

Varning:

För dålig övervakning – patient med Quincke- ödem avled

En jourhavande öronläkare har av Ansvarsnämnden varnats för att han inte ordnade adekvat övervakning för en man med Quincke-ödem. Dessutom infann han sig inte själv hos mannen när han konsulterades av en annan jourläkare. (HSN 2381/95)

Den 72-åriga mannen var tidigare känd på medicinkliniken för ciurkulations- och hjärtbesvär. I november bytte man ut Capoten mot Renitec eftersom man misstänkte att mannen var överkänslig mot Capoten.

Några timmar efter en juldag började mannen svullna i ansiktet. Han hade inte ätit något som han inte ätit tidigare. Han sökte upp akutmottagningen. Svullnaden bedömdes som ett Quincke-ödem och be-tecknades som »grotesk».

Han togs om hand av akut-jourläkaren A, som lämnade över till primärjournen i medicin. Denne gav patienten 4 mg Betapred, 2 ml Tavegil samt Calcium Zandos 8 ml iv. Därefter konsulterade han jourhavande öronläkaren B, som bedömde patientens tillstånd som biverkningar av Renitec.

Mannen avled

Patienten var ordentligt svullen om läpparna och kinderna och hade ett glansigt ödem i mjuka gommen och över vänster tonsilloge. B gav ytterligare 4 mg Betapred. Efter en timme hade patientens tillstånd inte förändrats och B lade in honom på akutsjukavdelningen (AVA) för övervakning.

Under natten kallades A till patienten två gånger, kl 2 och 4. Vid andra tillfället gav han patienten 4 mg Betapred och Adrenalin. Därefter konsulterade han B.

En stund senare fick patienten hjärtstillestånd. Han drabbades av en anoxisk hjärnskada och avled tre veckor senare.

Socialstyrelsen anmälde B med stöd av vetenskapliga råd till öron-, näs- och halssjukdomar, professor Jan Wersäll.

ANSVARSÄRENDE

B uppgav att han vid samtalet från A kl 4 på natten hade rått denne att skärpa övervakningen i en halvtimme och att återkomma om patienten inte blev bättre.

Inte medveten om hur allvarligt tillståndet var

Han hade frågat om patienten hade svårt att andas och då fått ett nekande svar från A, som bl a använde uttrycket »ingen ko på isen». B var alltså inte medveten om allvaret i patientens tillstånd, hävdade han.

Han framhöll också att han när patienten lades in på AVA hade uppmanat personalen att kontakta honom direkt om patienten fick andningsproblem.

A uppgav att patienten kl 4 på natten hade blivit sämre med klar inspiratorisk stridor vid lungauskultation, vilket han berättade för B i telefon. Patienten hade dock inte varit takypnoisk eller cyanotisk och A hade då sagt att det »inte verkar vara någon ko på isen».

Han sade också att han inte hade klart för sig att det så snabbt kunde bli stopp i patientens andning. Men han ansåg att B, som hade större erfarenhet och kompetens än han själv, borde ha insett hur allvarligt läget var och handlat därefter.

Oklart om ansvaret

Chefsöverläkaren skrev till Socialstyrelsen att det här fallet illustrerade vilka oklara ansvarsförhållanden som rådde. Det medförde att personalen hade tillkallat A i stället för B, trots dennes instruktioner.

I klinikens instruktioner stod bl a:

»Representant för den klinik som lagt in patienten på AVA är att betrakta som patientansvarig läkare (PAL). Denne skall i första hand tillkallas om patientens tillstånd så kräver...».

Där stod också:

»Läkare från akutjournen skall tillkallas om patientens tillstånd hastigt försämrats...».

Kan snabbt bli livshotande

Vetenskapliga rådet Jan Wersäll påpekade att kraftiga allergiska ödem i ansiktet, på halsen och i munhålan mycket snabbt kan utvecklas till livshotande tillstånd eftersom de tenderar att spridas till struphuvudet och därmed orsaka ett

akut stopp i lufttillförseln. Patienterna fordrar övervakning med hög beredskap till intubation och trakeotomi.

