



## Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler

Denna vecka:  
**anestesi**

**HSAN 161/98:A1**

# Fördjupad anestesi och bristande övervakning fick dödlig utgång

**Läkaren: »Övervakning av denna typ av patienter... långtifrån självklar»**

I en anmälan till Socialstyrelsen enligt den s k lex Maria framkom att en läkare, dr A, i slutet av en operation den 6 oktober 1997 på en anestesi- och intensivvårdsklinik gett så stora doser läkemedel till en kvinna, född 1919, att tveksamhet uppstått om behandlingens mål. Kvinnan avled på operationsbordet.

Styrelsen fann att dr A var skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott, för vilket fängelse är föreskrivet, och anmälde ärendet till åklagarmyndighet. Den 19 december beslöt åklagarmyndigheten att inte inleda förundersökning med motiveringen att anledning saknades att anta att brott som hör under allmänt åtal förövats.

### ANMÄLAN

Socialstyrelsen har yrkat att dr A åläggs disciplinpåföljd för att han av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Han vidtog flera åtgärder som inte är förenliga med vedertagen praxis. Enligt styrelsen är felet inte ringa och det har inte heller framkommit omständigheter som gör att de kan betraktas som ursäktliga. So-

cialstyrelsen har uppgett i huvudsak följande.

Patienten hade svåra buksmärter när hon före operationen, akut laparotomi, behandlades på IVA för preoperativ optimering med vätska och vasopressorinfusion samt smärtbehandling. Dr A övertog ansvaret för patienten i samband med att hon överfördes till operationsavdelningen omkring 17.45. I rapporten från IVA-personalen ingick bland annat ett påpekande att patienten behövt och erhållit stora mängder intravenösa opiater utan att ha blivit smärtfri. Enligt narkosköterskans redogörelse sade dr A att de skulle vara frikostiga med Leptanal.

Patienten sövdes med barbiturat, fentanyl och muskelrelaxantia varefter anestesen underhölls med isofluran, fentanyl och syrgas/luft. Patienten gavs en induktionsdos på 250 mg pentotal + 0,2 mg fentanyl. Anestesi hölls därefter »så ytlig som möjligt med ca 1 procent isofluran + en itererad dos på 0,2 mg fentanyl under inledningen av operationen för att minimera effekterna av anestesimedlen på patienten».

Operatören fann ett omfattande tarmangrän med tarmperforation och be-

dömde att det inte fanns någon möjlighet till kirurgisk terapi. A gav då patienten en ytterligare dos pentotal, enligt narkosköterskan först 250 mg och sedan ytterligare 500 mg i CVKN och enligt dr A:s redogörelse mellan 250 och 500 mg. Patienten gavs också ytterligare fentanyl och isofluran höjdes till 5 procent, dvs maximalt. Ett cirkelsystem med totalt 3,5 l färskgasflöde användes. Infusionen av dopamin avslutades och dr A stängde därefter, enligt narkosköterskans redogörelse, av Ringeracetatinfusionen och stängde av blodtrycksmätaren men enligt dr A:s redogörelse stängde han inte infusionen av vätska. Narkosapparaten inställdes på enbart luft. A lämnade därefter operationssalen och återvände inte. Kirurgen sydde ihop såret och lämnade operationssalen. Patienten avled strax därefter på operationsbordet.

---

Dr A har uppgett att han avsåg tillförsäkra patienten smärtfrihet. För att uppnå en sådan är det inte adekvat att fördjupa anestesi på det sätt som gjordes. Lämplig åtgärd hade varit att öka opiatdosen ytterligare, t ex med hjälp av fentanyl. Vid en fördjupning av anestesi genom tillförsel av barbiturat (pentotal) samt kraftig ökning av koncentra-

**ANNONS**

tionen inhalationsmedel (isofluran) i gasblandningen orsakar en betydande påverkan på hjärta och kärl med blodtrycksfall som följd.

