen framgår att kvinnan behandlades med ett litiumpreparat på grund av manodepressiv sjukdom.

Vid litiumbehandling bör inte samtidig behandling med NSAID ges, eftersom kombinationen kan innebära risk för stigande litiumkoncentration. Vioxx är ett NSAID-preparat och distriktsläkaren har gjort sig skyldig till fel då han ordinerade Vioxx i kombination med litiumpreparatet, utan att noggrant följa upp litiumkoncentrationen hos kvinnan.

Den på sjukhuset uppmätta litiumhalten var 1,6 mmol/l. En koncentration på 1,5–2,5 mmol/l anges som en lindrig till måttlig intoxication. De symtom kvinnan uppvisade med slöhet, tremor och rigiditet kan hänföras till denna toxikation, slår Ansvarsnämnden fast.

Påföljden för distriktsläkaren bestäms till en erinran. •