

agerat på att patientens blodtryck höjdes när operationen påbörjades. Det är inte rimligt att det systoliska blodtrycket under anestesi och operation är förhöjt jämfört med utgångsvärdet. Om man får ett sådant blodtryck bör man ta reda på orsaken och vidta adekvata åtgärder, menade hon.

Andreen understök att det under 20 minuter saknades noteringar om puls och blodtryck i övervakningskurvan. Det tydde på att uppmärksamheten på patientens reaktioner och välbefinnande varit bristfälligt.

Då gasanalysatorn visade 0 procent gaskoncentration skulle självklart den första åtgärden ha varit att undersöka tillförseln av narkosmedlet.

A borde också genast ha kallat på den ansvarige läkaren och informerat operatören så att denne kunnat avbryta ingreppet tills patienten var ordentligt sövd, menade Andreen.

Mycket anmärkningsvärt

Socialstyrelsen bedömde utifrån kravet på en hög patientsäkerhet att personal som inte har grundläggande kunskaper om hur en anesthesiapparat fungerar inte heller självständigt kan ansvara för en anesthesi.

Därför var det mycket anmärkningsvärt att läkare A trots bristande kompetens, som den medicinskt ansvarige överläkaren kände till, hade ombetts att själv sköta anestesi.

Socialstyrelsen ansåg att varken patienten eller den medicintekniska utrustningen i det här fallet hade ägnats tillräcklig uppmärksamhet, något som ledde till att patienten fick lida.

Att läkare A hade åtagit sig att sköta anestesi bedömde Socialstyrelsen som ursäktligt mot bakgrund att hon ändå hade klargjort att hon inte var helt kompetent att sköta anesthesiapparaten. Hon hade ju också förväntat sig om att den ansvarige läkaren var informerad och att det fanns en erfaren anestesisköterska på sektionen.

Agera på eget ansvar

Men, underströk Socialstyrelsen, när man som hälso- och sjukvårdspersonal har åtagit sig en uppgift agerar man på eget yrkesansvar och ansvarar för hur man sköter uppgiften.

Läkare A hade begått ett inte ringa fel genom bristande uppmärksamhet på patientens reaktioner, otillräcklig kontroll och analys samt genom att inte

vidta adekvata åtgärder när problemen dök upp, menade Socialstyrelsen.

I ett yttrande till Ansvarsnämnden framhöll läkare A att hon inte hade några invändningar mot Socialstyrelsens beskrivning av fakta.

Hon hänvisade till att det skulle ha känts mycket svårt att avböja den förfrågan hon fick om att sköta anestesi. Situationen var ju pressad med ett fullt operationsprogram och en narkosköterska mindre än normalt. Och hennes överordnade hade ju samtyckt till lösningen.

Ansvarsnämnden anslöt sig till Socialstyrelsens bedömning och gav A en varning. •

Erinran:

Oacceptabelt risktagande i samband med ballongdilatation

En kardiolog har av Ansvarsnämnden tilldelats en erinran för att han vid en ballongvidgning av en patients kranskärl (PTCA) tagit risker som inte fyller kraven på en sakkunnig och omsorgsfull vård. Den 48-årige patienten avled. (HSAN 1572/95)

Han dog av en hjärtinfarkt, som orsakades av proppbildning i kranskäret.

Heparinbehandlingen i samband med ingreppet var inte tillräcklig. Detta berodde på att medlet inte kom in i armen där man försökt sätta infusionsnålen. Heparinet hamnade i stället subkutant.

Så snart man upptäckt detta försökte man tillföra heparin intraarteriellt. Men patienten hade redan fått hjärtstillestånd och trots bl a en akut kranskärlsoperation dog han senare.

Mannens hustru anmälde operationspersonalen.

»Serie olyckliga omständigheter»

Kardiologen menade att patienten genom en serie olyckliga omständigheter inte fick adekvat blodförtunning vid ingreppet och att detta torde ha

bidragit till händelseförloppet.

Han betonade att man upprepade gånger kontrollerade både koaguleringsgraden och att den venösa infarten fungerade. Att man ändå inte upptäckte att infusionen av heparin gick subkutant berodde enligt honom inte på försummelse eller vårdslöshet utan var en olyckshändelse.

