

Varning:

Vänster sida blev höger vid operation av ett subduralhematom

Patienten skulle opereras för ett vänstersidigt kroniskt subduralhematom. Men operatören, en överläkare, påbörjade ingreppet på höger sida av huvudet. För det har han av Ansvarsnämnden fått en varning. (HSAN 1796/94)

Anmälan om förväxlingen gjordes av Socialstyrelsen.

Operatören uppgav i ett yttrande bl a att den 81-åriga patienten kom in med tre veckors anamnes på tilltagande ostadighet och högersidig svaghet samt motorisk dysfasi och desorientering. Datortomografi av skallen visade ett tjockt vänstersidigt subduralhematom med färskt inslag.

Såväl dagjuren som operatören ansåg att patienten skulle opereras, vilket skulle ske i lokalbedövning med narkosövervakning.

När patienten kom till operationssalen fanns datortomografibilderna med och bedömdes av operatören.

»Mänskliga faktorn»

Denne sade själv ut av för honom oklar anledning inleddes ingreppet på höger sida i stället för på vänster:

»Incision och kraniotomi men innan duran skall öppnas inser jag plötsligt att detta måste vara fel sida . . .»

Operationen utfördes därefter på rätt sida och patienten blev nästan helt symptomfri.

Operatören kunde inte förklara varför misstaget begicks utan hänvisade till »den mänskliga faktorn».

Cheföverläkaren vid kliniken berättade att enligt reglementet skall röntgenbilderna bedömas oavhängigt av operatör, instrumenterande sjuksköterska och anestesilog.

I det här fallet hade de två första bedömt bilderna tillsammans medan anestesiloggen inte varit med vid sidobestämmningen. Rutinerna hade alltså inte följts, konstaterade chefsöverläkaren.

Samma uppfattning hade Socialstyrelsen. Med hänsyn till den stora risken att förväxla sida vid denna typ av ingrepp är

det särskilt viktigt att man noga följer gällande rutiner, menade styrelsen.

Det förekommer trots det att ingrepp påbörjas på fel sida, något som hänger samman med sidomärkningen vid datortomografi. Detta är i sig ett problem som gör det desto viktigare att särskilt uppmärksamt granska röntgenbilderna och att göra en adekvat märkning innan ingreppet påbörjas, betonade Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden konstaterade att operatören självständigt skulle ha granskat bilderna och kontrollerat sidomärkningen. Eftersom denne inte följt rutinerna för att förhindra förväxlingar, vilket ledde till att han påbörjade ingreppet på fel sida av patientens huvud, fick han en varning. •

Tre varnade:

Operation påbörjades i fel axel – höger blev vänster

En överläkare, en operationssköterska och en narkosköterska har av Ansvarsnämnden varnats för att en operation påbörjades i fel axel – höger blev vänster. (HSAN 481/95)

Den 49-åriga patienten hade en senskada i höger axel och skulle opereras av överläkaren. Denne markerade på operationsdagen patientens högra axel enligt klinikens anvisningar.

På avdelningen hade man satt dropp i patientens högra hand. Han lades på operationsbordet och sövdes i rygggläge. Sedan vändes han – åt fel håll. Den vänstra sidan kom uppåt.

Misstaget upptäcktes inte förrän operatören hade påbörjat ingreppet, det vill säga injicerat 15 ml Marcain adrenalin i planerade stickkanaler och subacromialt, gjort en hudincision och stoppat in artroskopet i leden i vänster axel.

Ingreppet avbröts, patienten vändes rätt och högra axeln opererades.

Socialstyrelsen anmälde

operatören och de assisterande sköterskorna för förväxlingen, som ledde till att patienten utsattes för ett onödigt ingrepp.

Chefläkaren vid sjukhuset ansåg att en möjlig förklaring till förväxlingen var att patienten hade nål i höger hand och att man därför tog för givet att det var vänster axel som skulle opereras.

Inget fel på rutinerna

Han hävdade att operatören följt klinikens instruktioner men ändå inte uppmärksammat att patienten låg med fel axel uppåt. De båda sjuksköterskorna hade inte varit tillräckligt noggranna med att förvissa sig om att patienten låg rätt.

Chefläkaren ansåg att ett mänskligt fel hade skett och att rutinerna inte kunde förbättras.

Socialstyrelsen menade att operatören missat att kontrollera sin egen märkning. Operationssköterskan hade inte kontrollerat märkningen och journalen så att rätt sida kom upp. Narkosköterskan var medveten om att det var höger sida som skulle opereras, men slog inte larm trots att hon var med när patienten förbereddes för operationen.

Såväl operatören som operationssköterskan och narkosköterskan medgav att de varit försumliga.

Ansvarsnämnden konstaterade att alla de tre anmälda hade medgivit att de varit försumliga. Nämnden gick helt på Socialstyrelsens linje och tilldelade såväl operatören som operationssköterskan och narkosköterskan en varning. •

Varning:

Otillräcklig undersökning – magsjuka var tarmvred

Magsjuka, sade husläkaren och skickade hem den 74-åriga patienten. Senare samma dag opererades denne akut för tarmvred. Husläkaren fick en varning av Ansvarsnämnden. (HSAN 856/95)

Patienten, som led av insulinbehandlad diabetes och var

hjärtsjuk, kom till husläkaren den 9 mars 1995 med buksmärter och kräkningar. Diagnosen blev magsjuka.

Senare samma dag på ett sjukhus konstaterades att han led av tarmvred och han opererades omedelbart men avled en knapp månad senare.

Patientens maka anmälde läkaren för feldiagnostisering. Bl a hade han inte lyssnat på makens magljud eller kontrollerat blodsockret, menade maken. Vid kontroll efter besöket hos husläkaren var B-glukos 50 mmol/l.

Husläkaren uppgav i ett yttrande att han inte hade funnit något som tydde på en allvarligare orsak till patientens besvär. Han hade risken för tarmvred klar för sig eftersom han visste att patienten genomgått såväl gall- som tjocktarmsoperationer tidigare.

Tarmljuden normala

Buksmärtorna hade dock inte intervallkaraktär och tarmljuden, som tyvärr inte fanns noterade i journalen, var normala. Buken var inte uppdriven, sade husläkaren.

Han menade också att patientens allmäntillstånd var så påverkat som man kunde förvänta vid magsjuka med kräkningar.

Eftersom patienten gjorde självkontroller av blodsockret och inget anmärkningsvärt kom fram vid undersökningen avstod han från blodsockerkontroll.

Ansvarsnämnden konstaterade att patienten tidigare bukoopererats, att han var hjärtsjuk samt led av diabetes. Att skicka hem honom för egenvård var olämpligt med hänsyn till hans sjukhistoria och de tillkomna bukbesvären.

Borde ovillkorligen ha uteslutit tarmhinder

Läkarens anamnesupptagning och undersökning var inte tillräckligt omfattande för en riktig bedömning av patientens sjukdom. Ändtarmen undersöktes inte. Blodsockervärdet kontrollerades inte.

Tarmhinder borde ovillkorligen ha uteslutits genom remiss till röntgen eller till kirurg för bedömning av smärtorna. Det fanns dock ingenting som tydde på att en snabbare inremittering till sjukhus skulle ha förhindrat den tragiska utgången, sade Ansvarsnämnden.

Nämnden anmärkte på att noteringar om allmäntillstånd och avlyssning av buken saknades i journalen från den 9 mars. •