

Misstag i samband med ortopediska operationer

De fyra anmälningarna till HSAN har gjorts på grund av felaktiga åtgärder i samband med att patienterna blivit opererade vid ortopediska kliniker; i ett fall vid själva ingreppet, i de övriga under det postoperativa förloppet.

Ortopedens C-båge var upptagen

Anmälare: Patienten

Anmäld: Verksamhetschef vid ortopediklinik

Orsak: Operation på fel nivå HSAN 1479/00

II En 31-årig man med diskbräck på nivå C5–C6, som uppstått i samband med trauma, intogs på länssjukhuset för operation. Postoperativt konstaterades att ingreppet utförts på nivån mellan 6:e och 7:e halskotan. Han har därefter reopererats med gott resultat.

Patienten har förutom det felaktiga ingreppet anmält att han inte informerades om misstaget förrän fjorton dagar efter operationen.

Läkaren har framhållit att han under 35 års verksamhet med halsdiskbräckskirurgi inte tidigare gjort misstag av denna typ. Flera faktorer hade bidragit till att i detta fall en felaktig kotnivå opererades:

Vid halsryggskirurgi krävs röntgenundersökning på operationsbordet för att fastställa rätta halskotor, vilket vanligen görs med sk C-båge. Den röntgenutrustning som var tillrättalagd för bedömning av skelettdelar var vid den aktuella operationen upptagen, och därför användes istället en båge avsedd att användas vid undersökning av bukhåla och pacemaker-katetrar. Anatomiska förhållanden med kraftigt utvecklade skulder- och axelmuskulatur gjorde dessutom att injektionsnålen som sattes i kotdisken ej tydligt kunde framprojiceras, men den bedömdes ändå vara placerad i nivån C5–C6. Någon kontroll kunde ej utföras då C-bågen åter var i användning hos kirurgerna. Någon misstanke att nivån skulle vara felaktig uppstod ej under operationen, då det fanns tecken till skador även på den felaktiga nivån, med partiell avslitning av ledband.

Vid röntgenundersökning två dagar postoperativt konstaterades att operationen gjorts på fel nivå.

Han försökte kontakta patienten första helgfria dagen efter det att han fått kännedom om resultatet, men eftersom denne var bortrest kom det att dröja yt-

terligare en vecka innan han informerades vid ett mottagningsbesök.

II Bedömning och beslut

Av operationsberättelsen framgick inte att nivåbestämningen varit svår. Om detta varit fallet borde läkaren ha genomfört ytterligare röntgenundersökning under operationen.

Påföljd: varning.

Luxerad höftplastikled kan reponeras på olika sätt

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmäld: Underläkare vid ortopediklinik

Orsak: Fraktur vid repositionsförsök HSAN 604/00

II En 84-årig kvinna hade ett halvt år tidigare opererats för en vänstersidig höftfraktur, men på grund av bristande läkning i frakturen hade nu i stället gjorts en höftplastik ad modum Lubinius. Efterförloppet var utan anmärkning, men en dag efter utskrivningen återkom patienten med tecken till luxerad protes. Röntgen visade att proteshuvudet luxerat bakåt. Den anmälde jourhavande läkaren gjorde först ett försök att reponera höften i Stesolid-Petidinrus, men detta misslyckades.

Efter kontakt med bakjouren gjorde underläkaren ett nytt repositionsförsök, nu i narkos. Under detta kändes ett knak och röntgengenomlysning visade fraktur genom distala femur. Nästa dag reponerades luxationen och frakturen opererades med 10-håls platta. Händelsen anmälades enligt Lex Maria.

Socialstyrelsen har inhämtat uppgifter från de två jourhavande läkarna. Bakjouren hade befunnit sig på sjukhuset. Han hade kontrollerat att underläkaren kände till principerna för bakre reposition. Han gav även instruktioner hur manövern skulle utföras och demonstrenderade tekniken på underläkarens eget ben.

Underläkaren hade under sin tjänstgöring vid kliniken assisterat vid 14–15 höftprotesoperationer och gjort två sådana operationer med assistans. Han hade dessutom tidigare reponerat två höftledsluxationer komplikationsfritt. Han hade inte i det aktuella fallet använt någon större kraft, utan frakturen hade orsakats av en »accentuerad osteoporos« hos patienten på grund av att hon varit immobiliserad under ett halvt år.

