

Varning:

Höger sida blev vänster vid torakoskopi

En läkare vid en lungklinik har av Ansvarsnämnden varnats för att hon utförde en torakoskopi på patientens vänstra sida i stället för hans högra. (HSAN 1822/95)

Den 60-årige patienten kom in på remiss på grund av en stor högersidig pneumothorax. Röntgen av lungorna bekräftade diagnosen. Därför skulle man göra en torakoskopi och lägga in pleuradränage i höger thorax.

En sjuksköterska tog emot mannen, som efter EKG lades i ryggläge på operationsbordet. Sköterskan lämnade sedan rummet. Två andra sköterskor placerade patienten med vänster sida upp och förberedde honom för ingreppet. Mannens röntgenbilder hängdes upp på ljusskåpet.

Läkaren gjorde torakoskopi och inläggningen av pleuradränaget utan komplikationer.

En kontrollröntgen dagen efter avslöjade sidoförväxlingen. Den visade en kvarstående pneumothorax på höger sida och en slang i patientens vänstra thorax.

Viktig kontroll

Socialstyrelsen anmälde operatören för sidoförväxlingen och anförde efter yttranden från såväl operatören som sjuksköterskorna bl a följande.

I styrelsens föreskrifter (SOSFS 1989:1) om åtgärder för att förhindra förväxlingar påpekas hur viktigt det är att kontrollera vilken kroppsdel det är som skall opereras, om möjligt i samråd med patienten. Kontrollen skall också ske mot tillgängliga handlingar.

Sjuksköterskan som tog emot patienten och som skulle kontrollera på vilken sida ingreppet skulle göras hade brutit i att framföra det till sköterskorna som dukade upp för ingreppet.

Sjuksköterskan som assisterade operatören kom inte ihåg om hon hade följt avdelningens rutiner att uttryckligen fråga läkaren om patienten låg med rätt sida uppåt.

Läkaren hade granskat journalhandlingarna och röntgenbilderna av lungorna. Hon hade klart för sig att det hand-

ANSVARSÄRENDE

lade om en stor pneumothorax på höger sida.

Hon utförde emellertid inte de kontroller som är nödvändiga för att förhindra sidoförväxling. Torakoskopin gjordes därför på fel sida, vilket medförde att patienten fick genomgå ytterligare en torakoskopi. Han åsamkades därmed onödigt lidande, ansåg Socialstyrelsen.

Ansvarsnämnden påpekade att det finns skäl att se allvarligt på sidoförväxlingar. Nämnden slog, efter att läkaren yttrat sig, fast att operatören i sista hand är ansvarig för att sidoförväxlingar inte sker. Här hade operatören inte utfört de kontroller, inklusive sidomärkning, som är nödvändiga. Hon hade därmed brutit i sina åligganden och varnades. •

Varning:

Vänster sida blev höger vid lungpunktion

Läkaren utförde lungpunktionen på den 74-årige mannens högra sida i stället för hans vänstra. För det har han varnats av Ansvarsnämnden. (HSAN 1802/95)

Av Socialstyrelsens anmälan framgår att mannen sedan 1988 hade angina pectoris. Den 17 januari 1995 genomgick han en bypass-operation på ett sjukhus, men vårdades postoperativt på ett annat. Han klagade på att han var trött och andfädd. En lungröntgen visade vätska i vänster lungsäck upp till hilumnivå.

Han drabbades av tilltagande andningsbesvär och man bestämde att han skulle pleurappas. Röntgenbilderna fanns på salen där läkaren skulle göra tappningen den 4 februari.

Patienten satt med ryggen mot läkaren. Denne började bedöva patienten på höger sida och samtidigt lokalisera vätskan, dock utan utbyte. Han förde in en venflonkateter, men inte heller det gav något utbyte. Ingreppet avbröts.

Nästa dag påpekade patienten och en sjuksköterska att punktionen hade gjorts på fel sida, höger i stället för vänster.

