

# Läkaren opererade fel sida men rätt åkomma

**En patient opererades för bartholinit på vänster sida trots att hon sökt för besvär på höger sida. Felet upptäcktes och patienten opererades igen dagen därpå, nu på höger sida. Då det faktiskt fanns en inflammation även i vänster blygdläpp tilldelas läkaren endast en erinran. (HSAN 4283/08)**

En kvinna född 1984 opererades 2007 på grund av bartholinit på vänster sida. Ett år senare sökte hon akut för en svullnad även i höger blygdläpp. Efter undersökning beslutades om operation inom några dagar. När det var dags för operation träffade den opererande läkaren patienten först då hon redan var sövd. Läkaren undersökte patienten, fann en cirka 2 centimeter stor Bartholincysta i vänster blygdläpp och tömde denna på klart slemnehåll.

Efter operationen upptäckte läkaren att det enligt journalen var den andra sidan som skulle ha opererats. Operation av den högra Bartholincystan ordnades dagen därpå.

Patienten har anmält läkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

**Läkaren skriver** i sitt yttrande att det inte tidigare fanns dokumenterat i journalen att det förelåg svullnader på båda sidor, vilket bidrog till att hon inte uppmärksammades på det redan vid det första ingreppet. Hon skriver också att svullnaden i höger sidas Bartholinska körtel (alltså den som saken från början gällde) var något mindre, satt mer på djupet, och var svårare att upptäcka än vänster sidas. Hon anser sammanfatt-

ningsvis att det som skett inte varit till men för patienten; tvärtom spekulerar hon i om det kanske ur ett sjukskrivningsperspektiv var mer gynnsamt att åtgärda båda sidor samtidigt, som nu blev gjort.

**Ansvarsnämnden skriver** att läkarens underlåtenhet att genom kontroll av journalanteckningar förvissa sig om på vilken sida operationen skulle genomföras innebär att hon inte fullgjort sina skyldigheter. Enligt HSAN har det skett av oaksamhet och felet kan varken ses som ringa eller ursäktligt. Men eftersom patienten hade besvär även på vänster sida så ger ansvarsnämnden henne en erinran. Nämnden var emellertid inte enig. Bland andra ansåg Aud Sjökvist, nämndens ordförande, tillika generaldirektör för HSAN, att eftersom risken för förväxling ökar när en patient redan är sövd, måste kraven på nog-



Foto: Anna-Lena Lundqvist

**Både Socialstyrelsen och artikeln i Läkartidningen hänvisar till checklistor vid operationer för att undvika förväxlingar.**

grannhet ställas extra högt i en sådan situation. Den omständighet att patienten faktiskt hade bartholinit även på vänster sida utgör enligt de skiljaktiga inte någon förmildrande omständighet, varför läkaren borde tilldelats en varning. ■

Som kuriosos kan nämnas att HSAN i en första version av beslutet också blandat ihop höger och vänster, något som dock ändrades efter Läkartidningens påpekande.

## Märk rätt kroppsdel på rätt sida före operation

Operation på fel kroppsdel är den tredje vanligaste orsaken till rapportering av negativa händelser till Joint Commission, en amerikansk ackrediteringsorganisation. Av dessa utgör ungefär fyra femtedelar förväxlingar av höger och vänster (LT nr 9/2009).

På Socialstyrelsens webbsidor om patientsäkerhet finns fallbeskrivningar med systematiska analyser av inrapporterade händelser där patienter kommit till skada eller utsatts för risker i vården. Fallstudie nr 15 från 2007 behandlar förväxling av sida vid en ljumskbräckoperation. Socialstyrelsen skriver att i det aktuella fallet saknades en lokal instruktion för märkning inför operationer. Dessutom var patienten redan påverkad av premedicinering och uppgav själv fel sida; ingen journalkontroll gjordes på grund av tidsbrist.

Både Socialstyrelsen och artikeln i Läkartidningen hänvisar till checklistor vid operationer för att undvika bland annat förväxlingar av kroppsdel eller av sida vid pariga kroppsdelar (se också LT nr 13/2009). ■

# Länsrätten friar allmänläkare som missade hjärtinfarkt

**En allmänläkare bedömde att en kvinna led av gastroenterit och dyspepsi. För det gav HSAN honom en erinran eftersom det senare samma dag visade sig att patienten hade en subendokardiell infarkt. Nu friar länsrätten läkaren; symtomen var inte tillräckligt tydliga. (Länsrätten i Stockholms län 19936-08)**

Det var i mars 2007 som kvinnan i sjuttioårsåldern sökte vårdcentralen för påtaglig matthet, trötthet, en klump

under hakan samt en brännande känsla i halsen men inget tryck (se LT nr 40 2008). Besvären hade kommit plötsligt dagen innan. Inget EKG togs. Blodtryck och CRP låg inom normalintervallet.

Allmänläkaren övervägde om symtomen kunde härröra från hjärtat, men då bröstsmärtan var brännande och inte tryckande fann han det mer sannolikt med att det var fråga om refluxsymtom. Diagnosen gastroenterit och dyspepsi ställdes. Patientens sökte senare samma

dag sjukhusets akutmottagning eftersom hon försämrats under dagen. Hon hade då oregelbunden hjärtrytm och andfäddhet.

På sjukhuset konstaterades att hon hade en subendokardiell infarkt.

