

HSAN:s dom – ett bakslag för säkrare vård

»Vi välkomnar en förändring av utredningen av negativa händelser så att brister i systemen och kraftfulla åtgärder för säkrare vård kommer i fokus.« Det skriver artikelförfattarna om HSAN:s beslut att varna en sjuksköterska som förväxlat natriumkloridampuller vid beredning av infusionslösning till ett för tidigt fött barn.

Läkartidningen 20/2009 (sidan 1402) refereras HSAN:s beslut avseende förväxling av Addex-Natriumklorid 4 mmol/ml (Fresenius Kabi) och Natriumklorid Fresenius Kabi 9 mg/ml vid beredning av en infusionslösning till ett för tidigt fött barn. Förväxlingen orsakade hypernatremi. Dagen efter drabbades barnet av en omfattande bilateral hjärnblödning, vars samband med förväxlingen är osäker. Sjuksköterskan som beredde infusionslösningen tilldelades en varning.

HSAN:s beslut finns två viktiga principiella bedömningar, som inte kan få stå opåtalade då de riskerar att på ett olyckligt sätt motverka pågående arbete för att förbättra patientsäkerheten.

För det första gäller det de faktorer som finns i hälso- och sjukvården som system och som gör att den här typen av fel har inträffat tidigare och kommer att inträffa igen hur noggrann och uppmärksam sjukvårdspersonalen än är.

För det andra gäller det HSAN:s skrivning att sjuksköterskan särskilt lastas för att hon tidigare påpekat risken för förväxling av de båda lösningarna.

Förväxlingar av koncentrerad natriumklorid (234 mg/ml = 4 mmol/ml) och fysiologisk natriumklorid (9 mg/ml) har

JON AHLBERG

chefläkare, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

Jon.Ahlberg@patientforsakring.se

ANNSOFIE FYHR

apotekare, Universitetssjukhuset i Lund; doktorand vid Lunds tekniska högskola

PONTUS LINDROOS

specialistläkare, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm

rapporterats enligt lex Maria minst sex gånger under åren 1998–2006 [AnnSofie Fyhr, opubl data; 2009]. De flesta av dessa har inte givit upphov till allvarliga skador, men sådana finns också. En 17-månaders pojke drabbades 2005 av en hudnekros på underbenet efter en liknande förväxling som i det aktuella fallet när ett smärtstillande dropp blandades. Riskerna med koncentrerade elektrolytlösningar har uppmärksamats av både Institute for Safe Medication Practice (ISMP) USA [1] och The Joint Commission och WHO [2].

I en enkätundersökning riktad till sjuksköterskor verksamma på sjukhuskliniker identifierades ett stort antal läkemedel eller lösningar för intravenöst bruk med risk för förväxling [3]. I en rankingslista över medel med störst förväxlingsrisk kom paret Addex-Natriumklorid och fysiologisk natriumklorid på plats nr 7 av de 35 rankade.

Addex-Natriumklorid (Fresenius Kabi) finns i två plastampuller med olika utseende. En är oktagonalt och har ett perforerbart membran, som kräver att man använder sprutspets för att dra upp lösningen i en spruta. Den andra är en oval plastampull, som efter att ha öppnats passar direkt till en spruta med luerfattning. Som framgår av Figur 1 och 2 liknar den samma företags plastampull för fysiologisk natriumklorid.

I Sverige är Fresenius Kabi och Braun de största leverantörerna av koncentrerade elektrolytlösningar avsedda att spädas. De är också, tillsammans med Baxter, störst när det gäller alla typer av infusionsvätskor. I Region Skåne har man Braun som huvudleverantör av infusionsvätskor, men för koncentrerad natriumklorid har man inhandlat Ad-



Figur 1. Natriumklorid 9 mg/ml och Addex-Natriumklorid 4 mmol/ml i ovala plastampuller.



Figur 2. Natriumklorid 9 mg/ml i oval plastampull och Addex-Natriumklorid i oktagonalt plastampull.

dex-Natriumklorid i den oktagonala ampullen. På så sätt avviker denna ampull genom färg, form och funktion från fysiologisk natriumklorid.

Vi menar oss här ha tydligt visat att förväxling av lösningarna orsakas av brister i systemen för hur läkemedel förpackas av industrin, godkänns av Läkemedelsverket, upphandlas av landstingen, distribueras av sjukhusapoteken och hanteras på kliniken. Risken för förväxling ligger som en dold fälla, och det är mer slumpen än något annat som pekar ut de två som blir offer: patienten och sjukvårdaren. Systemet, organisationen, däremot kan rulla på som om inget har hänt eftersom en

Foto: AnnSofie Fyhr

individ utpekats som ansvarig för den inte ringa oaktsamheten.

Den aktuella sjuksköterskan har vid tidigare tillfälle påpekat risken för förväxling av de båda ampullerna, både för att de var lika och för att de var placerade bredvid varandra i vätskevagnen. Hon skriver i sitt yttrande över anmälan att man i läkemedelsrummet på den aktuella vårdavdelningen bytt från den oktagonala till den ovala förpackningen av Addex-Natriumklorid. Detta medförde att Addex-Natriumklorid och Natriumklorid numera förvarades i till form och storlek identiska förpackningar. »Om Addex-Natriumklorid hade levererats i åttakantiga flaskor som gjorts under alla år jag arbetat som sjuksköterska, skulle jag inte ha kunnat göra misstaget.« Svaret hon fick när hon påtalade den stora förväxlingsrisken för läkemedelsansvarig var att det kunde man inte göra något åt.

