

verktyg och inte ett dokumentationsinstrument. Många av checklistans punkter finns dokumenterade i andra delar av journalhandlingarna. Listans funktion ligger i att ge tillfälle till en sista kontroll av att allt blivit rätt innan man når en punkt utan återvändo.

Det som också framkom av de intensiva diskussionerna var att det fanns ett stort engagemang och intresse för att utveckla och förbättra attityder till patientsäkerhet hos all berörd personal.

**De internationella** perioperativa sjuksköterskeorganisationerna lyfte fram tanken om att ett helhetsperspektiv på patienten bör sättas i fokus, både ur ett medicinskt och ett omvårdnadsperspektiv, vilket ytterligare skulle främja patientsäkerheten. Bland de många intressanta inlägg som gjordes av konferensdeltagarna berördes också frågan om respekt för patientens integritet och även respekten teammedlemmarna sinsemellan.

WHO planerar att lansera checklisten vid ett möte i Washington i juni i år. Man hoppas då ha fått stöd för spridning och tillämpning av checklisten av ett stort antal professionella organisationer, myndigheter och regeringar. Författarna till denna artikel har åtagit sig att sprida information till styrelser för de svenska organisationer som kan tänkas vara berörda.

#### REFERENSER

1. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 1999;126(1):66-75.
2. Debas HT, Gosselin R, Mccord C, Thind A. *Surgery*. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, editors. Disease control priorities in developing countries. Washington DC: World Bank/Oxford University Press; 2006.
3. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/55CFF294-099C-46CF-BC40-717891FA29FF/0/20071091.pdf>
4. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008;143:12-7.

**Jon Ahlberg**

docent, chefläkare,

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag  
jon.ahlberg@patientforsakring.se

**Irini Antoniadou**

operationssjuksköterska,  
universitetsadjunkt,  
Karolinska institutet,  
ordförande, European Operating Room  
Nurses Association,  
vice ordförande, Riksföreningen  
för operationssjukvård

# Vidtog inga försiktighetsåtgärder trots kända anatomiska svårigheter

## Kvinna skadades svårt vid laparoskopisk galloperation

**Trots att kirurgen var medveten om den ökade skaderisken med hänsyn till att det fanns anatomiska svårigheter vidtog han inte några försiktighetsåtgärder. Patienten skadades mycket allvarligt. (HSAN 3749/06)**

Den 32-åriga kvinnan opererades den 3 oktober för gallsten av en kirurg. Vid operationen, som utfördes med laparoskopisk teknik, avlägsnades gallblåsan. Patienten skrevs ut från sjukhuset samma dag. Den 7 oktober sökte hon akut på ett annat sjukhus för buksmärter.

Där konstaterades en gallgångsskada och en ny operation utfördes av en annan läkare den 10 oktober. Då återfanns galla i bukhålan och levergången befanns delad med en substansdefekt på nästan två centimeter.

Händelsen anmäldes enligt Lex Maria. Socialstyrelsen tog inte ställning i ansvarsfrågan men konstaterade att det inte förelåg något systemfel som kunnat påverka händelseutvecklingen.

Patienten anmälde kirurgen för felbehandling.

#### Löstes utan problem

Ansvarsnämnden läste patientens journaler och tog in yttrande av kirurgen, som berättade att några egentliga svårigheter inte förelåg initialt. Det fanns dock lite sammanväxningar mellan gallblåsa, magsäck och tolvfingertarm. Dessa löstes utan problem.

Han fann en mycket tunn gracil gemensam gallgång och gallblåsan var ganska full med små stenar. Han dissekerade utomordentligt noga för att kartlägga anatomin. Det visade sig att gallblåsegången var utomordentligt kort. Stenarna hade pressats ner i denna och det förelåg endast några mm gallblåsegång kvar.

Under dissektionsarbetet kunde han också tydligt se den gemensamma gallgången ovanför gallblåsegångens in-

myrning i den gemensamma gallgången. Det fanns så pass mycket utrymme att det gick att sätta klämmor på den lilla gallblåsegången men han avstod aktivt från röntgen då manipulation med den lilla stumpen kunde ha omöjliggjort en säker förslutning av gallblåsegången. Han löste därefter gallblåsan från leverbädden på sedvanligt sätt och något gallläckage kunde han inte se. Efter operationen mårde patienten väl och gick hem samma dag.

