

Säker kirurgi räddar liv – ska Sverige vara med?

WHO-utmaning mot tio aktionsområden inom patientsäkerheten

Den andra utmaningen i WHO's World alliance for patient safety har just startat, »Säker kirurgi räddar liv«. I den första utmaningen som omfattade förbättrad vårdhygien deltog 120 länder, dock inte Sverige. Hur blir det nu – ska Sverige vara med?

WHO's 55:e generalförsamling antog i maj 2002 en resolution i vilken man uppmanade medlemsstater att rikta uppmärksamhet mot problem med patientsäkerhet. 2004 gick generalförsamlingen längre och skapade en allians för att utveckla och införa säker vård i samtliga medlemsländer och för att vara drivande i dessa frågor internationellt.

I oktober 2004 lanserades World Alliance for Patient Safety som ett resultat av denna strävan.

Inriktar sig på 10 aktionsområden

Alliansen har valt att inrikta sig på 10 olika områden, se ruta på nästa uppslag, av vilka det första är globala patientsäkerhetsutmaningar (Global patient safety challenge).

Alliansens första utmaning inriktades på förbättrad vårdhygien under mottot »Clean care is safer care«. Kampanjen genomfördes 2005–2006 och samlade ca 120 deltagarländer, dock inte Sverige.

Den andra utmaningen, som just startat, är inriktad på säkrare kirurgi (Safe surgery saves lives). Bakgrunden till att just kirurgi valts som den andra utmaningen sammanhänger med att denna verksamhet är komplex och som en följd av det också belastad med säkerhetsproblem, vilket framgår i många olika rapporteringssystem [1].

Växer snabbast

Kirurgi är också ett mycket stort verksamhetsområde och det inom sjukvården som i ett globalt perspektiv växer snabbast.

Den förväntade livslängden stiger snabbt i många länder särskilt i Asien. I Indien är den förväntade livslängden nu

65, i Vietnam 72 och i Kina 70 år. Med ökad livslängd följer de sjukdomar vi ser i västvärlden, bröstcancer, katarakt, höftledsartros osv, alltså sjukdomar som framgångsrikt behandlas med kirurgi, och naturligt nog efterfrågar befolkningen i dessa länder de behandlingsmöjligheter som ger bäst resultat [2].

Arbetet i Safe surgery saves lives leds av Atal Gawande, en ung Bostonkirurg av indiskt ursprung. Han är främst känd genom två böcker, mycket lästa också i Sverige («Complications, a surgeons notes on an imperfect science» och »Better, a surgeons notes on performance«).

Han har hjälp av en arbetsgrupp med ett trettiotal framstående personer. De representerar olika kirurgiska specialiteter och anestesi, olika delar av världen och alla de olika professioner, som samverkar för att göra ett kirurgiskt ingrepp genomförbart.

Två programpunkter

I januari 2008 kallade gruppen till sig ytterligare ett 80-tal experter med lika diversifierad bakgrund till ett 2-dagars möte på WHO's huvudkontor i Genève. Författarna till denna rapport var de enda deltagarna från de nordiska länderna, Jon Ahlberg för Svensk kirurgisk förening och Irini Antoniadou för EORNA (European Operating Room Nurses Association).

Mötet innehöll faktiskt bara två programpunkter, men dessa kom att diskuteras i detalj. De var: framta-

gande av vitalstatistiska data för kirurgi samt ett förslag till checklista för det kirurgiska ingreppet.

Vitalstatistik för kirurgi

Arbetsgruppen föreslog att man skulle skapa ett system för en enkel insamling av statistiska uppgifter rörande kirurgi och dess kvalitet. Det skulle vara genomförbart även i länder med en dåligt utvecklad central administration.

Tanken var att kunna ge vitalstatistiska uppgifter för en stat, en region eller annat lokalt område på samma sätt som

det finns för spädbarnsdödlighet, mödradödlighet och dylikt. Man såg det också som väsentligt att definitioner skulle vara enkla, tydliga och aldrig kunna misstolkas.

