



Rett og urett

Spalten omhandler juridiske forhold av betydning for leger. Ideer og innlegg sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Operasjon på feil side

Forbytting av pasienter eller dokumenter og misoppfatning av informasjon kan lede til alvorlige tilfeller av feilbehandling. Tilsynsmyndighetene har gjennom de siste årene fått til vurdering flere saker der pasienter er blitt operert på feil side eller med feil inngrep på grunn av slike forbyttinger. Fem eksempler viser hvordan slike situasjoner har kunnet oppstå. Slike situasjoner er i prinsippet mulig å unngå forutsatt at institusjonene har entydige rutiner, og at disse rutinene er kjent og blir fulgt av personellet.

I en hektisk hverdag vil ansvarlig helsepersonell til stadighet oppleve å ha flere pasienter og sykdomsproblemer i tankene nesten på samme tid, og det kan være vanskelig å holde dem klart fra hverandre. Derfor er det risiko for forvekslinger og fare for feil. Man kan forveksle pasienter eller papirer, misoppfatte beskjeder, feiltolke eller ikke oppfatte viktige opplysninger. Dette kan igjen føre til at det blir gjort unødige eller feilaktige prosedyrer, noe som igjen kan være både uheldig og risikofyllt. De aller fleste slike hendelser lar seg forebygge ved gode rutiner som er kjent og blir fulgt opp.

Helsetilsynet i fylkene og sentralt blir gjennom sin tilsynsvirksomhet gjort kjent med enkelte hendelser som er oppstått på grunn av forvekslinger av navn eller mangelfull informasjon mellom aktørene. I tillegg vil mange saker behandles av de lokale kvalitetsutvalgene og meldes som avvikshendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Gjennomføring av kirurgiske inngrep på feil side eller på feil pasient er blant de mest alvorlige forvekslingene. Det kan medføre betydelig ubehag, forlenge sykdomsepisoden og i verste fall få alvorlige konsekvenser. Følgende fem kasuistikker fra Helsetilsynets tilsynssaker de senere år omfatter de fleste forhold som kan ligge bak slike forvekslinger.

Pasient 1. En kvinne var tidligere operert artroskopisk i venstre kne. På grunn av vedvarende smerter ville man gjøre ny artroskopi på samme side. Riktig side var påført operasjonsskjema og meddelt operasjonssykepleier, men kneet var ikke merket. Pasienten ble gitt narkose. Operasjonspersonalet vasket og dekket av høyre side, og denne ble operert uten at man fant noe over-

bevisende galt. Da forvekslingen ble oppdaget, opererte man riktig side en uke senere. Som en følge av episoden har sykehuset innskjerpet sidemerking med tusj.

Her hadde sykepleier vasket feil kne uten at operatøren oppdaget det. Som følge av dette ble det gjort et unødvendig inngrep på den friske side, og pasienten måtte opereres senere på den syke side. Som en forklaring ble angitt forstyrrende momenter, ved at man skulle bruke nytt utstyr og derfor hadde med personale fra utstyrsleverandøren. Dette kan ha avledet personalets oppmerksomhet, men slike momenter burde i stedet ha skjerpet personalets oppmerksomhet. Sykehuset hadde ikke tilfredsstillende rutiner, og operasjonssykepleier og operatør opptrådte uforsvarlig.

Pasient 2. Pasienten skulle opereres i venstre skulder på grunn av langvarig betennelse. Det var planlagt å gjøre subakromial dekompresjon på venstre side. Pasient B skulle samme dag opereres med lateral claviculareksjon på venstre side. Operasjonsfeltet ble merket med tusj. Det ble byttet rekkefølge på operasjonsprogrammet, og da kirurgen kom til ferdig dekket operasjonsfelt, foretok han det inngrepet på pasienten som var planlagt for pasient B. Dette ble oppdaget etter inngrepet. Man åpnet såret igjen og foretok dekompresjon i tillegg til den utførte claviculareksjonen.

I dette tilfellet var det vanskelig å oppdage forbyttingen i og med at de to pasientene skulle opereres i samme område, men med ulik teknikk. Avdelingen hadde gode rutiner for å identifisere pasienter og inngrep i en travel enhet, men det står uklart om kirurgen fikk beskjed av personalet om at rekkefølgen

var endret. Uansett har operatøren i siste instans ansvaret for å forsikre seg om at person, papirer og inngrep stemmer overens.

Pasient 3. Fem år gammel pike med venstre-sidig lyskebrokk ble feilaktig operert på høyre side, der man også fant et lite brokk som ble lukket. Operatøren hadde ikke hilst på pasienten og ikke lest journalen. Han kom til pasienten først etter at operasjonsfeltet var vasket og avdekket, på feil side. Etter at inngrepet var gjennomført, fant operatøren på operasjonsskjema og i poliklinisk notat at det skulle ha vært venstre side. Moren ble informert og gav samtykke til at man i fortsettelse av samme narkose opererte høyre side, som opprinnelig forutsatt.

Medvirkende til feilen kan ha vært et bytte av rekkefølge for dagens to første operasjoner (den andre skulle opereres på høyre side), men dette er ingen unnskyldning for ikke å ha lest journal og operasjonsskjema. Både operasjonssykepleier og lege har brutt kravet til forsvarlig virksomhet.

Pasient 4. En eldre mann skulle opereres for lungenesvulst på venstre side. Røntgenbildene ble merket korrekt, men tolket feil, slik at operasjonen ble planlagt på høyre side. Pasienten fikk narkose og høyre side ble vasket. På grunn av andre forhold ble det byttet operatør rett før inngrepet. Operatøren etterlyste bildene, men disse var ikke tilgjengelige. I journalen var det ved flere av de siste notater skrevet «den ene siden». Feiltakelsen ble oppdaget under inngrepet.

