

Två fällda:

## Förväxling av läkemedel till kvinna med hjärtsjukdom

**En ST-läkare och en sjuksköterska har av Ansvarsnämnden fått varsin erinran för att de givit en patient fel medicin. Dessutom var dosen fel. (HSAN 903/96)**

En 42-årig kvinna med känd supraventrikulär takykardi hade tidigare fått Adenosin för att bryta hjärtklappningsattackerna. Det hade fungerat bra.

När hon på nytt fick snabb hjärtklappning begav hon sig till sjukhuset där hon undersöktes av ST-läkaren, som sade till sjuksköterskan att ge kvinnan 5 mg Adenosin intravenöst.

### Tog fel flaska

Sköterskan hämtade en flaska som hon uppfattade vara Adenosin 5 mg/ml, men som i själva verket var Atropin 0,5 mg/ml. Hon visade flaskan för ST-läkaren, som hjälpte till att räkna ut mängden injektionsvätska. Efter injektionen började patienten må illa och hjärtfrekvensen steg till 180 slag per minut.

Då upptäcktes förväxlingen av läkemedel och kvinnan fick rätt medicin, Adenosin 5 mg. Hjärtfrekvensen minskade. Kvinnan fick stanna på sjukhuset över natten för observation och har inte fått några men.

I sin anmälan påpekade Socialstyrelsen att ST-läkaren och sjuksköterskans hantering av ett läkemedel för akut behandling av hjärtarytmi var anmärkningsvärd – den uppfyllde inte akutsjukvårdens krav på noggrannhet och omsorg. De hade dessutom inte uppmärksammat de tydliga lokala riktlinjerna för behandling med Adenosin.

### »Ordnationen var inte oklar»

ST-läkaren menade att han inte hade gjort något fel. Hans ordination till sjuksköterskan var inte oklar. Förväxlingen skedde när fel flaska togs ur medicinskåpet. Sköterskan frågade inte om det var rätt läkemedel utan om hennes uträkning av mängden var rätt.

För att undvika förväxlingsrisken ordinerar han entydigt

mg/ml. Här hade han endast ordinerat antal mg eftersom det bara fanns en styrka på Adenosin, uppgav ST-läkaren.

Sjuksköterskan berättade att hon tog fram läkemedlet ur medicinskåpet, som var litet och trångt och saknade namnetiketter på hyllan.

Hon visade som rutin upp läkemedlet för läkaren. Det skedde som kontroll av att det var rätt medel och rätt styrka. De räknade tillsammans ut att patienten skulle ha 10 ml, vilket hon gav. Patienten reagerade inte. Då upptäckte sköterskan att hon givit Atropin ur en 10 ml flaska som var snarlik Adenosinflaskan.

Hon berättade även att arbetsbelastningen hade varit stor den aktuella kvällen.

### Allvarligt misstag

I ett sakkunnigutlåtande sade Professor Lars Wallentin att förväxlingen av läkemedel, särskilt injektionsläkemedel, är ett allvarligt misstag som kan utsätta patienten för livshotande komplikationer.

Han ansåg att även om belastningen på akutmottagningen kunde ha varit hård så borde patienten, som var i gott tillstånd, ha kunnat tas om hand utan stor stress eller dramatik.

Han menade att flera moment i läkemedelshanteringen hade varit anmärkningsvärda:

1. Att såväl läkaren som sköterskan hade granskat flaskan utan att upptäcka det felaktiga preparatnamnet trots att de hade noterat lösningens koncentration.

2. Att 10 ml, hela flaskans innehåll, drogs upp. Det var en tiofaldigt för hög volym.

3. Att de inte hade reagerat när den höga volymen skulle injiceras på 1–2 sekunder.

### Följde inte instruktionerna

Wallentin hävdade att misstaget med injektionsvolymen troligen berodde på att doseringen 5 mg hade ordinerats ur minnet och att volymen dragits upp utan att man hade tittat i den lokala behandlingsinstruktionen, läkemedelsföretagets kort eller Fass. I alla dessa handlingar finns noggranna angivelser för både kvantitet (mg) och volym (ml) för att undvika misstag, påpekade han.

Ansvarsnämnden understök att förväxling av läkeme-

del är ett allvarligt misstag, som utsätter patienten för risker. I det här fallet hade den felaktiga medicinen orsakat relativt stort obehag och förlängt patientens vistelse på sjukhuset.

Sjuksköterskan hade inte kontrollerat att hon tog fram rätt läkemedel. Hon hade givit fel medel och dessutom i en dos hon borde ha reagerat mot.

### Förmildrande omständighet

Påföljden för felen kunde stanna vid en erinran eftersom hon hade visat flaskan för läkaren, vilket var en förmildrande omständighet, ansåg Ansvarsnämnden.

Att sjuksköterskans fråga i första hand hade avsett om rätt mängd av läkemedlet beräknats kunde inte fria ST-läkaren från ansvaret att kontrollera att det var rätt läkemedel. Mängden som beräknades stod inte heller i rätt proportion till ordinationen, sade Ansvarsnämnden som även för läkaren lät påföljden stanna vid en erinran. •

## Erinran: Brister i journalen – patientens tillstånd oklart vid utskrivning

**Läkaren dokumenterade inte sitt ställningstagande vid utskrivningen av patienten som vårdats under diagnosen instabil angina pectoris. För detta har han av Ansvarsnämnden fått en erinran. (HSAN 2397/96)**

Den 32-årige mannen hade tre år tidigare haft en hjärtinfarkt.

Nu sökte han akut och lades in som hjärtobservationsfall. Han undersöktes noga. EKG var oförändrat. Två enzymvärden var normala.

### Kallades tillbaka

Mannen skrevs ut dagen därpå, den 30 november, och för hem. Men efter utskriv-

ningen kom ytterligare ett provsvar – det visade ett förhöjt enzymvärde. Han kallades tillbaka till sjukhuset där han vårdades till den 13 december med diagnosen instabil angina pectoris.

Mannen anmälde den ansvarige läkaren och uppgav att han åkt till sjukhuset på grund av kärlekskramp. Han var kritisk till att ha blivit utskriven trots att han fortfarande hade smärtor i bröstet.

Han kritiserade också att han hade blivit hemskickad innan alla prov var analyserade.

### »Bedömer jag vara helt uteslutet»

Läkaren bestred att han skulle ha gjort något fel. Han menade att mannen hade skickats hem därför att han var opåverkad, det fanns inga nya EKG-förändringar och två negativa enzymer.

Det tredje enzymvärdet var lätt förhöjt. Därför kallades patienten tillbaka, men fortfarande var denne opåverkad och fortfarande fanns inga EKG-förändringar.

Att patienten hävdade att han blivit hemskickad med bröstsmärtor kommenterade läkaren med »Bedömer jag vara helt uteslutet».

Sammanfattningsvis hävdade han att handläggningen inte hade inverkat menligt på mannens hälsotillstånd.

### Tillståndet oklart när patienten åkte hem

Ansvarsnämnden konstaterade att mannens hjärtbesvär hade utretts enligt praxis.

Men, påpekade nämnden, det fanns ingen anteckning i journalen om vad som egentligen hände vid utskrivningen den 30 november. Därför gick det inte att klarlägga i vilket tillstånd patienten var när han åkte hem.

Att läkaren inte hade dokumenterat sitt ställningstagande vid utskrivningen var ett fel som skulle ge disciplinpåföljd, ansåg Ansvarsnämnden och tilldelade honom en erinran. •

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