

Extra fokus på patientsäkerhetsfrågor sedan kvinna orsakats svårt lidande

Skriftliga rutiner och extra fokus på patientsäkerhetsfrågor införs vid en kvinneklinik för att undvika en upprepning av de misstag som orsakade en opererad kvinna svårt lidande under lång tid. (HSAN 141/06)

Den 44-åriga kvinnan besvärades av en vaginalcysta som avlägsnades vid en poliklinisk operation den 18 april. Ingreppet utfördes av en gynekolog assisterad av en operationssjuksköterska.

Dissektionen var besvärlig, och då cystan brast gjordes en marsupialisation. Man satte suturer i botten av det dissekerade området men tvingades att lämna kvar en mindre del av cystväggen.

Vid återbesök den 21 april var kvinnan mycket smärtpåverkad och ordinerades antibiotika på misstanke om infektion.

Två dagar senare uppsökte hon sjukhus akut med svåra smärtor. Hon vårdades ineliggande under fem dagar för intravenös smärtlindring och antibiotika. Den 6 maj gjordes incision för att tömma var från såret. Antibiotikabehandlingen fortsatte, men hon blev inte bättre.

Kvarglömda torkar – lång konvalescens

Den 13 maj fann man en kvarglömd tork i såret. Sex dagar senare uppsökte hon sjukhus akut på grund av smärtor och svullnad över såret varifrån blod och var tömdes vid incision.

Vid undersökning den 25 maj hade svullnaden i operationsområdet avtagit, men det hade uppstått en ca 7x7 cm stor svullnad på vänster skinka, och vid återbesök den 13 juni hade denna svullnad tilltagit.

Det visade sig sedermera att det kvarglömdes ytterligare en tork, som återfanns då man öppnade svullnaden på skinkan. Konvalescensen blev lång.

En Lex Maria-anmälan gjordes, och Socialstyrelsen konstaterade att det vid händelsen saknades lokala kontrollrutiner och rutiner för dokumentation av använt material. Socialstyrelsen noterade att föreskriften (SOF 1982:19 om åtgärder mot att materiel oavsiktligt kvarlämnas i samband med operation, red:s anm) aktualiserats och att skriftliga rutiner fastställdes.

Operatör och assisterande sjuksköterska har stort ansvar för att materiel inte lämnas kvar vid operationer. Ingen av dem hade till fullo beaktat och tillräck-

ligt noggrant utfört vederbörliga kontroller.

Ett verksamhetsinriktat säkerhetsarbete med fokus på iakttagna brister och möjliga patientrisker anses som det mest gynnsamma för att förebygga att oönskade händelser uppkommer. Ett sådant arbete ska ingå i verksamhetens kvalitetsystem liksom att följa upp hur personalen tillämpar befintliga rutiner.

Patienten anmälde gynekologen och operationssköterskan. Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av de anmälda.

Hade mycket ont

Gynekologen berättade att hon började med att öppna vaginalslemhinnan för att kunna dissekera loss cystan. Dissektionen var besvärlig, vävnaderna mycket lättblödande. Hon hade kommit nästan till den gåsäggsstora cystans botten då den rupturerade. Hon konverterade ingreppet till marsupialisation.

Då operationsområdet var djupt och det blödde i botten, tvingades hon suturera från botten och torka med rundtork för att kunna se blödningsområden. Sårhålan suturerades med enstaka suturer, och ett par suturligaturer kring blödande kärl sattes. Kanterna i cystan blödde inte efter marsupialisationen. Den sammanlagda blödningsmängden var uppskattningsvis 150–200 ml. Patienten fick extra smärtlindring via injektion i operationsområdet. Hon hade rätt ont postoperativt och fick Panodil och Citodon.

Gynekologen upplyste patienten om att ingreppet varit betydligt svårare och mer långvarigt än hon förutsett, vilket förklarade smärtorna och att de troligen skulle kunna kvarstå ytterligare. Patienten fick med sig fyra tabletter Citodon samt en återbesökstid tre dagar senare.

Patienten ringde själv nästa dag och hade fortfarande mycket ont. Hon hade haft hjälp av Citodon och fick recept på ytterligare 50 tabletter. Hon hade sjuk-anmält sig och var sängliggande.

