

lös tills hon avled två månader senare. Under tiden tillstötte flera komplikationer.

Kvinnans sambo anmälde personalen som varit inblandad i vården. Han var övertygad om att utan förväxlingen av koksalt och sockerlösning så skulle hans sambo ha blivit helt frisk och återställd efter operationen.

Ansvarsnämnden granskade patientjournalen och fick in yttranden från en lång rad läkare och sköterskor vid två olika kliniker, en anestesioch- och en kirurgklinik.

»Orsakssammanhanget framstår som helt klart»

Chefsöverläkaren på anestesikliniken konstaterade i sitt yttrande att patienten under drygt ett dygn hade tillförts stora mängder insulin. Detta hade med stor sannolikhet resulterat i hypoglykemi, vilket gav upphov till långvarig medvetlöshet och tecken på en grav hjärnskada.

»Ett orsakssammanhang mellan denna komplikation och den aktuella förväxlingen framstår för mig som helt klart», ansåg han.

Sjuksköterskan som fälldes var med vid anestesi av patienten och uppgav att »sannolikt har jag inte kontrollerat innehålllet i påsen».

Narkosläkaren, som också fälldes, sade att »...artärflusen var uppkopplad och färdig-gjord, dvs instoppad i sin övertrycksmanchett, genomspolad genom tryckaggregat och förlängningsslangar. På op-salen var det dock jag som kopplade den redan iordninggjorda förlängningsslangen till artärnålen».

Ökade insulindosen

Avdelningsläkaren deltog i rondan på morgonen dagen efter operationen. Han berättade att patienten då redan var insatt på insulininfusion Velosulin 5 ml/timme.

Han fick veta att kvinnans blodsocker var 14 mmol/l och höjde då insulindosen till 7 ml/timme. På eftermiddagen hade blodsockret ökat till 17. Avdelningsläkaren ordinerade då 16 E Velosulin subkutant.

Han påpekade att patienten hade fått insulin både före och efter hans tjänstgöring den dagen – han hade arbetat 7.30–16.00. Han tillade att den kirurg som var jour den första postoperativa natten tyvärr var död.

Han framhöll också att insulininfusionen påbörjades av juren den första natten och att

man då också hade ökat doseringen ett flertal gånger.

Socialstyrelsen utredde det här fallet utifrån en lex Maria-anmälan. Styrelsen fann att infusionsvätskorna förvarades i ett förråd i trädkorgar med stora innehållsskyltar.

Korgarna med koksalt stod på golvet. Sockerlösningen förvarades i en korg på en hylla högst upp. Det kunde antas att en påse sockerlösning som inte kom till användning lades i korgen med koksalt. Innehållsdeklarationen på påsen var otidlig.

Socialstyrelsen menade att det främst var brister i organisationen på kirurgiska avdelningen som hade orsakat händelsen. Det övergripande ansvaret för verksamheten hade chefsöverläkaren, som därmed ytterst bar ansvaret för det inträffade.

Professor Jan Kugelberg, vetenskapligt råd i thoraxkirurgi, yttrade sig också i fallet. Även han ansåg att händelsen delvis kunde tillskrivas bristande organisation.

Anmärkningsvärt höga doser ordinerades

Ansvarsnämnden konstaterade att kvinnan hade tillförts sockerlösning i stället för koksaltlösning i samband med spolning av artärkatetern. Det medförde att blodproven från katetern felaktigt visade förhöjda blodsockervärden. Detta ledde i sin tur till att man satte in insulin.

Denna behandling ordinerades i anmärkningsvärt höga doser och utan att ordinerande läkare tog reda på anledningen till att blodsockervärdet fortsatte att vara förhöjt och svängande trots insulinbehandlingen.

Den ansvariga narkosköterskan hade till uppgift att bli kontrollera att rätt lösning var iordningställd för artärflusen. Det hade inte fungerat och därför skulle sköterskan ha en disciplinpåföljd. Med hänsyn till att rutinerna på anestesikliniken tycktes ha varit oklara kunde påföljden stanna vid en erinran, ansåg nämnden.

