

Risk för livsfarlig skada i vart femte lex Maria-fall

Riskdatabas presenteras i nytt informationsblad

I nästan vart femte fall som anmäls enligt lex Maria löper patienten risk att skadas livsfarligt.

Det framgår i Riskronden special, som nu kommit ut för första gången.

Uppgiften är hämtad ut Socialstyrelsens riskdatabas där det finns ca 4 500 lex Maria-ärenden registrerade från 1992 och framåt.

I nästan hälften av fallen har man inte kunnat bedöma risknivån (49 procent). I övrigt ser det ut så här:

Livsfarlig skada 18 procent, Övergående skada 24 procent, Bestående försämring 3 procent samt Inga konsekvenser 6 procent.

Siffrorna bygger på handläggarens bedömning av den sannolika konsekvensen om en liknande händelse skulle inträffa igen.

Fördelningen av riskhändelser på typ av sjukvårdsanläggning visar att s k Särskild boendeform toppar på 46 procent under perioden 1 juli 1994 till och med 30 juni 1995. Siffran är sju procent högre än för hela perioden från 1992. Orsaken till detta är den ökning av ärenden från den kommunala verksamheten som skett efter ÄDEL-reformen.

För region/länssjukhus är siffran 24 procent (en minskning med 6 procent efter ÄDEL), för länsdelssjukhus 10, för vårdcentraler 5 osv.

Nytt informationsblad

Socialstyrelsens riskdatabas innehåller uppgifter om skador, risker och riskbeteenden i vården. Där finns information om vilka yrkeskategorier som var med vid händelsen, vad man gjorde, vad som blev fel och orsaken till det med mera.

Riskdatabasen är tänkt att bli en värdefull källa för forskning och utveckling. Uppgifterna i den kan ge uppslag till såväl systematisk som individ- och enhetsrelaterad tillsyn. De ska stimulera till kvalitetssäkring och medföra att riskhändelser kan förebyggas.

Återföringen till sjukvården har hittills gått via Riskronden. Men riskdatabasen är nu så stor och ärendena så många att Riskronden inte räcker – det behövs fler kanaler.

Därför ska Riskronden special komma ut fyra gånger per år. Där ska man presentera statistik ur riskdatabasen

med uppgifter om hur ofta olika typer av ärenden förekommer, vilka förändringar i anmälningsärendena som sker, varifrån anmälningarna kommer samt vilka personalkategorier som är berörda.

Många ärenden, som bedöms som angelägna att återföra till vården, kommer att refereras. I informationsbladets första nummer refereras flera riskhändelser varav vi återger några.

EMLA-kräm på skadad hud gav intoxication

En treårig pojke hade av hett kaffe fått 10-procentiga brännskador av första och andra graden. De fanns på höger arm, bröst och rygg samt vissa delar av halsen, höger öra och käkinkel.

Läkaren ordinerade EMLA-kräm som smärtlindring. Man har uppskattat att det gick åt 45 gram kräm till de brännskadade partierna.

Femton minuter efter appliceringen av krämen fick pojken generella kramper.

En anestesijour tog över behandlingen sedan man givit Stesolid. Pojken intubades, ventilerades och fick ytterligare behandling för krampen.

Blodanalys visade methemoglobinemi, som kunde hävas med Metylenbehandling. Sedan syrgasomsättningen normaliserats fick pojken sedvanlig brännskadebehandling och får troligen inga men av händelsen.

Enligt en sakkunnig på Läkemedelsverket ger överdosering av lidokain och prilokain kramper respektive methemoglobinemi. Pojkens kliniska bild bedömdes som väl förenlig med intoxication av EMLA-kräm.

Att pojken blev intoxikerad berodde på att upptaget av lidokain och prilokain ökar kraftigt när man behandlar brännskadad hud.

Socialstyrelsen vet att att det inte är ovanligt att brännskador, särskilt hos barn, behandlas med EMLA-kräm trots att indikationen inte är godkänd och trots att riskerna inte är kartlagda.

Därför pekar Riskronden special på att man tills vidare inte ska använda EMLA-kräm för smärtlindring vid brännskador, eller då huden skadats på annat sätt.

Infusionsnål i artär i stället för i ven

En fyra månaders pojke fick lunginflammation. Han behövde respirator-

vård och intravenös tillförsel av vätska och antibiotika. Det var svårt att hitta en ven, men till slut lyckades en punktion i armbågsvecket.

Med hjälp av en pump gav man antibiotika och hyperton glukoslösning i i kärlet.

Efter en stund upptäckte man att armen blev blek. En kontroll visade att nålen låg i en artär och inte i en ven. Nålen togs omedelbart bort och pojken fick inga bestående skador.

Händelsen är inte unik och bör därför leda till riktlinjer för hur man säkrar ett intravenöst läge av en inlagd nål eller kateter vid insticksställen där det finns risk för artärpunktion.

Genom att koppla ett vanligt infusionsdropp till nålen kan man lätt avslöja ett intraarteriellt läge. Då stiger blod upp i droppslangen, vilket inte sker då nålen ligger intravenöst.

Det är ett rimligt säkerhetskrav, menar Riskronden special, att utesluta intraarteriellt läge innan kärletande eller spasmframkallande läkemedel eller lösningar injiceras. Det gäller i synnerhet vid övertrycksinfusion av hypertona lösningar.

Bristfällig diatermiutrustning gav tjocktarmsperforationer

I två fall anmäldes att patienterna fått perforationer på tjocktarmen i samband med diatermi vid koloskopi.

Man kunde inte påvisa att någon hade använt diatermi- eller endoskopiutrustningen fel.

Därför kontrollerades utrustningen av personal från sjukhusets medicintekniska avdelning, leverantören och en oberoende konsult.

Man fann skadade anslutningar mellan diatermiapparaten och biopsitången, bristfällig högfrekvensisolering som medförde höga läckströmsvärden samt att diatermiapparaten maximala uteffekt överskred tillåtet värde.

Socialstyrelsen ansåg att tjocktarmsperforationerna, som troligen orskades av att tunn vävnad hade utsatts för alltför hög temperatur, kunde ha samband med utrustningens tekniska brister, särskilt med den dåliga högfrekvensisoleringen.

Sjukhusets utredning bedömdes som föredömlig. Men det uppstod också frågor om hur man upprätthåller den medicintekniska säkerheten, särskilt då det gäller organisation, byte av utrustning och utbildning. •