

ten tills den stöter emot ledutskott/kotbåge och placeras så att den hamnar rakt över den disk som skall opereras. När den placerats i rätt läge deponeras cirka 0,1 ml vätska med färgämnet metylenblått så att man får en blåfärgning av området, som är ungefär en kvadratcentimeter stort.

Sedan steriltvättas patienten och operationen genomförs. Vid friläggningen av operationsområdet kan man då kontrollera rätt nivå genom att man ser det blåfärgade området.

Reoperation planeras

Här opererades inte den planerade nivån L4-L5, utan nivån ovanför, L3-L4, trots att ovan beskrivna procedur hade genomförts. Misstanken att något var fel uppstod vid ett extra återbesök och bekräftades med den röntgenundersökning som då utfördes akut. Skriftlig anmälan har gjorts till klinikens verksamhetschef.

Efter kompletterande MR-undersökning planeras reoperation på rätt nivå.

Syftet med den rutin han tillämpar är att undvika det som inträffat i detta fall. Den förklaring, han kunde tänka sig till det inträffade var att han vid den preoperativa genomlysningen markerat fel nivå.

Ansvarsnämnden konstaterar att ortopedén opererade patienten på fel nivå, L3-L4 i stället för L4-L5, där han inte

fann något diskbräck och tolkade detta som att bräcket krympt. Ortopeden får en varning.

»Diskbräcket hade minskat«

I det andra fallet skulle en 49-årig man i november 2003 opereras för diskbräck i nivån L5-S1. Operatör var neurokirurgen, som identifierade nivån med manuell palpation och röntgengenomlysning.

Vid operationen fann han inget klart diskbräck och tolkade detta som att diskbräcket minskat sedan datortomografiundersökningen, som utförts fem månader tidigare.

Magnetkameraundersökning vid ett annat sjukhus visade i mars 2005 diskbräck i nivån L5-S1 och patienten opererades på nytt på en ortopedisk klinik.

Vid operationen konstaterades att han inte tidigare opererats på nivån L5-S1, men att det fanns ärrvävnad på nivån L4-L5.

Patienten anmälde neurokirurgen som gjorde den första operationen. Ansvarsnämnden läste hans journal och hämtade in yttrande av neurokirurgen.

Genomfördes på gängse sätt

Av tillgängliga uppgifter framgår att operationen tycks vara utförd på nivå L4-L5 istället för avsedd nivå L5-S1, tillstod neurokirurgen.

Han ansåg att operationen genomfördes helt enligt gängse säkerhetsrutiner,

där han också under operationen utnyttjade röntgenindikering för att nå rätt nivå.

Vid operationen fann han inte något rejält diskbräck utan enbart lätta adhe-reanser och en buktande disk. Ett sådant operationsfynd ses av och till då röntgenutredningen ligger ett antal månader tillbaka i tiden. Hos den aktuella patienten hade DT-utredning gjorts i juni och operationen utfördes i november.

Eftersom vissa diskbräck har en tendens att skrupna, var det inte helt förvånande att det vid operationen i november inte gick att återfinna det diskbräck som beskrevs på DT-bilderna från juni månad, menade neurokirurgen.

Bedömning och beslut

Patienten skulle genomgå en diskbräcksoperation i nivån L5-S1 på ryggkirurgisk klinik.

Operationen var indicerad men operatören, som identifierade nivån med manuell palpation och röntgengenomlysning, fann inget klart diskbräck. Han tolkade detta som att diskbräcket minskat sedan datortomografiundersökningen fem månader tidigare.

Det har emellertid senare visat sig att han opererat patienten på fel nivå, L4-L5 i stället för L5-S1.

Patienten har således fått genomgå en onödig operation, konstaterar Ansvarsnämnden och ger operatören en varning.

Tidigare bukopererad patient sökte med akuta buksmärter och kräkningar

»Tarmhinder måste övervägas och helst uteslutas«

Hos patienter som söker med akuta buksmärter och kräkningar, och som tidigare opererats i nedre delen av buken, måste tarmhinder övervägas och helst uteslutas. Patienten hade strangulationsileus, vilket doktorn missade. (HSAN 3506/05)

Den 49-åriga kvinnan, som tidigare opererats i nedre delen av buken, kom på morgonen den 23 oktober 2005 till akut-mottagningen vid ett länsjukhus på grund av akuta buksmärter och kräkningar.

