

Kvinna dog efter förväxling av cytostatikascheman

En överläkare och en ST-läkare varnas

En överläkare och en ST-läkare varnas av Ansvarsnämnden för en livshotande felbehandling med cytostatika av en kvinna med myelom. (HSAN 568/03)

II Den 59-åriga kvinnan vårdades i februari 2002 på avdelningen för blodsjukdomar vid ett universitetssjukhus på grund av myelom. Hon skulle behandlas med en hög dos av cytostatikumet Alkeran.

Före behandlingen avsåg man att skörda hennes egna stamceller, som skulle ges efter genomförd Alkeranbehandling.

Av misstag ordinerade då ST-läkaren inför stamcellsskörd en hög dos Alkeran i stället för cyklofosamid, som skulle ha getts för att mobilisera stamceller för stamcellsskörd. Ordinationen signerades av överläkaren.

Allvarlig infektion tillstötte

Nästa dag upptäcktes misstaget och man sökte omedelbart efter en annan stamcellsgivare för att åstadkomma allogen stamcellstransplantation. De första veckorna efter transplantationen förlöpte utan komplikationer. Därefter tillstötte en allvarlig infektion och patienten behandlades på intensivvårdsavdelning. Hon avled i maj 2002.

Patientens dotter anmälde de båda läkarna.

Ansvarsnämnden läste kvinnans journal och tog in yttrande från de anmälda läkarna.

Överläkaren konstaterade att han signerat ett felaktigt cytostatikaschema för patienten. Han hänvisade till att händelsen anmäldes enligt Lex Maria och till Socialstyrelsens utredning (som beskrivs längre ner).

Han framhöll att de när felet hade

upptäckts hade gjort sitt bästa för att undvika den tragiska utgången.

Även ST-läkaren hänvisade till Socialstyrelsens utredning.

ST-läkaren påpekade att patienten avled till följd av svampinfektion efter en allogen stamcellstransplantation och inte direkt till följd av den felaktiga ordinationen.

Kritiserades av Socialstyrelsen

Fallet anmäldes även enligt Lex Maria till Socialstyrelsen.

I maj 2002 besökte Socialstyrelsen kliniken. Förutom felhändelsen diskuterades även om rutinerna kring den aktuella behandlingen kunde skärpas ytterligare. Man menade att rutinerna är säkra, med en överläkare som signerar behandlingsschemat och godkänner ordinationen.

Vid den aktuella tidpunkten fanns på vårdavdelningen flera kvinnor i samma ålder, med samma diagnos men i olika behandlingsfaser. Det ansågs att risken för felbehandling hade varit mindre om patienterna haft en »vanlig« diagnos.

Det man eventuellt kunde göra var att som tillägg i scheman för de högintensiva utslagsdoserna ange »Endast i samband med stamcellsunderstöd« och skapa en kontrollrutin så att stamceller finns tillgängliga innan dessa doser ges till patienten.

Socialstyrelsen gjorde följande bedömning.

Den planerade behandlingen av patientens avancerade myelom var autolog transplantation av stamceller. Genom förväxlingen av cytostatikascheman eliminerades patientens benmärgsceller primärt och man ändrade behandlingen till allogen stamcellstransplantation.

När förväxlingen upptäcktes dagen efter behandlingen genomförde man ett

mycket aktivt arbete för att finna en lämplig allogen stamcellsgivare. Därigenom kunde transplantationen genomföras inom mindre än tre veckor efter felbehandling.

Kunde ursäktas

Överläkaren och ST-läkaren ska kritiseras för felbehandling, vilken icke var ringa. Vid en sammanvägning av samtliga omständigheter fann Socialstyrelsen att handlandet kunde ursäktas, framförallt genom att omedelbara och omfattande åtgärder vidtogs för att klara den uppkomna situationen.

För att om möjligt förhindra att liknande händelser upprepas i framtiden bör den verksamhetsansvariga verka för att det tillägg i schemat utförs som beskrivs tidigare i artikeln.

Socialstyrelsen beslutade att inte vidta någon ytterligare åtgärd.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden delar inte Socialstyrelsens bedömning utan väljer i stället att fälla läkarna.

Av utredningen framgår att ST-läkaren och överläkaren insåg allvaret i den livshotande felbehandling och gjorde allt för att mildra effekterna av misstaget. Socialstyrelsen bedömde att deras handlande, vid en sammanvägning av samtliga omständigheter, kunde ursäktas, framförallt genom att omedelbara och omfattande åtgärder vidtogs för att försöka klara den uppkomna situationen.

