

Varning:

Avligerade vena femoralis vid operation av blodpropp

En kirurg har av Ansvarsnämnden varnats för att han vid en blodproppsoperation avligerade vena femoralis på en 77-årig patient. (HSAN 1 000/95)

Socialstyrelsen anmälde fallet och hänvisade till ett utlåtande av sitt vetenskapliga råd, professor Bengt Zederfeldt, som bl a sade följande.

Patienten kom i februari 1995 till kirurgkliniken med ett svullet vänsterben. Han hade förändringar över vena saphena magna från knävecket till ljumsken. Det tolkades som en migrerande tromboflebit och man beslöt att operera med hög underbindning och eventuell stripping.

Övertog ansvaret

En mindre erfaren läkare påbörjade ingreppet men lämnade över till kirurgen, som hade betydligt större erfarenhet av sådana här operationer. Denne övertog då också ansvaret för operationen.

Två dagar efter ingreppet skrevs patienten hem, men ytterligare två dagar senare var han tillbaka. Benet var svullet och värkte. Flebografi visade ocklusion av vena femoralis och patienten reopererades samma dag.

Då upptäckte man att vena femoralis var avligerad och delad. Operationen återställde kontinuiteten i vena femoralis.

Välkänd komplikation

Det rädde ingen tvekan om att det var ett fel vid den första operationen som låg bakom skadan. Det är en välkänd komplikation att vena femoralis avligeras och delas vid varicerkirurgi med hög underbindning.

Betydelsen av en noggrann anatomisk kartläggning av vena i ljumsken understryks ständigt, påpekade Zederfeldt. I det här fallet hade kartläggningen inte räckt till.

Skulle ha varit extra försiktig

Anmärkningsvärt var, enligt Zederfeldt, att man vid den preoperativa undersökningen hade angivit att det fanns en tromboflebit i vena saphena

magna utbredningsområde från knävecket till ljumsken. I den första operationsberättelsen angavs emellertid att flebiten fanns i en mera lateral ven medan vena saphena magna palperades mjuk och fin. Skillnaderna mellan fynden borde ha lett till extra försiktighet.

Han hade inte lyckats kartlägga hur felet under primäroperationen hade uppkommit utan fick nöja sig med att konstatera att ett fel uppenbarligen hade begåtts.

Eftersom komplikationen inte är sällsynt och det i olika sammanhang betonas att en noggrann anatomisk kartläggning är essentiell kan felet inte betraktas som ringa, ansåg Zederfeldt.

Ansvaret för felet måste åvila kirurgen. Han hade till en början assisterat den mindre erfarna kollegan men tog sedan över operationen.

Operationsområdet påverkat av inflammation

Kirurgen pekade på att Socialstyrelsen inte funnit det möjligt att klarlägga hur felet under operationen uppkom. Man nöjde sig med att konstatera att ett fel begåtts. Dessutom menade styrelsen att eftersom komplikationen inte är sällsynt så kunde felet inte betraktas som ringa.

Därför, ansåg kirurgen, var det tveksamt om Socialstyrelsen vid sin anmälan till Ansvarsnämnden hade tagit tillräcklig hänsyn till förhållandena som förelåg i just det här fallet.

Han delade Socialstyrelsens uppfattning att ett fel begåtts, men han delade »inte uppfattningen att detta skett uppsåtligt eller genom oaktsamhet».

Han berättade också att han hade övertagit ingreppet från sin mindre erfarna kollega därför att operationsområdet var påverkat av den inflammation som fanns i kärlet.

Friläggningen gjordes inte korrekt

Ansvarsnämnden slog fast att kirurgen avligerat vena femoralis. Av operationsberättelsen framgick att den var mjuk och fin. Kirurgens invändning att det fanns speciella svårigheter i form av inflammation i operationsområdet skadade därför betydelse.

Om friläggningen hade

gjorts korrekt hade felet inte uppkommit, ansåg nämnden och tilldelade kirurgen en varning. •

Varning:

Röntgenbilder förväxlades – cancersjuk felbehandlades

Den 57-årige mannens röntgenbilder förväxlades med en annan patients.

Det ledde till att mannen fick fel behandling ansåg Ansvarsnämnden och varnade läkaren, som inte tillräckligt nog hade kontrollerat att bilderna bar mannens namn. (HSAN 306/95)

I maj 1994 upptäcktes att mannen hade prostatacancer. Han hade smärtor i ländryggen och därför genomfördes den 26 maj en isotopröntgen av skelettet.

Av misstag kopplades en annan patients röntgenbilder ihop med mannens remiss. Misstaget upptäcktes inte av läkaren, som skrev utlåtandet i tron att det var mannens bilder.

Den andre patientens undersökning var normal, men mannens undersökning visade flera metastaser.

Misstaget upptäcktes sju och en halv månad senare, vid en undersökning den 12 januari 1995.

Gick på sjukgymnastik

Mannen anmälde den ansvariga läkaren. Han berättade att han strax efter isotopröntgen hade uppsökt akutmottagningen på sjukhuset på grund av smärtor i skuldrorna, höfterna, benen samt ryggen.

Han undersöktes och uppmanades att diskutera sina problem med sin läkare på urologmottagningen. Därifrån remitterades han till sjukgymnast för behandling. Denna visade sig göra mer skada än nytta och efter varje träningspass hade han mer ont än tidigare.

Den 18 november for han till akutmottagningen igen på grund av smärtor i bröstet. Resultatet blev att han möjligen led av kärlekskramp. Han fortsatte

med sjukgymnastiken cirka 15 gånger.

Den 6 januari 1995 fick han på nytt smärtor i bröstet. På hjärtavdelningen på sjukhuset kom man fram till att det inte var något fel på hans hjärta. Efter en ny isotopröntgen upptäcktes att han hade skelettmetastaser.

Den anmälda läkaren motsatte sig disciplinpåföljd. Som skäl för det anförde hon bl a följande.

Alla röntgenkameror på kliniken är kopplade till datorer. Datorprogrammen gör att en undersökning alltid märks med rätt namn förutsatt att assistenten skrivit in rätt namn och födelsedatum vid undersökningens start. Det ska alltså inte kunna bli fel namn på en bild.

Däremot, sade läkaren, kan det hända att assistenten av misstag lägger in fel bild i patientens journal. Och en läkare som granskar undersökningen kan av misstag blanda ihop bilder och journaler från olika patienter.

Troligast i det här fallet var att undersökningen i maj 1994 aldrig togs fram på transparent film och att den andre patientens bild av misstag lades in i mannens journal. Sedan upptäckte varken assistenten, läkaren eller sekreteraren misstaget.

Serie av misisar

Ansvarsnämnden konstaterade att bakom förväxlingen av röntgenbilder låg en serie av misstag, där ingen av de inblandade, dvs sekreteraren, laboratorieassistenten och läkaren, upptäckte att bilderna tillhörde en annan patient.

Ansvarig för den slutliga kontrollen när röntgenutlåtandet skrevs var läkaren. Genom att inte tillräckligt noggrant kontrollera att bilderna var försedda med mannens namn hade hon åsidosatt sina åligganden.

Felet ledde till att mannen fick en felaktig behandling, konstaterade nämnden och gav läkaren en varning. •

Läkarförbundets ansvarsråd ger medlemmar i Sveriges läkarförbund råd och bistånd i anmälnings- och skadeståndsärenden. Ett nät av konsultationsläkare från olika specialiteter är knutna till rådet, vars adress är Läkarförbundets ansvarsråd, Box 5610, 114 86 Stockholm. Telefon 08-790 33 00.