

Liten flickas död avslöjade många allvarliga fel på universitetssjukhus

Sedan en knappt treårig flicka dött i encefalit konstaterar Ansvarsnämnden att hennes vård på universitetssjukhuset inte var optimal. Bristerna i handläggningen tillskrivs sjukhusets organisation. (HSAN 1457/07)

Den lilla flickan blev sjuk i vattkoppor. Hon blev allt tröttare, mådde illa, kräktes och fick svårt att gå. Efter fem dagar lades hon in på universitetssjukhuset. Två dagar senare, dag 3, var hon fortfarande trött och tagen men svarade på tilltal. Hon hade ont i huvudet och fick Panodil.

Dag 4 var flickan inte riktigt kontaktbar och fick vätska intravenöst.

Fick flera krampanfall

Dag 5 drabbades hon av ett krampanfall som hävdades med Stesolid. Man utförde en lumbalpunktion.

På grund av ett nytt krampanfall fick flickan Stesolid och Betapred.

Dag 6 fick hon flera krampanfall. En undersökning med datortomografi (DT) visade en bild som vid utbredd encefalit och en betydande hjärnsvullnad. Geavir och Betapred sattes in.

Under kvällen gjordes en ny DT-undersökning, som visade en påtaglig progress av hjärnsvullnaden. Flickan avled samma kväll.

Vården anmäldes till Socialstyrelsen, som tog in ett sakkunnigutlåtande av docent Jan Sjölin – se nästa artikel.

Med stöd av det utlåtandet kom Socialstyrelsen fram till att den medicinska handläggningen av flickan i flera stycken kunde ifrågasättas. Bland annat hade inte medvetandenivån observerats och dokumenterats, lumbalpunktionen ifrågasattes och att kontakt med neurokirurg inte togs tidigare kritiserades.

Fungerade inte

Det fanns dock ett antal brister i systemet som ansågs utgöra förmildrande omständigheter.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är vårdspersonalen skyldig att ge patienten eller närstående individuellt anpassad information om patientens hälsotillstånd och om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling. Det fungerade inte.

Det fanns också brister i rapporteringen mellan barnklinikens läkare och i kommunikationen mellan barnläkare och infektionsklinikens sjuksköterskor.

Flickans mor anmälde den ansvariga personalen för fel i vården av dottern. Hon framhöll bland annat det var svårt att bedöma hur stora chanser dottern hade haft vid »perfekt» vård. Men som det blev hade dottern ingen chans. Och hon fick ha svåra smärtor i onödan. Ingentog sitt ansvar.

Ansvarsnämnden tog in yttrande av en överläkare A på barnmedicinska kliniken. Denne uppgav bland annat att han i den kliniska situationen dag 5 (söndag) bedömde att lumbalpunktionen var indicerad utifrån det oklara förloppet där andra differentialdiagnoser blev aktuella. DT beställdes i samma stund.

Den primära krampen var lättkuperad. Följande kramp hade inte tidsband med lumbalpunktionen.

Med facit i hand skulle denna kanske inte ha utförts, men med tanke på förloppet med den uttalade globala hjärnsvullnaden vid senare

DT så ville han inte tro att den hade en avgörande betydelse för det fortsatta förloppet, uppgav barnmedicinare A.

Brister i organisationen

Ansvarsnämnden delar Socialstyrelsens bedömning. Vården av flickan var inte optimal, men det fanns förmildrande omständigheter. Lumbalpunktionen utfördes i ett läge där ingen röntgenläkare fanns tillgänglig.

Bristerna i handläggningen får tillskrivas sjukhusets organisation och anmälan kan inte leda till disciplinpåföljd för någon enskild yrkesutövare. ■

»Bristerna i handläggningen får tillskrivas sjukhusets organisation och anmälan kan inte leda till disciplinpåföljd för någon enskild yrkesutövare.«

Utlokalisering, många inblandade läkare, dåliga rondrutiner, bristande erfarenhet ...

Stark kritik i sakkunnigutlåtandet

I sitt sakkunnigutlåtande kritiserade docent Jan Sjölin starkt hur flickan i förra artikeln övervakades på infektionskliniken och hur den initiala handläggningen på barnkliniken sköttes. Dessutom kunde tiden för när neurokirurgen kontaktades diskuteras, ansåg han.