Socialstyrelsen menade att underläkaren inte varit tillräckligt omsorgsfull och noggrann under det aktuella repositionstillfället och att han roterade benet fel (utåt i stället för att inåt) och att det begångna felet inte kan anses som ringa.

II Bedömning och beslut

Nämnden framhöll att även erfarna ortopediker kan misslyckas att reponera höftplastikluxationer trots god anestesi. I de flesta fall räcker det med en enkel dragning i benet och därefter utåtrotation för att få leden på plats. Vid stramare förhållanden bör höftleden böjas 90 grader, benet i viss mån inåtrotteras för att frigöra proteshuvudet från bäckenkanten och slutligen utåtrotteras för att proteshuvudet skall glida in i ledpannan. Det innebär att den huvudsakliga rotationen sker utåt. Nämnden ansåg det därför inte självklart att den valda tekniken varit felaktig.

Anmälan lämnades utan åtgärd.

Att skruva åt fel håll

Anmälare: Patienten

Anmälda: Tre ortopediker

Orsak: Felaktig postoperativ vård HSAN 1126/00

II En 45-årig man opererades för medial artros i vänster knä samt hjulbenthet. Operationen, osteotomi och callusdistraktion med hjälp av extern fixator, utfördes av ortoped A med överläkare B som assistent. Externfixatorn har en gängningsmekanism som gör att den såglinje som man åstadkommit vid operationen successivt kan öppnas, så att hjulbentheten elimineras. Manipulationerna påbörjas 7–10 dagar efter operationen och patienterna får själva sköta skruvningen.

Eftersom det var fråga om en relativt ny operationsteknik, gjordes alla operationer av denna typ vid kliniken av de två ortopederna. Dagen efter operation instruerade A patienten hur instrumentet skulle skruvas för att vidga osteotomin och följande dag skrevs patienten ut till hemmet, sedan han fått återbesökstid till ortoped C, som fått instruktion hur instrumentet skulle skötas. Emellertid hamnade patienten på ortoped D:s mottagning. Hon visste inte hur instrumentet skulle skruvas och övriga ortopediker på mottagningen kunde inte heller hjälpa henne.

Till slut lyckades hon få tag i ortoped C som emellertid opererade och inte kunde gå ifrån. Han rådde henne per telefon att skruva medurs och sedan in-

struera patienten att i fortsättningen göra likadant.

Vid återbesök på ortopedien till överläkare B två veckor postoperativt blev det uppenbart att hjulbentheten ökat, vilket bekräftades med röntgenundersökning. B skruvade instrumentet åt rätt håll, vilket gick lätt. Sedan instrumentet fixerats undersöktes benet. I samband med detta uppstod en knäpp i benet och patienten markerade smärtor. Externfixatorn kunde efter hand fixeras i korrekt läge.

Patienten har anmält ortopederna A, B och D för att de bemött honom nonchalant och för att han fått felaktiga instruktioner. A instruerade honom om skruvarna, när han just vaknat ur narkosen och fortfarande hade mycket ont. Han hade därför inte varit medveten om vad A talade om. Han träffade sedan inte A eller B medan han låg på sjukhuset. Han ifrågasätter hur bägge operatörerna kunde vara lediga, när han kom på sitt första återbesök.

D hade sett mycket vilsen ut och varit mycket osäker på åt vilket håll skruven skulle dras. Han hade sedan följt hennes instruktioner med olidlig värk i benet som följd.

Vid återbesök hos överläkare B var han 4 grader mer hjulbent än före operationen. När läkaren korrigerade felställningen genom att skruva åt rätt håll, utlöste detta »en rejäl smäll som hördes ända ut i korridoren« och han fick fruktansvärt ont.

A anser sig inte ha gett felaktiga instruktioner och motsätter sig anmälan.

B beklagar att patienten på grund av olika omständigheter fått felaktiga instruktioner.

D konstaterar att hon förmedlat felaktiga instruktioner till patienten. Då hon bara haft tredjehandsuppgifter, kan hon ha missförstått dessa eller blivit felaktigt informerad.

II Bedömning och beslut

De valda operationsmetoden var ny på kliniken, och endast de två operatörerna var förtrogna med tekniken. A säger sig ha informerat patienten om instrumentariets skötsel, men detta borde ha gjorts skriftligt. Det är också anmärkningsvärt att återbesöket planerats hos en annan mindre erfaren läkare. A borde ha sett till att återbesöket säkrades på ett acceptabelt sätt. Han ålades en erinran.