**Patienten anmälde** allmänläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för att ha utfört bristande undersökning och ställt felaktig diagnos. HSAN konstaterade att symtom på hjärtin-

# Patienten begick självmord – läkaren varnas

**Trots att kvinnan tidigare gjort allvarliga självmordsförsök och trots att medicineringen mot depression, psykiska symtom och ångest endast pågått i 12 dagar gjordes ingen strukturerad suicidriskbedömning när patienten ville skrivas ut från sin frivilliga sjukhusvård. Det är inte förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet, enligt HSN. (HSAN 3227/08)**

En 65-årig kvinna med tidigare diagnostiserad MS blev deprimerad i samband med att hon också fick en allvarlig och progredierande ögonsjukdom.

Hon hade kontakt med den psykiatriska öppenvården men ville inte medicinera med antidepressiva läkemedel då hon var orolig för att det skulle påverka det intraokulära trycket negativt. Depressionen tilltog och hon gjorde ett självmordsförsök. Några veckor därefter sökte hon akut vid sjukhusets psykiatriska klinik. Antidepressiv, antipsykotisk samt ångestdämpande medicinering sattes in.

Efter knappt två veckor skrevs hon ut på egen begäran. Psykiatern bedömde då att hon dittills svarat bra på insatt behandling. Ett par dagar senare tog hon sitt liv.

**Patientens son har** anmält psykiatern och verksamhetschefen vid den psykiatriska kliniken för felbehandling. Sonen har synpunkter på att modern fick träffa läkare endast vid tre tillfällen under de 12 dagar hon låg inne en gång vid inskrivningen, en gång vid utskrivningen och en gång däremellan. Sonen är också

kritisk till att ingen strukturerad bedömning av risken för suicid gjordes.

**Psykiatern har yttrat sig** och bestrider att han handlat felaktigt. Han skriver att under veckan som gick från den mellanliggande läkarbedömningen till utskrivningsbedömningen förelåg kontinuerlig kommunikation med omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt övrig omvårdnadspersonal. Eftersom patienten dessutom förbättrades under vårdtiden fanns ingen påkallad anledning till mer frekventa läkarbedömningar. Han medger att ingen strukturerad suicidbedömning gjordes under vårdtiden men skriver att det är välkänt att det föreligger förhöjd risk för suicid under samtidig kronisk sjukdom som till exempel MS. Psykiatern skriver också att det i samband med utskrivningen fanns etablerad öppenvårdkontakt och att överrapportering till öppenvårdsbehandlare skedde enligt sedvanliga rutiner.

**Fallet har också** anmälts enligt Lex Maria. Socialstyrelsen skriver i sitt beslut att med tanke på att patienten uppvisade en depression av melankolisk art borde hon ha bedömts något oftare av läkare för ställningstagande till om behandlingen var optimal. Socialstyrelsen konstaterar också att någon strukturerad bedömning av patientens självmordsrisk inte förekommit samt att det av utredningen inte framkommer att vården har beaktat patientens somatiska samsjuklighet som en riskfaktor för suicid.

Hälsö- och sjukvårdens ansvars-

nämnad skriver i sitt beslut att detta handlade om en högriskpatient med tidigare allvarliga självmordsförsök samt allvarlig kronisk och progredierande sjukdom. Ansvarsnämnden finner det osannolikt att patientens djupa depression med psykosinslag redan efter den korta vårdtiden skulle vara så pass förbättrad att hon kunde skrivas ut. Psykiatern borde, enligt Ansvarsnämnden, ha ifrågasatt förbättringen och gjort en omfattande suicidriskbedömning. Dessutom borde psykiatern föranstaltat om ineliggande vård trots att hon vårdades frivilligt på sjukhuset. Ansvarsnämnden ger psykiatern en varning. ■

## Suicidriskbedömningar

I mer än en tredjedel av alla Lex Maria-anmälningar som gjordes mellan februari 2006 och mars 2007 med anledning av självmord hade ingen suicidriskbedömning gjorts eller var inte journalförd. Inom psykiatri gjordes suicidriskbedömningar i 78 procent av de anmälda fallen.

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom (en preliminär version finns redan tillgänglig men den definitiva versionen kommer i slutet av året) är en strukturerad suicidriskbedömning prioritet 1 när patienter med självmordsnära tillstånd tas om hand. Enligt Märten Gerle, medicinskt sakkunnig på Socialstyrelsen, betyder det i första hand patienter som utfört eller hotat utföra självskadebeteenden eller -försök. ■

farkt framför allt hos kvinnor kan vara otydliga och det därför kan vara lätt att missa diagnosen. Läkaren borde enligt HSN ha utrett patientens trötthet närmare och han borde ha tagit ett EKG för att försäkra sig om att symtomen verkligen inte var hjärtrelaterade. HSN gav allmänläkaren en erinran. Allmänläkaren, som bestred att han handlat felaktigt, överklagade HSN:s beslut till länsrätten.

Länsrätten bygger sitt beslut på ett

yttrande från Socialstyrelsens vetenskapliga råd Birgitta Hovelius, professor och specialist i allmänmedicin. Hon skriver att subendokardiell infarkt kan förväxlas med besvär från övre delen av buken, och att infarkt också kan förekomma samtidigt med reflux. Birgitta Hovelius anser också att det verkar befogat att behandla patienten för reflux utifrån vad allmänläkaren har noterat i journalen. Inte heller håller hon med HSN om det rimliga i att ta ett EKG då

den preliminära bedömningen är bukbesvär.

**Det vetenskapliga rådets** bedömning är att patientens hjärtbesvär blivit mer uttalade under dagen och att ett EKG på vårdcentralen inte skulle varit till någon hjälp i diagnostiken. Länsrätten anser sammanfattningsvis att allmänläkaren inte varit oaktsam och att det därför inte finns anledning för någon disciplinär påföljd. ■