

fingrarna och hänvisade till distriktssköterskan för suturborttagning. Någon tid för återbesök gavs ej. Vid besök hos distriktssköterskan visades handen för distriktsläkaren, som fann att handskadan var allvarlig med felrotation och nedsatt sträckförmåga i ringfingret. Såren var infekterade. Patienten behandlades först på infektionsklinik och opererades sedan på handkirurgisk klinik för ledbandsskada.

Enligt patienten hade läkaren vid akutbesöket ej uppmärksammat att ringfingret såg konstigt ut, troligtvis var fingret vridet. Den långa behandlingstiden ansåg hon vara en följd av att skadan felbedömts.

Läkaren har i sitt yttrande beklagat att såren trots antibiotikaproxylax infekterades. Vad gäller ligamentskadan, hade han på akutmottagningen testat stabiliteten i genomlysning, men ej funnit tecken till instabilitet.

II Bedömning och beslut

Skadan uppkom genom ett kraftigt våld i en oren miljö. Det förelåg en felställning och stelhet i ringfingret. Mot den bakgrunden borde läkaren ha gett en återbesökstid efter 2–3 dagar, eftersom det i akutläget kan vara svårt att göra en optimal bedömning.

Läkaren kan inte kritiseras för att infektion tillstötte, men han borde ha följt upp patienten bättre.

Påföljd: erinran

Informeras inte tydligt om preoperativ märkning

Anmälare: Socialstyrelsen, regionala tillsynsenheten

Anmäld: Legitimerad läkare vid handkirurgisk klinik

Orsak: Opererade på fel finger
HSAN 920/01

II En 54-årig man inkom till hand- och plastikkirurgisk klinik för arthrodesoperation av pip-leden på höger ringfinger. Patienten fick anestesi i form av intravenös lokal bedövning. Operatören uppmärksammades i slutet av operationen på att hon gjort arthrodes i dig III istället för i dig IV. Efter diskussion med överläkare gjorde operatören arthrodes även i ringfingret.

Verksamhetschefen har uppgivit att vid tidpunkten för ingreppet fanns vid kliniken skriftliga rutiner för hur märkning av det planerade operationsfältet skall ske. Socialstyrelsen konstaterade

att av operationsjournalen ej framgick att sådan märkning gjorts.

Operatören har i sitt yttrande bl a framfört följande: Patienten hade tidigare opererats med senstransferering från lång- till ringfingret. Denna sena hade sedan rupturerat, och man hade nu beslutat att göra arthrodes i ringfingrets pip-led.

När läkaren på operationsdagen gjorde preoperativ bedömning, klagade patienten över värk i långfingret. Läkaren planerade därför att i samband med ingreppet även undersöka långfingret och eventuellt göra en mobilisering i anestesi. Hon avsåg därför att operera ringfingret snabbt för att kunna undersöka långfingret, innan anestesi släppt. Hon var sedan så fullständigt koncentrerad på långfingret att hon utförde arthrodesen på detta finger.

Hennes kunskaper i svenska var vid operationstillfället mycket bristfälliga, och hon hade inte sett, om de patienter som kom för polikliniska operationer hade »markerats«. Varken i Tyskland eller Taiwan, där hon utbildat sig till plastik-/handkirurg, hade det gjorts liknande märkning av operationsområdet.

Socialstyrelsen konstaterade att läkaren inte fått skriftlig information angående preoperativ märkning och att hon inte informerats om gällande regelverk och rutiner vid kliniken på ett tydligt sätt. Detta framtog dock inte läkaren hennes eget ansvar för hur hon fullgjorde sina arbetsuppgifter. Det inträffade anmäldes till Ansvarsnämnden med yrkan om disciplinpåföljd.

II Bedömning och beslut

Nämnden anslöt sig Socialstyrelsens bedömning.

Påföljd: varning

Ovarsamhet orsakade skada på ryggmärgskanalen

Anmälare: Patienten och enligt Lex Maria

Anmäld: Ortoped vid regionsjukhus

Orsak: Röntgenrör tryckte in en lägesmarkör
HSAN 290/01

II En 69-årig kvinna opererades för spinal stenosis. För att säkra rätt nivå kontrollerade operatören läget i röntgen-TV-genomlysning. Som markör använde han en dissektor, som han ställde in mot den femte ländkotans bäge så att den stack upp 10–15 cm över hudytans nivå. När han efter undersökningen skulle svänga undan det mobila röntgenröret

från operationsområdet, hakade röret fast i dissektorn, så att denna med stor kraft trycktes in i ryggmärgskanalen mellan L5 och sakrum. Därvid slets femte lumbalroten på vänster sida av, och det uppkom ett halvcentimeterstort hål i duran genom vilket flera sakrala rötter trängde ut. En tillkallad neurokirurg suturerade den skadade nervroten och limmade ihop duran samt täckte området med fettransplantat. Därefter gjordes den planerade laminektomin och fixation av ryggraden med stag. Operationstiden blev förlängd till sju timmar.

Dagen efter operationen hade patienten ingen känselnedsättning på vänster sida och motoriken i benen var normal. Under de närmaste dagarna utvecklade hon dock ett klart cauda equina-syndrom. Hon reopererades femte dagen postoperativt, men man fann ingen annan förklaring till symtomen än svullnad i området. Förloppet komplicerades sedan av en svår infektion. De neurologiska symtomen har sedan kvarstått oförändrade. Patienten är nu dubbelkontinent och har betydande gångsvårigheter.

Socialstyrelsen hade efter utredning gjort bl a följande bedömning:

Det förelåg klar indikation för kirurgisk behandling av hennes spinala stenosis. De mekaniska skador som uppstod reparerades på ett korrekt sätt. Däremot ansåg man att den mekaniska skadan, den utvidgade friläggningen och i viss mån den förlängda operationstiden bidragit till lesionen, så även den postoperativa infektionen. Den aktuella operationskomplikationen hade lätt kunnat undvikas, om operatören använt en lägesmarkör, som inte stack upp ur operationssåret.

Man anser sig dock inte kunna kritisera operatören för detta, eftersom det är ganska vanligt bland ortopederna att använda dissektor för detta. Däremot ansåg man att han inte kunde undgå allvarlig kritik för oaksamhet vid undanförande av röntgenröret. Slutligen ansåg Socialstyrelsen att det är viktigt att risken för denna typ av skada uppmärksammas, eftersom det i moderna operationssalar finns en stor mängd mobil utrustning, som kan interferera med en sövd patient.

II Bedömning och beslut.

Även nämnden ansåg att den allvarliga komplikationen hade kunnat undvikas med större varsamhet med både röntgenrör och dissektor. Den skada som drabbade patienten, kan inte anses vara en förväntad komplikation av ingreppet.

Påföljd: varning