

undersöktes redan nästa dag av den anmälde läkaren, som gav föräldrarna lugnande besked. Tio veckor senare remitterade han flickan till röntgenundersökning av skallen med frågeställningen synostos. Enligt svaret kunde inte suturerna bedömas med säkerhet och man rekommenderade datortomografi. Svar på denna undersökning anlände sex månader efter det första besöket och man kunde nu konstatera att det förelåg en synostos på höger sida av skallen. Flickan remitterades till plastikkirurgisk klinik och en omfattande operation utfördes nästan ett år efter det att remiss från distriktsläkare utfärdats.

Föräldrarna menar att de redan under dotterns första levnadsmånad observerat att hennes skalle hade avvikande form, men ej fått gehör för sin oro, när de kom till överläkaren. Han borde på ett tidigt stadium ha tagit initiativ till en utredning. En tidigare diagnos hade kunnat leda till ett mindre ingrepp och ett bättre resultat.

Utredning

Ansvarsnämnden har inhämtat yttranden från den anmälde barnläkaren, från den plastikkirurg som utfört ingreppet samt från ett av Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom ämnesrådet barnålderns sjukdomar och hälsoproblem

Överläkaren vid barnkliniken uppger att han vid den första undersökningen av flickan funnit en måttlig skullasymmetri, men att han hade haft svårt att avgöra om det var patologiskt eller en normalvariant. Vid undersökning sex veckor senare tyckte han att asymmetrin snarast minskat, men eftersom tillståndet kvarstod, när flickan var ett halvt år, beslöt han att röntgenundersöka skallen. Den därpå följande datortomografin blev »av okänd anledning» utförd först tre månader senare. Om denna försening av diagnos kunde innebära risk för barnets framtida utveckling eller innebära en mer omfattande operation eller större risk för kvarstående snedhet i skalle eller käke kunde han inte bedöma.

När plastikkirurgen såg flickan första gången var hon nästan ett år. Han kunde då konstatera en tämligen uttalad ansiktsskolios som följde av den uniconalare prematura synostosen. Hon fick prioriterad operationstid men operationen försköts några veckor på grund av julstängning och på grund av att flickan blev förkyld. Vid operationen hade hon hunnit bli 14 månader. Vanligen brukar dessa barn opereras vid 6 månaders ål-

der då barnen i allmänhet ännu inte hunnit utveckla någon utpräglad ansiktsskolios. Obehandlad plagiocephali leder till en permanent snedhet i kraniet och ansiktet.

Bedömning av deformerade skallar kan vara komplicerad och röntgenundersökningens resultat är beroende att man tagit sådana projektioner, som gör det möjligt att bedöma skallen struktur. Många röntgenologer saknar vana att bedöma dessa tillstånd. Dessutom har situationen under de senaste två åren ytterligare försvårats, då man från barnläkarhåll beslutat rekommendera att spädbarn skall sova på rygg. Detta har lett till att »vi idag i Sverige ser en mycket stor mängd gravt deformerade barnskallar enbart beroende på sängläge». (Det gäller att bland dessa skilja ut fall med prematura syndostoser.)

Enligt vetenskapliga rådet är tidig suturslutning ovanlig och drabbar mindre än ett barn på tusen. Däremot är skullasymmetrier av växlande omfattning vanligt förekommande och beror vanligen på yttre tryck på skallen före eller under förlossningen eller genom ojämn tryckbelastning senare. Dessa skevheter har ökat på grund av att ryggläge rekommenderats som profylax mot plötslig spädbarnsdöd.

Det är förklarligt att den anmälde överläkaren betraktat skullasymmetrin som en normalvariant i samband med det första besöket och det är bra att han ändå sedan följt upp fallet. Med tanke på föräldrarnas oro borde han dock vid någon av de första besöken ha företagit en slättröntgen av skallen. Det bästa är att man följer regeln att »föräldrar har rätt tills man bevisat motsatsen». Fördröjning av datortomografin har ej förorsakats av överläkarens åtgärder och han har inte varit medveten om fördröjningen, men han har dock haft kvar ansvaret för patienten under väntetiden och det är beklagligt att ingenting skett under denna period. Sammanfattningsvis anser vetenskapliga rådet att viss kritik kan riktas mot överläkarens handläggning, även om det finns många för mildrande omständigheter till att diagnos och behandlingen försenats. Utredningen borde dock ha drivits mer energiskt.

