

Alla traumasjukhus måste ha klara rutiner för hur skallskadade ska vårdas

Rutiner för handläggning av patienter med misstänkt intrakraniellt tryck ska vara kända av varje ansvarig intensivvårdsläkare och varje specialist i anestesi och intensivvård. Det understryker Ansvarsnämnden i ett ärende där en anestesilog, överläkare A, fälls för att inte ha kontaktat en neurokirurgisk klinik för att diskutera hur en ung skallskadad motorcykelförare bäst skulle vårdas. (HSAN 2383/02)

II Den 24-årige motorcyklisten krockade med en bil den 30 mars i fjol. Han var medvetslös och hade ljusstela pupiller när han kom till lasarettet. Han hade ett flertal frakturer på ansiktsskelettet och en fraktur på höger underarm.

Datortomografi av skallen visade små blödningar i hjärnan, men inga tecken på hjärnödem. En ny datortomografi nästa dag visade i stort oförändrade förhållanden.

Natten efter intagningen opererades underarmsfrakturen. Mannen låg då sederad i respirator. När man minskade sederingen för att väcka honom, ökade inte hans medvetandegrad och pupillerna förblev ljusstela. Man gjorde försök att extubera honom, men det misslyckades.

Blev totalförklarad

Fjärde dagen efter intagningen togs kontakt med neurokirurger på ett universitetssjukhus. Nästa dag flyttades patienten dit för fortsatt behandling. Efter tre veckors vård fördes han tillbaka till det första lasarettet. Han hade då svåra och bestående neurologiska skador.

Mannens mor anmälde två överläkare A och B, båda anestesiloger, och en ST-läkare vid lasarettet.

I sammanfattning var de anhöriga kritiska mot läkarna på lasarettet för att de inte omgående skickade iväg mannen för specialistvård.

Tillståndet för honom sex månader efter olyckstillfället var att han vid 25 års ålder mist alla sina funktioner och satt totalt förklarad på ett äldreboende, berättade mamman.

Ansvarsnämnden läste mannens journal och hämtade in yttranden av de tre anmälda läkarna.

Överläkare A berättade att han som reservjour hade hjälpt primärjouren med patienten på akuten samt röntgen tills patienten kom till IVA. Från morgonen dag två var han själv primärjour i anes-

tesi ett dygn och skötte patientens vård på IVA. Patientansvarig läkare var vid tillfället tjänstgörande överläkarjour i kirurgi/ortopedi.

När överläkare A tog över på andra dagens morgon var patienten intuberad och ventilerad i respirator, hade feber 39,7°C, var cirkulatoriskt stabil och utan större ventilationsproblem.

Datortomografisk undersökning på röntgen första dagen visade inga frakturer på skallkalotten. Ett flertal små, mm-stora blödningar i hjärnvävnaden syntes centralt. Inga med operation åtgärdbara skador förelåg således. Hjärnans hålrum hade ingen påvisbar kompression utifrån som vid ökat tryck. Inga tecken fanns på frakturer på halsryggen, uppgav A.

Under dygnet beslutades om fortsatt observation av patientens vitalfunktioner, behandling av misstänkt lunginflammation samt fortsatt respiratorvård med normal ventilation i sövt tillstånd. En ny datortomografisk röntgenundersökning av hjärnan påvisade inga väsentliga förändringar och inga tecken till hjärnsvullnad, sa överläkare A.

Under vård dygnet normaliserades febern och det överskott av tillförd vätska som fanns från inkomstdygnet korrigerades. Ögonkonsult utslöt lokal skada på vänster öga, som hade en vid ljusstel pupill.

Patienten reagerade vid vändningar samt rengöring i munnen med grimaser som vid smärta samt förbättrades med smärtstillande intravenösa injektioner, berättade A.

När A lämnade över dag tre var patientens tillstånd stabilt med god cirkulation och bra syresättning med ventilation via respirator.

»Anmälan mot fel läkare«

Överläkare A uppgav att anestesiläkarna är ansvariga för att intensivvården bedrivs korrekt så att vitalfunktioner som andning, cirkulation och njurfunktion optimeras.

Han pångterade att anestesiläkarna inte ansvarar för den kirurgiska vården och inte tar kontakt med specialistklinik om eventuell överflyttning av patienter eller behandling på regional nivå. Detta åligger ansvarig kirurg om patienten är inskriven på kirurgkliniken. Det är han/hon som fattar sådana beslut, vid behov efter diskussion med jourhavande läkare på berörd specialistklinik och andra involverade specialister. Att anhöriga till patienter som vårdas på IVA i

första hand träffar narkosjouren beror på att denne är närvarande där och mer insatt i den specifika vård som bedrivs där.

Överläkare A ansåg sammantaget att anmälan riktade sig mot fel läkare.

Överläkare B och ST-läkaren frias, varför vi inte tar med deras argumentering utan bara hänvisar till Ansvarsnämndens friande motiveringar under Bedömning och beslut.

II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden trycker på att omhändertagandet av medvetslösa, skallskadade patienter är en viktig uppgift, där läkare inte kan vänta med åtgärder när sådana krävs. Eftersom skallskador är vanliga, måste det finnas klara rutiner på alla traumasjukhus och all personal som är inblandad i vården av sådana patienter måste känna till hur dessa ska skötas.

A var i tjänst som överläkare vid det akuta omhändertagandet, och han var primärjour på IVA under delar av det första dygnet. Patienten var vid inkomsten djupt medvetslös, hade ljusstela pupiller och visade inga tecken till vakna.

A borde ha insett att kontakt skulle tas med en neurokirurgisk klinik för att diskutera var och hur patienten bäst skulle vårdas. Det finns ingen anteckning i journalen som tyder på att A tagit upp denna fråga till diskussion. Han kan inte fransäga sig sitt ansvar genom att hänvisa till patientansvarig läkare, i detta fall en kirurg, menar Ansvarsnämnden.

Rutiner för handläggning av patienter med misstänkt intrakraniellt tryck, skall vara kända av varje ansvarig intensivvårdsläkare och varje specialist i anestesi och intensivvård. Det är dock inte säkert att en tidigare kontakt med neurokirurg i detta fall hade förbättrat patientens slutliga tillstånd.

A har av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Med hänsyn till att rutiner och regler om arbetsfördelning vid sjukhuset tycks ha varit oklara, bör dock påföljden kunna bestämmas till en erinran, mildrar Ansvarsnämnden.

Då det gäller läkarna som frias menar Ansvarsnämnden att en ST-läkare inte fullt ut kan ta ansvar för vården på en intensivvårdsavdelning utan måste kunna få hjälp av patientansvarig kirurg eller av sin bakjour. ST-läkaren kan inte kritiseras för sin handläggning.

Överläkare B:s deltagande i handläggningen var något oklar, men såvitt framgår har han inte haft patientansvar för mannen under någon längre tid. •