Men, framhåller Ansvarsnämnden, de fel som de båda läkarna begick är allvarliga oavsett vilka ansträngningar som sedan gjordes för att rädda patientens liv. De har av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter och åläggs disciplinpåföljd i form av var sin varning. •

»Onödigt riskfylld medicinering bidrog troligen till att patienten dog«

Medicineringen bidrog troligen till blödningens omfattning och det tragiska förloppet. Ordinationen framstår som onödigt riskfylld och det hade varit lämpligt att avsluta behandlingen med Fragmin innan patienten lämnade sjukhuset, eftersom medicinering med detta preparat inte var indicerad. Det konstaterar An-

svarsnämnden och faller en överläkare sedan patienten dött. (HSAN 220/03)

II Den 49-åriga kvinnan drabbades under våren 2002 av smärter i bröstkorgen vid ansträngning. Utredningen visade tecken på kranskärslsjukdom och hon remitterades till sjukhus för kranskärslsröntgen, som den 29 oktober visade för-

trängningar av samtliga tre kranskärslsgrenar. Efter kontakt med en toraxklinik beslutades att hon skulle opereras inom två veckor och den 30 oktober skrevs hon ut till hemmet i väntan på ingreppet.

Tre dagar senare återkom hon till sjukhuset på grund av trötthet, buksmärter och obehag i höger lumske. Man konstaterade en blödning i bukhålan, troligen från höger ljumskpulsåder

som punkterats vid föregående undersökning. Kvinnan opererades och vårdades därefter på intensivvårdsavdelning, men avled den 7 november. Obduktionen visade bland annat en färsk infarkt samt diffus blödning i bukvägg och bäckenorgan.

Kvinnans man anmälde ansvarig läkare vid sjukhuset för felbehandling av frun i samband med utskrivningen från sjukhuset den 30 oktober. Hon borde ha fått vara kvar på sjukhuset, ansåg han.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från den ansvariga läkaren, en överläkare, som bestred att hon skulle gjort något fel.

Efter att kranskärlsröntgen visat sjukdom i flera kärl men stabil symtombild, sände hon genast den aktuella röntgenfilmen, tillsammans med remiss, till toraxkliniken för en snar bedömning. Patienten insattes på antikoagulerande medel och dosen blodfettsänkande medicin ökades, berättade överläkaren.

Den 30 oktober fick hon av en kollega på toraxkliniken veta att patienten inplanerats för icke-akut bypassoperation om två veckor.

Överläkaren skrev samma dag ut patienten till hemmet.

II Bedömning och beslut

Kvinnan avled på grund av en blödning, sannolikt från den pulsåder som punkterades vid kranskärlsröntgen den 29 oktober. Det är en känd komplikation, och det finns inget som tyder på att blödningen orsakades av att något fel begicks.

Kvinnans tillstånd var inte heller sådant att sjukhusvård var motiverad i avvaktan på den planerade kranskärlsoperationen. Det saknas således skäl att kritisera överläkaren för beslutet att skriva ut patienten från sjukhuset den 30 oktober, anser Ansvarsnämnden.

Vid utskrivningen var kvinnan emellertid ordinerad Fragmin 10 000 enheter x 2, Plavix 75 mg x 1 och Trombyl 75 mg x 1.

Denna medicinering, såsom mot instabil kranskärlssjukdom, bidrog troligen till blödningens omfattning och det tragiska förloppet. Ordinationen framstår som onödigt riskfylld och det hade varit lämpligt att avsluta behandlingen med Fragmin innan kvinnan lämnade sjukhuset, eftersom medicinering med detta preparat inte var indicerad, hävdar Ansvarsnämnden.

Om kvinnans kranskärlssjukdom bedömdes vara instabil på ett sätt som motiverade den ordinerade medicineringen, borde hon ha opererats snarast och fått stanna kvar på sjukhuset i avvaktan på den planerade operationen, konstaterar Ansvarsnämnden vidare och ger överläkaren en erinran. •

Dubbla varningar efter kraftig överförskrivning av kortison

En distriktsläkare och en ST-läkare varnas för att till en 24-årig kvinna ha skrivit ut stora mängder kortison utan att ange någon indikation för behandlingen. Kvinnan fick flera biverkningar. (HSAN 2685/02)

II Kvinnan undersöktes i mars 2001 på remiss från en vårdcentral av en hudspecialist. Remissvaret innehöll rekommendation om behandling av eksem med salvor, men inte något om behandling med kortisonpreparat i tablettform.

