

## Patient avled efter minskad syrgastillförsel

**Anmälare:** Socialstyrelsen  
**Anmald:** Överläkare på anestesiklinik  
HSAN 2618/01

**En varning blir påföljden för en narkosläkare som kraftigt minskade syrgastillförseln för en patient, som avled fyra timmar senare.**

II Den 45-årige mannen med missbruksproblem kom den 28 januari in akut till lasarettet med anledning av kräkningar i måttligt påverkat allmäntillstånd.

Tillståndet försämrades emellertid snabbt och krävde respiratorbehandling och hög tillförsel av syrgas.

Den 4 februari reducerade narkosläkaren syrgastensionen från 40 procent till normal luft. Senare samma dag avled mannen i hjärtstillestånd.

Händelsen anmäldes enligt Lex Maria.

Socialstyrelsen anmälde narkosläkaren till Ansvarsnämnden med bland annat följande motivering.

Narkosläkaren hade självständigt beslutat att reducera syrgastillförseln till patienten utan att det fanns medicinska skäl för detta och utan att samråda med vare sig kolleger på medicinkliniken eller anhöriga till patienten.

Under vårdtiden med respiratorbehandling och hög tillförsel av syrgas noterades multipel organsvikt.

På sjätte vård dygnet uppfattade personalen en förbättring av patientens tillstånd till skillnad från jourhavande narkosläkare, som reducerade syrgastensionen från 40 procent till normal luft.

Fyra timmar senare avled patienten i hjärtstillestånd.

### Kritik från vetenskapligt råd

Förutom de handlingar som kom in i samband med anmälan, kopia av patientjournal samt yttrande av ansvarig läkare, har Socialstyrelsen inhämtat utlåtande från professor Lars Wiklund, vetenskapligt råd i anesthesiologi och intensivvård.

Enligt dennes mening fanns inte i patientens journal dokumenterade skäl att minska syrgastillförseln som skedde. Om det fanns ytterligare skäl så framgick det inte av överläkarens särskilda yttrande.

Narkosläkaren hade alltså handlat fel och felet var allvarligt, hävdade Lars Wiklund, som också framhöll att patienten borde ha obducerats.

Socialstyrelsen delade Wiklunds be-

dömning. Styrelsen konstaterade att narkosläkaren inte utförligt kunnat beskriva patientens tillstånd vid beslutet att minska syrgasen och inte heller kunnat göra trovärdigt att beslutet kom till efter välgrundade överväganden.

Inför ett så avgörande beslut som det handlade om här borde narkosläkaren ha diskuterat fallet med läkare på medicinkliniken där patienten var inskriven. Han borde dessutom ha samrått med patientens anhöriga, menade Socialstyrelsen som också var kritisk mot narkosläkarens torftiga journalföring.

### Övervägde brottsanmälan

Socialstyrelsen ansåg att överläkarens handlande var så allvarligt att man övervägde att lämna ärendet till åklagare på misstanke om brott, men stannade för en disciplinär prövning.

Narkosläkaren bestred att han skulle ha gjort fel. Han menade bland annat att förändringen av syrgas inte på något avgörande sätt påverkade dödsögonblicket.

Även narkosläkaren ansåg att det var ytterst otillfredsställande att patienten inte hade obducerats. Därmed var det omöjligt att verifiera hans kliniska bedömning och att fastställa dödsorsaken, menade han.

I sammanfattning hävdade narkosläkaren att patientens sjukdom var orsaken till att han avled; att syrgasreduktionen inte var orsaken; att dödsorsaken inte kunde fastställas eftersom patienten inte hade obducerats.

### II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden påpekar att när syrgaskoncentrationen sänktes från 40 till 21 procent minskade syrgasmättnaden i patientens blod avsevärt. Patientens avled fyra timmar senare.

Det är sannolikt att syrebristen, tillsammans med de övriga sjukdomssymtom patienten hade, lett till en sådan syrebrist i kroppens olika delar att han avledit.

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning och slår fast att narkosläkaren inte dokumenterat några skäl för att sänka syrgashalten. Inte heller i övrigt framgår någon godtagbar medicinsk anledning för en sådan sänkning.

Om narkosläkaren bedömde att fortsatt behandling av patienten var meningslös, borde han först ha diskuterat detta med den patientansvarige läkaren på medicinkliniken, hävdar Ansvarsnämnden. Han borde också ha samrått med patientens anhöriga om sin bedömning av patientens tillstånd och planerad behandling.

