

# Hyrläkarsystemet orsak till biverkningsrelaterad demens

**Nu har det hänt igen. En äldre kvinna bedömdes redo för palliativ vård. Hon var då okontaktbar och kunde inte äta själv. När läkemedlet mot epilepsi sattes ut piggade hon dock på sig, blev kontaktbar och kunde själv börja äta och dricka igen.**

I höstas skulle en då 86-årig kvinna skrivas in i landstingets palliativa team efter att en längre tid ha vårdats av de anhöriga i hemmet med hemsjukvården inkopplad.

Den sedan flera år dementa kvinnan hade då blivit allt sämre, med alltmer begränsad funktionsförmåga. Hon var i stort sett okontaktbar. Efter ett par läkarbedömningar vid vårdcentralen ti-

digare under hösten ansågs hon vara redo för vård i livets slutskede.

Förutom insulin behandlades hon med fenytoin 100 mg · 3 sedan ganska många år. I samband med att det palliativa teamet tog över behandlingsansvaret gjordes en mätning av plasmakoncentrationen av fenytoin, något som inte gjorts på åtta år. Koncentrationen var mycket hög, 208 mikromol/liter blod. Enligt Fass ligger den terapeutiska nivån på 40–80 mikromol/liter. När de höga nivåerna av fenytoin upptäcktes sattes läkemedlet ut, och kvinnan började kommunicera redigt. Hon klarade också att inta både mat och dryck.

– Vi blev förfärade, säger verksamhetschefen för vårdcentralen.

– Det här får inte hända, fortsätter hon.

Receptet på fenytoin förnyades årligen vid besök på vårdcentralen. I övrigt besökte kvinnan, enligt verksamhetschefen, inte vårdcentralen särskilt ofta med tanke på hennes tillstånd. Men vid varje besök träffade hon en ny läkare.

– Hyrläkarsystemet är nog en bakomliggande orsak till det som hänt, säger verksamhetschefen.

**Vårdcentralen har ansvar** för nio geografiska områden, och det område som den gamla kvinnan bodde i bemannades av enbart stafettläkare och vikarier i många år.

Men verksamhetschefen säger också

## »Rimligt med årskontroller av fenytoin även om patienten mår bra«

**Om en epilepsimedicin ger önskad effekt och patienten mår bra då behöver man i allmänhet inte mäta nivåer i blodet särskilt ofta. Men det finns ett undantag: fenytoin. Även små förändringar av dosen kan ge stora förändringar i koncentrationen.**

Torbjörn Tomson är professor i neurologi, med särskild inriktning mot epilepsi. Han poängterar att den optimala dosen av ett antiepileptikum är personlig.

– Patienter behöver olika doser, de uppnår olika koncentrationer på given dos, säger han.

**Enligt Torbjörn Tomson** är en bra väg att gå att först prova ut en dos som ger önskvärd effekt och sedan mäta koncentrationerna och ha det som utgångspunkt.

– Vi är inte helt bundna av riktområdena som nämns i Fass och som anges i remissvaren från de farmakologiska laboratorerna, de är ofta baserade på patienter med svår epilepsi. Den optimala koncentrationen är individuell.

På frågan hur ofta man sedan ska mäta koncentrationerna av antiepileptika i blodet svarar Torbjörn Tomson att om patienten mår bra så finns det egentligen

inte anledning att kolla särskilt ofta.

– Men undantaget gäller just patienter som behandlas med fenytoin.

Torbjörn Tomson säger att fenytoin har en speciell omsättning som innebär en mättnadskinetik.

Vid en viss nivå blir de enzymer som bryter ner fenytoin mättade, det betyder att även små dosförändringar eller små förändringar i biotillgänglighet och farmakokinetik kan innebära stora förändringar i serumkoncentrationen.

Om en patient snabbt får för mycket fenytoin, då blir hon/han oftast yr och får balansrubbingar.

– Men om en patient över tid förändrar sin kapacitet att ta upp en dos kan det innebära en smygande koncentrationssökning över månader, eller till och med år, som kan ge biverkningar som är diffusa, man kanske blir trögtänkt och får svårt att minnas. Därför måste man hantera fenytoin annorlunda än andra epilepsimedieciner.

Enligt Torbjörn Tomson är det rim-



Torbjörn Tomson

ligt att ha årskontroller just för fenytoin, även om patienten mår bra, för att ha koll på om nivån börjar vandra uppåt.

