

Varning:

12-åring fick insulindos som var 100 gånger för hög

En läkare vid en barnklinik har av Ansvarsnämnden varnats för att han till en 12-årig flicka med nyupptäckt diabetes ordinerat en insulindos som var 100 gånger för hög. (HSAN 349/95)

Socialstyrelsen anmälde läkaren och anförde följande.

Flickan kom akut till kliniken för nyupptäckt diabetes i augusti 1994. Hon var ordentligt medtagen, trött, blek och intorkad.

Den ansvariga sjuksköterskan förberedde behandlingen med att sätta två infarter och gjorde i ordning vätska för intravenös behandling.

Hon hade aldrig tidigare varit med om att inleda insulinbehandling till en nydebuterad diabetiker enligt klinikens PM. Hon väntade på att jourhavande läkaren skulle återkomma för att få ordination om tillsatserna i infusionsvätskorna.

4 enheter blev 400

Enligt PM:et skulle behandlingen börja med en bolusdos på 0,1 enheter Actrapid per kilo kroppsvikt. Sedan skulle patienten få en utspädd lösning av samma insulin via dropp.

Jourhavande läkare räknade först ut insulinmängden som skulle tillsättas det kontinuerliga droppet och först därefter bolusdosen.

Flickan vägde 40 kilo och skulle därför som bolusdos ha 4 E, vilket motsvarade 4 ml av den svagare lösningen.

Läkaren ordinerade i stället en bolusdos på 4 ml Actrapid 100 E/ml, alltså en 100 gånger högre dos

Sjuksköterskan läste ordinationsunderlaget och gjorde därför i ordning 400 E i stället för 4 E. Hon visade flaskan med 100 E/ml för läkaren innan injektionen gavs. Enligt läkaren gav han klartecken för 4 ml av den insulinstyrka han ordinerat.

Upptäcktes när flickan svimmade

När sjuksköterskan dragit upp dosen frågade hon läkaren om det var klart att hon skulle ge den dos han ordinerat. Han bekräftade det.

ANSVARSÄRENDEN

Flickans B-glukos var då 30 mmol/l. Bolusdosen gavs och följdes som planerat av dropp.

Överdoserings upptäcktes ett par timmar senare av en annan jourläkare sedan flickan svimmat i samband med toalettbesök. Läkaren läste journalen och upptäckte den felaktiga ordinationen.

Flickans blodsockervärde kontrollerades varje timme. Någon hypoglykemi kunde aldrig konstateras.

»Stressande situation»

I ett yttrande sade den förste jourhavande läkaren att det den aktuella kvällen inträffade flera akutfall samtidigt, vilket medförde att flickan fick vänta över 1,5 timme innan behandlingen kunde börja. Situationen var stressande och själv hade han arbetat 13 timmar.

I enlighet med klinikens PM gjordes infusion 100 E Actrapid i 100 ml NaCl i ordning. Den ordinerades med 0,15 E/kg och timme. Flickan vägde 40 kg vilket gav 6 E/timme, dvs 6 ml/timme.

Bolusdosen på 0,1 E/kg räknades ut och blev 4 E Actrapid. Dosen räknade läkaren ut på den utspädda lösningen. Enligt PM:et, sade läkaren, skulle sc insulin användas (100 E/ml) varvid 4 ml utspädd Actrapid drogs upp. Den rätta dosen skulle ha varit 0,04 ml.

»Tveksamt ur säkerhetsperspektiv»

Läkaren menade att han följt klinikens PM, men att han förvillats av att två i stort identiska doser av Actrapid skulle ges med två olika styrkor, dvs 1 E/ml respektive 100 E/ml.

Han ansåg att det ur medicinskt säkerhetsperspektiv var tveksamt att inleda behandling med samma medicin i två skilda styrkor, den ena 100 gånger starkare än den andra.

Han hänvisade till Spri-rapport 228 från 1987 om barn- och ungdomsdiabetes där man vid bolusdos anger 1 E/ml som lämplig koncentration. Mot den bakgrunden ansåg läkaren att det PM man använde på kliniken inte var utformat på ett säkert sätt.

