

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 färska 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.

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.

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 vanebildandande 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. •

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 preparatets 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 individriktade 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 överdragning av tiden. Denna gång dominerade den genomgångna gastroskopi 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-

Diklofenak bör inte ges till patient som är överkänslig mot acetylsalicylsyra

Läkaren ordinerade Diklofenak trots att patienten uppgav att han var överkänslig mot acetylsalicylsyra. Det är väl accepterat att Diklofenak inte bör förskrivas till patienter med sådan överkänslighet. (HSAN 1180/04)

II Den 30-åriga mannen kom till ortopediska akutmottagningen på grund av smärta i höger fotled. Han undersöktes av läkaren, som förskrev Diklofenak som smärtstillande medel. Efter att ha tagit läkemedlet utvecklade mannen en allergisk reaktion och uppsökte senare på dagen en vårdcentral.

Han anmälde läkaren för att han skrivit ut Diklofenak, trots att han hade påpekat att han var överkänslig mot acetylsalicylsyra.

Enligt läkaren var det ingen fara att ta Diklofenak. När han kom hem tog han en tablett. Han fick en allergireaktion och kräktes. Bihålorna täpptes igen och han fick hjärtklappning. Han uppsökte en vårdcentral och fick kortison och allergimedicin, berättade patienten.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler. Den anmälda läkaren bestred

att hon gjort fel. Patienten hade dagen innan skadat sig vid en innebandymatch och sökte på grund av smärta och svullnad i höger fotled.

Röntgenundersökning visade inte någon skelettskada.

Läkaren bedömde patientens mjukdelsskada runt fotleden vara så pass uttalad att hon tyckte att smärtlindring med paracetamol skulle vara otillräckligt. Ett inflammationsdämpande preparat brukar genom sin verkningsmekanism i sådana fall både lindra symtom och göra återställningstiden kortare, menade läkaren.

»Allergisk reaktion osannolik«

Hon rekommenderade Diklofenak tre gånger om dygnet. Patienten påpekade att han var allergisk mot acetylsalicylsyra och undrade om han skulle kunna ta Diklofenak, berättade läkaren.

Hon var medveten om möjligheten för allergisk korsreaktion mellan acetylsalicylsyra och Diklofenak och frågade patienten vilken sorts allergisk reaktion han tidigare haft. Han beskrev då symtom som inte hade någon säker allergisk karaktär och han hade inte heller någon astma. Läkaren noterade ändå i journa-

len att han var allergisk mot acetylsalicylsyra, eftersom han själv trodde det.

Med de uppgifterna som hon hade till sitt förfogande fann hon ingen kontraindikation för att använda Diklofenak, som skulle ha övervägande positiv effekt på förloppet av hans mjukdelsskada. Hon bedömde risken för att patienten skulle få någon allergisk reaktion som osannolik, uppgav hon.

Bedömning och beslut

Patienten uppgav vid undersökningen att han var överkänslig mot acetylsalicylsyra, vilket läkaren också antecknade i journalen. Överkänslighet för salicylsyra är förhållandevis ovanligt och kan yttra sig i form av bland annat klåda i huden och lindrig svullnad men också i form av livshotande astma, påpekar Ansvarsnämnden.

Det går inte att förutsäga när en patient som är överkänslig för salicylsyra får en reaktion vid intag av medlet. Därför måste en uppgift om överkänslighet för acetylsalicylsyra tas på allvar. Det är väl accepterat att Diklofenak inte bör förskrivas till patienter med sådan överkänslighet, framhåller Ansvarsnämnden och ger läkaren en erinran. •

»Rutinerna för särskilt potenta läkemedel ses över – vill undvika liknande situationer i framtiden«

Kvinna fick allvarliga biverkningar – internmedicinare och neurolog varnas

En läkare som lägger in en patient för ett akut tillstånd måste alltid sätta sig in i vilken medicin patienten behandlas med. Och en ansvarig läkare på en vårdavdelning måste alltid granska läkemedelsordinationerna som gäller patienterna hon eller han ansvarar för. Det framhåller Ansvarsnämnden och varnar en internmedicinare och en neurolog. (HSAN 2621/04)

II En 83-åriga kvinnan med en reumatisk ledsjukdom fick i januari 2004 en högersidig stroke med kvarstående besvär i form av talsvårigheter och högersidig kraftnedsättning. Hon blev den 27 juli inlagd vid ett universitetssjukhus för vänstersidig svaghet. Hon medicinerade då med Methotrexate. Detta ändrades på

akutmottagningen till Emthexat, vars aktiva substans är metotrexat.

