



Ansvarsärenden i korthet

Luft i PCA-pump vid smärtlindring

Anmälare: Patienten
Anmälda: Verksamhetschef och sjuksköterska vid ortopediklinik
Problemet: Vem/vilka bär ansvaret för misstaget?
HSAN 75/98

En 34-årig kvinna med sendiabetiska komplikationer var intagen på ortopediklinik för infektion i höger underarm. Sjukhusets smärtspecialister hade ordinerat smärtlindring med morfin tillfört via PCA-pump. En dryg vecka sedan behandlingen inletts skulle den anmälda sjuksköterskan byta läkemedelskassett till pumpen. Hon kopplade till en tom kassett, varvid luft men ingen morfin tillfördes patienten. Misstaget upptäcktes 2,5 timmar senare och åtgärder för att förhindra fortsatt inpumpning av luft vidtogs.

Fallet anmäldes till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har yrkat att sjuksköterskan och verksamhetschefen åläggs disciplinpåföljd, sjuksköterskan för att hon inte kontrollerat att kassetten innehöll ordinerat läkemedel och läkaren för att han åsidosatt vad som ålegat honom som verksamhetschef. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandtering framgår, att verksamhetschefen inom sitt område

har ansvaret för att det finns skriftliga, verksamhetsanpassade instruktioner vid enheten och att dessa tillämpas. Verksamhetschefen ansvarar även för användning av medicintekniska produkter och detta ansvar innebär bland annat att svara för att personalen är kompetent att hantera produkterna.

Vid utredningen framkom att sjuksköterskan arbetade nattetid och att hon av personliga skäl ej haft möjlighet att delta i klinikkens utbildning i handhavande av PCA-pump. Trots sin bristande kompetens valde hon att utföra arbetsuppgiften. Situationen var på intet sätt akut. Socialstyrelsen har ansett att felet därför inte är att anse som ringa.

Socialstyrelsen har dessutom ansett att verksamhetschefen grovt åsidosatt vad som ankommer honom i hans ansvar med avseende på personalens kompetens i förhållande till förekommande arbetsuppgifter. Klinikens PM beträffande PCA-pump motsvarade på inget sätt de krav på förtydliganden i relation till tillverkarens bruksanvisning, som en PM skall tillhandahålla. Där saknades bland annat uppgift om risker med hanteringen och om krav på utbildning och kompetens hos den personal, som tilldelats ifrågasvarande arbetsuppgift.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd i smärtbehandling har bland annat framhållit att använda kassetter skall kasseras eller märkas på särskilt sätt, med texten »Obs! Tom kassett».

Klinikens PM för handhavande av

PCA-pump och därtill hörande läkemedelskassetter har efter händelsen internt genomgått i samråd med sjukhusets anestesiklinik. Denna granskning resulterade inte i några förändringar av befintlig PM.

Utredning

Sjuksköterskan har uppgett att hon inte avser att yttra sig över anmälan.

Verksamhetschefen har bestridit att han handlat felaktigt. Han framhåller i sin inlägga bl a att PCA-tekniken successivt införts under ledning av smärtsektionen vid sjukhuset. Berörd personal har genomgått utbildning i smärtsektionens regi och tekniken har efter hand spritts ut på avdelningarna. Som läkare med specialistkompetens i ortopedi anser han sig inte ha de fackkunskaper, som erfordras för att på egen hand identifiera och förebygga de risker, som är förenade med avancerad teknik för smärtlindring. Hanteringsföreskrifter och rutiner gällande detta har övertagits av ortopedikliniken från smärtsektionen i oförändrad form. Slutligen framhåller han att han inte i det aktuella fallet varit medveten om och än mindre fattat beslut om ensamtjänstgöring av personal utan tillräcklig kompetens.

Socialstyrelsen har sedan återkommit och bland annat framhållit att verksamhetschefen borde ha utfärdat skriftligt förbud mot att utbildad personal fick handha ifrågasvarande system och

att han borde ha utfärdat klara skriftliga direktiv om vem som har kompetens och därmed rätt att använda denna teknik.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden ansåg att sjuksköterskan av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter och ålägger henne en varning.

Verksamhetschefen har genom skriftliga anvisningar uttryckligen angett att endast den personal som genomgått speciellt utbildning i den tekniken fick handha PCA-pumparna. Det kan därför inte krävas att klinikens PM innehåller alla detaljer om detta. Ansvarsnämnden fann inte heller att det finns fog för kritik mot honom för att den anmälda sköterskan tjänstgjorde ensam den aktuella natten, eftersom han inte var i tjänst då och inte visste att hon skulle tjänstgöra ensam.