Vid återbesök den 21 april var hon plågad och smärtpåverkad. Hon hade rodnad och svullnad på vänster skinka inom

ett handflatestort område, samt en lätt ömmande fluktuation på platsen för det operativa ingreppet. På misstanke om infektion fick hon recept på Heracillin samt en ny tid för återbesök den 25 april.

Kunde inte sitta och hade svårt att gå

Gynekologen hade vid detta tillfälle inte minsta misstanke om att det kunde finnas kompresser kvar i operationsområdet. Det tedde sig som en begynnande infektion, som brukar hävas på det antibiotikum hon forskrev. En vändning kunde väntas under det närmaste dygnet. Annars skulle patienten, som var ordentligt smärtpåverkad, åka till kvinnekliniken vid länssjukhuset för ytterligare vård.

Den 25 april fick gynekologen veta att patienten var inlagd på länssjukhuset, och den 9 maj att patienten vårdats för postoperativ infektion. Hon ringde patienten, som då varit på återbesök den 6 maj men fortfarande hade mycket ont och besvärligt. Hon skulle på återbesök den 13 maj. Hon kunde inte sitta och hade svårt att gå.

Att man funnit en kvarglömd rundtork vid sårrevision den 13 maj fick gynekologen veta den 16 maj. Den 1 september träffade hon patienten helt kort då denna kom för förlängt sjukintyg.

Gynekologen vidgick sitt ansvar att noga kontrollera att ingen främmande materiel glöms bort i ett operationsår, även om rutiner och riktlinjer från kliniken saknades vid detta tillfälle. Detta har nu korrigerats, uppgav hon.

Extra fokus på patientsäkerheten

Operationssköterskan påpekade att inga skriftliga rutiner fanns före händelsen, antagligen för att risken för kvarglömda torkar ansetts som liten. Doktorn sparade aldrig torkar utan tvättade, torkade och kastade torkarna i soporna. Men efter händelsen har de ändrat sina rutiner:

- Doktorn får inte längre slänga några torkar, utan dessa läggs åt sidan och räknas även efter operationen och antecknas i operationsjournalen.

- De kontaktade operationsavdelningen och har nu skriftliga rutiner i samband

med operation. De har också fått information och genomgång av sin operationsjournal så de ska ha samma dokumentation som operationsavdelningen.

– De ska två gånger om året ha gemensamma möten med operationsavdelningen och dessutom informeras om eventuella nyheter de bör ta del av.

– De har satt extra fokus på patientsäkerhetsfrågorna.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten opererades på kvinnokliniken där det vid tillfället saknades lokala före-

skrifter för kontroll och dokumentation av använd operationsmateriel.

Gynekologen och sjuksköterskan som ansvarade för handläggningen under operationen kan visserligen inte göras ansvariga för denna brist. Mot bakgrund av avsaknaden av lokala föreskrifter har det dock åvilat dem båda ett ansvar för att ombesörja sådana kontroller, bland annat att försäkra sig om att inga torkar kvarlämnats i såret.

Enligt klinikens dåvarande rutiner slängde gynekologen använda torkar i

stället för att lämna dem till sjuksköterskan för kontroll. Detta försvårade visserligen sköterskans handläggning, men hon har likväl av oaksamhet inte fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Hon får en erinran.

Det huvudsakliga ansvaret för operationen, bland annat att ingen materiel lämnades kvar, åvilade emellertid gynekologen. Av utredningen framgår att hon dessutom fäst de kvarglömda torkarna i såret med genomgripande suturer. Hon får en varning.

Obstetriker kritiserar HSAN-beslut i två fall

»Tendensen kan bli att gör jag bara kejsarsnitt klarar jag mig alltid«

Det är med förvåning vi tar del av Ansvarsnämndens beslut och kommentarer i de två förlossningsfall som refereras i Läkartidningen nr 41/2006.

I det första fallet (HSAN 2460/05) handlar det om en prematurförlossning i vecka 26 med vattenavgång.