Efter några dygns vård på neurologiska kliniken försämrades hon med trötthet, svaghet och svårt att svälja. Provtagning visade lågt antal vita blodkroppar och blodplättar samt blodbrist. Det framkom att hon fått Emthexat varje dag i stället för som avsett en gång i veckan. Detta läkemedel sattes då ut.

Fick patientens medicinlista

Patienten anmälde flera läkare och ansvarig personal. Hon framhöll bland annat att när hon kom till universitetssjukhuset fick internmedicinaren hennes medicinlista. Hon drabbades på grund av det inträffade av allvarliga biverkningar.

Ansvarsnämnden läste patientjournalen och tog in yttrande av de anmälda.

Internmedicinaren hävdade att han skrev av medicinlistan som han såg den.

Han hade inget minne av att veckodoseringen av Emthexat var tydligt markerad. Han hade även dikterat in medicinlistan till journalen och inte heller där markerat veckodos. Det är märkligt om den framgick tydligt, ansåg han. Övriga mediciner hade ju fyllts i korrekt inklusive veckodoseringen av ett annat preparat. Han var tveksam till den ursprungliga medicinlistans utformning och tydlighet.

Dessutom hade apoteket bytt preparat från det mer välkända Methotrexate till Emthexat, vilket försvårade den omedelbara identifieringen av vilket medel det faktiskt rörde sig om och försvårade en reaktion på doseringen, menade internmedicinaren.

Då han granskade patientens journal fanns ingen anteckning om insättning eller dosering av Emthexat, vilket hade underlättat. Hon kunde inte tillfrågas då hon var märkt av tidigare stroke och nu

varande sjukdom och hade svårt med tallet. Den medhavda medicinlistan blev enda underlaget för hans ordination. Han bestred disciplinpåföljd.

Neurologen hänvisade till ett yttrande av sin verksamhetschef och till journalen. Verksamhetschefen vid neurologiska kliniken bestred anmälan.

Denne framhöll att i akutjournalen hade angetts vilka läkemedel patienten använde och i vilka doser. Här fanns bland annat Emthexat i tablettform 2,5 mg givet 2 tabletter morgon och kväll.

»Lidande och medicinska risker«

Patienten kom till neurologiska vårdavdelningen på kvällen.

Nästa dag började läkemedel delas ut enligt inskrivningsordinationen. Därefter följde läkare och sjuksköterskor denna tills man märkte en gradvis utveckling av icke väntade symtom.

Efter cirka 10 dagar kunde man i blodprovsanalyser påvisa tecken på att halten av vita blodkroppar var i sjunkande. Den kliniska bilden kopplades till administrationen av Emthexat, som genast upphörde.

Det var beklagligt att patienten från början fick Emthexat inskrivet i läkemedelslistan, att ges dagligen i stället för en gång per vecka, och att varken läkare eller sjuksköterskor på neurologiska kliniken reagerade på doseringen förrän hon utvecklade tecken på läkemedelsbiverkningar. Han måste tyvärr konstatera att patienten åsamkats lidande och utsatts för medicinska risker.

Borde själva ha undersökt patienterna

De båda läkarna borde själva ha undersökt patienterna och inte överlätit det på sköterskor.

I det första fallet (HSAN 2357/04) kom en 3-årig pojke till vårdcentralen med en fingerskada och träffade en distriktsköterska.

Sköterskan rådgjorde med distriktsläkaren, som bedömde att han inte behövde träffa patienten utan lämnade över vården till sköterskan.

Tio dagar senare röntgades pojkens finger och man upptäckte en fraktur, som fick opereras. Pojkens mor anmälde distriktsläkaren för att han inte själv undersökte pojkens finger. Ansvarsnämnden läste pojkens journal och tog in yttrande av distriktsläkaren.

Denne uppgav att han hade en myck-

Men verksamhetschefen anförde också att neurologen ändå uppträtt omödesgiltigt då han följt gällande ordinationer, tidigt i förloppet observerat att patientens tillstånd inte fått det förlopp som förväntades, vilket också var dokumenterat i journalanteckningar, kopplat ihop hennes gradvisa försämring till just läkemedelsbiverkningar och då i synnerhet metotrexat.