Föräldrarna har tagit del av utredningen och framhållit bland annat: »Vi kände hela tiden att vi fick ta initiativ till undersökningar. Överläkaren gav hela tiden lugnande besked, men vi kunde inte släppa vår oro.»

Bedömning och beslut

Även Ansvarsnämnden ansåg att

överläkaren borde ha drivit utredningen på ett mer aktivt sätt och att han förtjänar kritik för sin passivitet. Han borde också ha bevakat att den beställda datortomografin kommit till stånd inom rimlig tid. Han har av oaktsamhet åsidosatt sina åligganden i yrkesutövningen och ålades disciplinpåföljd i form av erinran.

Misstolkade gångsvårigheter hos tvåårig flicka

Anmälare: Moder

Anmäld: Barnläkare vid specialistmottagning

Orsak: Fördröjd diagnos av diskit HSN2412/97

Modern sökte med sin 2-åriga dotter på en akutmottagning på grund av att flickan dagen innan slutat att gå. Jourhavande läkare ställde diagnosen virusinfektion i höger höft. Symtomen skulle gå över på fyra-sex dagar. Eftersom besvären kvarstod uppsökte de fem dagar senare barnspecialistmottagningen. Efter undersökning förklarade barnläkaren att det kunde ta upp till två veckor innan infektionen läkt ut. Flickan kunde fortfarande ej gå utan krälade hjälpligt fram på golvet. Efter ytterligare en vecka kontaktade modern specialistmottagningen per telefon och fick rådet att söka på sjukhuset för röntgenundersökning.

Denna och ultraljudsundersökning av högra höften visade dock inget anmärkningsvärt, och barnläkaren rådde modern per telefon att avvakta ytterligare en tid. Flickan hade emellertid mycket ont och kunde endast gå »egenomligt med stöd». Modern ringde läkaren flera gånger men fick rådet att avvakta.

två månader efter insjuknandet undersöktes flickan av barnläkaren, som då ordinerade sjukgymnastik. Eftersom flickan inte blev bättre bad modern om remiss till barnortoped, vilket läkaren utfärdade. Ortopedläkaren kunde konstatera att det inte fanns något fel på höften utan utan på ryggen. Röntgen drygt tre månader efter insjuknandet visade att 4:e och 5:e ländkotan höll på att växa ihop på grund av bakteriell infektion.

Modern anser att barnläkaren genom att inte vidta några åtgärder vållat flick-

an onödigt lidande samt bestående skada på ryggkotorna.

Utredning

Barnläkaren har lämnat följande yttrande: Vid första besöket på barnmottagningen vägrade flickan att gå och ville bli buren. Hon hade inga infektionstecken, men inskränkt ab- och adduktion i höger höftled. CRP var < 10 vilket talade emot bakteriell infektion. Läkaren bedömde tillståndet som coxitis simplex.

I det fortsatta förloppet blev flickan periodvis bättre och kunde gå, dock med hälta. Vid de fortsatta telefonkontaktarna med modern uppgav läkaren vid ett tillfälle att röntgenundersökningen talade för förbättring, något som berodde på förväxling av röntgensvar angående en annan patient.

Vid det andra besöket på specialistmottagningen hade flickan inte längre ont men gick fortfarande klumpigt. Läkaren fann nu normal rörlighet i höften. Modern önskade sjukgymnastbedömning och »självklart nekar jag inte till det men jag ser inte riktigt någon mening med en sjukgymnastkontakt». Flickan blev återigen sämre och tre veckor senare remitteras hon (enligt moderns önskemål) till ortoped.

Bedömning och beslut

Med hänsyn till de symtom som flickan visade vid första besöket på specialistmottagningen, kan inte den initiala diagnosen »coxitis simplex» kritiseras. Vid telefonkontakter har läkaren genom förväxling av röntgensvar givit modern felaktiga uppgifter angående sjukdomens förlopp. Vid den andra undersökningen av flickan fann läkaren inga kliniska fynd, som kunde förklara patientens gångsvårigheter. Med tanke på flickans uttalade besvär borde hon dock ha remitterats för vidare utredning. Ansvarsnämnden ansåg att felet var varken ringa eller ursäktligt och påföljden bestämdes till erinran.

