

Varning:

Fel kvinna steriliserades efter förväxling

Två kvinnor förväxlades på en kvinnoklinik samtidigt som de gällande reglerna för åtgärder i samband med sterilisering inte följdes.

Det ledde till att fel kvinna steriliserades. För det har en underläkare av Ansvarsnämnden fått en varning. (HSAN 754/95)

Socialstyrelsen anmälde läkaren och anförde bl a följande.

Den 33-åriga kvinnan steriliserades utan att ha begärt det och följaktligen utan att i förväg ha blivit informerad om ingreppet.

Kvinnan genomgick sitt tredje kejsarsnitt på grund av havandeskapsförgiftning. Hon förväxlades med en annan kvinna med samma diagnos och samma etniska ursprung.

Den andra kvinnan hade fått rätt information och även skrivit under en ansökan om sterilisering.

Den aktuella klinikens rutiner stämde väl överens med Socialstyrelsens föreskrifter om tillämpningen av Steriliseringslagen.

Operatören ska innan ingreppet påbörjas kontrollera att steriliseringshandlingarna är rätt ifyllda och undertecknade av patienten. Det ska också finnas en överensstämmelse mellan handlingarna och patientens önskemål samt identitet.

Ingen kontroll skedde

Vid handläggningen och operationen av kvinnan deltog en överläkare och underläkaren, som var under specialistutbildning. På en rond tog läkarna beslutet om kejsarsnitt. Samtidigt sades också att sterilisering skulle göras. Eftersom det fanns starka medicinska skäl för en sterilisering kommenterades detta inte närmare.

Genom förväxlingen med den andra kvinnan trodde läkarna att patienten var informerad och hade skrivit under papperen. Någon kontroll av detta skedde dock inte.

Överläkaren uppdrog åt underläkaren att genomföra såväl kejsarsnittet som steriliseringen. Underläkaren bad om överläkarens assistans vid steriliseringen.

I operationsberättelsen skrev underläkaren att patienten

»önskar i samband med detta snitt sterilisering, samtliga papper i ordning».

Underläkaren bestred ansvar. Hon återopade bl a ansvarsfördelningen mellan över- och underläkare.

Hon skrev också att hon »av misstag åsidosatt gällande instruktion att som operatör inför operation och senast på operationssalen kontrollera att sedvanliga handlingar för utförande av sterilisering är under-tecknade av patienten».

Överläkaren var inte anmäld

Ansvarsnämnden konstaterade att underläkaren gjorde ingreppet i samband med specialistutbildning med assistans av överläkaren. Denne hade inte anmälts och därför begränsade nämnden sin prövning till underläkaren.

Även om underläkaren var i underordnad ställning, sade nämnden, kunde hon inte frias från ansvar för de åtgärder hon vidtog eller borde ha vidtagit.

Hon hade brutit mot bestämmelserna när hon inte före operationen kontrollerade patientens identitet. Hon skulle också ha förvässat sig om att patienten blivit informerad och godkänt steriliseringen. •

Varning:

Missade hjärnblödning – borde begärt hjälp att tolka röntgenbilderna

Röntgenläkaren misstolkade röntgenbilderna och ställde därför fel diagnos på en 73-årig kvinna med subduralhematom. Ansvarsnämnden ansåg att läkaren borde ha konsulterat en mer erfaren kollega och gav honom en varning. (HSAN 974/95)

Socialstyrelsen anförde i sin anmälan bl a följande.

Kvinnan hade tidigare haft en cerebral insult och viss kvarstående afasi. Hon hade behandlats med Waran.

ANSVARSÄRENDE

Den 3 december ramlade hon och slog i ansiktet. Hon fick en fraktur i vänster okben och en i vänster radius. Den 17 december slutade man ge Waran.

Den 18 december kom kvinnan till sjukhuset med huvudvärk. Hon mådde illa, var trött och slö.

En undersökning med dator-tomografi klockan 22.00 visade enligt ett preliminärt utlåtande av röntgenläkaren »Ingen intracerebral blödning. Status efter omfattande infarkt på vä. sida (gamla röntgenbilder saknas)».

Färsk blödning

Dagen efter vid 18-tiden meddelade en annan röntgenolog att man vid dator-tomografi också hade kunnat påvisa ett subduralhematom. I utlåtandet angavs bl a:

»Det finns bilateralt subduralhematom...I det högra subduralhematomet finns cirka 3 cm stor färsk blodansamling.»

Slutsatsen i utlåtandet blev:

»Sålides hjärnödem, trans-tentoriell inklämning och bilateralt subduralhematom».

Patienten avled klockan 23.15. Efter en klinisk partiell obduktion noterades:

»subduralhematom (färsk och gammal) bilat. Ponsblödning. Gammal encephalomalaci lok väl occipitallob. Färsk encephalomalaci occipitallob bilat.»

Kunde ha räddats

Socialstyrelsen frågade sitt vetenskapliga råd om patientens liv kunde ha räddats om den förste röntgenläkaren hade ställt rätt diagnos från början.