ST-läkaren som är jour ordinerar CTG då barnmorskan hört snabba fosterhjärtljud. När läkaren ser kurvan finns det perioder med takykardi och två variabla decelerationer i samband med sammandragningarna. ST-läkaren beslutar om kejsarsnitt och kallar på bakjouren, kejsarsnittet påskyndas ytterligare när fosterhjärtljuden försämras. Barnet är slappt och dåligt och avlider ett dygn senare.

I Ansvarsnämndens yttrande heter det att »omedelbart kejsarsnitt hade kunnat öka barnets möjlighet att överleva«.

Att bedöma prematur-CTG är inte helt lätt, decelerationer förekommer normalt och kurvan är mer svårbedömd än i

fullgången tid. Ett beslut om att förlösa i vecka 26+ kräver längre betänketid än i fullgången tid, man måste vara säker på sitt beslut så man inte skapar en iatrogen prematuritet.

Vi håller inte med om Ansvarsnämndens beslut, så som fallet refereras i Läkartidningen, som faller ST-läkaren för en »passiv handläggning«.

En farlig väg

I det andra fallet (HSAN 3235/05) reagerar vi mot uttalandet »Eftersom extraktionen under dessa omständigheter kunde befaras bli långvarig borde hon i stället ha beslutat om urakut kejsarsnitt«.

Föregående fosterdel stod då nedanför spinalplanet, läkaren anlade en sugklocka och fick ned huvudet på bäckenbotten på fyra dragningar där hon kunde förlösa barnet med en tång. Vid denna tidpunkt hade patienten inte en fungerande nål varför urakut kejsarsnitt torde vara ganska svårt att utföra.

Att barnet var påverkat och hade CTG-

förändringar går vi inte in på här, men vi ställer oss frågande till om man inte skall försöka förlösa barnet vaginalt om huvudet står nedom spinalplanet?

Fyra värksynkrona dragningar tyder på att föregående fosterdel stod nedom spinalplanet.

Ansvarsnämndens beslut följs noggrant av alla kollegor som sysslar med förlossningar. Tendensen kan bli att »gör jag bara kejsarsnitt klarar jag mej alltid«. Detta är en farlig väg och leder till framtida problem med ökande antal uterusrup-turer, placenta accreta m m och också till ökad maternell morbiditet/mortalitet.

Vi vill med dessa rader ge vårt stöd till de fällda kollegorna, och vi önskar gärna ytterligare kommentarer från andra kollegor eller ansvariga för bedömningarna.

För alla kollegor inom obstetrik och gynekologi, Helsingborgs lasarett

Alf Maesel

sektionschef, Perinatalmedicin
alf.maesel@skane.se

Läkartidningen bad om en kommentar till kritiken mot besluten. Annika Marcus, ordförande och chef för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, svarade:

»Mot bakgrund av det lagsystem som reglerar HSAN:s ärendehantering, dvs att det är fråga om ett tvåpartssystem, en anmälare (patient eller Socialstyrelsen) kontra en anmäld (yrkesutövare), betyder varje beslut från HSAN att den ena parten har »vunnit«, anmälaren för det fall att den anmälde tilldelas en disciplinpåföljd eller den anmälde för det fall att anmälan inte visar annat än att den anmälde har fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen.

Båda besluten har överklagats

HSAN kan således inte efter ett slutligt beslut kommentera beslutet, vilket ju i så fall skulle riskera att bli ett uttalande till förmån för någon av parterna.

Mot den bakgrunden kan och bör inte någon på HSAN kommentera ett slutligt beslut, således varken någon i den nämnd som gemensamt har fattat beslutet eller den medicinska förerdraganden, i båda fallen professor emeritus, Marc Bygdeman.

I stället är kontrollsystemet inklusive kvalitetssäkringen uppbyggd på det sät-

tet att varje missnöjd person, dvs den som har »förlorat« hos HSAN, har rätt och skall överklaga beslutet till Länsrätten i Stockholm, som då har att överpröva HSAN:s beslut, såväl vad gäller den formella hanteringen som i fråga om den medicinska sakprövningen.

Båda de aktuella besluten är överklagade och akterna ivägskickade till länsrätten.

Givetvis kan då inte heller någon som deltagit i beslutet uttala sig, varmed man i så fall också skulle föregripa den överprövning som skall ske hos länsrätten.«