I samband med dessa åtgärder avslutades vasopressorstödet (dopamin), stängdes blodtrycksmätningen av och togs syrgasen i inandningsluften bort. Anestesi fördjupades således kraftigt och fullföljdes utan adekvat övervakning av patientens cirkulation och med en mycket låg syrgasfraktion i inandningsluften.

Dr A lämnade sedan operationssalen och överlät till narkosjuksköterskan att avsluta den avancerade anestesi till den svårt sjuka patienten, som hade små utsikter att överleva de när-

*”Anestesi fördjupades således kraftigt och fullföljdes utan adekvat övervakning av patientens cirkulation och med en mycket låg syrgasfraktion i inandningsluften.”*

maste timmarna, utan att ge instruktioner om vilka åtgärder som skulle vidtas. Detta är ett anmärkningsvärt och felaktigt beteende. Han skulle själv ha övervakat anestesiförloppet eller, om detta inte varit möjligt, instruerat narkosköterskan att vidta lämpliga åtgärder.

#### UTREDNING

Ansvarsnämnden har tagit del av Socialstyrelsens utredning och hämtat in yttrande av dr A. Han har bestritt att han handlat felaktigt och uppgett följande.

Anestesi/analgesi i samband med operativa ingrepp kan uppnås på flera olika sätt. Det är både klart vetenskapligt visat och i både svensk och internationell praxis helt accepterat att skapa både medvetlöshet och smärtfrihet via medel av typ inhalationsanestesimedel (exempelvis isofluran) och/eller av typ intravenösa anestesismedel (exempelvis barbiturater). Tillägg av specifikt smärtlindrande medel (opioider eller liknande kemiska föreningar, t ex fentanyl) används ofta men långtifrån alltid i samband med anestesi och operation.

Val av preparat (ev flera i kombination) och doser måste hela tiden avgöras utifrån den enskilda patientens situation och behov. Gemensamt för alla potentia anestesismedel/analgetiska medel är att dessa påverkar andning och hjärta/cirkulation.

I detta specifika fall stod patientens behov av snabb smärtlindring/fördjupad narkos i motsatsställning till den ev hjärt/blodtryckspåverkan som dessa preparat i adekvata (i detta) fall har. Ytterligare faktorer som kunde förväntas påverka valet av, och även doseringen av, dessa preparat var patientens tillstånd vid överflyttningen från intensivvårds- till operationsavdelningen samt den utbredda tarmskadan med åtföljande ansamling av var och tarminnehåll i buken. Denna typ av utbredd och mycket svår bukhinneinflammation ger i sig själv en uttalad påverkan på både hjärta och cirkulation (septisk/toxisk chock).

Eftersom ansvarig kirurg bedömt patienten som utanför all kausal terapi var det självklart att prioritera smärtfrihet i form av fördjupad anestesi framför att minimera ev ytterligare påverkan på puls och blodtryck. Det är också i dessa situationer en väl etablerad praxis på IVA att sätta ut droger av typ vasoaktiva läkemedel (exempelvis dopamin) eftersom dessa inte bidrar till att minska patientens lidande eller påverkar överlevnaden.

Övervakning av denna typ av patienter med uttalad chockbild vad beträffar puls och blodtryck är också långt ifrån självklar. Det väsentliga målet med en intensiv och sofistikerad övervakning på IVA eller under operation är naturligtvis att snabbt upptäcka avvikelser från det normala i t ex blodtryck eller hjärtfunktion samt att ge underlag för en snabbt insatt behandling i syfte att undvika komplikationer.

I detta specifika fall var både under-tecknad och, viktigast, patientansvarig operatör helt ense om att ingen ytterligare ny behandling eller upptrappning av redan pågående behandling var indicerad, oavsett vilka övervakningsdata som ev skulle uppmätas.