HSAN skriver i sitt beslut: »... hon har också reagerat på och påtalat den stora risken för förväxling av aktuella läkemedel. Dessa omständigheter borde enligt ansvarsnämndens mening ha föranlett särskild uppmärksamhet och noggrannhet när hon ställde den aktuella infusionen i ordning.«

Vad ska vi som arbetar i sjukvården dra för slutsatser av detta? Kanske att det är bäst att inte påtala risker eftersom det tydligen kan ligga en i fatet den dag man själv råkar vara den som utlöser den dolda fällan?

HSAN:s uppdrag är att granska enskilda medarbetare inom sjukvården som har anmälts dit. Det ingår inte i uppdraget att granska sjukvårdens struktur eller system. Det här fallet visar tydligt att HSAN:s begränsade uppdrag inte bidrar till ökad patientsäkerhet utan tvärtom, genom utpekande av syndabockar, motverkar just detta. Vi välkomnar en förändring av utredningar av negativa händelser så att brister i systemen och kraftfulla åtgärder för säkrare vård kommer i fokus.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>
2. <http://www.ccfpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution5.pdf>
3. Lindroos P, Eldh AC. Parenteral läkemedel med liknande namn och förpackning. Studie visar på stor risk för förväxling. Läkartidningen. 2008;105:2012-7.

APROPÅ! Vård i livets slutskede

På Buddenbrooks tid – och nu?

Thomas Manns »Buddenbrooks« (Albert Bonniers Förlag, 2008; övers Ulrika Wallenström) skildras gripan- de den åldriga konsulinns sista tid.

Handlingen tilldrar sig på 1860-talet. I finalstadiet, när allt hopp är ute, bönar och ber patienten om lindring:

»Jag kan inte... Något att sova på! --- Mina herrar, av barmhärtighet! något att sova på ...! --- Men läkarna visste sin plikt. Det gällde att under alla omständigheter, så länge det bara på något vis var möjligt, upphålla detta liv åt de anhöriga, under det att ett bedövningsmedel genast skulle ha gjort att den sjuka motståndslöst givit upp andan. Lä-

kare var inte till för att framkalla döden utan för att till varje pris konservera livet. För detta talade dessutom vissa religiösa och moraliska skäl som de alldeles bestämt hört talas om vid universitetet även om de inte hade dem aktuella just för ögonblicket ...«

Så långt Thomas Manns dubbelbottnade skildring av 1800-talets hjärtlöst principfasta läkare. Har läkarkåren och Åklagarmyndigheten lärt sig något sedan dess?

Ulf Lindsjö

leg läkare, docent,
Uppsala

ulfandsjo@hotmail.com

APROPÅ! Medicinförskrivningar inom äldreården

»Jungfru Maria« och betydelsen av individuell medicinering

För många år sedan sökte jag som ganska nybliven medicine kandidat vikariat på Ulleråkers mentalsjukhus i Uppsala för brödfödans skull. Jag fick anställning som underläkare på den geriatrika kliniken. Några psykiatriska kunskaper erfordrades inte. Det hade jag inte heller. Min uppgift blev att, när den andra underläkartjänsten inte var tillsatt, ha tillsyn över kanske 500 patienter.

De flesta förväntades dö på sjukhuset. Arbetet bestod i att vardagligen gå rond tillsammans med respektive föreståndare, som talade om vad han behövde ha hjälp med. Jag minns speciellt lungödem, benbrott, nedläggning av sond för tvångsmatning och bekräftelse av dödsfall.

En dag satte jag mig ned och gick igenom journalerna för en avdelning med cirka 30 kvinnor. De flesta hade många mediciner, ofta i höga doser. I samarbete med personalen började jag i varsam takt dra ned doseringen av medicinerna. I ett fall satte jag ganska snabbt ut en medicin. Det var en kvinna som haft samma dos av antidepressiva sedan hon, enligt journalen, varit ledsn första veckan då hon togs in fem år tidigare.

Det känns sorgligt att detta fortfarande är ett stort problem. Och kanske inte bara inom äldreården.

Inga menliga följder märktes hos vare sig henne eller de andra. Personalen tyckte sig se även en viss vitalisering till kropp och själ hos patienterna.

Dock fanns ett undantag. Det var en gammal kvinna som upplevde att hon var Jungfru Maria. Vi märkte till vår förvåning att när vi sänkte hennes fentiazindos förlorade hon denna sin tro. Hon blev vilsen och kände sig eländig. Vi gick då tillbaka till den förra dosen. Hon blev åter Jungfru Maria, lycklig och stolt över sin höga uppgift i livet.

Jag återvände till medicinstudierna och tappade kontakten med kliniken. Men denna lärarika tid på Ulleråker visade betydelsen av individuell medicinering och uppföljning. Det känns sorgligt att detta fortfarande är ett stort problem. Och kanske inte bara inom äldreården.

Elisabet Olander

överläkare emerita i psykiatri, Uppsala
elisabet.olander@zeta.telenordica.se