Hon undersöktes av vikarierande kirurgunderläkaren. Denne fann högt blodsocker och andra värden som han bedömde tydde på diabetes, och han ordna-

de så att patienten blev inlagd på medicinska kliniken.

Där upptäcktes att patienten drabbats av tarmvred och hon opererades på kirurgiska kliniken den 24 oktober. Vid operationen konstaterades att en bindvävssträng hade klämt av blodcirkulationen till en del av tunntarmen och en del av denna fick avlägsnas.

Patienten anmälde den vikarierande underläkaren. Ansvarsnämnden läste patientjournalen och hämtade in yttrande av den anmälde.

Patienten beskrev sin buksmärtas som skärande, sittande kring naveln utan utstrålning, berättade underläkaren.

Hon hade kräkts hemma två gånger. Hon hade haft avföring och gasavgång

under senaste dygnet. Vid klinisk undersökning var buken sammanfallen och helt mjuk, ömmande centralt. Inget patologiskt palperades.

Patienten hade normala tarmfynd. Temperaturen var 36,3°, blodtrycket 150/70. Ingen kräkning under observationstiden på akutmottagningen.

Laboratoriemässigt ingen påverkan på infektionsparametrar. Det noterades dock ett fastebloodsocker på drygt 13 med ketonuri 4+.

Underläkaren uppgav att han bedömde det som sannolikt nydebuterad diabetes. Efter diskussion med medicinjouren lades patienten in på medicinavdelning.

Under dagen hade besvären tilltagit varför man begärde en ny kirurgkonsul-

tation och patienten undersöktes av den då aktuella kirurgjouren. Man planerade en datortomografiundersökning till nästa dag. Då bukstatus blev förändrat gjordes istället en buköversiktsröntgen där man såg tarmhinder och patienten togs in för operation.

Underläkaren bestred att han handlat oaktsamt.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten drabbades av tarmvred. Hon hade tidigare opererats i nedre delen av buken

och kom till sjukhuset på grund av akuta buksmärter och kräkningar. Hon undersöktes av underläkaren.

Förloppet snabbt

Hos patienter som söker med akuta buksmärter och kräkningar och som tidigare opererats i nedre delen av buken, måste tarmhinder övervägas och helst uteslutas, understryker Ansvarsnämnden.

Ytterligare symtom vid tarmvred kan

vara upphörd avföring och uppspänd buk. Frånvaro av sådana symtom utesluter dock inte tarmvred.

Vid strangulationsileus, som patienten drabbades av, är förloppet så snabbt att sådana symtom inte hinner utvecklas, vilket jourhavande kirurgläkare skall känna till.

Patientens symtom och anamnes tydde på tarmvred och underläkaren borde ha vidtagit åtgärder för att utesluta denna diagnos. Han får en erinran.

Såväl anamnes som status talade för en perforationsskada

Pojke med stålflisa i ögat fick vänta två dagar på operation

Eftersom såväl anamnes som status talade för en perforationsskada borde bakjouren ha skaffat ett säkrare underlag för sin bedömning av hur det stod till med den 13-årige pojken, som hade fått en stålflisa i ögat. (HSAN 1493/05)

Pojken sökte lördagen den 2 april 2005 akutmottagningen vid ett sjukhus på grund av en stålflisa i ögat. Primärjouren på ögonkliniken kontaktade sin bakjour och det beslutades att man skulle avvaktas till måndagen. På måndagen opererades en 12 mm lång stålflisa bort. Pojken drabbades av synnedsettning.

Rekommenderades anmäla händelsen

Pojkens mor anmälde den bakjour som primärjouren talade med i telefon vid besöket den 2 april. Sonen opererades kl 13.00 på måndagen och fick sedan stanna kvar på ögonavdelningen till på torsdagen, då han skulle vidare till ett universitetssjukhus för ytterligare en operation. Ögat var inflammerat.

På universitetssjukhuset konstaterades en inflammation i glaskroppen. Det bestämdes att sonen skulle opereras på fredagen.

Läkaren på universitetssjukhuset informerade henne om att det var helt vansinnigt att lämna en stålflisa i ögat i två dygn och rekommenderade henne att anmäla händelsen, uppgav modern.

