

Förväxling av bedövningsmedel och desinfektionsmedel bakom tragedin

Ingen fälldes för de fyra dödsfallen

De fyra patienterna på Maria sjukhus förgiftades till döds för att de fick injektioner med desinfektionsmedel i stället för med lokalbedövningsmedel, kvicksilveroxicyanid i stället för etocain.

■ På kvällen den 21 augusti 1936 miss-tänkte doktor Cedermark att det var något fel på lokalbedövningsmedlet. Man hade registrerat att två patienter som fått medlet hade blivit ordentligt sjuka.

Kolven med etocain i behandlingsrummet skickades för analys – en analys som visade att de fyra patienterna i stället för lokalbedövningsmedlet etocain hade fått kvicksilveroxicyanidlösning avsedd för desinfektion.

Alla åtalade friades

Förgiftningarna polisanmälades den 26 augusti – av apoteket som är leverantör, inte av Maria sjukhus. Polisen var klar med sin utredning den 10 september och flera personer åtalades. En av dem var sjukhusets styresman, professor Einar Key, de andra sjuksköterskor och en

sköterskeelev. Ingen fälldes. Åklagaren drev målet vidare till Hovrätten men utan framgång.

En direkt följd av förgiftningarna på Maria sjukhus blev däremot att den 15 januari 1937 utfärdades en kungörelse där det krävdes att styresmannen för sjukhus och liknande genast anmäla om någon skadas eller blir sjuk under behandling. Anmälan skulle göras till polisen och Medicinalstyrelsen. Den kungörelsen kom att kallas Lex Maria.

Giftigt och ogiftigt i samma skåp

När det stod klart att patienterna fallit offer för en förväxling försökte den tillförordnade styresmannen doktor Åkeson tillsammans med en sjuksköterska och apotekets föreståndare rekonstruera händelsen. Några säkra svar fick varken de eller någon annan på frågan om hur etocainkolven kunde innehålla kvicksilveroxicyanid.

Under 1935 hade Medicinalstyrelsen i en skrivelse krävt att giftiga medel skulle förvaras i separat låst skåp.

Styresmannen vid Maria sjukhus menade emellertid att det inte var praktiskt

möjligt att efterleva kravet helt och fullt. Klart var att det på sjukhuset inte fanns något krav på att icke giftiga och giftiga preparat skulle hållas åtskilda – de stod i samma skåp fast på olika hyllor.

Etocainet fanns i stora glasflaskor och hällades på mindre kolvar, som ställdes i bandlingsrummen och användes när det var dags för bedövning. Kolvarna var märkta med en metallbricka med texten Etocain 1 %.

Ställdes flaskan på fel hylla?

En sköterskeelev hade hämtat varor från apoteket och ställt in dem i poliklinikens medicinskåp. Hon hade även blandat desinfektionsmedlet. Kanske ställde hon in flaskan med kvicksilveroxicyanid på fel hylla – den där etocainflaskan stod? Kanske råkade sjuksköterskan som senare fyllde på etocain ta fel flaskka?

En apoteksanställd uppgav också i förhör att han hade tillrett en flaska kvicksilveroxicyanid till Maria sjukhus, och att han då hade glömt att märka flaskan med giftmärke. Kanske bidrog det till förväxlingen? •

Felhantering av läkemedel är en vanlig orsak till anmälningar enligt Lex Maria. Här berättar vi om några nya fall. Samtliga har av chefläkaren anmälts till Socialstyrelsen.

■ Två injektionssprutor förväxlades. I stället för Heparin fick en ett och ett halvt år gammal pojke med andningsbesvär en injektion med ett icke sterilt luftvägsvidgande medel som ska inandas.

Pojken fick påtaglig hjärtklappning och övervakades på intensivvårdsavdelningen, men drabbades inte av några fler komplikationer.

Avdelningen har nu infört grönfärgade sprutor för läkemedel som ska inandas så att de lätt kan skiljas från dem som ska injiceras.

En patient fick av misstag medicin som var avsedd för en annan patient. Hon observerades noga och drabbades inte av några konsekvenser.

Den felaktiga medicineringen bestod av ett tarmstimulerande preparat, ett antibiotikum och en medicin som vidgar luftvägarna. Den ansvariga sjuksköterskan upptäckte genast sitt misstag och patienten övervakades därför extra

Felhantering av läkemedel vanlig orsak till Lex Maria-anmälan

noga. När händelsen inträffade var arbetsbelastningen hög. För att undvika liknande misstag inför man nya rutiner.

Nära att fel patient fick blodtransfusion

En man som vårdades på sjukhuset var, sedan hans identitet inte kontrollerats tillräckligt noga, nära att få en blodtransfusion som var avsedd för en annan man.

Den patient som skulle ha transfusionen vårdades för en stroke. Han hade också en muskelblödning som utlösts av ett blodförtunnande medel, vilket gav lågt blodvärde. Man beslöt att ta ett blodprov och att sätta en venkateter för att därefter genomföra en transfusion.

Den ansvariga sjuksköterskan lyckades emellertid inte sätta nålarna till katern utan begärde hjälp av en narkossjuksköterska och lämnade – mot gällande regler – ut omärkta provrör.

Inne på salen svarade fel patient jakande när sjuksköterskan ropade ut patientens namn. Sköterskan tog blodprov på denne utan ytterligare kontroll av identiteten. När blodtransfusionen nå-

got senare skulle starta upptäckte man att blodproverna kom från en annan patient och transfusionen påbörjades inte.

Insulin i för hög dos

En 72-årig man som vårdades på sjukhuset utvecklade en svår hjärnskada efter att ha drabbats av hypoglykemi. Anledningen kan ha varit att han fått insulin i för hög dos.

Mannen, som var diabetiker och tidigare drabbats av stroke, fick sänkt medvetande vilket förbättrades inom några timmar. Men eftersom blodsockret var fortsatt lågt fick han inte sin insulindos i samband med kvällsmåltiden. Något senare var värdet kraftigt förhöjt och insulinet sattes åter in.

Nästa morgon visade patienten emellertid liknande symtom och ett kraftigt sänkt blodsocker. Trots sockertillförsel vaknade han inte ur sin medvetslöshet. Skiktröntgen av skallen visade tecken på hjärnskada som kunde vara orsakad av kraftig hypoglykemi. Han avled två veckor senare senare. •