Rådets bedömning var att patientens död kunde ha orsakats av ett färskt subduralhematom. Men det var inte helt lätt för en i neuroradiologi oerfaren röntgenläkare att ställa rätt diagnos. Denne borde därför ha kontaktat en mer erfaren kollega.

Om man hade kunnat operera patienten strax efter dator-tomografin hade hon troligen klarat sig, bedömde rådet.

Röntgenläkaren själv berättade att patienten när hon kom till undersökningen inte var kontakbar. Förhållandena var svåra och endast en serie utan kontrastmedel kunde utföras. Bilderna visade utbredda patologiska förändringar i cerebrala substansen. Kvaliteten var

dock dålig varför de var svåra att bedöma.

Patienten blev sämre och han avbröt därför undersökningen samt lämnade ett preliminärvar med tanken att patienten skulle undersökas vidare nästa morgon.

Skulle ha konsulterat en mer erfaren kollega

Ansvarsnämnden sade å sin sida att röntgenbilderna var av en sådan kvalitet att röntgenläkaren borde ha kunnat göra en riktig bedömning. De visade ett bilateralt kroniskt subduralhematom med en tydlig färsk komponent på höger sida.

Om röntgenläkaren inte var kompetent att göra bedömningen skulle han ha konsulterat en mer erfaren kollega, ansåg nämnden. •

Varning:

Undersökte inte patienten, antecknade inte besöket

En läkare vid en jourcentral har av Ansvarsnämnden varnats för att han inte undersökte en kvinna som sökte hjälp för smärtor i buken. Han hade inte heller antecknat besöket i journalen. (HSAN 89/95)

Den 49-åriga kvinnan hade vid en undersökning på vårdcentralen den 29 november bedömts ha urinvägsbesvär och fått antibiotika. Dagen efter ringde hon vårdcentralen eftersom hon hade fått feber och värk över urinblåsan. Ett annat antibiotikum ordinerades. Samma sjukdom misstänktes.

Den 1 december för hon till jourcentralen på sjukhuset, men skickades hem med rådet att ta Magnecyl och komma tillbaka nästa dag.

Den dagen undersöktes hon i stället på kvinnokliniken på ett annat sjukhus – efter tre dagars feber samt värk dels nertill och dels till vänster i buken.

Den 3 december opererades hon för bukhinneinflammation och en böld i ena äggledaren.

Kvinnan anmälde läkaren som hade undersökt henne på jourcentralen och berättade följande.

Hon hade för läkaren berättat att hon hade olidliga smär-

ANNONS

tor. Det kändes som om någon stuckit en kniv i henne och vridit om. Läkaren hade inte tagit någon större notis om detta, han tog inte fram hennes journal och undersökte henne inte.

»Rådgivning»

Läkaren har bestridit ansvar. Han ansåg att kvinnan vid besöket hos honom inte var allmänpåverkad. Hon hade heller inte själv krävt att bli undersökt. De hade kommit överens om att hon skulle återkomma om besvären fanns kvar nästa dag då ju också laboratoriet var öppet.

Kvinnans besök registrerades aldrig som ett besök utan fick bedömas som rådgivning, sade läkaren.

Ansvarsnämnden menade att kvinnans värk i nedre delen av buken självklart skulle ha lett till att besöket registrerades, att hon undersöktes samt att journalhandlingar upprättades. Läkaren varnades. •

Varning:

Borde ha konverterat laparoskopisk galloperation till öppen kirurgi

Överläkaren konverterade inte galloperationen från tithålskirurgi till öppen kirurgi. Dessutom var hans dokumentation av patientens vård bristfällig. Därför har han varnats av Ansvarsnämnden. (HSAN 2070/94)

Patienten, en 35-årig kvinna, anmälde överläkaren och berättade följande.

Efter en enkel gallstensoperation den 4 augusti 1994 hade hon svåra buksmärter och fick smärtstillande medicin i dropp.

Fyra dagar senare gjordes en ultraljudsundersökning. När apparaten nuddade hennes mage gjorde det mycket ont

Reopererades och reopererades igen

Den 9 augusti opererades hon på nytt. Då upptäcktes att clipset från den första operationen hade släppt och att det fanns nästan en liter galla i buken. Man satte nya clips och två drän.

Efter denna operation blev

hon gul och levervärdena steg. Hon flyttades till ett annat sjukhus. Där opererades hon igen den 18 augusti. Det fanns skador på gallgångarna och på något ställe fanns nästan ingen passage.

Överläkaren sade i ett yttrande till Ansvarsnämnden att det efter den första laparoskopiska operationen uppstod gallläckage. Han gjorde därför en ny tithålsoperation och åtgärdade läckaget med två clips och en sutur. Efter det blev patienten bättre några dagar men fick sedan stigande bilirubinvärden.

Patienten fördes till det andra sjukhuset för röntgenundersökning av de djupa gallvägarna – det första sjukhuset saknade utrustning för den undersökningen.

Då visade det sig att djupa gallgången var åtklämd vid operationsområdet. Därför opererades kvinnan på nytt den 18 augusti.