Lördagen den 9 april fick sonen lämna universitetssjukhuset. Man hade »tagit bort glaskroppen« och konstaterat att näthinnan verkat vara på väg att lossna på ett eller flera ställen så sonen »fick en gasbubbla i ögat som skulle trycka ut den«. Sonen kan se text på nära håll, men

på längre håll blir det bara »färgbludder«, berättade modern.

Borde remitterats på skadedagen

Ansvarsnämnden läste pojakens journal och tog in yttrande av bakjouren.

Denne ansåg med alla nu kända fakta att patienten skulle ha remitterats till ögonkliniken vid universitetssjukhuset samma dag som skadan uppkom. Det är mycket olyckligt och beklagligt att så inte skedde!

Orsaken till detta var att han vid telefonkontaktarna inte fick eller uppfattade information som gav misstanke om perforationsskada. Anledningen till detta måste ha varit missförstånd på grund av språkproblem (primärjouren hade utländsk bakgrund, reds anm), menade bakjouren.

Hade det framkommit misstanke om perforation så skulle han självklart åkt in till kliniken eller sett till att patienten genast remitterats till ögonkliniken vid universitetssjukhuset.

Han blev som bakjour kontaktad per telefon av primärjouren på ögonkliniken angående en patient med ögonskada.

Hans minnesbild av detta telefonsamtal var att det rörde sig om en pojke som fått ett litet främmande föremål i sitt ena öga. Patienten hade stått 7–8 meter bort från en roterande stålborste när någonting flög in i ögat.

Primärjouren beskrev att patienten inte hade särskilt ont. Synen var helt normal. Även ögontrycket var normalt. Det satt en några mm stor främmande kropp av metall på konjunktivan en liten bit från kornea.

Kornea och främre kammaren var helt utan anmärkning och det fanns inga tecken till inflammation eller blödning i ögat.

Bakjouren bad primärjouren att dilatera pupillen för ögonbottenundersökning och att ringa igen. Ögonbotten undersöktes efter god dilatation och man fann god insyn till en normal ögonbotten även perifert.

Det fanns inga tecken på främmande föremål i ögat. Bakjouren bedömde att patienten därför kunde vänta tills man på måndag förmiddag kunde operera bort det främmande föremålet. Han hade ändå önskat en DT orbita av säkerhetsskäl, men eftersom primärjouren bedömde att detta inte kunde göras utan narkos så avstod de från detta.

Vid återbesöket på måndag morgon kunde specialistläkaren som träffade patienten inte säkert avgöra om stålflisan hade penetrerat bulben.

Hade man vetat att ståltråden gick så långt in i bulben hade man valt att operera patienten direkt med vitrektomi även på måndag morgon. Men ståltråden satt så olyckligt vid pars plana att den delen

» ...bedömde emellertid att det inte var nödvändigt att själv företa någon undersökning av pojakens besvär eller akut remittera denne till röntgen för bekräftelse av perforationen. Han bedömde det heller inte vara nödvändigt med någon annan typ av akut åtgärd.«

som verkligen gick in i ögat sågs först under operationen.

Det var en kombination av mycket olyckliga och beklagliga omständigheter som ledde till att patienten fick genomgå två operationer istället för ett större ingrepp, ansåg bakjouren.

Bedömning och beslut

Den undersökande läkaren kontaktade bakjouren per telefon. Av journalanteck-

ningen för besöket framgår bland annat: »...ses en stålbit som penetrerar i bulben. Man kan se utanför bulben en 4 mm lång stålbit«.

Bakjouren kontaktades, men han bedömde emellertid att det inte var nödvändigt att själv företa någon undersökning av pojkens besvär eller akut remittera denne till röntgen för bekräftelse av perforationen.

Han bedömde det heller inte vara nöd-

vändigt med någon annan typ av akut åtgärd.

Bakjourens handläggningen står inte i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Han borde ha skaffat ett säkrare underlag för sin bedömning av patientens tillstånd eftersom såväl anamnes som status talade för en perforationsskada, slår Ansvarsnämnden fast.

Bakjouren får en varning.

Misstänkt borreliainfektion ska behandlas med antibiotika utan föregående provtagning

Distriktsläkaren misstänkte att flickan drabbats av borrelia, vilket var sannolikt. Då skall man ordinera medicinering med antibiotika. I stället ombesörjde distriktsläkaren provtagning, vilket inte var motiverat. (HSAN 3430/05)

Den 3-åriga flickan undersöktes akut av distriktsläkaren den 21 oktober 2005 på grund av ett utslag vid höger öra sedan några dagar. Hon hade inga övriga symptom, men hennes mor uppgav att hon fått många fästingbett under föregående månader.