Eftersom dagkirurgin ökar snabbt, inte bara i den industrialiserade delen av världen, såg man det som ett oavvisligt krav att också den togs med. Man valde därför att definiera begreppet operation som varje ingrepp som utförs i en fullt utrustad operationssal, oavsett ingreppets storlek.

Som kvalitetsvariabel har man valt dödsfall med samma datum som ingreppet utförs samt dödsfall under vård på sjukhus upp till sju dagar. I diskussionen gjordes många invändningar mot de angivna tidsramarna, men de försvarades med att definitionerna måste vara enkla och otvetydiga.

Man måste också förstå att resultatet inte blir ett exakt återgivande av den verkliga mortaliteten utan ett index, i vilket totala antalet operationer inom staten/regionen utgör nämnaren och dödsfallen med samma datum eller under vårdtiden utgör täljaren, uttryckt som dödsfall per 1 000 ingrepp. Ett alternativt förslag var att som kvalitetsvariabel ha levande utskrivna.

I vilken utsträckning det är möjligt att realisera den här tanken är svårt att bedöma. För Sveriges del kan man dock konstatera att det inte finns någon säker statistik på dagkirurgi på nationell nivå.





Foto: Urban Orzolek

Bakgrunden till att just kirurgi valts som den andra utmaningen sammanhänger med att denna verksamhet är komplex och som en följd av det också belastad med säkerhetsproblem. Kirurgi är också ett mycket stort verksamhetsområde och det inom sjukvården som i ett globalt perspektiv växer snabbast.

Mycket av det här arbetet genomfördes av personer knutna till Harvard School of Public Health. De avsåg att återkomma med ett färdigbearbetat förslag under de närmaste månaderna.

Checklista för operation

Checklistor inför operationer har prövats på många håll. De har varit fokuserade på olika delar av ingreppet och rönt växlande framgång. Sjukhusen inom Veterans Administration i USA har erfarenhet av detta. Deras lista har använts som förlaga för en idé om hur sidoförväxling kan förhindras i en av Socialstyrelsens händelseanalyser [3].

I USA ger många sjukhus ut checklistor riktade till patienter i vilka de informeras om sina förberedelser inför ett ingrepp, men det är alltså något helt annat. I landstinget i Östergötland används sedan december 2007 en checklista för att

kontrollera patientidentitet, sida och markering, procedur samt kontroll av blodsmitta och allergi under en »time out« omedelbart före operationen (Clas Juhlin, pers medd). Annars känner vi inte till svenskt bruk av checklistor för användning i direkt anslutning till operativa ingrepp.

Arbetsgruppen lade fram ett mycket väl genomarbetat förslag till checklista. Redan två veckor efter mötet har en första revision av det ursprungliga förslaget distribuerats till mötesdeltagarna. Fler lär följa. Arbetsgruppen har motsatt sig en öppen publicering av utkastet då man vill ha kontroll över ändringsförslag. Den som önskar kan registrera sig som intressent och få tillgång till utkastet, <http://www.who.int/patientsafety/challenge/feasibility_testing/en/index.html>. Vi har valt att ändå ge en kort-

fattad redovisning av checklistans innehåll, så som det ser ut efter den första revisionen.

Det bör påpekas, vilket gjordes vid flera tillfällen under mötet, att listan ska ses som en mall eller schablon, som kan bearbetas efter lokala förutsättningar och behov.

Arbetsgruppen såg för sig att hela checklistan fylls i av en och samma person under hela processen, t ex den operationssjuksköterska som passar på salen. Man tyckte det var viktigt att själva ikryssandet görs av en person, som får muntliga, tydligt uttalade svar på de efterfrågade uppgifterna.

Checklistan är indelad i tre delar. Vi kommer här att redogöra för dem, kommentera dem och beskriva hur vi uppfattade den livliga diskussionen om listan vid mötet.

Förberedelse (Sign in)

Denna del sker utanför operationssalen, alltså före induktion av anestesi. Den utförs av anestesipersonalen (anestesiolog eller anestesisjuksköterska). Operatören behöver alltså inte närvara.