Flickan uppvisade när hon lades in en klinisk bild av cerebellit. Hon utvecklade gradvis en encefalitbild, först långsamt och under sista dygnet dramatiskt.

Överenskommelsen mellan barn- och infektionskliniken innebar att det medicinska ansvaret fanns hos barnklinikens

läkare medan det omvårdnadsmässiga ansvaret låg hos infektionsklinikens personal.

Den initiala bedömningen och handläggningen skedde enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, liksom behandlingen mot kramper och förhöjt intrakraniellt tryck.

Prognosen dålig

När encefaliten sedan progredierade var det rimligt att misstänka immunologisk genes. Steroiderna som gavs skulle därför, förutom en eventuell effekt på hjärnödem, även kunnat bidra till en dämp-

ning av den immunologiska reaktionen. Den därmed sammanhängande nedpressningen av infektionsförsvaret motiverade i det läget att man satte in aciklovir.

Det föreligger dock delar i handläggning och behandling som det finns anledning att närmare diskutera:

Övervakningen på infektionskliniken, den initiala handläggningen på barnkliniken efter övertagningen och tidpunkten för kontakt med neurokirurgjour.

Det är emellertid viktigt att poängtera att en så snabb progress av encefaliten som i detta fall indikerar särskilt dålig

prognos, varför utgången med stor säkerhet blivit densamma oavsett handläggning och behandling.

Vad avser övervakning av medvetandenivå var flickan initialt endast trött för att sedan sakta bli sämre. Enligt journalen var hon måttligt slö men inte allmänpåverkad dag 2, trött och tagen men vaken och svarade på tilltal dag 3, inte riktigt kontaktbar dag 4 och 5 men utan skillnad mellan dagarna.

I den händelseanalys som gjordes rapporterades mamman en tilltagande försämring hos dottern och en ansvarig sköterska att hon upplevde en klar försämring dag 5 på morgonen jämfört med dag 4 under eftermiddag/kväll.

Bedömda tillståndet som oförändrat

Centralt i övervakningen av en patient med CNS-symtom är återkommande bedömning av medvetandenivån, helst i form av RLS-85 (Reaction Level Scale) eller GCS (Glasgow Coma Scale), vilken bör dokumenteras på en övervakningslista, alternativt i återkommande daganteckningar. Detta är särskilt viktigt när läkarkontinuiteten inte kan upprätthållas.

Med facit i hand ser det ut som en försämring skett redan dag 4, men att rondande läkare – i avsaknad av särskild övervakningslista och utskrivna daganteckningar – bedömde tillståndet som oförändrat, menade Jan Sjölin.

Flickan utlokaliserad

Möjligheten att adekvat bedöma tillståndet försvårades dessutom av att barnet var utlokaliserat och inte låg på ansvariga läkares hemmaklinik, ett stort antal inblandade läkare, en tung arbetsbelastning för jourhavande på helgerna, bristande rondrutiner samt bristande erfarenhet av barnsjukvård hos ett antal av infektionsklinikkens vårdpersonal.

Sedan flickan tagits över till barnkliniken gjordes tämligen omgående en lumbalpunktion. Före anfall var medvetandenivån sänkt och efter krampanfall svårvärderad.

Detta i kombination med föregående krampanfall inom 1–2 timmar, som dessutom var av fokal karaktär, innebar att lumbalpunktion kunde medföra risk för inklämning och att DT-undersökning borde ha gjorts i första hand. Ansvaret för detta låg på A, ansåg Jan Sjölin.

Även om man med DT-undersökning

inte kan utesluta ökat intrakraniellt tryck, får man oftast värdefull information om tillståndet samt bättre underlag för en riskbedömning.

Eventuella informationsvinster med en lumbalpunktion måste i detta fall betraktas som begränsade med tanke på att diagnosen varicellaencefalit hade en hög grad av sannolikhet.

Om andra behandlingsbara diagnoser som purulent meningit eller herpes simplex-encefalit bedömdes som möjliga, hade behandling mot dessa tillstånd kunnat sättas in i avvaktan på en DT.