---

Avslutningen av en operation/anestesi för en mycket sjuk/döende patient är tekniskt sett ofta relativt okomplicerad – däremot är det ofta en mycket stressande och psykiskt påfrestande situation för den inblandade personalen. Denna typ av situation är, för varje enskild person, mycket ovanlig och obehaglig och kan aldrig ingå i någon form av etablerad rutin. I detta fall gjorde jag följande bedömning: på operationssalen fanns förutom undertecknad, efter

att beslutet att bara sluta buken fattats, en erfaren och kompetent anestesisköterska och en mycket erfaren anestesilog (dr B). I detta skede valde jag att lämna operation för att informera IVA-personalen om fynden vid operationen och prognos, fortsatt behandling etc för patienten samt kontrollera om anhöriga hunnit anlända till sjukhuset. I samband med detta diskuterade jag patientens tillstånd med två eller tre av de tjänstgörande IVA-sjuksköterskorna samt bad att man skulle iordningställa en respirator så att patienten kunde kopplas till denna när hon återkom från operationsavdelningen.

Vad gäller specifika instruktioner till anestesisköterskan i detta fall var det inga som i sak skilde sig från vad som gäller på kliniken, förutom att prognos och (avbruten kausal) behandling i detalj diskuterats med både operatör och övrig närvarande anestesispersonal.

---

I samband med besöket på IVA blev jag också omgående involverad i de tre större kärlkirurgiska fall som jag varit ansvarig anestesilog för tidigare under dagen. --- Med hänsyn till den kvalificerade anestesiskompetensen på operationssalen när jag lämnade den samt att jag inte befann mig längre bort än att jag skulle kunna vara på plats på operation inom en minut ansåg jag det som befogat att ägna en viss tid åt de tidigare under dagen opererade patienterna.

Socialstyrelsen har yttrat sig över dr A:s svar och vidhållit sin anmälan.

#### BEDÖMNING

Socialstyrelsen har anmält dr A för de åtgärder som han vidtagit efter be-

*”Med hänsyn till den kvalificerade anestesiskompetensen på operationssalen när jag lämnade den samt att jag inte befann mig längre bort än att jag skulle kunna vara på plats på operation inom en minut ansåg jag det som befogat att ägna en viss tid åt de tidigare under dagen opererade patienterna.”*

slutet att avsluta operationen. Styrelsen har anmärkt på att han sört för patientens smärtfrihet genom en kraftig fördjupning av anestesi och att han i samband därmed kopplade bort vasopressorstödet, blodtrycksmätningen och

**ANNONS**

syrgasen i inandningsluften. Bortkopplandet av vasopressorstödet, blodtrycksmätningen och syrgasen i inandningsluften har dock varit underordnade de åtgärder, som han vidtog för att åstadkomma anestesifördjupning, och får anses vara en konsekvens för att åstadkomma denna. Dessutom har styrelsen anmärkt på att han sedan lämnat operationssalen utan att rapportera över till anestesisköterskan eller ge några instruktioner om patientens fortsatta vård och behandling.

Dr A har uppgett att hans mål var att prioritera smärtfrihet i form av fördjupad anestesi. Han måste dock ha känt till att det bara återstod att sluta buken så snabbt och enkelt som möjligt, sedan man beslutat att inte kirurgiskt åtgärda det gangränösa tarmpaketet. Detta skulle inte ta många minuter. I det läget var det snarare dags att börja planera och genomföra en avveckling av anestesin,

så att den skulle kunna ske utan att patienten i allt för hög grad drabbades av smärtor i samband med uppvaknandet.

De medel som dr A gav har snabbt övergående verkan och kan inte förväntas ge smärtfrihet efter avslutad anestesi. En lämplig åtgärd hade varit, som Socialstyrelsen framhållit, att öka opiatdosen ytterligare för att dämpa smärtupplevelsen vid uppvaknandet och att avsluta tillförseln av inhalationsanestetika. Dessutom tillförde dr A anestesimedlen (Pentothal och Forene) i doser långt över vad som hade varit rimligt, även om det hade förelegat ett behov av att etablera en fördjupad anestesi. I så höga doser får nämligen medlens hjärtmuskelhämmande och allmänt blodtryckssänkande effekter allt för stort genomslag, vilket äventyrar en adekvat blodcirkulation.