Kontrollpunkterna här är:

- Patientidentitet, operation, plats för incision.
- Operationsmarkering.
- Anestesichecklista.
- Pulsoximeter, kopplad och fungerande.
- Känd allergi.
- Luftvägsbedömning.
- Risk för >500ml blödning.

Det blev en lång diskussion om kravet på pulsoximeter, då några uppfattade det som ekonomiskt ogenomförbart för en del fattiga länder. Arbetsgruppens anestesiloger hävdade dock bestämt att det skulle kvarstå som ett absolut krav. En av de närvarande representanterna för WHO såg det som en uppgift för organisationen att se till att sådan utrustning skulle göras tillgänglig för alla länder till ett överkomligt pris.

Anestesiologerna menade också att det var nödvändigt att tillämpa någon form av objektiv bedömning av andningsvägarna för att vara förberedd inför eventuella svårigheter. Man såg flera olika metoder för detta som likvärdiga. Den enligt Mallampati och tyreomentalt avstånd torde vara de mest använda i Sverige.

Risk för blödning överstigande 500 ml uppskattas av anestesipersonalen med utgångspunkt från lokal erfarenhet av den planerade proceduren. Om sådan föreligger bör man sätta fler iv-nålar.

Med anestesi-checklista syftar man på kontroll av anesthesiutrustning, sug, lä-

kemedel, tillgång till assistans osv. På de flesta håll i Sverige genomförs sådana kontroller rutinmässigt utan skriven checklista.

Time out

Time out innebär en kort paus omedelbart före hudincisionen.

Kontrollpunkterna här är:

– Presentation med namn och roll av alla närvarande.

– Kirurg, anesthesi- och operationssköterska bekräftar muntligen patientidentitet, operation, plats för incision och läge.

– Genomgång av kritiska moment ur kirurgiskt och anesthesiologiskt perspektiv, genomgång av operationsinstrument.

– Kontroll att antibiotikaprofylax givits under de senaste 60 minuterna.

– Tillgång till eventuella röntgenbilder.

– Andra kontroller.

Flera av mötesdeltagarna, och särskilt de som tillämpat checklistan under en försöksperiod, ansåg att time out-perioden borde inledas med att alla närvarande i operationssalen presenterar sig med namn och roll/arbetsuppgift.

Det skulle naturligtvis kunna bli tjugtigt om teamet tillsammans genomför ett stort antal snabba operationer under en dag. I sådana fall kunde presentationen inskränkas till dagens första ingrepp. De som prövat idén med presentationer menade att det ökade teamkänslan och förbättrade samarbetet i operationssalen. Detta har nu tagits med efter den senaste revisionen.

Under pausen ska var och en av kirurgen, operationssjuksköterskan och anestesipersonalen muntligt bekräfta patientens identitet och läge, vilket ingrepp som ska genomföras samt anatomisk lokal och sida för ingreppet.

Kirurgen och anestesipersonalen redogör för befarade svårigheter under operationen, risk för oväntat stor blödning, tidsåtgång och planer för att bemöta möjliga anestesiproblem. Operationsköterskan redovisar läget beträffande instrumentering, sterilitet och dylikt. Man kan vid behov påpeka patientspecifika problem.

Man ska också bekräfta att antibiotikaprofylax givits i rätt tid och att eventuella röntgenbilder finns på plats om de behövs. Peroral antibiotikaprofylax, som används en hel del i Sverige, ansågs av många av de närvarande inte som fullgott evidensbaserad. Vid oral profylax blir tidsintervallet längre. Här bör finnas utrymme för lokal anpassning.

Några menade att man också borde införa en kontrollruta för trombosprofylax.

Avslutning (sign out)

Avslutningen består av följande :

- Vilken operation har genomförts?
- Kontroll av instrument och tork.
- Kontroll av märkning av preparat.
- Kontroll av utrustning.
- Postoperativ vård.

