Legemiddelbehandlingen



Ukom



DØDSFALL PÅ EN AKUTTPSYKIATRISK SENGEPOST

Legemiddelbehandlingen

Publisert 7. juni 2021

ISBN 978-82-8465-002-9

Hanna fikk mange legemidler

I dette kapittelet beskrives funn knyttet til den legemiddelbehandlingen Hanna fikk. Det er tatt med sitater som eksempler på noen av funnene. De viktigste funnene er:

- Hanna fikk tilleggsmedikasjon i form av intramuskulære injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepin fordi hun var urolig og sov lite.
- Både i journalnotater og i samtaler kommer det fram en oppfatning av medikamenter som det viktigste behandlingstiltaket for Hanna.

Hannas basismedikasjon ga ikke tilstrekkelig effekt

Før innleggelsen brukte Hanna forebyggende behandling i form av litium (stemningsstabiliserende) tabletter 83 mg + 125 mg og perfenazin (antipsykotikum) tabletter 12 mg + 12 mg. Det er mulig at Hanna ikke tok medisinen regelmessig før innleggelsen. Konsentrasjonen av litium i serum på innleggelsesdagen var 0,3 mmol/l. Den fjerde dagen etter innleggelsen var serum-litium 0,9 mmol/l. Hanna fikk litium og perfenazin alle dagene hun var innlagt. De tre første dagene fikk hun dessuten olanzapin (antipsykotikum) tabletter 15 mg daglig.

Antipsykotika

Antipsykotika er medikamenter som kan virke mot psykose. Disse medikamentene kan ikke helbrede sykdommen, men de kan ta vekk mange av symptomene og gjøre dem mildere. I noen tilfeller kan de også korte ned varigheten av en sykdomsperiode. Det finnes mange forskjellige antipsykotika, eller nevroleptika, som er en annen benevnelse på denne medikamentgruppen. Virkningsmekanismen av disse legemidlene er blokade av dopaminreseptorer, som gir færre signaloverføringer mellom nerveceller i hjernen. Effekten av dette kan være antipsykotisk, men på grunn av dopaminets brede funksjon, og antipsykotikas virkning på andre reseptorer i tillegg til dopaminreseptoren, vil pasienten i de aller fleste tilfeller også oppleve trøtthet, sedasjon, økt appetitt, redusert kognisjon m.m. Antipsykotika blir brukt i behandling, men unntaksvis også for å forhindre at pasienter skader seg selv og/eller andre. Kilde: Nhi.no

Hanna fikk beroligende benzodiazepiner under innleggelsen. De første dagene fikk hun oksazepam (beroligende benzodiazepin) tabletter 15 mg x 2. Dette ble byttet ut med diazepam (Stesolid) tabletter 10 mg x 3 fra den syvende dagen. Hanna fikk i tillegg zolpidem (sovemedisin) tabletter 5-10 mg på kvelden.

Tilstanden ble gradvis forverret, og den syvende dagen fikk Hanna injeksjon av zuklopentixolacetat (Cisordinol-Acutard) 100 mg intramuskulært. Perfenazin-dosen ble redusert.

Den 12. dagen fikk Hanna følgende medisinering (gjennom munnen om ikke annet er oppgitt):

Kl. 09.00 litium 83 mg + perfenazin 4 mg + diazepam 10 mg

Kl. 13.00 zuclopentixolacetat 100 mg og diazepam 10 mg (begge som intramuskulære injeksjoner)

kl. 18.55 diazepam 10 mg

kl. 20.30 litium 125 mg + perfenazin 4 mg

kl. 22.40 diazepam 10 mg og zolpidem 10 mg.

Tabellen viser Hannas medisiner under innleggelsen, inkluderer legemidler forordnet av postleger (døgndose i mg tabletter), engangs-forordninger fra postleger* og engangs-forordninger fra vaktleger (i mg tabletter)**