Patienterna ska farmakologiskt behandlas med iv injektion av snabbverkande kortisonderivat samt adrenalin.

Här hade patienten fått 12 mg Betapred iv fram till intubationen, men man borde ha övervägt en initialt betydligt högre dos, ansåg Wersäll.

Den väsentliga bristen var dock inte farmakologisk utan avsåg övervakningen, underströk han. Öronjournen B borde redan från början tagit på sig det fulla ansvaret för patienten och följt utvecklingen timme för timme samt stått även för den farmakologiska behandlingen.

Redan när svullnaden hade börjat sprida sig kl 2 på natten borde A ha tillkallat B. Kl 4 hade patienten stridor. A ringde då B igen och berättade att patienten hade andningssvårigheter.

Borde omedelbart begivt sig till patienten

B borde omedelbart ha begivt sig till patienten samtidigt som han skulle ha ordinerat beredskap för trakeotomi och begärt att narkosläkare skulle inställa sig. Om patienten hade intuberats i det läget hade det funnits större möjligheter att rädda honom än 15 minuter senare när han fick andningsstillestånd, menade Wersäll.

Hans slutsats var att läkarna hade handlat som om de inte insett att patientens tillstånd var livshotande.

Ord stod mot ord

Socialstyrelsen påpekade i sin anmälan att ord stod mot ord huruvida A hade bagatelliserat patientens tillstånd eller inte när han konsulterade B. Styrelsen ansåg att A:s redogörelse var trovärdig.

B menade i ett yttrande till Ansvarsnämnden att den oklara ansvarsfördelningen var orsak till den olyckliga utgången i fallet.

Han ansåg också att A:s besked till honom inte var sådant att han fått klart för sig hur allvarligt läget var.

»Hade jag fått en adekvat beskrivning av läget hade jag naturligtvis försökt göra allt för att rädda patienten», skrev han.

Ansvarsnämnden underströk att ett Quincke-ödem som

brett ut sig inte bara i ansiktet och munnen utan även i svalget ska betraktas som ett potentiellt livshotande tillstånd eftersom en försämring kan ske mycket snabbt genom en ytterligare spridning av svullnaden till nedre svalget. Patienten bör övervakas noga och man ska vara beredd för att göra intubation och trakeotomi, vilket innebär vård på intensivvårdsavdelning.

Men, menade Ansvarsnämnden, det är rimligt att först nöja sig med observation för att se om den medicin man givit får någon effekt.

Nämnden pekade på att utredningen visade att ansvarsförhållandena på akutkliniken mellan akutjournläkare och specialistjournläkare hade varit oklara, något som B inte kunde lastas för.

Tog på sig ansvaret

B hade genom att lägga in patienten på AVA, med lägre beredskap än IVA, tagit på sig ansvaret att följa utvecklingen, ansåg nämnden vidare.

Endast öron-, näs- och halsläkare har, förutom narkosläkare, kompetens att undersöka nedre svalgområdet och bedöma om medicinering haft effekt. Genom att direktinspektera svalget kan man tidigt upptäcka risken för andningshinder. B borde därför själv ha inspekterat patienten flera gånger innan han överlämnade bevakningsansvaret.

B borde vidare, ansåg Ansvarsnämnden, vid telefon-samtalet från A sett till att patienten fick adekvat övervakning och sedan begett sig till AVA.

Redan det förhållandet att A ringde och väckte honom var en klar signal om att allt inte stod rätt till.

Även om A inte själv hade uppgett att patienten utvecklat stridor borde B, för att ta reda på om läget var allvarligt, ha frågat om det när han konsulterades, menade nämnden.

För felen tilldelades B en varning. •

Läkarförbundets ansvarsråd ger medlemmar i Sveriges läkarförbund råd och bistånd i anmälnings- och skadeståndsrenden. 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.