Ansvarsnämnden fann sammanfattningsvis att utredningen inte gett stöd för att läkaren i de avseenden Socialstyrelsen påtalat har underlåtit att fullgöra sina skyldigheter i yrkesutövningen och anmälan mot honom skall därför lämnas utan åtgärd.

Variceroperation ledde till amputation

Anmälare: Socialstyrelsen
Anmäld: Biträdande överläkare vid kirurgklinik
Orsak: Anatomien i lumsken feltolkades
HSAN 1067/98

En 47-årig kvinna opererades för varicerrecidiv på höger ben. Operationen planlades och utfördes av en biträdande överläkare med 20 års kirurgisk erfarenhet. Först gjordes försök att med strippsond komma upp från vener på underbenet till inmyningstället i lumsken, men detta misslyckades. Istället frilades detta område genom ärret från tidigare gjord hög underbindning. Operatören fann ett kärl, som bedömdes vara vena saphena magna och ligerade detta. Assisterande sjuksköterska påpekade att kärlet liknade en artär. Operatören höll med om detta men delade ändå kärlet och förde ned strippsonden ända ned till foten, där kärlet kunde dras ut. Därvid uppstod en kraftig blödning som avtog efter kompression. Operatö-

ren kallade på en överläkare med kärlkirurgisk utbildning. De undersökte patienten tillsammans, men fann inget anmärkningsvärt. Postoperativt uppträdde tecken på ischemi i det opererade benet. Patienten överfördes till centralsjukhus, där det gjordes försök till rekonstruktiv kärlkirurgi och flera reoperationer. Underbenet kunde dock inte räddas.

Socialstyrelsen har vänt sig till ett vetenskapligt råd inom ämnesområdet kärlkirurgi som framhållit bl a följande.

Preoperativ duplexundersökning hade talat för att vena saphena magna saknades på låret efter tidigare strippnings-operation. Detta borde ha gjort operatören observant när stripsonden lätt kunde föras från lumsken ner till foten. Strippsonden kom dessutom fram bakom malleolen, vilket stämmer med arteria tibialis posterior, inte med vena saphena magna, som går framför malleolen. Trots detta faktum och flera andra observationer gjorda under operationen reagerade inte operatören adekvat. Den tillkallade överläkaren har uppgett, att han inte hade fått tillräckligt bra information för att kunna misstänka artärskada, men enligt rådet borde han ha insett, att när en mycket erfaren kirurg haft vägande skäl att be om hjälp, ankommer det på honom att skaffa adekvat information genom erforderliga undersökningar.

Socialstyrelsen har bedömt att de två kirurgernas gjort sig skyldiga till fel som inte är ringa.

Utredning

Operatören har framhållit att patienten visserligen tidigare varit föremål för hög underbindning och strippning, men dubbel vena saphena förekommer. Den preoperativa duplexundersökningen hade dessutom endast kunnat visa att huvudstammen ej säkert kunnat påvisas. Det faktum att strippsonden kom fram bakom malleolen ansåg hon bero på ärrighet efter tidigare ingrepp. På grund av pulsationer i kärlstumpen i lumsken hade hon misstänkt artärskada och därför tillkallat kollegan.

Överläkaren har funnit det helt oacceptabelt att han skulle ha brustit i sin yrkesutövning till yttermera visso i samma grad som operatören. När det gäller frågan om överläkaren blivit informerad av operatören om misstänkt artärskada, står ord emot ord.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden har anslutit sig till Socialstyrelsens bedömning i ärendet. Operatören har genom sin felbedömning och genom att inte agera adekvat

på de omständigheter som tydde på artärskada förfarit felaktigt. Överläkaren har också förfarit felaktigt genom att ha underlåtit att skaffa sig adekvat information om vad som inträffat och genom att försumma att genomföra erforderliga undersökningar. Envar av läkarna tilldelas en varning.

Ytterligare en komplikation i samband med strippning av vena saphena magna har avgjorts i HSAN (486/98). I detta fall hade sonden, uppförd från ven på underbenet, via Hunters perforant på låret hamnat i vena femoralis. Det ledde till skada på detta kärl. Felet upptäcktes under pågående operation och djupa venen rekonstruerades genom ett kärlkirurgiskt ingrepp. Socialstyrelsen bedömde att operatören inte utfört en korrekt anatomisk friläggning av konfluenksområdet och Nämnden ålade henne en varning. •