B:s handläggning av patienten vid återbesöket var visserligen inte optimal, men det fanns inga skäl att ålägga honom disciplinpåföljd.

D gav patienten felaktiga instruktioner. Hon hade själv inga erfarenheter av hur instrumentariet fungerade och borde

därför ha erbjudit patienten ett nytt återbesök inom en snar tid. Även C ålades en erinran.

Påföljd för två: erinran.

Svåra smärtor efter operation för knäfraktur

Anmälare: Patienten

Anmäld: Ansvarig personal vid ortopedklinik

Orsak: Kompartmentsyndrom

HSAN 1469/99

II En 30-årig kvinna ådrog sig en medial kondylfraktur i vänster knä i samband med innebandy. Hon opererades nästa dag på ortopedklinik med platta och skruvar. Cirkulärgips anlades. Blodtomhetstiden var 2 timmar och 35 minuter. Efter operationen låg en epiduralkateter kvar i smärtlindrande syfte.

Morgonen efter operationen hade patienten feber, men tillståndet bedömdes i övrigt som normalt. På kvällen klagade patienten över domning och ökad smärta i benet. Gipsen togs bort och man konstaterade att benet inte var svullet.

Från följande dagar finns endast sjuksköterskeanteckningar med konstaterande att patienten hade dålig känsel i foten, tendens till droppfot samt mer ont i benet. På tredje dagen postoperativt fick patienten sista infusionen »i EDA:n« och efter några timmar fick patienten mer ont i benet. En överläkare bestämde enligt sköterskeanteckning att juren skulle tillkallas om »mer ont och svullet«.

Senare samma dag kunde en annan ortopedöverläkare konstatera att benet var mycket svullet. Han ordinerade högläge samt beställde en duplexundersökning med misstanke om ventrombos. Undersökningen gav inget stöd för detta. På kvällen bedömde jourhavande ortoped att det kunde vara fråga om kompartmentsyndrom och ordinerade akut tryckmätning.

Misstanken styrktes och vid akut operation med fasciotomi påvisades ett etablerat kompartmentsyndrom med muskelskador, som senare visade sig vara irreversibla.

Patienten har anmält ansvarig personal vid ortopedkliniken för att det tog för lång tid att diagnostisera kompartmentsyndromet. Operatören har initierat Lex Maria-anmälan för att få utrett, om avsaknad av rutiner eller direkt felbehandling varit orsak till den inträffade komplikationen.

Sammanlagt 11 personer (ortoped, anesthesiologer och sjuksköterskor) som varit involverade i den postoperativa vården har yttrat sig. Deras synpunkter

har varit underlag för Socialstyrelsens beslut. Där framkommer bland annat:

Ett flertal faktorer har bidragit till den olyckliga utgången. Patienten fick helbensgips, vilket knappast var nödvändigt vid stabil fixation. Patientens smärttillstånd postoperativt misstolkades. Förekomst av känselbortfall och pares samt lokal svullnad som senare tillkom, borde tidigt ha lett till aktiva åtgärder. Det viktigaste kliniska tecknet, svår smärta, kuperades av den postoperativa smärtbehandlingen. Troligen hade tillståndet diagnostiserats tidigare om patienten inte haft EDA, men när bedövningen inte längre förmådde att kontrollera patientens smärta borde misstanke om kompartmentsyndrom ha väckts. Högläge ordinerades vilket är direkt olämpligt vid misstänkt kompartmentsyndrom. Socialstyrelsen fann att diagnosen fördröjts på ett oacceptabelt sätt. Här har epiduralanestesi bidragit, men denna har knappast varit den avgörande faktorn. Socialstyrelsen konstaterade att dokumentationen varit otillfredställande och att ett tydligare registreringssystem av postoperativa fynd borde införas.

II Bedömning och beslut

Nämnden fann inte anledning att kritisera operatören och de personer som varit involverade i den tidiga postoperativa vården, inte heller den ortoped som slutligen åtgärdade tillståndet. Däremot hade två ortopederna varit försumliga, när de inte aktivt prioriterat omhändertagandet, trots att patienten varit svårt smärtpåverkad.

Påföljd för två: erinran.