

**I detta nummer:**

- Ansvarsärenden

**Ansvarsärenden**

## Gjorde ingen rimlig uppföljning efter förskrivning av hög dos värktabletter

**Bristen i behandlingen är inte främst att patienten regelbundet förskrivits en förhållandevis hög dos Citodon utan att det skett utan en rimlig uppföljning, konstaterar Ansvarsnämnden och fäller en psykiater. (HSAN 1946/04)**

II Den 56-årige mannen hade sedan flera år varit patient hos psykiatern, som hade förskrivit värktabletter till honom utan att de hade träffats personligen.

Patienten anmälde psykiatern för överförskrivning av starka värktabletter och bristande journalföring – han hade bland annat fått en så stor förskrivning av Treo comp och Citodon att han blev tablettmissbrukare, hävdade han.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande från psykiatern, som bestred att han gjort fel.

Han berättade att patienten kom till psykiatriska kliniken 1991 i ett depressivt tillstånd med typisk symtombild. Det framkom därtill att han hade omfattande huvudvärksbesvär.

Patienten behandlades initialt med antidepressivt läkemedel och fick därtill terapeutiska samtal med kognitiv terapeutisk inriktning och föreföll att förbättras. Åren därefter kom emellertid att präglas av episoder med tydlig depression och dysfori då hans behandling med antidepressiva läkemedel intensifierades. Efter ytterligare försämringsepisoder etablerades en kontakt med en psykioterapeut vid psykiateriet.

### Kroniskt smärtsyndrom

Efter 1997 till årsskiftet 2003/2004 var patientens tillstånd väsentligen stabilt. Fram till 2002 stod han i underhållsbehandling med det antidepressiva läkemedlet Fontex i minskande doser.

Under senaste åren har patienten under de mörkaste månaderna fått ljusbehandling. Vid årsskiftet 2003/2004 skall han åter ha depressivt försämrats. Detta uppmärksammades vid ljusbehandlingen och ett antidepressivt läkemedel återinsattes. Efter årsskiftet utblev han från fortsatt ljusbehandling –

och uppföljande besök hos psykiatern blev inaktuellt då patienten önskade få en annan behandlingsansvarig läkare.

Efter undersökning på neurologiska kliniken bedömdes patientens nacksmärter sannolikt utgöra ett kroniskt smärtsyndrom, berättade psykiatern.

Hans tendens till överkonsumtion av värktabletter noterades initialt i den psykioterapeutiska kontakten mellan 1995 och 1997. Han hade då en blandanvändning främst av Treo comp och Citodon (som ej förskrevs från psykiatriska kliniken) – en användning som kunde nå upp till 20 tabletter per dygn.

Tablettanvändningen bedömdes påverka hans psykiska tillstånd och behandling till den grad att det befanns lämpligast att all förskrivning av medicin skulle ske via psykiatriska kliniken.

### »Inte över rekommendationen«

Psykiatern uppgav att man kom överens med patienten om dosminskning och behandling enbart med ett smärtstillande preparat, Citodon.

Från 1997 har förskrivna mängder Citodon ej medgett användning utöver den i Fass angivna dosrekommendationen 1–2 tabletter 1–4 gånger dagligen. Under senaste året har förskrivna mängder motsvarat en användning av högst 6–7 tabletter per dygn, vilket inte bedömts orimligt med bakgrund i indikation i ett besvärligt kroniskt smärtsyndrom. Hållpunkter för förskrivning av smärtstillande mediciner från annat håll har ej framkommit.

Patienten har efter 1997 fram till nu inte uttryckt missnöje med sin behandling eller oro för sin tablettanvändning, sade psykiatern. Han avvisade påståendet att förskrivning av starka värktabletter hade gjort patienten till läkemedels-

missbrukare och framhöll att psykiatriska kliniken (och han själv) gett patienten förutsättningar för terapeutisk och ändamålsenlig användning av smärtstillande tabletter med hänsyn till hans svåra nacksmärter. Patienten hade både erbjudits och fått olika behandlingsinsatser med olika infallsvinklar.