Först flera dygn senare sökte hon akut på sjukhus, och då visade det sig att det förelåg gallläckage och till slut fick man operera henne.

#### Hade orsakat skadan

Kirurgen frågade reoperatören om det var klämmorna som trots allt hade släppt från gallblåsegången men denne sa att det förelåg en skada lite högre upp på den gemensamma gallgången; med all sannolikhet var det en diatermiskada. På något olyckligt sätt hade han kommit åt gallgången och orsakat denna skada.

En sådan skada visar sig några dagar efter operationen och inte omedelbart, vilket stämmer väl med sjukdomsförloppet. Han bestred att han gjort fel. Det hela var en fråga om anatomiska förhållanden

och en accidentell diatermiskada uppstod. Själva gallgången var inte på något sätt delad eller skadad. Under operationen var anatomin helt klar och han lade ner mycket arbete på att kartlägga den, hävdade kirurgen.

#### Vidtog inga försiktighetsåtgärder

Ansvarsnämnden läste Lex Maria-beslutet och ett utlåtande av professor Ulf Haglund, vetenskapligt råd i allmän kirurgi – se nästa artikel.

Ansvarsnämnden delar Ulf Haglunds bedömning att kirurgen vid operationen inte handlade enligt vetenskap och be-

**»Kirurgen kritiseras, inte för att det uppkommit en skada, utan för att han – trots att han var medveten om den ökade risken med hänsyn till de anatomiska svårigheterna – inte vidtog några försiktighetsåtgärder.«**

prövad erfarenhet. Kirurgen kritiseras, inte för att det uppkommit en skada utan för att han – trots att han var medveten om den ökade risken med hänsyn till de anatomiska svårigheterna – inte vidtog några försiktighetsåtgärder.

Innan han delade gallgången borde han ha konverterat till öppen teknik el-

ler i vart fall ha röntgat gallgången för att försäkra sig om och kunna dokumentera att ingen skada, läckage eller annan komplikation förelåg.

Kirurgens underlåtenhet att vidta åtgärder för att försäkra sig om att operationen kunde genomföras utan komplicerade skador ger honom en erinran. ■

## Tydlig varningssignal fanns enligt vetenskapliga rådet

**I detta fall iakttog operatören tidigt under operationen i området kring konfluensregionen anatomiska förhållanden som utgör en tydlig varningssignal för kraftigt ökad risk för gallgångsskada.**

Kirurgen noterade detta, men vidtog inga åtgärder för att säkerställa att den komplicerade anatomin uppfattats korrekt eller för att efter kolecystektomi kontrollera att en oavsiktlig skada på gallvägarna inte skett.

Det konstaterade vetenskapliga rådet Ulf Haglund om fallet i förra artikeln.

Det kan vara utomordentligt svårt att med laparoskopisk teknik genomföra en adekvat dissektion i en situation som i det här fallet och detta kräver säkert mycket hög grad av laparoskopisk skicklighet.

Det är inte möjligt att på basen av tillgängliga handlingar bedöma om kirurgen hade förutsättningar att genomföra operationen laparoskopiskt. Om så inte var fallet borde han ha konverterat till öppen operation och/eller skaffat sakkunnig hjälp.

### Ingen tillfredsställande identifikation

Ductus hepaticus communis nämns inte i kirurgens operationsberättelse. Det beror med tanke på vad som hänt sannolikt på att denna gång aldrig identifierades.

En adekvat dissektion av anatomin förutsätter i den aktuella situationen att såväl ductus hepaticus communis som ductus choledochus identifieras, och text att Vessel loop-band läggs runt respektive struktur så att de kan hållas undan och det kan kontrolleras att bägge är intakta efter ingreppet.