Om PTCA-ingreppet berättade han bl a att patienten hade förberetts på hjärtintensiven med venös infart i vänster respektive höger arm. Till infarten i vänster arm kopplades ett dropp med 1 000 ml koksalt.

ACT-värdet steg inte

I början av ingreppet var ACT (Activated Clotting Time, ett mått på blodets leveringsförmåga) 116 sekunder. Några minuter senare ordinerades 10 000 E heparin, vilket gavs i infarten i vänster arm.

Efter angiografi som visade oförändrat status med ocklusion av LAD påbörjades PTCA-ingreppet. LAD kunde utan svårighet kateteriseras. Ledare och ballong fördes genom det ockluderade partiet och flera dilatationer gjordes.

Efter den första dosen heparin kontrollerades ACT-värdet. Det var då 107.

Man hade, berättade kardiologen, tidigare haft problem med ACT-apparaten och därför ordinerades omedelbart en ny kontroll av värdet.

Innan man hann registrera något värde visade emellertid angiografi tecken till begynnande trombos i stumpen proximalt i LAD. Därför gavs ytterligare 10 000 E heparin. Före det undersöktes infarten i vänster arm. Patienten kände en smärta eller obehag i armen.

Kort därefter, sade kardiologen, sjönk patientens blodtryck, han fick bradykardi och svarade inte på tilltal.

Trots intensiva åtgärder, bl a en akut bypass-operation, kunde patienten inte räddas.

Det var först efter det att cirkulationsstilleståndet inträffat som man såg tecken till att koksaltinfusionen och därmed också heparinet gått subkutant, uppgav kardiologen.

Rutinerna ändrades

I ett yttrande berättade sjuksköterskan som satt infarterna hur hon hade gjort och att hon också kontrollerat sina åtgärder med andra sköterskor.

Avdelningens rutiner följer de riktlinjer för infartskanyler som används på Vårdhögskolans sjuksköterskeprogram.

Två överläkare berättade att man efter det aktuella fallet hade ändrat förfarandet vid heparinbehandling.

Det innebär att vid högriskfall ges heparin på vanligt sätt med intravenös infart. ACT-värdet tas med fem minuters intervall och proceduren inklusive angiografi startas inte förrän värdet ligger på en terapeutisk nivå.

Vid normalfall ges heparin via introducer eller guidekater för att säkra att heparinet når blodbanan. Angiografi och PTCA kan sedan påbörjas med heparinjustering efter hand beroende på ACT-värde.

Skulle inte påbörjats förrän ACT var rätt

Socialstyrelsen tog inte själv ställning till frågan om disciplinåtgärd. Men överläkaren Håkan Emanuelsson yttrade sig till styrelsen. Han konstaterade att proceduren aldrig skulle ha påbörjats innan man hade försäkrat sig om att ACT-värdet var på terapeutisk nivå.

Samma uppfattning redovisade docent Kim Böök och påpekade att normalt ska den givna heparindosen, 10 000 E, ge ett ACT-värde på över 300 sekunder. Om det inte sker måste man ta reda på orsaken.

Hade man avvaktat svaret på ACT innan man satte igång med ingreppet hade man upptäckt felet med den subkutana injektionen av heparin. Och då hade med största sannolikhet inte trombosbildningen i kranskäret uppkommit. Då hade möjligheterna att behandla patientens kärlkramp varit goda, hävdade Böök.

Måste ha varit medveten om riskerna

Ansvarsnämnden menade att kardiologen inte kunde lastas för att den intravenösa infusionen gick utanför blodkäret.

En kontroll av att ACT-värdet var på en terapeutisk nivå skulle ha gjorts innan ballongdilatationen påbörjades. Kardiologen som ansvarade för ingreppet, måste ha varit medveten om riskerna. Ändå hade han uppenbarligen vid två måttillfällen utgått från att de erhållna värdena var fel.

Ett sådant risktagande är inte förenligt med kraven på en sakkunnig och omsorgsfull vård, ansåg nämnden och tilldelade kardiologen en erinran. Tre av nämndledamöterna ville ge honom en varning. •