– När det gäller barn och epilepsimediecin, så verkar man mer benägen att ta prover regelbundet, säger Torbjörn Tomson och fortsätter:

– Barn ändrar ju sin farmakokinetik alltför ofta de växer. Men det borde gälla alla åldrar.

**Numera sätts fenytoin** sällan in. Det har enligt Torbjörn Tomson att göra just med att farmakokinetiken är så komplicerad. Men för de patienter som har fenytoin sedan tidigare, kanske 10 eller 20 år tillbaka, och mår bra av det, finns ingen anledning att byta.

– En fördel med fenytoin är att det finns för intravenöst bruk. För patienter som debuterar med status epilepticus använder man det för att bryta ett allvarligt tillstånd. Och sedan fortsätter man med det om det fungerade bra, säger Torbjörn Tomson.

– Effektmässigt är fenytoin inte sämre än andra antiepileptika, men det kräver en medvetenhet om att man bör kolla koncentrationerna regelbundet!

Sara Gunnarsdotter

**Regeringsrätten** har beslutat att det var fel av kammarrätten att inte ta upp ett fall som gällde en läkare som föreskrivits provotid av HSAN då han använt sig av homeopati (se LT nr 20/2009).

Läkaren överklagade provotidsbeslutet till länsrätten, som slog fast HSAN:s beslut. Detta överklagades till kammarrätten som dock inte gav prövningstillstånd i ärendet. Läkaren överklagade det till Regeringsrätten.

Nu har Regeringsrätten beslutat att läkarens överklagande till kammarrätten ska prövas. Regeringsrätten skriver i sitt beslut att »frågor om och när det är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet eller på annan grund godtagbart för en läkare att använda sig av alternativmedicinska medel« är otillräckligt belysta i rättspraxis.

Dessutom finns inte några avgöranden som närmare belyser förutsättningarna för att föreskriva provotid för en legitimerad yrkesutövare.

Enligt Regeringsrätten är det av vikt för ledningen av rättstillämpning att dessa frågor prövas.

Socialstyrelsen har också i ett yttrande uttryckt sig positiv till att ärendet prövas men »bestrider ändring i sak«.



**Kvinnans grava demens var läkemedelsbiverkningar**

Det fanns varningssignaler som borde medfört att man övervägt om patientens kognitiva störning skulle kunna vara läkemedelsutlöst, anser Socialstyrelsen i Lex Maria-beslutet. Ändå ställdes en demensdiagnos på bräckliga grunder.

peroral. Läkemedlen, bland annat valproat och lamotrigin mot epilepsi, sattes ut och efter några dagar ville kvinnan stiga upp och frågade efter sitt morgonkaffe.

Händelsen Lex Maria omhändlades av den geriatriska enheten där kvinnan vårdades och hade sitt boende.

kombinationen av valproat och lamotrigin sannolikt är sällsynta, men att prognos om utsättning sker.

Socialstyrelsen konstaterar i Lex Maria-ärendet ett fall med extrema biverkningar.

Läkartidningen 12/2009, sidan 863, samt Läkartidningen 12/2009, sidan 866.

att kvinnans demensliknande tillstånd kan ha varit extra svårbedömt eftersom hon inte talade svenska.

På vårdcentralen har man nu anmält händelsen enligt lex Maria till Socialstyrelsen. Man har också gått igenom

och förändrat rutinerna, bland annat så att det ska finnas markeringar i journalen för patienter som behandlas med läkemedel som innehåller fenytoin, men också valproinsyra, som orsakade ett liknande fall som Läkartidningen tidigare berättat om (se Läkartidningen 12/2009, sidan 866, samt Läkartidningen 12/2009, sidan 863).

**Varje år ska** man inför årsbokslutet följa upp huruvida plasmakoncentrationsbestämningar har gjorts för dessa. Vårdcentralens ledning har också gått igenom de sammanlagt tio patienter som behandlas med fenytoin eller valproinsyra, utan att hitta några fler fall av anmärkningsvärda biverkningar.

Stafettläkarsituationen har löst sig på den aktuella vårdcentralen, och till hösten kommer alla nio områdena att vara bemannade med fasta läkare.

**Sara Gunnarsdotter**

Verksamhetschefen vid vårdcentralen meddelar att kvinnan dött under våren, dock inte med anledning av läkemedelsbiverkningar.