»Ostridigt»

Ansvarsnämnden fann det ostridigt att läkaren ordinerat en 100 gånger för hög insulindos och att han sedan, när sjuksköterskan frågade om hon

skulle ge den orinerade dosen, bekräftat detta. Därför fick läkaren en varning. •

Två fällda:

Bristfällig undersökning trots misstanke om ofullständig moderkaka

Två läkare har av Ansvarsnämnden tilldelats var sin erinran för att de inte ultraljudsundersökt en nybliven mamma trots att det förelåg misstanke om att moderkakan var ofullständig – en del kunde ha blivit kvar i livmodern. (HSAN 232/95)

Den 20-åriga mamman anmälde fallet och anförde bl a följande.

Den 2 juni 1994 födde hon en pojke. En kvart efter förlossningen tyckte hon att hon blödde mycket. Barnmorskan misstänkte att en bit av moderkakan var kvar i livmodern. Hon bedömde att blödningsen var normal.

Kvinnan kände sig matt och hade väldiga smärtor, som dock avtog och den 4 juni skrevs hon ut. Då klämde man henne på magen sedan hon påpekat att det kunde vara något fel med moderkakan. Hon upplystes om att hon fått Methergin.

Hade mycket ont och luktade ruttet

Två dagar senare var smärtorna olidliga och hon for tillbaka till sjukhuset. För läkaren A berättade hon att besvären kunde bero på att en bit av moderkakan blivit kvar. Trots det gjordes bara en gynekologisk kontroll. Någoting togs ut ur underlivet och hon kände sig något bättre. HB-värdet var 76 och hon fick järntabletter.

Den 8 juni återkom smärtorna och den 9 »luktade hon ruttet».

Hon åkte till sjukhuset igen. Läkare B konstaterade en infektion och ordinerade penicillin. Kvinnan talade åter om att besvären kunde komma från rester av moderkakan. Blod-

värdet var 86. Någon ultraljudsundersökning gjordes inte.

Hon åkte hem men drabbades två dagar senare av kraftiga smärtor och störtblödning. När hon kom till sjukhuset igen upptäcktes att en bit av moderkakan fanns kvar i livmodern. Hon opererades och fick blodtransfusion.

Barnmorskan uppgav till Ansvarsnämnden att hon vid inspektion efter förlossningen hade tyckt att en bit av moderkakan fattades, vilket hon berättade för patienten. Jourhavande läkare tillkallades men tyckte att moderkakan var utan anmärkning.

Läkare A uppgav att han inte misstänkte placentaresten vid kvinnans besök den 6 juni. Bakgrunden var att jourläkaren den 2 juni inte heller hade haft sådana misstankar ty då skulle skrapning ha gjorts.

A sade också att han fann ett koagel på livmodertappen som mycket väl kunde förklara kvinnans symtom.

Även läkare B hänvisade till att man den 2 juni bedömt moderkakan som hel eftersom ingen åtgärd vidtogs. Vid sin egen undersökning den 9 juni fann B att kvinnans livmoder var oöm. Han ställde diagnosen låggradig endometrit, varför han ordinerade antibiotika.

Koagler i cervix ett tydligt tecken

Av patientens journal framgick bl a att man den 2 juni hade misstänkt att en bit av moderkakan saknades.

Ansvarsnämnden menade att eftersom denna misstanke fanns borde kvinnans symtom ha lett till ultraljudsundersökning vid återbesöken den 6 och 9 juni.

Koagler i cervix, sade nämnden vidare, är ett tydligt tecken på att livmodern inte är tömd och kvinnans blodvärde talade för att hon blött mer än normalt.

Läkare A och B hade båda underlåtit att göra en ultraljudsundersökning och fick därför var sin erinran. •

Läkarförbundets ansvarsråd ger medlemmar i Sveriges läkarförbund råd och bistånd i anmälnings- och skadestandsärenden. Ett nät av konsultationsläkare från olika specialiteter är knutna till rådet, vars adress är Läkarförbundets ansvarsråd, Box 5610, 114 86 Stockholm. Telefon 08-790 33 00.