Dag 1	Perfenazin 24, Litium 208, Olanzapin 15, Zolpindern 5
Dag 2	Perfenazin 24, Litium 208, Olanzapin 15, Zolpindern 5, Oksazepam 30
Dag 3	Perfenazin 24, Litium 208, Olanzapin 15, Zolpindern 5, Oksazepam 30
Dag 4	Perfenazin 24, Litium 208, Zolpindern 5, Oksazepam 30 , Lorazepam tablett 2 mg*, Zolpidem 5**
Dag 5	Perfenazin 24, Litium 208, Zolpindern 5, Oksazepam 30
Dag 6	Perfenazin 24, Litium 208, Zolpindern 5, Oksazepam 30, Diazepam 10**
Dag 7	Perfenazin 24, Litium 208, Zolpindern 10, Diazepam 20, Diazepam 10**
Dag 8	Perfenazin 16, Litium 208, Zolpindern 10, Diazepam 20, Zuclopentixolacetat injeksjon 100 mg*
Dag 9	Perfenazin 8, Litium 208, Zolpindern 10, Diazepam 20,
Dag 10	Perfenazin 8, Litium 208, Zolpindern 10, Diazepam 20,
Dag 11	Perfenazin 8, Litium 208,Zolpindern 10, Diazepam 20, Diazepam 5**
Dag 12	Perfenazin 8, Litium 208,Zolpindern 10, Diazepam 10, Zuclopentixolacetat injeksjon 100 mg Diazepam injeksjon 10 mg*, Diazepam 20**

Hanna fikk injeksjoner med antipsykotika og benzodiazepiner

I journalnotater står det at Hanna var psykotisk, sov lite, var urolig, og at det var tilfeller med slag og spark rettet mot miljøpersonalet. I disse notatene er det ikke beskrevet bekymringer for Hannas somatiske helse, men i intervjuer med Ukom har informanter uttrykt dette. Flere var bekymret for at Hanna skulle kollapse. En lege sa det slik:

«Dette med hvile tenkte vi var viktig fordi hjernen og kroppen hennes var utsatt for et voldsomt stress hva gjelder stresshormoner i en sånn agitert tilstand, så blir jo stresshormonproduksjonen, den øker jo vesentlig, og det er en belastning på hele hennes kropp med hensyn til hjerte og blodtrykk.»

LIS-lege og to overleger var involvert i den siste beslutningen om intramuskulære injeksjoner. I journalnotatet står det:

«Evner ikke å svare i meningsbærende setninger. Samarbeider dog om medisinering. Tar gjentatte ganger tak i hendene og klærne til u.t. og overlege. Slår ved et par anledninger ut i luft og lett mot miljøpersonell. Stor psykomotorisk uro. Tar delvis korrigering på dette. Fremstår preget av stemme- og synshallusinasjoner.»

Hanna fikk da injeksjoner intramuskulært med zuclopentixolacetat 100 mg og diazepam 10 mg klokken 13. Kort tid etter sov hun en stund. Utpå ettermiddagen var hun igjen urolig, men vakthavende lege mente at Hanna totalt sett hadde fått nok medisiner.

Hanna fikk den siste dagen følgende benzodiazepiner: 30 mg diazepam og 10 mg zoplidem (tabletter) og, 10 mg diazepam (Stesolid) intramuskulær injeksjon. Det bemerkes at 20 mg diazepam og 10 mg zolpidem (tabletter), ble gitt i løpet av tre og en halv time kvelden før hun døde.

Ukoms vurderinger av legemiddelbehandlingen og håndtering av risiko

I Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar, for behandling av Hannas maniske tilstand heter det blant annet:

«Mani og blanda episodar er alvorlege psykiatriske tilstandar som krev rask behandling for å fjerne symptom og normalisere funksjonsnivået. Medikament er hjørnesteinen i behandlinga av mani. Medikament plar verke raskt og effektivt. Kliniske erfaringar tilseier at det er rimeleg å revurdere behandlinga dersom ein ikkje ser betring i løpet av ei vekes tid. Personar som ikkje har tilstrekkeleg effekt av eit antimanisk middel, får ofte kombinasjonsbehandling med fleire legemiddel (258). Dei best dokumenterte kombinasjonane er andregenerasjons antipsykotiske middel gitt i tillegg til litium eller valproat.» (3)

Ifølge retningslinjene er det god behandling å kombinere litium og ett antipsykotikum. Hanna fikk imidlertid flere legemidler. Ukom er kjent med at det ofte forekommer at pasienter med mani får flere legemidler for å redusere symptomer. Retningslinjen sier ingenting om hvordan benzodiazepiner skal benyttes i behandlingen av mani. Retningslinjen omtaler ikke hvilken risiko som er knyttet til behandlingen eller spesielle observasjonstiltak i tilknytning til somatisk helse.

Retningslinjen sier at medisinering må tilpasses etnisk bakgrunn. Dette nevnes fordi opptak og effekt av legemidler kan være forskjellig i ulike etniske grupper.

