

700 E x 6 blev 7 000 E x 6 när ordinationen fördes över till läkemedelslistan

Nyopererad hjärtsjuk 5-årig pojke fick tio gånger för hög dos heparin – anesthesiolog varnas

En anesthesiolog varnas sedan han ordinerat en 5-årig pojke en tio gånger för hög dos Heparin. (HSAN 174/04)

II Pojken opererades för ett hjärtfel den 6 november. Dagen efter ingreppet drabbades han av en blödning i operationsområdet och måste reopereras. En kontroll avslöjade att han hade ordinerats en tio gånger för hög dos Heparin – 7 000 E x 6 i stället för 700 E x 6.

Fallet anmäldes enligt Lex Maria och Socialstyrelsen anmälde det vidare till Ansvarsnämnden.

Kontrollräknade att dosen var korrekt

Den ansvarige kirurgen hade ordinerat Heparin i dosen 700 E x 6 iv på operationsavdelningens ordinationsblad.

Anesthesiologen tjänstgjorde på intensivvårdsavdelningen den 7 november och hade ansvar för patienten. Han förde över ordinationen från ordinationsbladet till intensivvårdsavdelningens läkemedelslista på morgonen den 7. Han kontrollräknade att dosen var korrekt enligt enhetens PM om heparindosering.

Han uppfattade själv att han förde in ordinationen Heparin 700 E x 6 i läkemedelslistan. Men i stället var det 7 000 E x 6 han skrev.

På eftermiddagen den 7 november hade pojkens postoperativa blödning slutat, och anesthesiologen beslutade då att heparinterapin skulle påbörjas. Pojken fick 7 000 E klockan 16 och klockan 20 av samma sjuksköterska. Nattsköterskan läste emellertid ordinationen som 700 E och gav den dosen klockan 24, vilket alltså var formellt fel men ändå rätt.

Blödningen orsakades av heparin

Under kvällen fick anesthesiologen veta att pojken hade en liten blödning, som emellertid avstannade.

Vid midnatt blev dock blödningen mer ihållande. Anesthesiologen kontaktade en toraxkirurg och ordinerade provtagning för kontroll av koagulationsförmågan. Kirurgen beslutade om omedelbar operation för att spåra blödningskällan. Provsvaren visade att blödningen orsakades av heparin.

När anesthesiologen på morgonen den 8 november skulle skriva en anteckning om händelsen upptäckte han att han

hade skrivit fel dos i läkemedelslistan. Då ändrade han ordinationen från 7 000 E x 6 till den rätta, 700 E x 6. Bland annat det framgick av läkemedelslistan i patientjournalen.

Socialstyrelsen kom i sin utredning fram till att anesthesiologen ordinerade en tio gånger för hög dos heparin.

Han vidtog vidare inga åtgärder när pojken började få mindre blödningar på kvällen den 7 november.

Han borde redan då ha kontrollerat pojkens koagulationsstatus, vilket är rutin när en heparinbehandlad patient får en blödning. En sådan åtgärd kunde ha förhindrat att överdoseringen ledde till så allvarliga konsekvenser som det blev nu. Genom hans fel utsattes pojken för en allvarlig blödning och ännu en operation, kritiserade Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och tog in yttrande från anesthesiologen.

Denne uppgav att behandling med lågdos Heparin (här 250 E/kg kroppsvikt och dygn) under många år har använts vid kliniken för postoperativ behandling vid hjärtsjukdomar hos barn. En bred erfarenhet visar att en sådan behandling inte ger blödningskomplikationer.

Mindre blödningar inte ovanliga

Mindre blödningar i det postoperativa förloppet i samband med hjärtkirurgi är dock inte ovanliga.

I det aktuella fallet är det riktigt att patienten fick en mindre blödning under kvällen den 7 november. Denna blödning upphörde dock spontant och föranledde således inte misstanke om vare sig kirurgisk orsak till blödning eller koagulationsrubbnig, hävdade anesthesiologen.

När patienten något senare började blöda på nytt ordinerade anesthesiologen omgående blödningsprover och kontaktade också ansvarig toraxkirurg. Denne bedömde att exploration var önskvärd för att utesluta kirurgisk orsak till blödningen och att man inte behövde invänta svar på blödningsstatus.

Anesthesiologen hänvisade till att det fanns flera nyopererade barn på avdelningen den aktuella dagen och natten varför arbetsbelastningen var hög.

Anmärkningen avseende felaktig ordination godtog han. Dock, menade han, borde man notera att den ursprungliga

Heparinordinationen, daterad den 6 november kl 15.10 på det separata ordinationsblad som används vid överflyttning från operationsavdelningen till intensivvårdsavdelningen, var överförd med blyerts till intensivvårdsavdelningens läkemedelslista av en för honom okänd person och osignerad.

Anesthesiologen var ganska övertygad om att det i denna överförda ordination stod 7 000 E x 6. Det är sannolikt att denna felaktiga blyertsanteckning hade vilselett honom, sa han och hänvisade till en minnesanteckning.

Anmärkningen om att han i efterhand ändrat Heparindoseringen till avsedd dos i läkemedelslistan godtog han också, men ville starkt poängtera att detta gjordes för att undvika ytterligare misslag. Han kunde inte se att det på något sätt hade skadat patienten.

Var själv ansvarig

Socialstyrelsen kom in med ett nytt yttrande och påpekade att även om det fanns en felaktig blyertsanteckning inskriven i listan minskade inte anesthesiologens ansvar för att utföra en korrekt ordination. Han var själv ansvarig för den ordination han utförde och signerade i läkemedelslistan.

Socialstyrelsen höll fast vid sin uppfattning att en patient med antikoagulantbehandling som får blödningar bör kontrolleras avseende koagulationsstatus. Om anesthesiologen hade gjort en sådan kontroll hade blödningsorsaken kunnat upptäckas innan den felaktiga ordinationen fick så allvarliga konsekvenser som nu blev fallet.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att anesthesiologen ordinerade en tio gånger för hög dos Heparin. Anesthesiologen påpekade att det fanns flera nyopererade barn på avdelningen som han hade ansvar för och att arbetsbelastningen var hög. Ansvarsnämnden delar emellertid Socialstyrelsens bedömning att detta inte gör felet ursäktligt.

Anesthesiologen ändrade i efterhand sin ordination i läkemedelslistan. Han uppgav att han gjorde det för att förhindra att fel dos gavs igen. Med hänsyn till detta måste ändringen betraktas som mindre allvarlig även om det var fel att göra den, anser Ansvarsnämnden.

Anesthesiologen får en varning. •