Distriktsläkaren misstänkte att utslaget kunde vara ett symptom på borreliainfektion och ombesörjde provtagning, som utföll negativt. Vid telefonsamtal den 28 oktober framkom att utslaget försvunnit. Distriktsläkaren planerade för ny provtagning inom ett par veckor.

Flickans mor anmälde distriktsläkaren, för att han, trots att han misstänkte att utslaget orsakades av borrelia, avstod från att ordinera antibiotika utan föregående provtagning.

Då provtagningen utföll negativt vidtog distriktsläkaren inga åtgärder förutom att planera för nya prov inom tre veckor. Dottern drabbades dessförinnan av ansiktsförslamning och de uppsökte sjukhus, där man efter omfattande prov konstaterade att hon led av neuroborrelios. Dottern fick antibiotikainfusioner under tio dagar.

»Bekymmersamma följder«

De läkare som ansvarade för behandlingen förklarade att man enligt praxis skall ordinera medicinering med Kåvepenin redan vid misstanke om borrelia, uppgav modern.

Ansvarsnämnden läste flickans journal och tog in yttrande av distriktsläkaren. Denne uppgav att det var tydligt att han gjort en felbedömning med synnerligen bekymmersamma följder.

Ansvarsnämnden konstaterar att flickan hade drabbats av ett hudutslag och undersöktes av distriktsläkaren, som upplystes om att hon under föregående månader utsatts för flera fästingbett. Distriktsläkaren misstänkte att flickan drabbats av borrelia, vilket var sannolikt.

Enligt vedertagen metod skall man under sådana omständigheter ordinera medicinering med antibiotika.

I stället ordnade distriktsläkaren provtagning, vilket inte var motiverat och för övrigt inte heller är en adekvat metod för att konstatera borrelia förrän i ett mycket avancerat sjukdomsskede. Han får en erinran.

Enligt radiologens beräkningar hade den gravida kvinnan inga problem att föda vaginalt. Men han räknade fel, vilket upptäcktes när förlossningen skulle avslutas med sugklocka. Man tvingades till akut kejsarsnitt. (HSAN 3161/05)

Den 31-åriga kvinnan väntade sitt första barn och genomgick bäckenmätning den 13 september 2005. Radiologen summerade utgångsmåtten till 32,7 cm, vilket inte indikerar bäckenträngsel.

Kvinnan kom fullgånget till förlossningskliniken på eftermiddagen den 5 oktober med värkar. CTG-registrering visade avvikande fosterljud och man gjorde amniotomi.

Förlossningen fortskred inte som förväntat och under kvällen kopplades värkstimulerande infusion.

Tidigt nästa morgon ordinerades ökad infusionstakt trots täta värkar, men förlossningen fortskred ändå inte som för-

Felräkning vid bäckenmätning ledde till akut kejsarsnitt

väntat och fosterljuden var avvikande. Man planerade att avsluta förlossningen med sugklocka och i samband med detta uppdagades en felaktig summering av bäckenmätningen.

Kl 06.44 beslutades om akut kejsarsnitt och kl 07.03 föddes en flicka som erhölet Apgar 7, 9 och 9.

Kvinnan anmälde radiologen. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande av radiologen.

Kunde inte förlösas vaginalt

Denne tillstod att det var ett mycket beklagligt räknefel som han presterat. Det enda positiva var att de nu bestämt att de skall ha dubbelgranskning av alla bäck-

enmätningar från mottagningen så felet inte upprepas.

Ansvarsnämnden konstaterar att kvinnan genomgick bäckenmätning på grund av misstankar om bäckensträngsel. Vid undersökningen mättes bäckenets sagittala in- och utgång, dess transversa diameter samt interspinal- och intertubarbarmått.

Radiologen summerade värdena till 32,7 centimeter, vilket är normalt och kontraindikerar bäckensträngsel.

Av utredningen framgår att summan rätteligen var 29,1 centimeter, varav interspinalmåtten endast 8,9 centimeter, och att kvinnan således inte skulle kunna förlösas vaginalt. Radiologen varnas.