

förloppet hade feber och tecken till sepsis går det inte att uttala sig om huruvida utgången blivit en annan med tidig operation, det vill säga att den irreversibla septiska chocken undvikits postoperativt. En reflektion är dock att detta är en av de delar i förloppet som kunde ha påverkat utgången.

*Har behandlingen sammantaget skett i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet?*

**KN:** Övervakningen på den barnkirurgiska vårdavdelningen kan inte anses

vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Hanteringen av vätsketerapin avseende val av vätska och intensitet under vården på barnkirurgiska avdelningen har inte skett i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

**US:** På kvällen tycks tillståndet ha blivit akut och försämrats med tillkomst av hög feber och fekala kräkningar. Allvaret i denna ändring tycks inte till fullo ha uppfattats av jourhavande barnkirurger. Om denna bristande insikt beträffande sjukdomens allvarlighetsgrad

beror på bristande kommunikation mellan avdelningen – primärjour barnkirurgi – bakjour barnkirurgi, bristande erfarenhet hos primärjournen eller har annan förklaring kan jag inte uttala mig om. Med facit i hand anser jag dock:

– Att hanteringen av tillståndet efter att ileusdiagnosen var ställd vid midnatt inte var tillräckligt aktiv.

– Att operationen borde ha utförts i ett tidigare skede efter intensiv uppvätskning.

– Att det inte kan uteslutas att ett tidigare ingrepp kan ha påverkat förloppet gynnsamt. •

## Meningslös och plågsam behandling av 11-åring – missad underbensfraktur hos 4-åring

**Fallen med fel i samband med vård av barn som skadats i olyckor fortsätter, nu i form av en 11-årig flicka som utsattes för en meningslös och plågsam behandling samt en 4-årig pojke med en missad underbensfraktur. (HSAN 2600/03 respektive HSAN 516/04)**

■ I det första fallet ramlade flickan den 23 september 2003 från en gunga och undersöktes samma dag av en jourhavande läkare på en hälsocentral. Röntgenundersökning av armbågar och underarmar visade frakturer på båda sidor genom collum radii. Handederna var däremot inte röntgade.

Läkaren anlade armgips efter kontakt med en ortopedmottagning. Vid kontroll på ortopedmottagningen den 1 oktober konstaterades att frakturerna var felgipsade med underarmsskenor.

Föräldrarna anmälde läkaren på hälsocentralen.

Läkaren sa att dottern hade frakturer på båda armarna vid handlederna och hon fick ett halvgips. Efter en vecka var hon på återbesök och träffade då en annan läkare, som konstaterade att de var riktigt att dottern hade frakturer på båda armarna, men inte vid handlederna utan vid armbågarna, uppgav de.

Ansvarsnämnden tog in flickans journaler och yttrande av läkaren.

Enligt journalanteckningarna kom patienten till akutmottagningen och efter en första kroppsundersökning hörde han sig för om hennes neurologiska status. Därefter röntgades patienten och när han hade fått bilderna i datorn stod det klart att det handlade om en bilateral fraktur, berättade läkaren.

Eftersom patienten var så ung tänkte

han först remittera henne till sjukhusets ortopediska avdelning, dit han brukade skicka barn för utvärdering om diagnosen var oklar. På direkt förfrågan av sjuksköterskorna bad han dem att göra sig beredda att inleda behandlingen. Han ringde till sjukhusets ortopediska avdelning.

Han underströk särskilt att de där kunde se samma röntgenbilder som han hade på skärmarna på hälsocentralen. Den konsulterade specialisten instruerade honom att lägga ett dubbelt gipsförband och föreslog sedan radiologisk kontroll efter en vecka.

### Meningslös och plågsam

Av utredningen framgår att läkaren sett röntgenbilderna, vilka tydligt visade frakturer genom översta delen av strålbenet på båda sidor. Handederna var inte med på bilderna. Läkaren missförstod uppenbarligen röntgenläkarens korrekta svar »collum radii« och anlade gips vid båda handlederna, konstaterar Ansvarsnämnden.

Att lägga gipset på detta sätt var felaktigt och lindrade inte smärtorna i armbågen. Behandlingen blev alltså meningslös och dessutom plågsam. Läkaren får en varning.

### Stukning var fraktur

I nästa fall kom den 4-åringe pojken till jourcentralen den 7 februari 2004, eftersom han akut hade fått ont och inte ville stödja på vänster ben.

Läkaren undersökte honom men noterade ingen ömhet runt fotleden. Han bedömde att pojken hade fått en fotledsstukning och ordinerade endast stödförband. Någon röntgenundersökning gjordes inte.

En sådan utfördes emellertid några dagar senare på ett sjukhus och då upp-

täcktes att pojken hade en odislokerad underbensfraktur.

Pojkens mor anmälde läkaren.

Ansvarsnämnden läste pojakens journal och tog in yttrande av läkaren, som bestred att han gjort fel.

Vid lek med andra barn några timmar tidigare hade pojken fallit och sa sedan att han hade ont. Ingen hade emellertid sett pojken falla, påpekade läkaren.

Vid undersökningen var pojken opåverkad; han kunde inte ge någon förklaring till vad som skett. Han angav inte några smärtor i fotled och underben, underströk läkaren. Det förekom ingen gråt eller början till gråt, vilket skulle ha skärpt misstanken om en akut skelettskada.

Pojken var opåverkad och det enda positiva fyndet var att han inte ville stödja på vänstra benet. Läkaren fann att risken för en skelettskada var så liten att han beslutade att behandla konservativt med ett förband som han själv lade, uppgav han.

Hans råd var att avvakta, men han uppmanade mamman att söka läkare igen för vidare utredning om smärtorna i underbenet kvarstod. Han ansåg att hans bedömning var helt rimlig.

### Skulle ha undersökt hela benet

Ansvarsnämnden understryker att det är särskilt viktigt att man hos barn utför en noggrann undersökning av hela den extremitet som uppfattas vara besvärande. En fraktur gör alltid ont vid palpation och en sådan smärta bör därför väcka misstanke om att en fraktur kan föreligga.

Den undersökning som läkaren utförde på pojken var inte tillfyllest – han undersökte endast foten och inte hela benet. Läkaren får en erinran, fastställer Ansvarsnämnden. •