

Upptäckte inte benfrakturer hos 4-årig flicka efter cykelolycka

## Undersökningen borde kompletterats med fullständigt status av underbenet

**Barnkirurgens undersökning av den 4-åriga flickan som skadats i en cykelolycka var summarisk. Den borde ha kompletterats med ett fullständigt status av underbenet, som senare visade sig ha två frakturer. (HSAN 2488/06)**

Flickan kom till universitetssjukhuset den 21 juli. Hon hade skadat höger fot, som åkt in i ekrarna på den cykel hon färdades på. Vid undersökningen noterade barnkirurgen ett skrubbsår vid den laterala malleolen. Sedan såret tvättats och lagts om avtalade barnkirurgen om återbesök vid behov.

### Två frakturer

Röntgen den 26 juli visade en odislokerad fibulafraktur och en dislokerad fraktur i distala tibia med vinkelfställning.

Flickans mamma anmälde barnkirurgen. Dottern färdades på en cykels pakethållare när hennes fot plötsligt åkte in i bakhjulet och hon föll av cykeln. Dottern hade mycket ont och ville inte stödja på foten, som svullnade och blödde från tre sår. Sedan hon lindat foten uppsökte de sjukhuset där barnkirurgen ordinerade Alvedon och såromläggning.

Ansvarsnämnden läste flickans journal och tog in yttrande från barnkirur-

gen, som bestred att hon gjort fel. Hon berättade att mamman uppgett att flickan hade åkt på pakethållaren och fått höger fot mellan cykelekrarna. Mamman berättade inte att flickan ramlat av cykeln.

### »Röntgen inte nödvändig«

Barnkirurgen konstaterade att flickan hade små skrubbsår på utsidan av fotleden, där hon naturligtvis ömmade, men det fanns ingen synlig svullnad. Utifrån dessa undersökningsfynd bedömde hon att röntgen inte var nödvändig.

Barnkirurgen avslutade med att säga till mamman att återkomma igen vid behov.

Föräldrarna återkom med flickan efter fem dagar. De sökte enligt journalen eftersom foten och fotleden hade blivit väldigt svullna. Flickan hade haft ont och inte kunnat gå på foten. Inte heller då fanns det någon tydlig palpationsömhet över underbenet, fotled eller framfot.

Barnkirurgen menade att en förklaring till att foten inte var svullen vid undersökningen den 21 juli kunde vara att flickan kom till akuten så snabbt efter olyckan och att foten därefter successivt svullnade.

Det var olyckligt att föräldrarna av-

vaktade fem dagar innan de återkom, men detta kunde hon inte lastas för, ansåg barnkirurgen.

Ansvarsnämnden konstaterar att flickan kom akut till sjukhuset sedan hon skadat höger fot och underbenet vid en cykelolycka. Barnkirurgen antecknade i journalen »höger fot har ett litet skrubbsår vid laterala malleolen«, men det saknades noteringar om övriga kliniska fynd, till exempel underbenets funktion.

### Sådant trauma kan orsaka fraktur

Barnkirurgen har uppgett att hon inte uppfattat att flickan faktiskt fallit från cykeln. Det var likväl inte adekvat att begränsa undersökningen till inspektion och palpation av såret, eftersom skadan orsakats av ett roterande cykelhjul och ett sådant trauma kan orsaka en fraktur.

Barnkirurgen borde därför ha kompletterat sin undersökning med fullständigt status av underbenet, inkluderande indirekt smärta, distalstatus och instabilitet eller patologisk rörlighet. Eftersom detta inte gjordes måste undersökningen betraktas som summarisk och kan inte motivera beslutet att avstå från röntgenundersökning.

Barnkirurgen får en erinran. ■

## Fel vid kateterinläggning orsakade hjärninfarkt

**Den verksamhetsansvariga förväntas gå igenom händelsen och aktualisera gällande rutiner för inläggning och handhavande av centrala venkatetrar. Det är en slutsats i ett fall där en 47-årig kvinna fick en hjärninfarkt vid inläggning av en CVK. (HSAN 1144/06)**

Kvinnan skulle den 3 juni 2004 få magsäcken avlägsnad på grund av en malign förändring. En CVK skulle läggas vid operationen.