Lumbalpunktionen onödig

I händelseanalysen uppges att indikationen var misstanke om blödning.

Intrakraniell blödning är en diagnos som DT väl kan besvara, vilket i så fall skulle gjort en lumbalpunktion onödig.

Vad avser risker med lumbalpunktion bör det dock understrykas att den vetenskapliga evidensen är relativt låg. Enligt händelseanalysen har kliniken dock rutiner för handläggning av bakteriell meningit. Där framgår att lumbalpunktion inte ska utföras »vid misstanke om hjärnödem eller om barnet är medvetandesänkt«. Vad avser indikation för lumbalpunktion borde dessa rutiner vara tillämpliga även vid encefalit, hävdade Jan Sjölin.

I vad mån lumbalpunktionen kan ha bidragit till inklämning och den fatala utgången är svårt att med säkerhet uttala sig om.

Tidigare kontakt med neurokirurg?

Man kan vidare diskutera om kontakt med neurokirurg borde ha tagits tidigare på grund av progredierande neurologi och resultatet av den DT-undersökning som gjordes vid 16-tiden.

I det preliminära utlåtandet anges endast att det föreligger förändringar som vid encefalit. I ett andra preliminärutlåtande dagen därpå har man adderat förekomst av »tecken på uttalat hjärnödem« och i slututlåtandet, granskat av neuroradiolog, anges att det föreligger »hållpunkter för betydande hjärnsvullnad«.

Med ett sådant svar i det första utlåtandet hade neurokirurgisk kontakt och intensiv hjärnödembehandling kunnat initieras i ett tidigare skede.

Med anledning av detta fall har en del av systembristerna åtgärdats – andra återstår, konstaterade Jan Sjölin. ■

Felprioritering vid allvarlig ögonsjukdom

Patientens relativt unga ålder i förening med den uppgivna synfältsförsämringen och den kraftiga synförsämringen gav skäl att misstänka en allvarlig ögonsjukdom – i första hand näthinneavlossning. (HSAN 2650/07)

Den 43-åriga mannen hade som barn opererats i vänster öga på grund av ned-satt syn. Den 27 december 2006 kontaktade han per telefon sjukhuset på grund av synbortfall på det vänstra ögat och han fick tid för undersökning den 2 januari 2007. Då konstaterades näthinneavlossning och han opererades den 5 januari vid ett universitetssjukhus.

Patienten anmälde bland annat en ögonläkare vid hemsjukhuset.

Denne uppgav att patienten var bussförare med tidigare djup amblyopi på vänster öga sedan barndomen. Patienten hade enligt egen utsago sett kring 0,1 på sitt vänstra öga och trots det haft busskörkort. På kvällen den 19 december 2006 upptäckte patienten en geléklump framför vänster öga. Han kontaktade ögonkliniken den 27 december.

Ögonläkaren kopplades in samma dag via en telerådsremiss. Han bedömde remissen som en 1:a snarast, vilket betyder att patienten ska få tid inom en vecka. Det är den näst snabbaste tiden kliniken kan erbjuda efter urakuta fall.

Förlorade värdefull synfunktion

Det innebar att patienten kom till ögonläkaren den 2 januari 2007 och handlades enligt klinikens riktlinjer. Han fick en akut remiss i handen till universitetssjukhuset för operation.

Enligt ögonläkarens bedömning hade det inte varit någon speciellt lång fördröjning i handläggningen av patienten.

Ansvarsnämnden konstaterar att det vid telefonkontakten den 27 december framkom att patienten sedan en vecka helt förlorat synen på ett öga med tidigare synskärpenedsättning. Mot bakgrund av patientens relativt unga ålder i förening med uppgiven synfältsförsämring samt kraftig synförsämring fanns skäl att misstänka en allvarlig ögonsjukdom – i första hand näthinneavlossning. Ögonläkaren borde därför ha erbjudit akut undersökning.

Ett bevarat normalt synfält och synskärpa 0,1 innebär mycket värdefull synfunktion, som i detta fall gick förlorad. Ögonläkaren har gjort en felaktig prioritering, som kan ha bidragit till ett mer ogynnsamt förlopp av näthinneavlossningen. Han får en erinran. ■