Vid nästa besök på vårdcentralen (den 17 april 2001) fick hon 30 tabletter Betapred å 0,5 mg, två uttag, med ordination en tablett dagligen.

Efter det fick hon Betapred av läkare på vårdcentralen för regelbunden behandling med denna ordination, men tog själv större doser.

Flera läkare, däribland distriktsläkaren och ST-läkaren, skrev recept i allt större mängder. På ett år förskrev distriktsläkaren och ST-läkaren i åtta recept sammanlagt 2 400 tabletter. Kvinnan drabbades av orkeslöshet, vätskeansamling i kroppen, ökad vikt, nagel- och håravfall samt hudbristningar.

Den 12 juni 2002 genomgick hon provtagning på vårdcentralen. Det visade sig att hon hade ett mycket lågt kortisolvärde (sju). Hon remitterades till specialistläkare.

Blev kortisonförgiftad

Kvinnan anmälde de båda läkarna. Hon berättade att hon av andra läkare fått veta att hon hade fått kortisonförgiftning. Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och yttranden av läkarna.

Distriktsläkaren berättade att han träffade kvinnan vid 10 tillfällen.

Tillsammans förnyades Betapredreceptet 11 gånger, varav han gjorde det 5 gånger. Tillsammans hade patienten enligt recepten intagit 2 500 tabletter Betapred på cirka 1 år. Doseringen hade hela tiden varit 1 tablett dagligen, men patienten hade helt från första början överskridit ordinationen, först med i genomsnitt 2 och sedan 3 tabletter dagligen för att på slutet ha ökat till bortemot 10 tabletter dagligen, uppgav överläkaren.

Han framhöll att patienten aldrig någon gång frågat honom till råds eller nämnt sin allergi. Hon hade heller aldrig nämnt att naglarna spruckit eller att hon tappat hår. Däremot hade iakttagit att hon hade gått upp i vikt rätt betydande.

Patienten hade helt på egen hand ökat

doseringen, hävdade överläkaren och bestred anmälan.

ST-läkaren berättade att han träffade patienten sex gånger. Hon kom som jourfall i samband med migrän, förkylning och ryggvärk. Hon hade tidigare fått utskrivet Imigran och nässpray, som fungerade relativt bra. Hon tog Tavegyl och Betapredtabletter på grund av klåda, utslag och någon typ av allergi.

Det sista besöket hos honom var den 24 april 2002 i samband med fortsättning av förkylning och ryggbesvär. Bland annat fick patienten ett recept med smärtstillande och ett läkarintyg.

II Bedömning och beslut

Utredningen visar att en läkare på vårdcentralen den 17 april 2001 förskrev kortison i form av tabletter Betapred till kvinnan utan att det, såvitt framkommit, var medicinskt påkallat, säger Ansvarsnämnden.

Förskrivningen av Betapred fortsatte sedan i allt större omfattning av i huvudsak distriktsläkaren och ST-läkaren.

Ordinationen till patienten var konstant en tablett dagligen. Hennes möjliga förbrukning av detta läkemedel under perioden augusti 2001 till augusti 2002, med hänsyn till förskrivningen på sammanlagt 2 400 tabletter, var emellertid mycket högre.

Det fanns i journalen inte någon indikation angiven för kortisonbehandling. Förskrivningen synes ha skett slentrianmässigt, efter det att patienten hört av sig om fler tabletter på recept. Hon utvecklade sedan kända biverkningar till kortison, till exempel viktökning samt hämning av den egna kortisolutsöndringen, konstaterar Ansvarsnämnden.

Distriktsläkaren och ST-läkaren behandlade henne med höga doser kortison utan att någonstans i journalen ange indikation för denna behandling.

Det fanns inte heller i journalen en diskussion om varför kortisonförskrivningen fortsatte, om risken för att tabletterna missbrukades eller om risken för biverkningar. Förskrivningen skedde parallellt med förlängning av patientens sjukskrivning av bland annat de anmälda läkarna, vilket inte tycks ha gagnat henne.

Ansvarsnämnden finner sammantaget att den behandling distriktsläkaren och ST-läkaren gav kvinnan utsatte henne bland annat för en risk att utveckla biverkningar, vilket hon också gjorde.

Ansvarsnämnden ger distriktsläkaren och ST-läkaren en varning var. •