Neurologen hade även dokumenterat misstaget och skrivit avvikelserapport.

Ändrar rutiner

Allt det kunde inte bortförklara det faktum att patienten fått en felaktig dos av metotrexat och att detta rimligen orsakade de allvarliga symtom hon drabbades av, underströk verksamhetschefen.

Men samtidigt ansåg han att neurologen agerat noggrant, professionellt och enligt gällande regler.

Därför bestred han anmälan, eftersom han ansåg att det inte i sig var ett fel begånget av en enskild person, som man utan vidare kunde förklara bero på slarv, bristande kunskap eller dylikt.

Snarare rörde det sig om ett fel som delvis uppstått på grund av rutinernas utseende.

På kliniken startade ett arbete med att se över gällande rutiner för att hitta förbättringar så att liknande situationer kan undvikas i framtiden.

Verksamhetschefen berättade också att han hade vidtalat chefläkaren avseende Lex Maria-anmälan och att rutiner avseende hantering av särskilt po-

et vag minnesbild av samtalet med distriktsköterskan om pojkens skada.

Det han kom ihåg var att de diskuterade om nageln skulle vara kvar. Eftersom den var lös och inte verkade stänga in någon vätska fick den vara kvar som skydd.

Läkaren berättade också att enligt pojkens mor hade handkirurgerna informerat om att pojken kommer att få framtida men.

Skälet till att distriktsläkaren inte träffade pojken själv var att han var ensam läkare och att han utifrån den beskrivning han fick bedömde att sköterskan kunde ta hand om pojken.

Ansvarsnämnden menar att distriktsläkaren borde ha undersökt pojkens finger själv eftersom en sjuksköterska inte har den kompetens som behövs för att bedöma en sådan skada. Han får en erinran.

Vaxpropp eller inte?

I fall två kom en man till jourcentralen med hörselbortfall på ett öra sedan dagen innan och yrsel, som han inte hade

tenta läkemedel behöver ses över.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att internmedicinaren i patientens ordinationshandling förde in uppgiften att hon varje dag skulle ha Emthexat, som ersatte Methotrexate.

Av de medicinlistor som hon hade med sig till universitetssjukhuset framgick emellertid att hon var ordinerad Methotrexate en gång i veckan, på onsdagar. Dessa listor var tydliga och kunde inte missförstås. Internmedicinaren gjorde därför en felaktig överföring.

Dessutom måste en läkare som lägger in en patient för ett akut tillstånd alltid sätta sig in i vilken medicin patienten behandlas med. Det akuta tillståndet medför ofta att medicineringen måste ändras.

Internmedicinaren kan inte ha satt sig in i patientens medicinering tillräckligt väl. Han skulle i så fall ha reagerat på den aktuella ordinationen. Han får en varning.

Avseende neurologen understryker Ansvarsnämnden att en ansvarig läkare på en vårdavdelning alltid måste granska ordinationerna som gäller de patienter han eller hon ansvarar för. Många gånger måste doser justeras.

Neurologen hade brustit i den delen. Han var ansvarig läkare för patienten under hennes vårdtid på kliniken, men reagerade först efter en dryg vecka på den felaktiga ordinationen av Emthexat. Även neurologen varnas. •

dagen innan. En sjuksköterska rådgjorde med jourhavande läkare, som inte ansåg att han behövde göra en egen bedömning. Patienten fick egenvårdsråd.

Patienten anmälde läkaren och berättade att han två veckor senare fick sitt öra opererat utomlands men att hörseln inte gick att rädda.

Läkaren uppgav att han inte kom ihåg sjuksköterskans förfrågan om den patienten.

Men generellt menade han bland annat att snabbt påkommen ensidig hörselnedsättning utan andra aktuella besvär för tanken till vaxpropp. Han påpekade också att vaxproppar enligt tradition inte handläggs på jourcentralen.

Ansvarsnämnden påpekar att det i och för sig är riktigt att snabbt påkommen ensidig hörselnedsättning utan andra aktuella besvär för tanken till vaxpropp.

Det hade dock varit lätt för läkaren att bekräfta eller avfärda misstanken om vaxpropp med en egen undersökning och eventuellt hänvisa till någon annan vårdgivare. Läkaren får en erinran. •