Brister i samarbetet mellan klinikerna

Anmälare: Moder

Anmälda: Två kirurger samt personal vid kirurg- och barnkliniker
Orsak: PEG-slang dislokerades
HSAN 1970/97

En 19 månader gammal gosse vårdades på barnklinik för matvägran och

svåra kräkningar. För att bättre kunna nutriera pojken gjorde man på kirurgklinikerna en perkutan endoskopisk gastrotomi (PEG). Operationen innebar att en plastslang fördes in i magsäcken genom bukväggen och fixerades i ventrikeln med hjälp av gastroskopi. Operationen utfördes av de två anmälda kirurgöverläkarna. Han vårdades sedan på barnklinikerna. Man märkte där, att det uppstod en svullnad i operationsområdet, när PEGen användes för nutrition. Pojken blev dessutom allmänpåverkad och behandlades därför med antibiotika. Efter tio dagar skrevs han ut till hemmet, men föräldrarna märkte att pojken hade ont, när de sprutade in föda. Man sökte därför fyra dagar efter barnklinikerna, där man lade in pojken. Nästa dag kunde man konstatera att katetern låg subkutant. En månad senare inopererades en ny PEG på universitetssjukhus.

Det hade varit bestämt att ingreppet skulle göras av den kirurg som hade störst erfarenhet av operationer på barn. Operationen sköts emellertid upp ett par dagar och kom därför att utföras av två andra kirurger som enligt modern tidigare inte hade utfört detta ingrepp på barn. Efter operationen var pojken mycket dålig med hög feber och CRP-värde på 180. Det fanns enligt modern ingen personal som verkade kunnig, när det gällde att sköta PEGen. Efter utskrivning hade pojken tydliga tecken på smärta, när man försökte spruta in mat. Området kring katetern var upphöjt, sårigt, rött och svullet. När man åter sökte på sjukhuset gjordes ingen röntgenundersökning och man gjorde inga försök att korrigerade kateterns läge. När den patientansvarige läkaren kom i tjänst nästa dag, kunde han konstatera att det var för sent att rädda PEGen.

Utredning

Operatören A har framhållit, att han var den på klinik som gjort flest PEG-operationer och han hade till sin hjälp haft en mycket erfaren endoskopist. Visserligen var detta den yngsta patienten man PEG-opererat vid kliniken, men instrument och teknik är den samma som vid ingrepp på äldre patienter. Operationen gick också att genomföra på ett normalt sätt förutom att man fick en mindre blödning, när man skulle vrida kanalen genom bukväggen. Kateterns läge kontrollerades av operatör B med gastroskopet för att övertyga sig om att katetern fixerats tätt mot ventrikelväggen. Pojken överfördes sedan

han vaknat upp ur narkosen till barnklinikerna och ingen av kirurgerna har sedan blivit konsulterade från barnklinikerna.

Enligt kirurgchefen hade de två kirurgerna mycket stor vana vid denna typ av operation. Enligt rutinerna vid kirurgklinikerna skall opererande kirurg i fall som detta ta kontakt med barnavdelning nästa dag och undersöka det opererade barnet. Detta fallerade i detta fall, sannolikt på grund av att kirurgen arbetade som helgjour dagen efter operationen (julafton).

Enligt patientansvarige läkaren på barnklinikerna borde pojkens tillstånd under den postoperativa vården ha föranlett mer aktiva insatser. En rad olyckliga omständigheter med personalbyte under jul- och nyårshelgerna kan ha bidragit till all problematik kring ingreppet.

Barnklinikens chef meddelar att han och kirurgchefen efter det inträffade har utformat fasta rutiner för hur den postoperativa vården på barnavdelningen i fortsättningen skall genomföras.

Bedömning och beslut

Risk finns att en PEG »äter sig ut» ur magsäcken om bukväggen utsätts för högt tryck av katetern. Utredningen ger inte stöd för att operationen i detta fall utförts på ett oskickligt eller oaktsamt sätt.

Däremot kan Ansvarsnämnden konstatera att samarbetet mellan barn- och kirurgklinikerna inte fungerat tillfredsställande. Operatörerna har åsidosatt sina åligganden genom att inte följa upp fallet postoperativt. Deras fel är emellertid att betrakta som ringa; i det tidiga skedet hade man knappast kunnat förutse vidden av de problem, som sedan skulle uppkomma. Från barnklinikerna borde man, när problem uppstod, ha kontaktat och tagit råd av kirurgerna, som hade större erfarenhet av PEGar. Dessa brister är dock inte så allvarliga att disciplinpåföljd skall komma ifråga. •