I klinisk praksis observeres det ofte en variasjon i hvordan pasienter responderer på psykiatriske medikamenter. Denne variasjonen har tilknytning til forskjellige faktorer som alder, kjønn, etnisk bakgrunn og genetikk (farmakogenetikk). I noen tilfeller er det en sammenheng mellom etnisk bakgrunn og genetiske variasjoner. Disse viktige genetiske variasjonene fører til forskjeller i medikamentmetabolisme (kroppens omsetning og håndtering av legemidler) som igjen avgjør både terapeutisk effekt og risiko for bivirkninger. Dette er bakgrunnen for anbefalingen om at medisineringen må tilpasses etnisk bakgrunn.

Cytokrom P450-systemet (enzymer) er ansvarlig for metabolisme av et stort utvalg av medikamenter, inkludert mange antipsykotika. Genetiske variasjoner knyttet til dette systemet har ulik forekomst i ulike etniske grupper. Zuklopentiksolacetat er et psykofarmaka som metaboliseres av isoenzymet CYP2D6, og det er beskrevet en lavere forekomst av langsomme CYP2D6 metabolisatorer i den asiatiske befolkningen (1 %) enn i kaukasiske eller afrikanske befolkninger (5–10 %). Dette betyr at risikoen for høye nivåer av zuklopentiksolacetat varierer i ulike grupper. Farmakogenetisk test ble tatt av Hanna flere år tilbake. Denne viste normale forhold.

Etter vår vurdering er injeksjonsbehandlingen med zuclopenthixolacetat, som Hanna fikk, relativt ofte brukt i psykisk helsevern. Det er en intensiv og til dels risikofylt behandling som brukes mot de mest alvorlige tilfellene av manisk psykose.

Injeksjoner med zuclopentixolacetat har langsomt innsettende effekt. Produsenten opplyser i Felleskatalogen at det inntrer en betydelig effekt fire timer etter injeksjonen, noe mer uttalt effekt i løpet av 1–2 dager, deretter avtar effekten raskt. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry (retningslinje for forskrivning av legemidler) sier at begynnende sløvende effekt inntrer etter omtrent to timer, og at det tar omtrent 12 timer før maksimal effekt. Dersom man ikke har god kjennskap til dette, kan det være vanskelig å vurdere effekten og eventuelt hvor påvirket pasienten er av legemiddelet. Dersom legemiddelet gis klokken 13, vil maksimal effekt inntre først klokken 01 om natten.

I Maudsley prescribing guidelines (8) vises det til en rekke forsiktighetsregler for slike injeksjoner. Lenke til Maudsley prescribing guidelines - Zuclopenthixol Acetate injection. Etter vår vurdering er dette blant de viktigste:

- Zuclopentixolacetat skal aldri injiseres samtidig med andre injeksjoner av legemidler fordi det kan lede til oversedering (for stor beroligende effekt som gjør personen følelses- eller bevisstløs).
- Zuclopentixolacetat skal ikke benyttes dersom pasienten kan ta tabletter.

De relativt store dosene med diazepam og benzodiazepinlignende stoffer kan utgjøre en tilleggsrisiko ettersom behandlingen kan medføre pustevansker og nedsatt bevissthet.

Det offentlige helsevesenet i England (NHS) har innført egne retningslinjer for bruken av zuclopentixolacetat for alvorlig syke. Her finner man retningslinjer for observasjonstiltak etter at pasienten har fått injeksjon (9).

Ifølge denne retningslinjen skal man under injeksjonsbehandling benytte såkalt National Early Warning Score. Slike skåringsskjema er godt kjent i somatikken som verktøy for systematiske observasjoner av vitale parametre hos innlagte sykehuspasienter. Observasjonstiltak som dette øker muligheten for tidligere identifisering av forverring i pasientens kliniske tilstand i timene /dagene etter en slik injeksjon (10).

Hadde Hanna evne til å samtykke til legemiddelbehandling?

Ifølge pasientjournalen hadde Hanna i mange år brukt legemidler for behandling av psykiske lidelser. Hanna hadde flere ganger tidligere fått injeksjoner med zuclopentixolacetat 50 mg. Dette ble da gitt som tvangsmedisinering. Det er ikke nevnt i pasientjournalen at Hanna under innleggelsen skulle tvangsmedisineres med zuclopentixolacetat, og heller ikke at hun manglet samtykkekompetanse i spørsmålet om legemiddelbehandling. I journalnotater og samtaler med Ukom har personalet beskrevet episodevise samarbeidsutfordringer. Under innleggelsen tok hun sine faste medisiner.

