

KARTLÄGGNING AV KIRURGISKA KOMPLIKATIONER

Lovvärt initiativ av gynekologerna

När man behandlar sjukdom eller skada finns det alltid en risk för att det önskade resultatet ej nås, antingen på grund av att åtgärden inte varit tillfyllest för att kunna häva tillståndet eller att förloppet avviker från det förväntade, kompliceras. Sådana komplikationer blir ofta speciellt uppenbara och dramatiska när behandlingen består av mekaniska åtgärder i form av kirurgi. En stor del av utvecklingen inom de kirurgiska specialiteterna har därför syftat till att reducera dessa komplikationer, som inte bara äventyrar behandlingsresultat utan också kan hota patientens liv.

Ambitionerna att reducera riskerna vid kirurgi har krönts med åtskillig framgång. Det är idag möjligt att konstatera hur under loppet av en »kirurgkarriär» många komplikationer blivit mycket ovanliga, och till och med försvunnit. Vid mitten av detta sekel var sårinfektioner (sjukhussjukan) ett plågoris även i samband med rutinkirurgi. Vissa kirurgiska tillstånd – t ex brusten blindtarm – som då var förenade med hög mortalitet går idag att behandla utan komplikationer i de allra flesta fall. Även riskerna för postoperativ pneumoni, blodpropp och ileus har kunnat minskas. Låga komplikationsfrekvenser vid standardingrepp har varit en förutsättning för utvecklingen av korttids- och dagkirurgi under de senaste decennierna. Denna utveckling kan endast till dels tillskrivas förbättrad kirurgisk teknik; här har även andra specialiteter bidragit till de minskade riskerna.

Framtiden kommer dock att ställa nya krav på produktivitetsökningen i kirurgisk verksamhet, vilket bl a kräver att komplikationsfrekvensen måste reduceras ytterligare. Dessutom visar det sig att introduktionen av nya tekniker medför inte bara vinster utan även risker för nya, oväntade komplikationer. För att vi skall komma vidare mot säkrare och effektivare sjukvård krävs ut-

veckling inom flera områden: förbättrad komplikationsregistrering, bättre kunskaper om varför komplikationer och missöden inträffar och, slutligen, fortlöpande information och undervisning om riskfaktorer till verksamheten.

Komplikationsregistrering

Den viktigaste faktorn för att minska riskerna vid kirurgi återfinns i de olika klinikernas eget kvalitetsarbete, som måste innehålla även en registrering av komplikationer. Med datorstöd blir detta praktiskt möjligt, även om det krävs betydande resursinsatser för att upprätthålla kvaliteten på en sådan registrering.

För att mer ovanliga och tidigare ej kända komplikationer skall uppmärksammas krävs dock större material än den enskilda klinikens. En gemensam databank för flera kliniker-sjukhus skulle här vara önskvärd, men man måste då först lösa frågan om vilka som skall äga och värdera resultaten. Självfallet skulle en prospektiv registrering av komplikationer omfattande flera (alla?) sjukhus och specialiteter ge en heltäckande bild av komplikationer i sjukvården, men något sådant har hittills inte varit möjligt att genomföra.

Svenska Läkaresällskapet har på uppdrag av Socialstyrelsen inventerat i vilken utsträckning incidenter i vården rapporteras och i vad mån det finns intresse för en bredare utbyggnad av denna rapportering [1]. Resultaten visar att drygt en tredjedel av 600 tillfrågade sjukhuskliniker har en systematisk incidentrapportering, oftare vid regionsjukhus än vid övriga sjukhus (51 respektive 32 procent). I de opererande specialiteterna var anmärkningsvärt nog denna andel lägre (28 procent). Enkäten visar också att det finns ett stort intresse för ökad samverkan med centralt stöd, och vid Läkaresällskapet arbetar man nu vidare med att skissera en bredare uppbyggnad av incidentrapporteringen.

En annan möjlighet att skaffa sig en överblick över komplikationsfrekvensen är att använda de nationella register som inrättats, först av ortopederna och sedan av flera andra opererande specia-

liteter, för att studera resultaten av olika kirurgiska ingrepp. Flera av dessa register har visat stor uthållighet, och de borde kunna utnyttjas bättre än hittills.

Kodning av typskador

Vi har i Sverige flera databaser i vilka patientskador som uppkommit i sjukvården registreras: Socialstyrelsens riskdatabas i Örebro, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), lokala förtroendenämnder samt Patientförsäkringen. Dessa databaser kan inte användas för att beskriva frekvensen av olika patientskador, eftersom rapporteringen till registren är långt ifrån hundra procentig. Däremot kan här återfinnas ett förhållandevis stort antal typskador, som gör det möjligt att studera orsakerna till varför skadorna uppkommit. När det gäller komplikationer till kirurgi torde Patientförsäkringens material, med tiden även Riskdatabasen, ge sådana möjligheter. De kirurgiska specialiteternas andel av dessa databaser har redovisats i Läkartidningen [2] och i Socialstyrelsens Riskronden [3].

Kodning av olika typskador i dessa databaser gör det möjligt att ganska väl avgränsa de komplikationer man önskar studera, och i akterna finns sedan uppgifter om hur skadorna uppkommit. Patientförsäkringens material har genom åren kunnat utnyttjas för ett flertal studier angående skadeorsaker, vilket resulterat i flera rapporter, bl a doktorsavhandlingar. HSANs och förtroendenämndernas material har varit mer svårtillgängligt och innehåller en större andel fall där det varit fråga mer om brister i bemötandet än om kirurgiska komplikationer.