Avslutningen genomförs innan operationsklädseln avlägsnas. Operationssköterskan går muntligt igenom med opera-

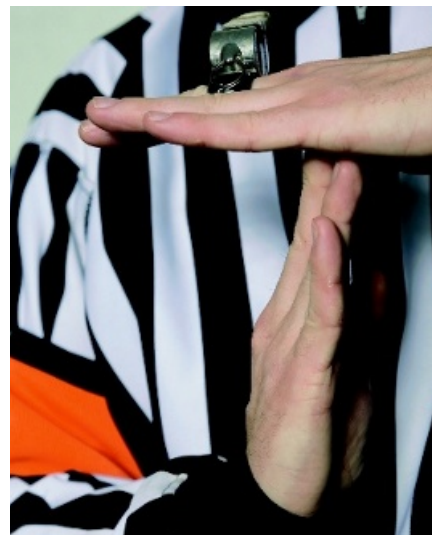


Foto: Tobias Hillergren/Bildbyrå

Tecknet för time out är väletablerat i sportens värld, bland annat i ishockey.

tionslaget vilket ingrepp som genomförts, resultat av instrument- och torkräkning, att eventuella preparat markerats rätt och viktiga iakttagelser under operationen. Kirurgen, anestesipersonal och operationssköterska går igenom de viktigaste delarna av planeringen för den postoperativa fasen.

Diskussion

Checklistan har prövats vid åtta olika sjukhus, dock bara på enstaka operationssalar. Därifrån rapporterades goda erfarenheter. Tidsåtgången vid okomplicerade rutiningrepp var cirka 2 minuter totalt, alltså för checklistans alla tre delar.

Vid komplicerade fall med svårt sjuka patienter blev tidsåtgången större, men det upplevdes som väl använd tid. Något mått på kvalitetsvinst i form av minskat antal negativa händelser kunde naturligtvis inte påvisas med dessa enkla test. I en studie med en liknande checklista från Kanada påvisades förbättrad kommunikation mellan olika personalkategorier i operationssalen [4].

En konstruktiv kritik riktades mot listans layout, vilket har resulterat i att uppgifter angående patienten hålls ihop bättre än i det första utkastet och att utformningen lagts om så att man arbetar uppifrån och ned i stället från vänster till höger. Inget hindrar att listan används i ett elektroniskt medium.

Ytterligare förändringar kan tillkomma. Arbetsgruppen välkomnar synpunkter. Den som är intresserad kan registrera sig på den ovan angivna adressen.

Det betonades flera gånger under mötet att checklistan ska ses som ett arbets-

Aktionsområden för World Alliance for Patient Safety

Aktionsområde 1 Global patientsäkerhetsutmaning: 1) Clean care is safe care. 2) Safe surgery saves lives.

Aktionsområde 2 Patienter för patientsäkerhet: Patientens röst ska vara kärnan i säkerhetsarbetet.

Aktionsområde 3 Rapportering och lärande: Verkar för meningsfulla rapporter och analyser, som identifierar källor och orsaker till risker och som främjar lärande och förebyggande åtgärder.

Aktionsområde 4 Taxonomi för patientsäkerhet: Utvecklar ett internationellt acceptabelt system för klassifikation av patientsäkerhetsterminologi.

Aktionsområde 5 Forskning för patientsäkerhet: Verkar för internationell forskning, som stöder säker sjukvård i alla WHO-länder.

Aktionsområde 6 Säkra lösningar: Verkar för att kunskaper tillämpas i praktiska lösningar och sprider dessa internationellt.

Aktionsområde 7 Säkerhet i praktiken: Sprider de bästa arbetsätten för organisationer, team och klinik.

Aktionsområde 8 Teknologi för patientsäkerhet: Verkar för säker teknik och nya tekniska lösningar för att förbättra patientsäkerheten.

Aktionsområde 9 Vård av akut sjuka patienter: Identifierar nyckelfaktorer för att minska risker för allvarligt sjuka.

Aktionsområde 10 Patientsäkerhetskunskap: Samlar och sprider kunskap om patientsäkerhet i form av globala rapporter.

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-

myning 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 stumpan 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 t ex att Vessel loop-band läggs runt respektive struktur så att de kan hållas undan och det kan kontrolleras att bägge är inaktiva 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 koledotomi 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 nedom 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 senfunktions 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 senfunktionen 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. ■