I etterkant sier leger og ledelse ved sykehuset at Hanna ikke hadde samtykkekompetanse i spørsmålet om legemiddelbehandling for sin psykiske lidelse.

Vurdering av samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse er en forutsetning for å velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke til helsehjelp. Helsepersonell med det faglige ansvaret for helsehjelpen avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse innebærer: evnen til å uttrykke et valg, evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp, evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen sykdom og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene og evnen til å resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene

I brev fra Helsedirektoratet (11) står det at dersom en pasient mangler samtykkekompetanse, kan det i psykisk helsevern ikke regnes som frivillig å ta medisiner knyttet til psykiske lidelser. Uten gyldig samtykke gjelder reglene i §§ 4-4 og 4-8 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Sykepleierne, som hadde ansvar for Hanna, sier de hadde et akutt behov for å hjelpe henne med å finne hvile og søvn ved hjelp av legemidler. Legene støttet denne vurderingen og mente at det hastet. Opplevelsen av hastverk kan ha medvirket til at formelt vedtak ikke ble fattet der og da. Muligheten for at pasienter kan klage på vedtak om tvangsmedisinering trekkes i denne sammenheng fram som et element som kan forsinke behandlingen:

«Da tar det en uke fra jeg fatter vedtaket til fylkeslegen får kommet til oss sammen med en advokat som skal bistå pasienten i klagen. Noen ganger, når pasienten er så syk som Hanna var, så kan jeg fatte vedtaket og gjøre det virksomt med øyeblikkelig virkning. For vi kan ikke vente en uke.»

Legen forteller videre at Hanna samarbeidet om å få zuclopentixolacetat, men at hun ikke var samtykkekompetent:

«Hadde jeg hatt litt bedre tid, så burde jeg nok fattet et 4-4 vedtak som et tiltak for å fremme søvn.»

Legen forteller at diazepam (Stesolid) ikke kan gis med hjemmel i et vedtak om tvangsbehandling:

«Noen ganger så fatter vi 4-4 vedtak og gir et depot, som har en effekt etter 3-4 uker, men innimellom den tid, så kan det være behov for å også bruke kortidsvirkende medikamenter. Og da er spørsmålet... Stesolid er egentlig ikke lov å bruke som behandling, men for å forebygge skade, så stesolidinjeksjon skal i et 4-8 C-vedtak og ikke 4-4-vedtak.»

Vedtak om tvangsbehandling

Bestemmelsen er i Psykisk helsevernlovens kapittel 4 og gir hjemmel for å iverksette undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke. Dersom det er nødvendig med fysisk maktbruk for å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen, må det i tillegg treffes eget tvangsmiddelvedtak om dette etter § 4-8. Tvungen behandling er alvorlig og inngripende, og hensikten med bestemmelsen er å bidra til kvalitetssikring og å legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken skal komme frem. Helsepersonell som kjenner pasienten og pasientens situasjon godt, kan ha verdifull kunnskap som kan legges til grunn i vurderingen av om behandlingen skal gis eller ikke.

Legene og ledelsen forteller at Hanna ikke var i stand til å forstå risikoen med injeksjonene, men at disse ble vurdert som nødvendige og at hun tok imot behandlingen uten motstand. Flere informanter trekker fram at samarbeid generelt oppfattes som en form for samtykke. Det oppfattes som uhensiktsmessig å lese opp alle bivirkningene eller farene ved medikamentet til pasienten. Dette er legemidler som gis hver dag.

For legene var det en krevende situasjon med mange forventninger, hensyn og dilemmaer da beslutningen om legemiddelinjeksjoner ble tatt den siste dagen. Det virker som utveien ble å basere seg på et samtykke, selv om legene kanskje var usikre på gyldigheten av dette.

I psykisk helsevern er kravet om informert samtykke er skjerpet etter at Norge i 2013 ratifiserte konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, (12) og senere ved innføringen av samtykkekompetansemodellen i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (13). Dette har bidratt til økt oppmerksomhet på selvbestemmelsesretten og rettsikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Vår undersøkelse viser at dette er et utfordrende og arbeidskrevende felt som krever et godt styringssystem ved sykehusene.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924