Sedan en ST-läkare misslyckats med att identifiera vena jugularis interna tillkallades en anestesilog. Hon skulle lägga katetern med Seldingerteknik – efter att ha identifierat blodkärlet genom nålen för man ned en ledare (guidewire) och tar bort nålen medan ledaren läm-

nas kvar. Medan man sedan håller i ledarens ände för man på den mjuka kateter som skall lämnas i blodbanan över ledaren. Slutligen drar man ut ledaren.

Efter inläggningen kontrollerade anesthesiologen katetern med en spruta. Kontrollen avsåg att koksaltlösning kunde injiceras genom nålen samt att blod inte spontant trycktes upp i sprutan. Det sistnämnda kan ske om katetern av misstag lagts i den till den aktuella halsvenen motsvarande artären.

Man upptäckte dock att vätska inte kunde infunderas genom katetern. Dessutom visade en blodgasanalys ett mycket högt syreinhåll. Anesthesiologen gjorde en ny kontroll med injektion av koksaltlösning och verifiering att blod inte spontant trycktes tillbaka till spru-

tan. Vätskeinfusionen fungerade ändå inte. Efter att ha fastställt en betydande skillnad i syresättning mellan perifert venblod och det ur katetern dragna blodet, bedömde anesthesiologen att katetern inte låg som avsett utan i carotis interna-artären.

### Fick hjärninfarkt

Katetern avlägsnades och ST-läkaren komprimerade på halsen under ca tio minuter. Man upptäckte att ledaren satt kvar i katetern. En välfungerande central kateter anbringades därefter av ST-läkaren via en annan ven på halsen.

18 timmar senare konstaterades att patientens vänstra mungipa hängde, och att hon var slapp i vänster arm och ben. En datortomografiundersökning visade

en högersidig hjärninfarkt. Patienten anmälde anestesiologyen för att ha orsakat stroke. Hon var fortfarande, två år efter ingreppet, arbetsoförmögen.

Ansvarsnämnden läste patientens journal samt Socialstyrelsens utredning i Lex Maria-ärendet. Anestesiologyen hänvisade till sitt yttrande i den utredningen. Där berättade hon att patienten den 3 juni 2004 genomgick gastrektomi med esofagojejunostomi. Peroperativt skulle hon få en CVK för bland annat mätning av centrala ventrycket och postoperativ vätsketillförsel. Hon var sövd och låg tippad med huvudet nedåt.

#### Lossnad vävnadsbit eller luft

Då underläkaren försökt tre gånger att sticka i vena jugularis interna på höger sida tog anestesiologyen över. Hon stack under palpation av arteria carotis lateralt om kärlet, och kom in i ett blodkärl. Ledaren fördes in, och hon dilaterade punktionsstället med dilatatorn och katetern fördes in över ledaren.

Rutinmässigt borde hon ha tagit ut ledaren samtidigt som katetern fördes in, uppgav anestesiologyen. I efterhand kunde hon inte erinra sig hur hon hade hanterat ledaren i denna kateter och kunde alltså inte utesluta att hon glömt den.

Socialstyrelsen bedömde att patienten fick en allvarlig neurologisk skada, sannolikt orsakad av katererläggningen. Skadans prognos var oklar. Cirkulationsstörningen i hjärnan med infarce-

ring som följd hade sannolikt orsakats av en lossnad vävnadsbit från kärlväggen, alternativt av att luft kommit in i blodkärlet vid den accidentella placeringen av katetern i artären.

Vid inläggningen fördröjdes upptäckten av komplikationen av att ledaren inte hade avlägsnats ur katetern. Under tiden manipulerades katetern upprepade gånger.

#### Avstämning av instrument bör ingå

Inläggning har samma status som ett mindre ingrepp med steriluppdukning av nödvändig utrustning. Det bör därför ingå en avstämning efter inläggning av använda instrument.

Vid hantering av arteriella katetrar är det extra noga med kontroll av att ingen luft följer med in i kärlet, då det omedelbart kan ge upphov till embolier med störd cirkulation som följd, underströk Socialstyrelsen.

Den läkare som ansvarar för inläggning av kateter skall själv förvissa sig om fullgod och komplikationsfri funktion innan inläggningen anses avslutad.