Man gjorde en ny pleuratappning, den här gången på vänster sida och fick ut 1 500 ml blodig vätska. Patienten blev bättre och skrevs ut efter några dagar.

Socialstyrelsen ansåg att läkaren hade brutit mot styrelsens regler genom att inte göra den nödvändiga kontrollen för att undvika sidoförväxling.

Läkarens fel hade fördröjt pleuratappningen med ett dygn och medfört ett onödigt lidande för patienten, hävdade Socialstyrelsen.

Läkaren själv uppgav i ett yttrande till Ansvarsnämnden att han gärna tog på sig ansvaret för förväxlingen. Men han ansåg inte att förseningen hade lett till att patienten hade åsamkats ett onödigt lidande.

Ansvarsnämnden varnade läkaren för sidoförväxlingen. •

Varning:

Felbedömde både vilo-EKG och arbetsprov

Den biträdande överläkaren bedömde att den 54-årige mannens vilo-EKG var normalt, vilket kunde ifrågasättas. Hon bedömde också mannens arbetsprov som normalt, vilket var anmärkningsvärt.

Därför har hon av Ansvarsnämnden tilldelats en varning. (HSAN 373/95)

Mannens fru anmälde biträdande överläkaren och påpekade att hennes man efter undersökning fått beskedet att han var helt frisk. Fem dagar senare avled han i hjärtinfarkt.

Läkaren hade rekommenderat mannen att äta Magnecyl om symtomen återkom. Frun ansåg att biträdande överläkaren borde ha gjort fler undersökningar och att hon borde ha rått mannen att genast kontakta läkare om han blev sämre.

Biträdande överläkaren uppgav till Ansvarsnämnden att patienten blivit inremitterad med frågeställningen lungemboli. Efter undersökning som omfattade bl a lungröntgen, EKG och blodgaser erbjöds patienten inläggning. Men han ville absolut åka hem.

Man tyckte sig kunna ute-

sluta lungemboli men misstänkte kärilkramp. Därför remitterades patienten till ett arbetsprov, som gjordes tre dagar senare. Han hade då ett vilo-EKG som visade en regelbunden sinusrytm med tecken till vänsterkammarförstoring och T-inversion inferiort.

Bedömdes som normalt

Mannen cyklade 190 W vilket var en god arbetsprestation i förhållande till ålder och vikt. Han hade en obehagskänsla i bröstet under hela arbetet. Han hade diskreta EKG-förändringar som inte var säkert patologiska.

I samband med arbetsprovet, uppgav biträdande överläkaren vidare, diskuterades Magnecyl som förebyggande medicin. Hon hade talat om för patienten att inget hindrade att man tog en halv Magnecyl om dagen för att underlätta blodcirkulationen.

Hon hade bedömt arbetsprovet som normalt och initierade ingen kärilkrampsmedicinering.

Anmärkningsvärt

Ansvarsnämnden granskade också patientens journal och gjorde följande bedömning.

Biträdande överläkaren ansåg att patientens vilo-EKG var normalt, vilket kunde ifrågasättas. Även arbetsprovet bedömdes som normalt, vilket Ansvarsnämnden fann anmärkningsvärt.

Nämnden påpekade att en »med belastningen successivt tilltagande höjning av ST-regionen diafragmalt samt en likaledes successivt tilltagande nedåtsluttande sänkning av ST-regionen i aVL och I kan noteras, vilket är klart patologiskt. Vinkeln mellan QRS- och T-vektorn i EKG omedelbart efter arbetsprovet är onormal (ca 90 grader mot normalt upp till 60 grader). Detta antyder att T-vågsförändringarna är primära, tex beroende på kranskärlssjukdom.»

Gav fel intryck

Biträdande överläkaren hade givit patienten intrycket att han var hjärtfrisk, men försåg honom ändå med acetylsalicylsyra.

Hon uppmanade honom inte att genast uppsöka sjukhus om han drabbades av ihållande bröstsmärta.

Hon hade felbedömt såväl vilo-EKG som arbetsprov, vilket ledde till att hon inte lämnade korrekt information till patienten. •