Överläkarens slutsats av fallet var att han kanske borde ha gjort en öppen reoperation den 9 augusti.

Sutur och clips orsakade förträngning

Ansvarsnämnden inhämtade ett yttrande från Ulf Haglund, professor i kirurgi vid universitetet i Uppsala. Han anförde bl a följande.

Vid den laparoskopiska cholecystektomi med peroperativ cholangiografi den 4 augusti gjordes inkippet i ductus cysticus så att cysticusstumpen blev mycket kort. Ett clips sattes på stumpen för att stänga den. Clipset lossnade, vilket gav läckaget av galla till bukhalan.

Under den laparoskopiska reoperationen fem dagar senare sattes en sutur och två clips för att häva läckaget. Det var dessa som åstadkom den kraftiga förträngningen av djupa gallgången.

Denna förträngning krävde ytterligare en reoperation och kommer sannolikt att kräva ytterligare åtgärder i framtiden.

Kräver mycket stor vana och kunskap

Det kunde ifrågasättas om inte operatören borde ha konverterat ingreppet till öppen kirurgi redan den 4 augusti, men det stred inte mot vetenskap och beprövad erfarenhet att fullfölja laparoskopiskt.

Men att använda tekniken vid reoperationer kräver, för att nå samma resultat som med öppen kirurgi, mycket stor vana och kunskap i laparoskopi samt speciell försiktighet vid operationens inledning, sade Haglund.

Vid reoperationen den 9 augusti borde överläkaren ha gått över till öppen kirurgi. Då kunde läckaget hade åtgärdats enkelt och riskfritt. Att inte konvertera stred klart mot vetenskap och beprövad erfarenhet, ansåg han.

Ansvarsnämnden delade denna uppfattning och pekade också på att överläkaren hade brutit i sin dokumentation av värden.

Disciplinpåföljden bestämdes till en varning. •

Varning:

Kvinnan borde ha förlöst tidigare

En läkare vid en kvinno-klinik har av Ansvarsnämnden varnats för att han inte snabbare förlöste en mamma när övervakningskurvan blev patologisk. (HSAN 1170/95)

Den 35-åriga kvinnan kom in tidigt på morgonen. Klockan 10.05 gick vattnet. Man satte skalpelektrod på barnet för CTG-registrering.

Klockan 10.50 tillkallades läkaren för bedömning av CTG. Han godkände och signerade registreringen.

Fyrtio minuter senare visade CTG stigande basalfrekvens, djupa decelerationer samt nedsatt variabilitet. Läkaren tillkallades. Han godkände CTG-registreringen och skulle återkomma.

Var gravt asfyktiskt

Klockan 12.25 fann barnmorskan silent pattern vid bedömning av registreringen. Läkaren förberedde skalp-pH men förlösningen skred snabbt framåt och klockan 12.46 föddes barnet. Det var gravt asfyktiskt (Apgar 0–2 –

6) och hade en uttalad metabolsk acidosis.

Efter återupplivning överfördes barnet till barnkliniken för bl a respiratorvård på grund av kramper.

Förlösningen anmälades enligt lex Maria. Socialstyrelsen yrkade hos Ansvarsnämnden att läkaren skulle tilldelas disciplinpåföljd.

Styrelsen ansåg, med stöd av föredragande i obstetrik och gynekologi överläkaren Dan Erik Wiklund, att förändringarna i CTG under sista delen av förlösningen var så uttalade att man inte kunde utesluta asfyxi. Läkaren borde därför mer aktivt ha försökt diagnostisera en asfyktisk process och tagit ställning till om han behövde förlösa kvinnan med instrument eller kejsarsnitt.

Alltför snabb analys

Läkaren hänvisade bl a till att problemet med den hotande fosterasfyxin blandades med dålig progress och smärtpåverkad och uttrötad mor. Åtgärder mot dessa komplikationer skymde initialt, felaktigt, uppmärksamheten på graden av avvikelser i CTG-registreringen.

Han befann sig under tidspress på grund av att han samtidigt hade mottagning, vilket bidrog till en alltför snabb och otillräcklig analys av förlösningen.

Läkaren menade också att hans signatur på CTG-registreringen stod för att han sett kurvan och därmed befriat barnmorskan från ansvar för tolkning och handläggning. Men det betydde inte att kurvan som sådan var godkänd. Han hävdade att det felaktigt hade journalförts att han hade godkänt kurvan klockan 10.50 och 11.30.

Tragiska utgången kunde förhindrats

Ansvarsnämnden konstaterade att övervakningskurvorna från klockan 11.30 var klart patologiska. Trots det vidtog inga ytterligare åtgärder.

Under de sista 30 minuterna före förlösningen visade övervakningskurvan till och med ett gravt patologiskt mönster.

Läkaren hade visat underlåtenhet och passivitet genom att inte mer aktivt diagnostisera den asfyktiska processen. Han borde ha tidigare lagt förlösningen.

En tidig blodprovstagning med pH-bestämning hade sannolikt kunnat förhindra den tragiska utgången, menade nämnden och varnade läkaren. •