

I detta nummer:

- Ansvarsärenden

Ansvarsärenden

Fel medicin, för höga doser, förbisedda kontraindikationer, ...

De fällande utslagen för fel i samband med förskrivning av läkemedel duggar tätt

De fällande utslagen i Ansvarsnämnden, HSAN, då det gäller felaktig förskrivning och hantering av läkemedel duggar tätt. Det handlar om fel medicin, för höga doser, förbisedda kontraindikationer, missade varningsmärkningar för överkänslighet, överförskrivning av narkotiska läkemedel, förskrivning på fel indikationer, utan undersökning etc.

■ På de här sidorna ger vi en liten provkarta på färiska typfall med fällda läkare. I den här artikeln berättar vi bara kort om några fall som inte får egna utrymmen.

Vi tar upp ett fall där en för tidigt född pojke fick en 10 gånger för hög dos av Midazolam. Just tio gånger för höga doser är relativt vanliga. I ett annat sådant fall varnas både en läkare och en receptarie för att en patient fick en tio gånger för hög dos av Madopark. I ett tredje fall fick patienten en tio gånger för hög dos Dolcontin utskrivna.

Vi tar upp ett fall med ordination av kontraindicerad medicin och ett där läkaren inte borde skrivit ut Diklofenak på grund av patientens överkänslighet.

Samtidigt fälls en annan läkare för att inte ha uppmärksammat den varningsmärkning och det OBS! som fanns angivet i datajournalen avseende förskrivning av smärstillande läkemedel. Patienten fick bland annat Nobligan. Hon fick vårdas på sjukhus.

En allmänläkare varnas för att ha överförskrivit flera vanebildande preparat till flera patienter. Hon »iakttog onekligen inte den försiktighet som krävs vid förskrivning av narkotiska preparat«. I andra liknande fall har läkare även fått inskränkt förskrivningsrätt, dock inte här.

Två psykiatrer varnas sedan en patient dött. Obduktion utfördes och det framkom att koncentrationen av

Leponex i blodet var extremt högt, i nivå med toxiska värden. Enligt Ansvarsnämnden hade medicinen givits på fel indikation och i för hög dos.

Inte bara läkare fälls för fel i samband med läkemedel. Där finns också sjuksköterskor, farmaceuter och tandläkare. Den senaste tiden har till exempel en apotekare fällts för att ha expedierat morfinpreparatet Dolcontin med tio gånger högre styrka än den som ordinerats på receptet, 100 mg i stället för 10.

Socialstyrelsen har flera gånger pekat på att fel i läkemedelshanteringen är en mycket vanlig orsak till att patienter skadas eller utsätts för risker i sjukvården och har understrukit att det är ett angeläget förbättringsområde. •

En ST-läkares misstag ledde till att en för tidigt född pojke fick en tio gånger för hög dos Midazolam. Läkaren fälls av Ansvarsnämnden. (HSAN 19966/04)

■ Den premature tvillingen överfördes till sjukhusets barn- och ungdomsklinik, där han till en början vårdades i respirator. Den första natten var han orolig. Morfin och paracetamol hade givits med dålig effekt.

En sjuksköterska kallade på ST-läkaren, som kom och ordinerade det lugnande medlet Midazolam. Dock angav han i den skriftliga ordinationen dosen 1,4 ml/1,4 mg i stället för som avsett 0,14 ml/0,14 mg.

För tidigt fött barn fick en tio gånger för hög dos Midazolam

Klockan 3 på natten gav sjuksköterskan Midazolam till pojken enligt den skriftliga ordinationen. Pojken blev sedan slö, fick lågt blodtryck och blev svår att ta prov på eftersom blodet koagulerade. Feldoseringen upptäcktes på eftermiddagen.

Pojkens föräldrar anmälde ST-läkaren och sjuksköterskan. De ifrågasatte varför Midazolam gavs överhuvudtaget.

Ansvarsnämnden läste pojken journal och Socialstyrelsens beslut efter anmälan enligt Lex Maria. Nämnden tog även in yttranden av ST-läkaren och

sjuksköterskan. ST-läkaren berättade att klockan 16.23 förlöstes pojken med akut kejsarsnitt i graviditetsvecka 30 + 2 på grund av hotande fosterasfyxi. Födelsevikten var 1 439 gram. När ST-läkaren började sitt arbetspass förbereddes pojken för intubation och lades i respirator klockan 19.30 av tjänstgörande överläkare.

Under kvällen och tidig natt var pojken orolig, spänd och missnöjd och arbetade emot respiratorn.

Klockan 22.40 ordinerade ST-läkaren 0,08 mg morfin intravenöst och

klockan 01.50 fick pojken ytterligare 0,12 mg morfin eftersom effekten inte var tillräcklig. Klockan 23.45 hade han också fått 15 mg paracetamol.

Trots dessa ordinationer var pojken fortsatt orolig och följsamheten i respiratorn var dålig. ST-läkaren beslutade därför klockan 3 på natten att ordinera Midazolam som lugnande.

Den dos han planerade att ge pojken var 0,1 mg/kg och eftersom denne vägde 1,4 kg planerade han för 0,14 mg. Injektionslösning Midazolam har koncentration 1,0 mg/ml, vilket ST-läkaren dokumenterade, men när han skulle ordinera mängden läkemedel skrev han 1,4 ml/1,4 mg istället för 0,14 ml/0,14 mg som planerat.

»Tankefel eller skrivfel«

Enligt PM rekommenderas bolusdos 0,1–0,3 mg/kg, och enligt Fass är doseringen 0,03–0,3 mg/kg. ST-läkaren ordinerade således 3,5–10 ggr för hög dos. Han hade ingen förklaring till varför det hände. Han var medveten om den korrekta dosen, men på grund av tankefel eller skrivfel ordinerade han fel dos, menade ST-läkaren.

