

big curette och ringtång att kaviteten var tom.

Detta är inte alltid tillräckligt, utan det är nödvändigt att också kontrollera abortmaterialet. Specialistläkaren gjorde inte detta och följde inte heller kliniskens rutiner. Han har av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt.

**Påföljd: erinran**

## Glömde kvar kompress efter lipomoperation

**Anmälare:** Patienten

**Anmald:** Specialistläkare vid kirurgmottagning

**Orsak:** Kompress kvar i såret efter operation HSN 3085/01

II En 72-årig kvinna sökte 5 februari 2001 en specialistläkare och ville få ett lipom borttaget. Förändringen satt i nack huden och avlägsnades i lokalbedövning. Såret läkte inte och hon fick besvär, bland annat med varbildning. I september sökte hon för sina besvär på vårdcentralen. Operationssåret öppnades och i det återfanns delar av en gasbindekompress.

Kvinnan anmälde operatören för felaktig behandling den 5 februari 2001. Efter ingreppet läkte inte såret utan blev varigt. Hon sökte vid 28 tillfällen för besvären hos andra vårdgivare. Och hon ordinerades fem penicillin-kurer.

Den 4 september drog hennes make ut gasbindetrådar ur såret. Hon sökte samma dag på vårdcentralen. Såret skars upp och den behandlande läkaren plockade ut en stor »torkboll« av gasbinda.

Den anmälde läkaren medgav att han handlat felaktigt och uppgav bland annat följande.

Att operera bort ett lipom i nacken är ett vanligt ingrepp på min mottagning. Ingreppet gjordes i lokalbedövning. Då noterades inget anmärkningsvärt.

Den 12 mars fick han ett telefonsamtal från patienten där hon beskrev en sårinfektion. Såret hade öppnats och en penicillin-kur getts utan att det hela blivit helt bra.

Den 6 december berättade kvinnan i telefon för honom om stora besvär under våren och sommaren, ryggvärk, hög sänka, yrsel och till och med nio dagars vård på sjukhus. Den 4 september hade man på vårdcentralen tagit ut en »torkboll« av gasbinda.

– Jag har bett patienten om ursäkt samt försökt förklara hur ett sådant missöde kan ha uppstått. Att lipom i nacken ofta har flera avdelningar och sträcker

sig ner mot nackmuskulerna. När man strävar efter att få bort hela lipomet får man lätt en blödning. Förklaringen till mitt misstag finns sannolikt här. När jag i samband med blodstillning sektionvis tamponerat sårhålan med små omärkta, oräknade tork har jag inte sett att en tork var kvar i sårhålan, uppgav läkaren.

– Jag beskrev för patienten att åtgärder redan vidtagits samt att ytterligare kommer att göras för att minska risken för ett upprepande. Vi opererar numera nacklipom i »lättarkos« kompletterad med lokalbedövning vilket ger bättre kirurgisk kontroll vad gäller blödning och att hela lipomet tas bort. Vidare används operationsdukar märkta med röntgentät tråd och försedda med kontrollkvitto som räknas före och efter ingreppet.

– Vad jag kan göra är att be patienten om ursäkt, skärpa rutinerna runt denna typ av ingrepp samt anmäla avvikelser enligt Lex Maria, sade läkaren.

### II Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att det av utredningen framgår att en gasbindekompress lämnats kvar i operationssåret. Läkaren är huvudsakligen ansvarig för det. Han har härigenom gjort sig skyldig till fel som är varken ringa eller ursäktligt och bör medföra disciplinpåföljd i form av en varning.

**Påföljd: varning**

## Halsdiskbråck opererades på fel nivå

**Anmälare:** Socialstyrelsen

**Anmald:** läkare på neurokirurgisk klinik

**Orsak:** slarvig indikering av disknivå HSN 1874/01

II En 55-årig man fick ett trauma mot vänster sida av nacken. En MR-undersökning visade att han hade ett paramedialt vänstersidigt diskbråck i nivå C:4 – C:5. Drygt två och ett halvt år senare, 18 april i fjol, opererades han på en neurokirurgisk klinik.

Vid rutinkontroll med röntgen dagen därpå upptäcktes att operationen genomförts på fel disknivå (nivån C:3 – C:4). Mannen fick omedelbart information om det inträffade och samtyckte till ny operation. Den utfördes av samma läkare fyra dagar senare på rätt nivå. Anmälan gjordes till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Socialstyrelsen har yrkat att operatören åläggs disciplinpåföljd för att han genom att utföra operationen (mikrodiskektomi och cristainplantation) på fel

nivå inte handlat i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och anförde bland annat följande.

Läkaren har i sitt yttrande angett att man vid operationen gjorde nivåbestämning med hjälp av röntgengenomlysning och markerade nivån med införande av nål i disk materialet. Därefter avlägsnades nålen och en självhållande hake applicerades för att hålla sårkanterna isär. En något degenererad disk avlägsnades mikrokirurgiskt, och cristainplantat inlades mellan kotorna för att åstadkomma fusion.

Orsaken till att fel nivå opererades anger läkaren var en kombination av att märket efter indikeringsnålen inte var tydligt och att även den angränsande disken var något höjdreducerad.

Verksamhetschefen menade att ingreppet utförts helt korrekt fram till dess att nålen för bestämning av nivå på röntgen tagits bort. Den nivå som fastställdes på röntgen har man sedan inte korrekt kunnat återfinna, och sannolikt har markeringen av nålläget varit för liten eller blandats ihop med likartad förändring på nivå C:3 – C:4.

Den anmälde läkaren själv har till HSN bestritt yrkandet om disciplinpåföljd och uppgett följande.

Operation av halsdiskbråcket utfördes enligt gängse operationsmetod genom ett hudsnitt över framsidan av halsen. I operationsfältet som består av ett avsnitt av kotpelaren är 2 till 3 kotkroppar och 3 disknivåer synliga. Markering av den nivå där disken skall avlägsnas skedde med hjälp av röntgengenomlysning. Därefter avlägsnades en markerad och för ögonen degenererad disk.

Läkaren ansåg att kombinationen av ett mänskligt misstag genom förväxling av markerad nivå, förekomsten av flera disknivåer i operationsfältet och att angränsande disken (C3 – C4) inte hade helt normal höjd bidrog till komplikationen.

### II Bedömning och beslut

HSN sade att vid en steloperation mellan två kotor brukar man märka ut rätt nivå med röntgengenomlysning. Märkningen utförs med en nål, som sedan tas bort när steloperationen skall genomföras. I detta fall var märkningen efter nålen otydlig och en intelligande disk hade ett snarlikt utseende. Detta ledde till att operationen kom att utföras på fel nivå.

Operatören kan inte undgå ansvar för att operationen utfördes på fel nivå. Felet kunde ha undvikits med en noggrannare indikering av disknivån.

Läkaren har av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen.

**Påföljd: erinran**