

är prognosen god i sådana fall. Till saken hör att patienten aldrig tidigare haft liknande domningar i händerna. Det blev sjukskrivning från arbetet på förskolan eftersom hon var alldeles för fumlig i händerna för att kunna arbeta.

**Värken försvann**

Vid återbesök den 4 november hade patienten blivit lite bättre men inte bra. Höger hand var nästan bra.

På vänster sida hade patienten fortsatt besvär. Fortfarande bedömde Y att svullnaden kring medianusnerven skulle gå tillbaka. Patienten fick kortison-tabletter 7 dagar i rad för att försöka skynka på förbättringen. Samtidigt skickades en remiss för neurografi för att kontrollera nerven.

Under tiden fortsatte förbättringen, och Y var nöjd med att de subjektiva be-

svären så sakteliga gick tillbaka. Sjukskrivningen kunde brytas helt i slutet av december. Värken försvann och muskelstyrkan kom tillbaka.

Den 5 januari visade neurografen fortfarande att det var sämre ledningshastighet i vänster medianusnerv. Det ledde till remiss till ortoped. Ortopedsvaret den 22 mars beskrev att kontinuerlig bättre ring pågick. Patienten hade inga tecken till muskelförtvining och kunde diskriminera mellan två punkter i handen på ett normalt sätt. Värken var borta och ingen operationsindikation förelåg.

**»Helt rätt att vänta«**

Y ansåg alltså att det var helt rätt att vänta. En svullnad utlöst av en läkemedelsreaktion brukar gå tillbaka. Ett kirurgiskt ingrepp på grund av besvär uppkomna på detta vis, besvär som gradvis

minskar, hade enligt Y:s mening varit fel.

Ansvarsnämnden noterar att patienten berättade för X att hon tidigare reagerat mot sulfapreparat.

**Borde kontrollerat journalen**

X borde ha kontrollerat uppgiften i hennes journal. Han skulle då ha upptäckt att det där fanns en varning införd avseende trimetoprim. Genom att inte läsa i journalen har X av oaktksamhet inte fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Han får en erinran.

Y konstaterade att patienten hade besvär med framför allt vänster hand och remitterade redan i november henne till sjukhus för nervundersökning och sedan till ortoped. Utredningen av patientens besvär var adekvat och kunde knappast ha skett snabbare. Det finns inte skäl att kritisera Y.

# Tre tabletter metotrexat i veckan blev tre om dagen

Kan orsaka svåra biverkningar – geriatrikern borde varit särskilt observant

**Metotrexat kan orsaka svåra biverkningar vid felaktig hantering. Geriatrikern borde därför ha varit extra observant vid ordination av läkemedlet. Nu blev tre tabletter i veckan tre om dagen. (HSAN 218/06)**

Den 72-åriga kvinnan är diabetiker och besväras av restsymtom efter Guillain-Barrés sjukdom. Hösten 2005 opererades hon med total höftledsplastik på vänster sida. Efter ingreppet remitterades hon för fortsatt rehabilitering och mobilisering till ett geriatrikcentrum.

På grund av smygande debut av värk, stelhet och svullnad i händerna konsulterades reumatolog. Denne bedömde besvären som reumatoid artrit. Patienten ordinerades kortison och metotrexat 2,5 mg, tre tabletter per vecka.

**Tre i veckan blev tre om dagen**

Patienten anmälde geriatrikern för felaktig ordination, tre tabletter metotrexat om dagen i stället för tre i veckan, under tiden den 12–19 december 2005. Ansvarsnämnden läste patientjournalen och hämtade in yttrande av geriatrikern, som medgav att hon gjort fel.

Patienten vårdades under tiden 14 november 2005 till 18 januari 2006 vid geriatrikavdelningen för ortopedisk rehabilitering efter en höftledsoperation på

grund av artros. Höftrehabiliteringen fungerade väl, men patienten utvecklade tilltagande stelhet och svullnad i hand- och fingerleder. Utredning med laboratorieprov och röntgen visade ökad inflammatorisk aktivitet. Kontakt togs med reumatologkonsult, och kliniska och laboratoriemässiga tecken på reumatoid artrit bedömdes föreligga. Behandling med metotrexat och kortison ordinerades.

Vid konsultbesöket samtalande geriatrikern med reumatologen och fick muntlig instruktion om den intermitenta behandlingen med metotrexat, vilken även upprepades genom svar i den elektroniska patientjournalen (Cosmic).