Patienten tycks mena att medicinförskrivning utöver vad som har journalförts skall ha förekommit under 2002 och 2003. Så är givetvis inte fallet, hävdade psykiatern.

### Mest indirekta kontakter

Psykiatern berättade att hans kontakt med patienten genom åren övervägande varit indirekta – initialt via klinikens psykioterapienhet och de senaste åren via klinikens ljusterapi. Patienten hade (fram till 2002) stått på underhållsbehandling med antidepressivum och därtill underhållsbehandling av sitt kroniska smärtsyndrom med Citodon.

Fram till årsskiftet 2003/2004 hade ytterligare bedömnings- eller behandlingsinsatser inte bedömts indicerade, och patienten hade ej efterfrågat sådan. Det hade således inte funnits anledning till omfattande dokumentation. Trots sparsamma anteckningar avvisade psykiatern att det fanns sådana brister i journalföringen att det eventuellt skulle kunna påverka patientsäkerheten.

I efterhand kan det givetvis framstå som mer ändamålsenligt om frågan om fortsatt underhållsbehandling av patientens nacksmärter hade lämnats till hans husläkare där sannolikt en mer aktiv uppföljning kunnat äga rum. Att så inte skett uppfattades emellertid överensstämmande med patientens önskemål, framhöll psykiatern.

Ansvarsnämnden konstaterar att den

på grund av preskriptionsreglerna inte kan pröva anmälan angående psykiaterns handläggning före den 8 juli 2002.

Under tiden efter det datumet hade patientens förbrukning av Citodon minskat till 6–7 tabletter om dagen. Det finns inte anledning till någon allvarlig kritik med anledning av den förbrukningen i sig, om man accepterar att patienten hade ett kroniskt smärtsyndrom som psykiatern angett i sitt yttrande.

Vad som kan föranleda kritik är dock, hävdar Ansvarsnämnden, att förskrivningen pågått under lång tid utan en utvärdering eller någon form av personlig kontakt som dokumenterats i patientjournalen. Under den här aktuella tidsperioden har patienten haft kontakt med kliniskens ljusbehandling, men den do-

kumentationen inskränker sig till att notera om han kommit till behandlingen eller inte. Det är inte troligt att den kontakten inneburit någon form av utvärdering av Citodonbehandlingen.

Det är vanligt att man i psykiatri arbetar med indirekt kontakt och har möjlighet att träffa patienten personligen särskilt ofta.

Skälen är dels det begränsade antalet psykiatrer, dels behandlingsmodellen med teamarbete som är allmänt accepterad inom specialiteten. Den kontakt som patienten har med en annan behandlare skall emellertid rapporteras till ansvarig läkare och anpassas efter de behov patienten har, framhåller Ansvarsnämnden,

I det här fallet har under flera år endast förekommit förskrivning av värkta-

bletter utan en uppföljning som varit anpassad utifrån behandlingen. Bristen i behandlingen är inte främst att patienten regelbundet har förskrivits en förhållandevis hög dos Citodon, utan att det har skett utan en rimlig uppföljning. Den kontakt som patienten har haft med ljusterapien kan inte betraktas som en rimlig uppföljning.

Det finns ingen beskrivning i journalen om anledning till, eller uppföljningsplanering med anledning av, att antidepressiva läkemedel återinsattes i slutet av 2003. Även för det fall att psykiatern har arbetat indirekt genom personal på ljusbehandlingen krävs att det finns någon form av beskrivning i patientjournalen, anser Ansvarsnämnden och ger honom en erinran. •

## »I gynnsamma fall upptäcker apoteket eller patienten läkarens lapsus«

### Familjeläkare varnas efter avsevärd dosökning av Levaxin

**När familjeläkaren höjde kvinnans Levaxindos avsevärt till 0,125 mg 1 tablett dagligen blev dosen för hög. Han varnas. (HSAN 2563/04)**

Den 61-åriga kvinnan hade kärlekskramp och behandlades med Levaxin på grund av underfunktion av sköldkörteln. I september 2001 vårdades hon på sjukhus på grund av reaktion efter sin makes bortgång och i juli och augusti 2003 var hon inlagd på grund av hjärtinfarkt och trötthet. Vid samtliga tillfällen stod hon på en Levaxindos om 0,1 mg varannan dag och 0,05 mg varannan dag.