Den ansvariga anestesiologyen kan inte undgå kritik för bristande noggrannhet och uppföljning vid inläggande av den centrala katetern.

Den verksamhetsansvariga förväntas gå igenom händelsen på kliniken i lämpligt forum samt aktualisera gällande rutiner för inläggning och handhavande av centrala venkatetrar.

Ansvarsnämnden menar att indikationen för central venkateter var helt korrekt. I detta fall har dock två fel begåtts, då katetern först sattes i artären och ledaren sedan lämnades kvar.

Vanligen ligger vena jugularis interna omedelbart utanför artären, som ofta kan kännas genom huden och därmed tjäna som ytterligare ett riktmärke för punktionen. Ibland kan dock artären inte kännas tydligt.

Det finns även anatomiska avvikelser och det förekommer att en central venkateter, som avsetts läggas i jugularis interna-venen, i stället hamnar i artären. Det finns inget som indikerar att misstaget i detta fall skulle ha orsakats av oskicklighet från anestesiologyens sida. Ingen kritik kan således riktas mot att katetern i stället för att sättas i vena jugularis interna av misstag sattes i motsvarande artär.

#### Bristande noggrannhet och uppföljning

När ledaren avlägsnas efter inläggning av en central venkateter blir det i normalfallet uppenbart om ett felaktigt, arteriellt läge föreligger. Här har anestesiologyen inte avlägsnat ledaren. Att ledaren lämnades kvar ledde även till tidsutdräkt innan det intraarteriella kateterläget identifierades.

Anestesiologyen kritiseras för bristande noggrannhet och uppföljning, som medfört att hon underlåtit att avlägsna ledaren. Hon får en varning. ■

För första gången på flera år ökade inte antalet disciplinpåföljder

## 265 läkare fälldes under fjolåret

**Under 2006 fick 265 läkare en disciplinpåföljd av Ansvarsnämnden (HSAN) samtidigt som 14 förlorade legitimationen, 6 ålades prövotid och 12 fick förskrivningsrätten begränsad.**

Under fjolåret kom det in 4 102 anmälningar till HSAN, en ökning med drygt 10 procent jämfört med året innan. Antalet anmälda personer var 6 177, varav 7,2 procent fick någon form av sanktion. Det framgår av nämndens årsberättelse.

Både bland de anmälda och de fällda dominerar läkarna. De svarar för över 70 procent av disciplinpåföljderna (265 av 362).

Disciplinpåföljderna, som är dels erinran och dels den strängare formen varning, skall vara preventiva såväl individuellt som allmänt.

De 265 disciplinpåföljderna för läkare

i fjol är fyra färre än året innan. Det är första gången på flera år som siffran inte ökat. Tidigare skedde en stegvis årlig ökning från 209 år 2002 till 269 år 2005. Resterande disciplinpåföljder ålades 43 sjuksköterskor/barnmorskor, 35 tandläkare och 19 i gruppen övriga.

Behörighetsinskränkningarna delegitimering och prövotid är skyddsåtgärder som vidtas för att värna patientsäkerheten. I fjol miste 14 läkare sin legitimation medan 6 ålades prövotid. Dessutom begränsades förskrivningsrätten i 12 fall.

#### Vinner nästan alltid

Anmälan till Ansvarsnämnden får göras av patienter, som bara vinner i en mycket liten del av fallen, av Socialstyrelsen, som vinner för det mesta, samt av JO och JK.

Under 2006 gjorde Socialstyrelsen 68

anmälningar i behörighetsärenden och vann i 66 av dessa. Motsvarande siffror för disciplinärenden var 110 respektive 77. Många av dessa ärenden har sin upprinnelse i en anmälan från sjukvården till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

#### Mildrades – och skärptes

Beslut i Ansvarsnämnden kan överklagas till länsrätten i Stockholms län, vars domar kan överklagas till Kammarrätten i Stockholm. För kammarrättens prövning krävs prövningstillstånd. Högsta instans är Regeringsrätten.

Under förra året ledde 739 överklaganden av Ansvarsnämndens beslut till domar i länsrätten. 50 av dessa medförde en ändring i sak; 43 fall mildrades, det vill säga ledde till friande utslag eller till att en varning ändrades till en erinran. Resten skärptes. ■