Det kan vara tekniskt mycket krävande att utföra detta laparoskopiskt. Ett alternativ eller komplement till en sådan dissektion skulle kunna vara att genomföra en gallgångsröntgen antingen via ductus cysticus, distala gallblåsan, via en gallgångspunktion eller via en koledokotomi för att säkerställa att anatomin är korrekt uppfattad.

Enligt vetenskap och beprövad erfarenhet får inte gångformade strukturer i detta område, ligamentum hepaticoduodenale, delas utan att alla relevanta strukturer identifierats och att de tre gångarna i konfluensen kan ses samtidigt, påpekade Ulf Haglund.

En identifikation av gallgången ovan och nedan konfluens före delning av den närmast obefintliga ductus cysticus var nödvändig i detta fall för att delningen skulle kunna ske säkert. Någon tillfredsställande sådan identifikation gjordes inte och kirurgen måste bära ansvaret för det.

### Anatomin missuppfattas

En delad ductus hepaticus communis med en stor substansdefekt som oavsiktligt resultat efter en galloperation måste i princip ha uppkommit därför att operatören kommit att dela gallgången i samband med borttagandet av gallblåsan.

Det vanligaste scenariot är att den distala delningen sker därför att anatomin missuppfattas och det som uppfattas vara ductus cysticus inmyning i själva verket är proximala ductus choledochus. Den proximala, levernära delningen sker sedan utan att operatören märker det då gallblåsan löses.

### Skadan mycket allvarlig

Kirurgen kritiseras, inte för att det uppkommit en skada utan för att han, trots att han var medveten om den ökade risken i detta fall, inte vidtog några av de försiktighetsmått eller kontrollåtgärder som skisserats ovan. Några av dessa kunde han lätt ha vidtagit.

Han har uppenbarligen delat en gallgång utan att ha gjort anatomin klar och utan att försöka göra den klar, menade Ulf Haglund.

Den uppkomna skadan är mycket allvarlig. Den har lett till en ytterligare operation och ett följdillstånd som kommer att kräva framtida kontroller, möjligen ytterligare åtgärder senare. Det finns inga förmildrande omständigheter. ■

## Senskadan som uppstod under operationen skulle ha lagats direkt

**Den senskada som patienten fick under operationen skulle ha lagats direkt. (HSAN 3313/07)**

Den 55-årige mannen opererades den 13 augusti 2007 för en hallux rigidus. Vid operationen, som utfördes av en ortoped, uppkom en skada på sträcksenan. Patienten har därefter genomgått ytterligare en operation för denna senskada.

Patienten anmälde ortoped.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och ett yttrande av ortoped. Denne berättade att han före operationen hade informerat patienten noggrant om eventuella risker med ett sådant ingrepp, och att patienten efter denna information valde att bli opererad. Operationen utfördes enligt rutin i lokalbedövning. Efter 30–40 minuter valde han att avbryta operationen på grund av patientens smärta, krampkänsla och oro.

Han kunde inte utesluta komplikationen med extensorsenan varför han valde att utvärdera detta vid ett snart återbesök. På grund av att patienten inte kunde klara en längre operationstid fanns inget utrymme att utvärdera senfunktionsen ytterligare peroperativt.

Vid kontroll kunde han verifiera det som han befarade, dvs en skada på extensor pollicis longus. Det föranledde planering av en reoperation. Han motsatte sig anmärkningarna mot honom.

### Handläggningen felaktig

Ansvarsnämnden slår fast att det av operationsberättelsen framgår att ortoped under operationen misstänkt skada på sträcksenan, men att han trots detta valt att avsluta operationen och avvakta med att kontrollera senfunktionsen till ett senare tillfälle. Detta var fel.

I egenskap av specialistkompetent läkare borde ortoped ha kunskap om att en senskada bör lagas direkt och att det blir både svårare och ett sämre resultat om man väntar. Även om bedövningen höll på att gå ur skulle han ha ordnat med anestesi, så att han kunde utforska senan för att se om den var av och i så fall laga den.

Likaså borde han, om han inte själv kunde laga den, ha bett om hjälp. I detta fall tvingades patienten genomgå ytterligare en operation.

Ortopeden har genom sin underlåtenhet att vidta åtgärder vid misstänkt senskada av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Han får en varning. ■