Han godtog anmärkningen beträffan-

de överdoseringen, men höll fast vid sin bedömning att pojken var i behov av ytterligare lugnande medicinering.

Sjuksköterskan berättade att ST-läkaren ordinerade Midazolam som en tillfällig ordination enligt läkemedelslistan. Sköterskan såg läkaren stå och läsa i Fass och räkna ut doseringen och kände sig därmed trygg med ordinationen. Hon gav den ordinerade dosen kl 3 och utgick ifrån att den var korrekt.

Socialstyrelsen påtalade att uppenbarligen hade en feldosering skett som innebar att patienten fick en 10 ggr större dos av Midazolam än avsett. Ordinationen var korrekt skriven men med angivande av fel dos.

Ansvarig sjuksköterska hade inte heller uppmärksammat den höga doseringen utan administrerat den enligt ordinationen.

Får sannolikt inga men

Sedering med Midazolam till prematura barn bör ske med försiktighet och är något kontroversiell. Enligt Fass rekommendationer skall också Midazolam för sedering till prematura barn ges som infusion snarare än injektion.

Övervakning, kontroll och möjlighe-

stod och utvidgades till underben och fötter.

Patienten anmälde läkaren för att ha skrivit ut Reductil när han gick på Ciprallex. Han fick stora besvär och efterverkningar, hävdade han.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och tog in yttrande av läkaren, som bestred att han gjort fel.

Mötet den 16 januari 2004 var långt och de diskuterade många olika saker, exempelvis mannens arbetssituation, eventuella framtida relationer/förhållanden där hans ejakulationsproblem och framför allt hans övervikt dominerade senare delen av samtalet, berättade läkaren.

Trots att det var en dubbeltid (2x40 min) blev infektionsläkaren försenad till nästa patient, uppgav han.

»Missade kontraindikationen«

Patienten var angelägen om att få snabb hjälp och behandling mot sin övervikt och när de diskuterade medicinsk behandling ville han ha Reductil och inte Xenical med tanke på det senare preparats biverkningar.

Tillsammans gick de igenom förväntad effekt, dosering eventuell doshöjning och biverkningar.

Dock missade läkaren kontraindikationen vid antidepressiv medicinering. En bidragande faktor kan ha varit tidsbristen som uppstod i slutet av besöket

ter till både symtomatisk och kausal behandling var optimal, vilket betyder att feldoseringen sannolikt inte kommer att orsaka några men för patienten.

Socialstyrelsen menade att ST-läkaren inte kunde undgå kritik för bristande noggrannhet vid ordinationen, men att ytterligare individinriktade åtgärder i detta fall inte behövdes för att upprätthålla patientsäkerheten.

Bedömning och beslut

Av patientjournal och övrig utredning i ärendet framgick att pojken den aktuella natten hade fått morfin och paracetamol utan tillräcklig smärtlindrande effekt. Situationen var sådan att ordinationen av Midazolam inte var fel i sig, menar Ansvarsnämnden.

Nämnden konstaterar att ST-läkaren i sin skriftliga ordination av Midazolam av misstag angav 1,4 ml/1,4 mg i stället för 0,14 ml/0,14 mg. Pojken fick på grund av detta en tio gånger högre dos än den avsedda. ST-läkaren får en erinran.

Sjuksköterskan gav den ordinerade dosen utan att ifrågasätta den, vilket man inte heller kan förvänta sig att hon skulle ha gjort med hänsyn till de rådande omständigheterna. Hon frias. •

och det mångfacetterade samtalet, menade han.

Vid återbesök fredag den 13 februari 2004 hade patienten ännu inte startat med Reductil utan planerade att starta efter den kommande helgen.

Läkaren berättade att han var något sen till besöket, och då det som vanligt var flera saker som diskuterades blev det även denna gång tidsbrist och överdragnings av tiden. Denna gång dominerade den genomgångna gastrokopin samt patientens övervikt deras samtal.

Behandlingen med Reductil var redan bestämd och de gick inte närmare in på denna. Efter det hade de inte träffats eller pratats vid, framhöll läkaren.

Bedömning och beslut

Ciprallex och Reductil är en kontraindicerad läkemedelskombination, konstaterar Ansvarsnämnden.

Läkaren medgav att han ordinerade en olämplig läkemedelskombination. Som förmildrande omständighet angav han tidsbrist. Han hade dock flera möjligheter att överväga läkemedelskombinationen, först den 22 december 2003, sedan den 16 januari och sist den 13 februari 2004. Något tvingande skäl att använda Reductil fanns inte, och de eventuella biverkningarna var potentiellt allvarliga.

Läkaren får en varning, bestämmer Ansvarsnämnden. •

Ordinerade kontraindicerad medicin

Läkaren ordinerade Reductil trots att patienten redan stod på Ciprallex. Kombinationen är kontraindicerad och läkaren varnas. (HSAN 1053/04)

■ På grund av psykiska problem behandlades den 41-årige mannen med Ciprallex. Han var överviktig och ville ha viktreducerande läkemedel. Läkaren övervägde den 22 december 2003 att sätta in Reductil.

Vid ett nytt besök den 16 januari 2004 satte han in preparatet i dosen 10 mg x 1.

Vid återbesök den 13 februari meddelade patienten att han ännu inte hade börjat behandlingen, bland annat på grund av en planerad gastroskopi. Läkaren ordinerade då åter Reductil.

Fick stora besvär

Patienten avslutade sedan själv behandlingen den 15 mars 2004 eftersom han fått symtom i form av stickningar i båda armarna och händerna. Besvärerna kvar-