Vid besök på familjeläkarmottagningen den 1 september 2003 antecknade familjeläkaren i journalen att kvinnan skulle fortsätta med Levaxin på samma sätt som tidigare. Han skrev dock ut Levaxin i dosen 0,125 mg 1 tablett dagligen.

#### »Kunde inte undgå ansvar«

Patienten anmälde familjeläkaren för att ha utfärdat en för hög dos Levaxin. Hon uppgav bland annat att hon trots ett par kontakter med familjeläkaren i februari och maj 2004 mådde dåligt och bara blev sämre. Via en annan läkare fick hon i augusti 2004 veta att hon hade en alldeles för hög dos Levaxin.

Ansvarsnämnden läste patientens journaler samt tog in yttrande av familjeläkaren.

Av anmälan förefaller det vara så att patienten ordinerats en för hög dos

Levaxin, konstaterade denne. Rimligen framgår det exakta sakförhållandet av journalen. Om det visade sig att han gjort sig skyldig till en sådan felaktig ordination så kunde han förstås inte undgå ansvar. Om det visade sig att han den 1 september 2003 hade utfärdat ett recept på det sätt som patienten angav så måste han ha begått ett fel.

#### »Omedvetet felslut eller felräkning«

Eftersom kontroll av sköldkörtelfunktion och ordination av lämplig Levaxindos är mycket vanligt förekommande och ett område som han är mycket väl förtrogen med måste det i så fall ha rört sig om ett omedvetet rent felslut eller felräkning.

Denna typ av misstag inträffar dessvärre vid enstaka tillfällen bland den mängd ordinationer som en allmänläkare utfärdar. I gynnsamma fall upptäcker apoteket eller patienten läkarens lapsus så att det snabbt kan rättas till, menade familjeläkaren.

Han mindes inte den kontakt som patienten angav för den 14 maj 2004. Eftersom han känner patienten väl borde han minnas om hon varit på besök och borde i så fall ha reagerat på den symtompresentation hon angav i anmälan.

Å andra sidan befann sig hela mottagningen och inte minst han själv under en extrem stress vid tiden före den påtvingade nedläggningen. Landstingsbeslutet i sig inverkar menligt på hans koncentrationsförmåga, hävdade familjeläkaren.

Han menade att den dos Levaxin han förskrev per dag ligger inom ett vanligt terapeutiskt dosintervall. Därför kunde det finnas en tveksamhet om hur stor del av patientens symtom som kunde tillskrivas en för hög dos Levaxin, vad som kunde vara en biverkan av Simvastatin och vad som kunde ha annan orsak.

I ett tilläggsyttrande berättade familjeläkaren att han vid en genomgång av tidboken inte fann någon anteckning om att patienten varit på läkarbesök eller haft en teleföretid den 14 maj 2004. Däremot fanns en notering i tidboken att patienten via en sjuksköterska begärt ett recept på Zocord (Simvastatin), och det är markerat att han utfärdat det önskade receptet (e-recept till apoteket).

Mot denna bakgrund bedömde han det som osannolikt att han och patienten skulle ha haft en personlig kontakt den 14 maj. Han hade därför inte haft möjlighet att värdera de symtom som patienten angav i sin anmälan.

#### Bedömning och beslut

Familjeläkaren har felaktigt ordinerat patienten en för hög dos Levaxin, 0,125 mg 1 tablett dagligen i stället för 0,1 mg varannan dag och 0,05 mg varannan dag.

Detta är en avsevärd dosökning. Härigenom har han av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen och får en varning, slår Ansvarsnämnden fast.

Om anmälan även avsåg att familjeläkaren ordinerade Simvastatin kunde han inte kritiseras för det. •