Ansvarsnämnden finner att dr A ge-

nom de åtgärder som han vidtagit i vart fall av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Felet är varken ringa eller ursäktligt.

I likhet med Socialstyrelsen finner Ansvarsnämnden, att det var felaktigt av dr A att lämna operationssalen och endast instruera narkosköterskan om att vidta lämpliga åtgärder. Han borde i stället ha stannat kvar och själv ha övervakat anestesiförloppet. Även omsorgen om medarbetarna i teamet och övriga kolleger krävde detta. Även i detta avseende har dr A av oaktsamhet underlåtit att fullgöra sina skyldigheter i yrkesutövningen. Felet är varken ringa eller ursäktligt.

#### BESLUT

Ansvarsnämnden ålägger – med stöd av 5 kap 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område – dr A en varning. •

## Ansvarsärenden i korthet

### Vägrade göra ultraljudsundersökning nattetid

**Anmälare: Socialstyrelsen**  
**Anmald: Röntgenöverläkare**  
**Orsak: Fördröjd diagnostik av aortaaneurysm**  
**HSAN 771/98**

En 74-årig man sökte vid midnatt på distriktsläkarcentral vid ett länssjukhus för nytillkomna, intensiva smärtor i buken. Han var öm nedtill i buken och hade hematuri. Distriktsläkaren misstänkte njursten, men för att utesluta aortaaneurysm remitterade han patienten till röntgenavdelningen för ultraljudsundersökning. När denne kom dit, avböjde röntgenläkaren att utföra undersökningen, eftersom han ansåg att den kunde vänta till dagtid. Röntgen-sjuksköterskan meddelade detta till distriktsläkaren, som då bad att få tala med röntgenläkaren. Denne avböjde även detta. Patienten skickades tillbaka till vårdcentralen och fick återvända hem med smärtstillande medel. Nästa förmiddag gav röntgenpersonalen via telefon patienten tid för undersökning, men redan några timmar därefter anlände denne i chocktillstånd till sjukhuset. Ultraljudsundersökning visade 12 × 8

cm stort bukaortaaneurysm. Han opererades omedelbart och kunde skrivas ut till hemmet efter tio dagar.

**Socialstyrelsen** har framhållit bl a följande:

I enlighet med sjukvårdens skriftliga rutiner för förfarandet vid Flanksmärtor – njursten eller aortaaneurysm, upprättade 97 04 04 gemensamt av överläkare vid kirurgiska kliniken och röntgenavdelningen, remitterades patienten till akut ultraljudsundersökning för att utesluta aortaaneurysm.

Som överläkare vid röntgenavdelningen måste den anmälda läkaren förutsättas ha varit införstådd med de rutiner som gällde vid kliniken för handläggning av den aktuella patientgruppen. Genom att avböja både undersökning och att diskutera den uppkomna situationen gjorde han sig skyldig till ett fel som inte kan betraktas som ringa.

#### Utredning

**Röntgenläkaren har uppgett** att det av röntgenremiss eller journal inte framgick om distriktsläkaren hade palperat patientens buk. Hade det stått i remissen att patienten hade en pulserande resistens i buken, hade han naturligtvis genast undersökt honom. Beträffande distriktsläkarens försök att få telefonkontakt, fanns det »väl ingen anledning att anta att han hade mer att tillägga än vad som redan stod i remissen». Själv

hade han arbetat från kl 07.30 till 02.00, i stort sett utan paus, och var dödstrött.

#### Bedömning och beslut

Nämnden har konstaterat att av remissen från distriktsläkaren inte framgick någon direkt misstanke om aortaaneurysm utan mer om uretersten. Distriktsläkaren hade inte heller i remissen noterat den stora pulserande resistensen i buken. Röntgenläkaren har dock begått fel när han avböjde undersökningen och inte heller ville tala med remitterande läkare. Om han talat med denne, hade förmodligen en undersökning kommit till stånd redan under natten. Felet var varken ringa eller ursäktligt och disciplinpåföljden bestämdes till en varning. •