**Var fullt införstådd**

Geriatrikern var fullt införstådd med att behandlingen skulle ske intermittent med 3 tabletter metotrexat 2,5 mg en gång per vecka (måndag) med start den 12 december. Hon överförde ordinationen till läkemedelslistan i den elektroniska patientjournalen omedelbart efter konsultens besök den 9 december.

En ordination i läkemedelslistan i Cos-

mic innebär flera moment – val av läkemedel, styrka, läkemedelsform, administrationsätt, periodisk tillförsel, val av intervall, insättningsdatum och tidsperiod för behandlingen, berättade geriatrikern.

Här skulle dosen ökas från tre till fyra tabletter efter en vecka. Detta kan inte utföras enkelt i läkemedelsmodulen i den elektroniska patientjournalen, utan kräver att den första ordinationen avslutas efter en vecka och att

ordination återupprepas med ett nytt startdatum. I något av dessa led uppstod ett fel, och tvärt emot geriatrikerns avsikt blev dosen daglig istället för en gång per vecka.

Patienten förbättrades i sina leder efter behandlingens start. Den 19 december vid den

planerade dosökningen upptäckte geriatrikern misstaget, och såväl patienten som reumatologen informerades omedelbart. Provtagning visade inget anmärkningsvärt vad gäller blod-, lever- eller njurvården.

Patienten utvecklade den 20 december mukositet, feber 38,2°C och ökad CRP. I samråd med infektionsbakjouren satte

**»Metotrexat är ett läkemedel som kan orsaka svåra biverkningar vid felaktig hantering. Geriatrikern borde därför ha varit extra observant vid ordination av läkemedlet.«**

geriatrikern in infusion Zinacef 1,5 g x 3 sedan bakterie- och svampodlingar från blod och munhåla/svalg tagits.

Koncentrationsbestämning av metotrexat i serum visade <0,2 umol/l, vilket enligt Giftinformationscentralen bedöms som en försumbar koncentration. En intravenös dos kalciumfolinat 15 mg gavs dock som säkerhetsåtgärd.

Den 21 december gick geriatrikern på planerad juledighet och överrapporterade förloppet till en kollega för uppföljning.

Hon anmälde också händelsen till sjukhusets avvikelssystem.

**»Behöver vidareutvecklas«**

Hon godtog anmälan men framhöll att doseringsmisstaget inte skulle ha skett om tidigare gängse handskrivna läkemedelslista använts.

Misstaget har uppkommit vid överföring till läkemedelsmodulen i Cosmic och var enligt hennes mening ett resultat

av att denna del i Cosmic är krånglig med många moment.

Denna uppfattning stöds av att flera kliniker vid sjukhuset avstått från eller avbrutit användning av läkemedelsmodulen i Cosmic då systemet anses i behov av vidareutveckling, framhöll geriatrikern.

**Borde varit extra observant**

Ansvarsnämnden konstaterar att geriatrikern under en vecka ordinerade metotrexat, 2,5 mg, tre tabletter dagligen i stället för tre tabletter per vecka, vilket var den korrekta doseringen.

Misstaget upptäcktes den 19 december. Till följd av överdoseringen drabbades patienten av biverkningar i form av slemhinneerosioner.

Metotrexat är ett läkemedel som kan orsaka svåra biverkningar vid felaktig hantering. Geriatrikern borde därför ha varit extra observant vid ordinationen av läkemedlet.

Hon har förklarat sitt misstag med brister i läkemedelsmodulen i den elektroniska patientjournalen (programmet Cosmic).

Ansvarsnämndens ledamöter upplystes vid sammanträdet den 21 juni 2006 att likartade datortekniska problem förekommit även på andra sjukhus.

**Besvarade inte frågan**

Mot den bakgrunden och Socialstyrelsens särskilda kompetens och kännedom i fråga om vårdgivarna och rutinerna i vården beslutade nämnden därför att inhämta Socialstyrelsens yttrande när det gäller geriatrikerns invändning om svårigheterna att dokumentera en ordination i läkemedelsmodulen.

Socialstyrelsen yttrade sig men har inte besvarat frågan.

Geriatricern har av oaksamhet åsidosatt sina skyldigheter vid dokumentationen av ordinationen av metotrexat. Hon får en erinran.