Bristerna renderar överläkaren en varning.●

## Mätte inte koldioxid vid syrgastillförsel

**Anmälare:** Patientens dotter  
**Anmald:** Överläkare och underläkare vid medicinklinik  
HSAN 152/02

**Överläkaren kontrollerade inte koldioxidhalten i blodet hos en KOL-patient som fått syrgastillförsel och följde inte heller upp smärtbehandling. Därför tilldelas hon en varning av Ansvarsnämnden.**

II Under tillfällig vistelse på annan ort drabbades den 75-åriga kvinnan som led av KOL av tilltagande andfäddhet och feber. Den 19 oktober blev hon inlagd vid lasarettet på den orten och behandlades med syrgas och läkemedel.

Man planerade för överföring till hemlasarettet. På morgonen den 23 oktober var hon andfädd och hade ryggsmärtor. Hon fick därför extra syrgas och en injektion smärtstillande medel.

Hon transporterades med ambulans från lasarettet vid 15.30-tiden. Under transporten blev hon ytterligare försämrad. Hon blev inlagd vid hemlasarettet vid 20.30-tiden, men avled efter två timmar. Som dödsorsak angavs respiratorisk insufficiens till följd av kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Patientens dotter anmälde en överläkare och en underläkare för felbehandling av modern. Hon berättade bland annat att modern på morgonen den 23 sagt att hon hade ont i hela kroppen och inte skulle klara en transport till hemlasarettet. Dottern bad de två läkarna att hennes mor skulle få stanna ytterligare en dag.

De båda läkarna har bestritt att de handlat felaktigt.

Underläkarens uppgav att hon den 23 oktober träffade patienten på morgonronden. Patienten klagade över värk i ryggen och underläkaren kontaktade överläkaren, som bedömde patienten och ordinerade injektion Ketogan.

Överläkaren uppgav att hon informerade kvinnan om att hon tänkte kontakta hemlasarett för transport dit och fortsatt vård där, vilket kvinnan accepterade.

På morgonen den 23 meddelade en sköterska att patienten var orolig inför flytten och att hon hade ont bak mot ryggen. Överläkaren pratade med patienten och mätte själv saturationen. Syremättnaden var 92 procent.

Överläkaren bedömde att smärtan i ryggen kunde lindras och ordinerade injektion Ketogan. Ambulanstransport var planerad till förmiddagen. Efter detta träffade hon inte patienten mer och fick

heller inget besked från någon av personalen att patienten var i behov av tillsyn, berättade överläkaren..

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att syrgas-tillförsel vid den sjukdom patienten led av kan leda till anhopning av koldioxid i blodet. Innan beslut togs om att transportera henne till ett annat sjukhus borde överläkaren därför ha sett till att kontrollera koldioxidhalten i blodet.

Det var oklart vad som orsakade patientens smärtor på morgonen dagen för transporten. Överläkaren borde därför, efter det att den smärtstillande injektionen hade getts, ha följt upp effekten av behandlingen, anser nämnden.

Överläkaren har av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Påföljden fastställs av Ansvarsnämnden till en varning.

Underläkaren hade samrått med överläkaren, som hade fattat de avgörande besluten. Det finns därför inte anledning till kritik mot underläkaren, konstaterar Ansvarsnämnden.●

## Borde ha tagit nytt Hb eller konsulterat kirurg

**Anmälare:** Patienten

**Anmäld:** Överläkare och AT-läkare  
HSAN 3014/01

## En erinran blir påföljden för en överläkare som skickade hem en kvinna med misstänkta tecken på magblödning.

II Den 57-åriga kvinnan sökte akut på sjukhus för hjärtklappning. Hon hade en puls på cirka 125 och 120 i blodtryck. Hon lades in över natten för observation av hjärtat med telemetri och hjärtprovtagning. Hon behandlades med betareceptorblockerande medel varvid hennes puls blev lägre. På telemetrin noterades enbart sinusrytm med en kort episod av förmaksfladder.

Under observationen framkom att hon hade haft svart avföring i hemmet, vilket verifierades under intagningen genom tre positiva avföringsprov och ett Hb på 111.

Hon skrevs ut påföljande morgon efter beslut av överläkaren för fortsatt utredning genom sin företagsläkare. Efter två dygn återkom hon på grund av att hon kände sig svimfärdig när hon reste sig upp. Besvären sågs som ortostatism på grund av medicineringsmedel med blodtryckssänkande läkemedel. Hon lades åter in för observation med telemetri-

övervakning på grund av hög puls.

Påföljande morgon överfördes hon till kirurgavdelning med diagnos »anemi efter akut större blödning«. Hennes Hb var 56.

Kvinnan anmälde en AT-läkare som hon träffade vid intagningen för att ha uppträtt ohövligt och nonchalant samt överläkaren för att ha felbedömt hennes tillstånd.