Narkosläkaren borde innan han kopplade tryckmätningstrustningen med artärflusen till patienten ha förväntat sig om att det var rätt lösning, t ex genom att fråga den ansvariga narkosköterskan om denne kontrollerat att allt var i sin ord-

ning. Även här tog nämnden hänsyn till de bristande rutinerna och lät därför påföljden stanna vid en erinran.

Den jourhavande läkare som först ordinerade insulin hade avlidit. Avdelningsläkaren hade frågat patienten om hon var diabetiker eller om hon tidigare hade haft besvär med blodsockret. Trots att han fick nekande svar fortsatte han insulinbehandlingen, dessutom i anmärkningsvärt höga doser. Och det skedde utan att han försökte ta reda på orsaken till de höga och svängande blodsockervärdena patienten hade trots den behandling som inleddes på natten.

Avdelningsläkaren fick en varning.

Bristar i organisationen

Ansvarsnämnden pekade på att såväl Socialstyrelsen som Jan Kugelberg ansåg att det tragiska förloppet delvis kunde tillskrivas bristande organisation och rutiner. Ansvariga för detta var respektive chefsöverläkare.

En majoritet i nämnden fann emellertid inte att bristerna hade haft ett så påtagligt samband med felbehandlingen av den här patienten så att någon av de organisationsansvariga skulle tilldelas disciplinpåföljd.

Fyra av nämndens nio ledamöter och två av föredragandena anmälde avvikande mening och ville ge en erinran till de båda chefsöverläkarna. •

Erinran:

Felbedömde behovet av smärtlindring

En läkare vid en kirurgklinik har av Ansvarsnämnden fått en erinran för att han inte gav en patient smärtlindring när han öppnade ett infekterat sår. (HSAN 1212/94)

Sedan den 23-årige mannen skrivits ut efter en blindtarmsoperation drabbades han av smärtor och svullnad kring operationssåret. Han väntade fem dagar med att söka vård.

På en vårdcentral fann man att han hade en infektion i krop-

pen och han skickades direkt till ett sjukhus akutmottagning. Där konstaterades att såret var varfyllt och måste tömmas.

Mannen påpekade för läkaren att han var rädd för smärta och undrade om han kunde få bedövning.

Läkaren sade dock att det inte skulle göra ont. Han bände upp såret och grävde ut var. Det gjorde enormt ont och mannen skrek rakt ut. Läkaren lämnade sedan över till en sjuksköterska, som skulle fylla såret med kompresser och tejsa över. Varken den sköterskan eller en mer erfaren klarade uppgiften.

Läkaren tillkallades på nytt. Han var mycket irriterad, tog en bunt kompresser, blötte dem och körde ner dem i såret. Det skedde under stor smärta och skräck för patienten.

Patienten kände sig kränkt och anmälde läkaren för att ha nonchalerat hans rädsla och visat ovilja att ge smärtlindring.

Dålig kommunikation

Läkaren bestred att han behandlat patienten kränkande. Han pekade på att dränering av varsamlingar i huden i sår och bölder är besvärlig från smärtlindringssynpunkt.

Lokalbedövning i skinnet brukar vara ordentligt smärt-sam och ha dåligt anslag samt riskerar att sprida infektionen. Injektioner med t ex morfin kräver oftast en sådan dosering att patienten blir ordentligt vak-hetssänkt. Illamående är dessutom inte ovanligt.

Läkaren kunde inte erinra sig att det skulle ha behövts något större våld för att få mannens sår att spricka upp.

Han ansåg det dock helt klart att patienten skulle ha mått bra av en ordentlig ned-sövning. Någon ovilja att ge smärtlindring hade han inte. Han ansåg att det klickat i kommunikationen – patienten hade inte lyckats förmedla sin rädsla för smärta, alternativt hade han själv inte förstätt patientens rädsla.

Inget hinder för morfin

Ansvarsnämnden påpekade att det ibland kan vara svårt att lokalbedöva sår som ska öppnas på grund av infektion. Ingenting hindrar dock att t ex morfin ges i injektion.

Den aktuella typen av ingrepp brukar kunna genomföras tämligen smärtfritt, ansåg nämnden, men framhöll att läkaren felbedömt behovet av smärtlindring i det här fallet. Detta var ett fel som skulle ge disciplinpåföljd i form av en erinran. •