Ordinationerna skedde inte med erforderlig försiktighet – patienten blev beroende

# Skrev under lång tid ut mycket stora doser narkotiska preparat

**Under 20 månaders tid fick en kvinna förskrivningar motsvarande ett dagligt intag av 12 tabletter Dolcontin 100 mg, 11 ml Ketoganinjektioner 5 mg/ml, 2–3 tabletter Ketogan 5 mg och 4–5 tabletter Flunitrazepam 1 mg. Den förskrivande neurologen varnas. (HSAN 980/06)**

Socialstyrelsen anmälde neurologen för att i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet under en längre tid och i stor omfattning ordinerat Ketogan, Dolcontin och andra opiater till den 49-åriga kvinnan.

Socialstyrelsens utredning visade att neurologen sedan 1998 haft ansvar för patientens behandling och att patienten i december 1998 varit inlagd på medicinkliniken på grund av huvudvärk samt för hjälp med Treo comp-avgiftning.

Vidare framgår att neurologens första ordination av opioider till patienten skedde den i januari 1999. Journalanteckningen innehåller inte någon motivering.

Sedan följde bland annat fortsatta och upptrappande förskrivningar av narkotiska läkemedel. Med hänsyn till preskriptionsreglerna åberopas endast do-

kumenterade ordinationer under de två senaste åren.

Under 20 månader, 4 maj 2004–2 januari 2006, förskrev neurologen bland annat följande narkotiska läkemedel till patienten: 7 120 tabletter Dolcontin 100 mg, 6 770 ml injektionslösning Ketogan 5 mg/ml, 1 640 tabletter Ketogan 5 mg och 2 700 tabletter Flunitrazepam 1 mg med mera.

**Utvecklade beroende**

Även om patienten besvärats av svår huvudvärk måste det betecknas som anmärkningsvärt att opioidbehandlingen inleddes utan närmare motivering eller dokumenterade överväganden.

Det framgår inte heller att någon utvärdering eller omprövning av den insatta behandlingen gjorts; tvärtom har förskrivningarna av opioider av olika styrka och beredningsform trappats upp, vilket oundvikligen resulterat i att patienten utvecklade ett beroende.

Neurologens förordnande av narkotiska läkemedel har därmed inte skett med erforderlig försiktighet. Han har även brutit i fråga om journalföringen av behandlingen, menade Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden tog in yttrande av neurologen, som ansåg att han inte gjort något fel.

Han hade haft patienten sedan 1998 bland annat på grund av huvudvärk samt för hjälp med Treo comp-avgiftning. Hon genomgick då utredning med DT hjärna, som visade en förtjockad benstruktur i kalotten och man föreslog en skintigrafi, som utfördes i januari 1999. Den visade bild som vid hyperostosis frontalis. Hon har varit med om en hel del trauman mot huvudet tidigare, däribland en trafikolycka med krossat bakhuvud i början av 1980-talet.

**Övertygad om behovet**

Patienten opererades 1995 på grund av övervikt. Hon har de senaste åren haft och har fortfarande mycket besvär med både kräkningar och diarré, som har bedömts vara en följd efter överviktsoperationen.

Neurologen har varit övertygad om att patienten har behövt smärtlindrande behandling i form av opiater, men på grund av att hon haft upprepade kräkningar och diarré har upptaget av hennes mediciner i mag-tarmkanalen troligen

inte varit tillräckligt, varför behovet av analgetika varit så högt.

**»Kände sig tvungen skriva ut«**

Patienten har inte velat ha kontakt med smärtenheten och har vägrat kontakt med någon annan vårdgivare än neurologen. Hon har någon gång sagt att om hon inte fick tillräcklig smärtlindring tänkte hon resa till Schweiz för att lägga in sig på »självmordsklinik«.

Neurologen har därför genom åren känt sig tvungen att skriva ut de stora mängder av opioider som framgår av journalanteckningarna.

Att ingen utvärdering av patientens behandling har skett ansåg han inte vara helt korrekt eftersom de haft regelbunden kontakt per telefon och patienten dessutom varit på återbesök flera gånger sista året. Han har gjort flera försök att minska förskrivningen av opioider, tyvärr utan att lyckas. Han har remitterat patienten till beroendeenheten på psykiatriska kliniken vid

länssjukhuset, och hon har erbjudits inläggning där flera gånger (7/2, 3/3 och 4/4 2006) men tyvärr uteblivit.

Neurologen berättade att han har diskuterat patienten med sin chefsöverläkare, och hon kommer i fortsättningen inte att få recept på opioider från honom utan ska uppmanas att för fortsatt omhändertagande kontakta antingen beroendeenheten vid psykiatriska kliniken eller en läkare i hennes närområde.

