

att överläkaren använde ett nytt schema för en behandlingskombination som nyligen tagits i bruk. Schemat var oklart utformat och kunde missförstås, vilket också skedde, konstaterade Ansvarsnämnden.

Överläkaren kände inte till doseringen av cisplatin och reagerade därför inte på att dosen var så hög. Doseringen av de övriga preparaten var inte anmärkningsvärt hög, ansåg nämnden och bestämde påföljden till en erinran. •

Erinran:

Samrådde inte med patienten om narkosform

En anestesilog har av Ansvarsnämnden fått en erinran för att han över huvudet inte samrådde med patienten vid valet av narkosform. (HSAN 560/96)

Den 35-åriga kvinnan opererades för ett cervikalt diskbräck. Hon anmälde narkosläkaren med bl a följande motiveringar.

Hon hade opererats flera gånger tidigare och visste därför att hon inte tålde vanlig narkos. Hon hade reagerat med att må illa och kräkas i över ett dygn efteråt.

Vid ett tillfälle hade hon blivit sövd med Diprivan och då mätte hon bra efter operationen.

Olika uppfattningar

Inför diskbräcksoperationen fick hon prata med en narkosläkare. Denne lugnade henne och lovade att man skulle använda Diprivan. När hon några dagar senare låg på operationsbordet hörde hon också att narkosköterskan sade att det i journalen stod att hon skulle sövas med just det medlet.

Men så hörde hon anesthesiologen, en överläkare, säga:

»Nej, vi ska göra så här i stället».

Innan kvinnan sövdes uppfattade hon att narkosköterskan upprepade orden ur journalen – men också att anesthesiologen orubbligt höll fast vid sin uppfattning.

Kvinnan sade också att hon vid extuberingen efter operationen fick en för hög dos Narcanti, vilket innebar att den smärtstillande effekten bröts.

När hon senare fick smärtstillande medel intravenöst försvann det onda.

När hon kom tillbaka till sin avdelning började hon kräkas. Hon fick medicin men kräktes ändå flera gånger. Hon svullnade i halsen och fick svårt att andas. Hon mådde dåligt över ett dygn.

För att få hjälp att bearbeta händelsen var hon tvungen att gå i samtalsterapi, uppgav hon.

»Hade stor vana»

Anesthesiologen framhöll att arbetsbelastningen var stor på avdelningen. Han var den aktuella dagen ensam specialistkompetent överläkare. Till sin hjälp hade han en icke specialistkompetent utländsk underläkare.

Han ansåg att han hade stor vana att medicinskt bedöma patienter och att vid varje tillfälle välja den för patienten säkraste anestesiformen.

I det här fallet, sade överläkaren, hade han noterat att underläkaren föreslagit att man för att undvika att patienten drabbades av postoperativt illamående skulle använda Diprivaninfusion i stället för anestesigas.

Valde beprövad och säker anesthesi

Han valde själv en anestesiform som är både beprövad och säker och som han var förtrogen med. Därmed kunde anesthesin genomföras på säkrast tänkbara sätt utifrån hans övervakande funktion. Han var medveten om att det för patienten kunde leda till »minskat välmående postoperativt».

Överläkaren ansåg att hans kollega, innan hon gjorde sin överenskommelse med patienten, borde ha pratat med honom och förväntat sig om att hennes förslag till anesthesi var genomförbart den dagen.

Ska ske i samråd

Ansvarsnämnden understök att valet av anestesiform, precis som andra medicinska behandlingar, ska göras i samråd med patienten, vars önskemål ska beaktas och respekteras så långt det är möjligt.

Patienten kanske vill ha en anestesiform som är medicinskt olämplig eller för vilken sjukhuset saknar personal, kompetens eller utrustning. Då ska anesthesiologen klarlägga det för patienten så att hon eller

han kan ompröva sitt önskemål.

Formuleringen i journalen, »PCPL» samt »Diprivanpump gärna», gav inte intryck av att patienten hade blivit lovad Diprivan, konstaterade Ansvarsnämnden. Det fanns dock inga skäl mot att ge det – tvärtom talade medicinska skäl starkt för detta läkemedel, ansåg nämnden.

Om man av någon anledning inte kunde ordna den anestesiformen borde överläkaren ha förklarat det för patienten och lovat att försöka motverka illamåendet av den vanliga narkosformen.

För att över huvudet inte ha samrått med patienten om anesthesi fick överläkaren en erinran. •

Varning:

Injektioner mot triggerpunkter gav kvinna dubbelsidig pneumothorax

Injektionerna mot triggerpunkter i bröstmuskulaturen gavs fel. Patienten fick dubbelsidig pneumothorax och distriktsläkaren som gav injektionerna en varning. (HSAN 1827/95)

Den 27-åriga kvinnan hade länge haft besvär från nacken och brösttryggraden. Hon fick sjukgymnastik.

Man lyckades inte eliminera smärtorna i alla delar. Arbetsträning planerades. Mot den bakgrunden bedömde distriktsläkaren att man borde pröva steroidinjektioner mot triggerpunkter i det smärtande området.

Några timmar efter injektionerna hade patienten mellan skulderbladen fått värk som strålade fram mot bröstbenet. Detta berättade hon i telefon för distriktsläkaren men fick av denne veta att det var vanligt med smärta i samband med steroidinjektioner och att allt var som det skulle.

Två dagar senare kom patienten till vårdcentralen med

andningsbesvär. En lungröntgen visade en dubbelsidig pneumothorax och hon remitterades till en lungklinik för behandling med thoraxdränage. Hon förväntades inte få några men.

Undersöktes inte av distriktsläkaren

Fallet anmäldes enligt Lex Maria till Socialstyrelsen, som efter utredning anmälde distriktsläkaren till Ansvarsnämnden och bl a framförde följande.

Patienten undersöktes uppenbarligen aldrig av distriktsläkaren. Denne hade för sina injektioner nöjt sig med markeringar som sjukgymnasten ritat på patienten. Injektionerna hade utförts med 2 cm nål vinkelrätt mot avsedd struktur.

Socialstyrelsen menade att man med säkerhet kunde konstatera att distriktsläkaren inte hade varit tillräckligt noggrann. Det måste anses klart att skadan hade orsakats av injektionerna.

Ökad risk vid svagt utvecklad muskulatur

Patienten hade svagt utvecklad muskulatur. Det ökar risken för pneumothorax och understryker ytterligare vikten av att injektioner inom thorax ges med garanti att nålspetsen är i avsedd struktur, vilket inte hade skett i det här fallet sade styrelsen.

Distriktsläkaren fick också kritik för sin brist på uppföljning. Han borde efter telefonsamtalen ha undersökt patienten för att fastställa att hon inte hade drabbats av pneumothorax, hävdade Socialstyrelsen som också tyckte det var anmärkningsvärt att samtalet inte hade dokumenterats i journalen.

»Allvarlig felbehandling»

I ett yttrande till Ansvarsnämnden tillstod distriktsläkaren att han »... gjort en allvarlig felbehandling» och därför accepterade en disciplinåtgärd.

Ansvarsnämnden konstaterade att distriktsläkaren vid injektionerna gjorde fel och därmed orsakade kvinnan dubbelsidig pneumothorax. Sedan underlätt han att undersöka henne när hon kontaktade honom för symptom som kunde peka på just pneumothorax.

Dessutom var det fel av distriktsläkaren att inte dokumentera kvinnans telefonsamtal och den information han gav henne, ansåg nämnden och varnade honom. •