Her forelå en sum av «uheldige» omstendigheter. Journalen var ufullstendig ved at det flere ganger var skrevet «den ene siden» uten sideangivelse, røntgenbildene var feiltolket og var ikke tilgjengelige. Det ble gjort bytte av operatør i siste del av forberedelsene. Slike situasjoner er dessverre ikke ukjente, og det stiller ekstra store krav til personalet når ting bringes ut av innarbeidede rutiner. Sykehusets rutiner ble brutt på flere punkter. Operatøren kan ikke frasi seg sitt endelige ansvar, uansett hvor sent han bringes inn i den aktuelle situasjon.

Pasient 5. En åtte år gammel gutt skulle opereres for en cyste (væskesytt hulrom) bak venstre kne. Han ble i narkose snudd rundt på magen, høyre kne ble vasket, avdekket og operert. Her fantes det imidlertid ingen cyste. Deretter ble venstre kne operert, som

på for-hånd bestemt. Operatøren dikterte imidlertid i sin operasjonsbeskrivelse at det forelå mindre cyster også på høyre side, og at inngrepet på høyre side ble gjort etter at venstre kne var behandlet.

Her hadde man unnlatt å merke kneet, slik sykehusets prosedyre tilsa. Pasienten ble operert liggende på magen, med den mulighet for misforståelse om høyre/venstre side det kan medføre. Sykepleierne dekket av feil kne, og kirurgen gikk «til dekket bord». Det at pasienten ble snudd på magen, gav mulighet for forveksling. Dessuten vil kirurgen miste noe av oversikten når bare operasjonsfeltet er avdekket. Han hadde likevel ansvaret, og så vel arbeidsgiver som tilsynsmyndighet reagerte sterkt på hans forsøk på å tåkelegge forholdet.

Diskusjon

Forbyttinger og feiltakelser er et kjent og fryktet fenomen. Men selv om et søk i Medline gir 5 746 treff under «mix up patient» eller tilsvarende, har det vært sparsomt med analytiske tilnærminger til slike materialer. Man kan anføre at det er opp til den enkelte institusjon i sitt kvalitetsarbeid å sammenstille og analysere årsaker til forvekslinger. Det kan allikevel være god grunn til å minne om mulighetene for forbytting og forveksling og de konsekvenser dette kan få.

Eksempelene over viser noen mulige årsaker til feiloperasjon. Disse involverer sentrale elementer i kommunikasjon mellom pasient og personell, og kommunikasjon og ansvarsfordeling innad i behandlingsteamet:

- Man tar feil av pasientens identitet eller forbytter pasienter (pasient 2 og 3)
- Man leser feil journal/dokumenter
- Man gjennomfører annen operasjon eller prosedyre enn tilsiktet/ønsket (pasient 2)
- Man misoppfatter eller mottar feilaktig muntlig informasjon (pasient 4)
- Bytte av operatør (pasient 4)
- Utenforliggende forstyrrende momenter (pasient 1)
- Leiet på operasjonsbordet skaper forvirring (pasient 5)
- Rutiner for merking av operasjonsfeltet er utilstrekkelige (pasient 1)

Vi har ingen statistikk over tilfeller av operasjoner på feil side i Norge. Selv om man regner med en betydelig underrapportering, er det i en database ved Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations samlet informasjon om i alt 150 tilfeller av operasjon på feil side (1). Slike feil kan i prinsippet helt unngås. Det viktigste er å være oppmerksom på feilmulighetene og å være konsekvent i å unngå dem. Helsemyndighetene i USA har vært opptatt av problemstillingen, og har utarbeidet standarder for preoperative prosedyrer (2), og som et ledd i å øke kunnskap og dokumentasjon blir publikum oppfordret til selv å stille krav til slik dokumentasjon (3).

Risikoen for slike feil er størst når pasienten som følge av sykdom, medikamenter eller narkose ikke selv kan meddele seg. Det kan synes selvsagt at det ikke skal forekomme hendelser av det slaget som er beskrevet ovenfor. Det vil aldri være mulig helt

å eliminere forstyrrende momenter i en travel klinisk hverdag. Derfor er det viktig at prosedyrer og standarder er entydige og «idiotsikre», at de blir fulgt strengt og at avvik blir fulgt opp i kvalitetsarbeidet.

Som et minimum av rutiner som bør ivaretas i institusjonenes prosedyrer, kan vi anføre:

- Ansvaret for å påse at inngrepet skjer på riktig side tilligger først og fremst operatøren.
- Det må være klare ansvarsrutiner for identifikasjon av pasienten.
- Institusjonen må ha rutiner for at side-lokalisasjon verifiseres ved flere uavhengige prosesser.
- Operasjonsstedet bør markeres før inngrepet, og pasienten bør involveres i dette.
- Sideangivelse bør skrives fullt ut (*venstre, høyre*) i alle aktuelle skjemaer knyttet til operasjonen.
- Oppfølging av disse prosedyrene bør skje gjennom institusjonens eget internkontrollsystem.

Jørgen Holmboe

jorgen.holmboe@helsetilsynet.no
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Litteratur

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Jt Comm Perspect 2002; 22: 10–1.
2. New York State Department of Health. www.health.state.ny.us/nysdoh/commish/2001/preop.htm (1.1.2003).
3. Agency for Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm (1.1.2003).