Behovet av hjälp med avveckling av opioider och samtidig smärtbehandling framstår som klart, menade neurologen.

**Kan inte få styra**

Socialstyrelsen pekade sedan på att neurologen

bland annat uppgett att han, på grund av att patienten vägrat kontakt med annan vårdgivare och även uttalat suicidhot, känt sig tvungen att skriva ut stora mängder opioider.

Även om det förelegat en svårhanterlig behandlingssituation kan det inte anses

som professionellt, och inte förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, att på detta sätt låta patientens önskemål styra läkemedelsbehandlingen.

Ansvarsnämnden konstaterar att neurologen under lång tid skrivit ut mycket stora doser narkotiska preparat till patienten, som har tidigare missbruksproblem. Indikationen för behandlingen har varit oklar, och behandlingens resultat har inte följts upp.

**»Synnerligen anmärkningsvärd«**

Vid några tillfällen har neurologen försökt få patienten avgiftad. Trots att hon vägrat gå med på sådan behandling har han fortsatt förskrivningen.

Enligt Socialstyrelsens uträkning har patienten under tiden 4 maj 2004–2 januari 2006 fått förskrivningar motsvarande ett dagligt intag av ca 12 tabletter Dolcontin 100 mg, 11 ml Ketoganinjektioner 5 mg/ml, 2–3 tabletter Ketogan 5 mg och 4–5 tabletter Flunitrazepam 1 mg.

Förskrivningen är synnerligen anmärkningsvärd och strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning även i fråga om bristerna i dokumentationen.

Neurologen får en varning.

**»Även om det förelegat en svårhanterlig behandlingssituation kan det inte anses som professionellt, och inte förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, att på detta sätt låta patientens önskemål styra läkemedelsbehandlingen.«**

Struntade i tidigare varning från Ansvarsnämnden

# Varnas för andra gången på ett år och får förskrivningsrätten begränsad

**På mindre än ett år varnas en gynekolog för andra gången för att till sin exfru ha skrivit ut stora mängder narkotikaklassade läkemedel. Samtidigt dras hans behörighet att förskriva narkotiska preparat in. (HSAN 1734/06)**

Socialstyrelsen anmälde gynekologen och hänvisade till att Ansvarsnämnden den 13 december i fjol varnade denne för att ha skrivit ut stora mängder Treo comp till sin exhustru, som sedan länge hade missbruksproblem.

I våras upptäckte Socialstyrelsen att gynekologen på bara en dryg månad förskrivit 1 000 tabletter Stesolid 5 mg och 30 tabletter Zopiklon 7,5 mg till exhustrun. Mängden Stesolid motsvarar en konsumtion av 23 tabletter per dygn.

Ansvarsnämnden tog in yttrande av gynekologen.

Denne hänvisade till att hans hustru haft ett mycket traumatiskt liv. För 20 år

sedan dog hennes mor framför hennes ögon i ett brutet aortaaneurysm, vilket var inledningen till ett liv i mycket ångest och även mycket fysisk smärta på grund av en besvärlig rygg.

För några år sedan dog system i lungcancer, och ett år senare suiciderade systemens son.

**»Skrev ut av medkänsla«**

Den 29 januari i år lades exfrun in på hjärtintensiven med ett extremt högt blodtryck. En utredning visade att hon hade tre aneurysm i bröstaorta.

Detta är förstas ett mycket ångestfullt tillstånd med tanke på hur det gick för modern, varför han skrev ut Stesolid till henne av medkänsla, trots att han är medveten om att det är oprofessionellt att skriva recept till anhöriga.

Att det blev så stora mängder berodde på att det övergick i utpressningssituationer, hävdade gynekologen.

Att Socialstyrelsen har ingripit känns trist men även bra då hon, trots att hon mår dåligt, inte framöver kommer att kunna förmå honom till förskrivning varken av medkänsla eller genom utpressning.

Gynekologen underströk att han aldrig har missbrukat sin förskrivningsrätt gentemot andra patienter än sin tidigare hustru varför han önskade att hans förskrivningsrätt dras in gentemot henne, men att den bibehålls för övrigt om detta är en möjlig påföljd.

**Stoppas förskrivningen**

Ansvarsnämnden konstaterar att gynekologen genom sina förskrivningar har gjort ett fel som ger honom en varning.

Han har också missbrukat sin rätt att förskriva narkotiska läkemedel. Eftersom han inte rättat sig efter den tidigare varningen dras hans rätt att förskriva sådana läkemedel in.