Ansvarsnämnden har tagit del av patientens journal och hämtat in yttranden av läkarna. AT-läkaren skrev:

»Min egen uppfattning är att jag inte varit vare sig nonchalant, ohövligt, snorrig eller handlat mot god läkareetik.«

Överläkaren uppgav med hänvisning till journalen att handläggningen av patienten inte avvikit från vetenskap och beprövad erfarenhet.

Diagnosen förmaksfladder var korrekt och tillståndet behandlades dessutom framgångsrikt och utreddes adekvat. Patienten hade vid inkomsten diskret blodbrist varvid kompletterande prover antydde sipprande blödning i magtarmkanalen. Detta bekräftades i senare skede då gastroskopi påvisade ett okomlicerat magsår som adekvat behandlades med Lanzo, menade överläkaren.

Då patienten vare sig hade buksmärter eller andra tecken på symtomgivande blödning, remitterades hon för vidare utredning av blödningskällan hos primärvårdsinstans i enlighet med gällande vårdprogram. Kirurgmottagningen vore ej korrekt instans att primärt remittera denna typ av okomlicerade åkommor och dessutom är erfarenhetsmässigt väntetiden dit för oprioriterade ärenden omfattande, hävdade överläkaren.

## II Bedömning och beslut

Om AT-läkare säger Ansvarsnämnden att hon inte var ansvarig för behandlingen av patienten. Hennes bemötande av kvinnan var, även om denna uppfattat det som ovänligt, inte menligt för patientsäkerheten. Anmälan mot AT-läkaren kan inte leda till disciplinpåföljd.

Om den ansvarige överläkaren påpekar Ansvarsnämnden att sinustakykardi och svart avföring bör väcka misstanke om en pågående magblödning. Det kan då vara fråga om en större blödning utan att det initialt syns i en motsvarande nedgång av Hb. Man borde därför ha kontrollerat Hb ytterligare en gång eller konsulterat kirurgjouren innan kvinnan skickades hem.

Överläkaren kan inte undgå disciplinpåföljd för att detta inte skedde. Mot bakgrund av att patienten hade en period av rytmrubbning i hjärtat och diagnosen »hjärtfladder« således inte var fel kan disciplinpåföljden stanna vid en erinran, anser Ansvarsnämnden.●

## Missade pigluxation hos 2-årig pojke

**Anmälare:** Patientens pappa

**Anmäld:** Allmänläkare på jourcentral  
HSAN2990/01

## Trots en tydlig anamnes på pigluxation hos en 2-årig pojke bedömde läkaren att pojken hade fullgod rörlighet i armbågsleden och får därför en erinran av Ansvarsnämnden.

II Pojken hade ont och ville inte röra vänster arm. Enligt föräldrarna hade det onda uppstått i samband med att hans far tidigare samma dag dragit honom i armen. Det hade då hörts ett tydligt knäpp från armen. På kvällen sökte de vård för sonen på en jourcentralen.

Allmänläkaren tog upp sjukhistorian och undersökte armen. Vid undersökningen fann han att pojken hade fullgod rörelseförmåga i armbågsleden, men att handleden var svårundersökt. Han bedömde tillståndet som en ledkapselskada och ordinerade Alvedon.

Dagen efter uppsökte familjen akutmottagningen vid sjukhuset. Där konstaterades en pigluxation och armen reponerades. Pojken kunde åter röra armen efter reponering.

Pojkens pappa anmälde allmänläkaren för felbehandling, och har bland annat uppgett följande.

Han anser att distriktsläkaren nonchalerade sonens skada. Eftersom de hade berättat att det »knakat till« i armen, borde doktorn ha misstänkt en pigluxation och inte avfärdat skadan som en stukning.

Allmänläkaren hänvisade till sina journalanteckningar. Där framgick bland annat att pojken hade fullgod funktion i armbågsleden och att bedömningen blev ledkapselskada, expektans och Alvedon vid behov.

## II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att det fanns en tydlig anamnes på pigluxation. Men enligt journalen fann allmänläkaren att pojken hade fullgod rörlighet i armbågsleden.

Pappan hade emellertid uppgett att pojken ine kunde röra armen, något som fick stöd av ortopedläkarens fynd påföljande dag. Allmänläkaren hade alltså inte tolkat undersökningsfynden korrekt. Med tanke på berättelsen om inskränkt rörelseförmåga och knäpp från armen borde han ha lyssnat mer på föräldrarna och även konsulterat en ortoped, slår Ansvarsnämnden fast.

Allmänläkaren får en erinran.●