Information till verksamheten – gynekologerna ett föredöme

Om antalet komplikationer till kirurgisk verksamhet skall kunna minskas krävs att de som arbetar i vården får kunskap om hur komplikationerna uppstår. En stor andel av fallen från HSAN och Patientförsäkringen, som sedan många år refererats i Läkartidningen, gäller kirurgisk verksamhet, så även många av de fall som presenteras i Risk-

Författare

LARS RÅF
professor, Mellösa.



ronden. Dessa fallbeskrivningar väcker stort intresse och ger bl a en fortlöpande påminnelse om var i vården riskerna för komplikationer och patientskador finns.

Specialitetsföreningarna har en viktig roll i det patientskadeförebyggande arbetet, och man har inom den kirurgiska sektorn ägnat mycket intresse åt att i sin efterutbildning ta upp säkerhetsfrågor. Ett utomordentligt initiativ har tagits av Svensk förening för obstetrik och gynekologi, som genom en arbets- och referensgrupp, ARG, producerat 29 publikationer för postgraduate-undervisning. I den senaste har URARG (referensgruppen för urogynekologi och vaginal kirurgi) utarbetat en sammanställning, »Komplikationer vid obstetrisk och gynekologisk kirurgi» [4]. Gruppen, som letts av Bertil Sjöberg och Tore H:son Holmdahl, omfattar ett stort antal kvinnoläkare med Axel Ingelman-Sundberg som nestor.

På 68 sidor presenterar man hur olika komplikationer till abdominella, vaginala, laparoskopiska och hysteroskopiska ingrepp skall förebyggas och behandlas. För urologiska komplikationer redogörs utförligt och kunnigt, och det finns separata avsnitt även för problem i samband med laserkirurgi, trombos, kärl- och nervskador samt postoperativa infektioner. Denna rapport är ett måste för dem som vill ägna sig åt gynekologisk kirurgi.

Kvinnoläkarnas initiativ borde vara ett föredöme för andra specialitetsföreningar. Även om motsvarande kunskaper går att hämta fram ur olika läroböcker, kan en sammanställning lik URARGs rapport vara till stor nytta i både specialist- och postgraduate-utbildning. För större specialitetsföreningar skulle uppgiften att göra en sammanställning av subspecialitetens komplikationer säkerligen bättre passa delföreningarna.

Myndigheternas ansvar

Socialstyrelsen har i Lex Maria-funktionen en viss möjlighet att få insyn i vilka komplikationer som inträffar i sjukvården och därigenom vidta riktade åtgärder mot brister i såväl vården som den medicintekniska utrustningen. Det har dock framhållits att lagens nuvarande utformning kan utgöra ett hinder för att utveckla incidentrapporteringen, vilket naturligtvis är till men för det skadeförebyggande arbetet [5].

HSANs granskning av anmälda fall har säkerligen stor genomslagskraft vad gäller sjukvårdspersonalens attityder

och beteenden. Nämndens utslag och hela verksamhet kritiserats ofta, men det är inte svårt att tänka sig sämre alternativ för hur felhandlingar i vården skulle kunna bedömas.

När det gäller att förhindra kirurgiska komplikationer torde dock de viktigaste åtgärderna från Socialstyrelsens och huvudmännens sida, förutom ovan nämnda initiativ för incidentregistrering, vara dels att stödja utbildningen av sjukvårdens aktörer, dels att ombesörja att målen för vården nås och att personalens kunskaper vidmakthålls.

Referenser

1. Westerling R, Hansagi H, Osterman PO, Andersson DKG, Åhlfeldt J, Svärdsudd K. Stort intresse för incidentregistrering. Oro för HSAN-anmälan kan dock utgöra en broms. *Läkartidningen* 1996; 93: 2928-30.
2. Broström L, Hallén B, Rydell N, Sandström SO, Sjögren A, Räf L. Patientförsäkringen i förebyggande verksamhet. Stort skadematerial visar komplikationsrisker. *Läkartidningen* 1995; 92: 1368-72.
3. Riskronden Special 3/96. Socialstyrelsen.
4. Kjessler B. Komplikationer vid obstetrisk och gynekologisk kirurgi. Svensk förenings för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp (ARG) rapportserie. Rapport nr 29, 1995.
5. Bergentz SE. Misstag i vården skall förebyggas! Bestraffning gör inte verksamheten säkrare. *Läkartidningen* 1995; 92: 3300-1.

Yrsel hos äldre klarläggs utan avancerad teknik

Remittering till sjukhus och dyrbara undersökningar som blodanalyser, EKG, elektronystagmografi och magnetresonansundersökning är sällan av något värde när det gäller att klarlägga orsaken till yrsel hos äldre. I en brittisk studie av 149 yra personer och 97 kontroller, alla över 65 år, kunde dessa undersökningar inte skilja ut de yra, eftersom asymtomatiska defekter var så vanliga bland kontrollerna.

Däremot var posturografi, fysikalisk undersökning, yrselprovokation och psykologisk bedömning av värde. Därigenom kunde en orsak till yrseln klarläggas hos 143 av de 149 med yrselbesvär. Vanligaste orsaken var central kärlsjukdom och därefter cervikal spondylos, ofta kombinerade med dålig syn och oro. *BMJ* 1996; 313: 788-92.

Bör normal lipidnivå sänkas efter hjärtinfarkt?

En femårig dubbelblindstudie av drygt 4 000 hjärtinfarktpatienter med kolesterolvärdet under 240 mg/dl (i genomsnitt 209 mg/dl totalt kolesterol och 139 mg/dl LDL-kolesterol) tyder på att behandling med 40 mg pravastatin per dag minskar risken för ny infarkt och död i koronarsjukdom med 3 procentenheter (frekvensen i pravastatingruppen var 10,2 och i placebogruppen 13,2 procent). Inga signifikanta skillnader mellan grupperna noterades i fråga om totaldödlighet eller död i icke-kardiovaskulära sjukdomar.

I pravastatingruppen var incidensen av bröstcancer högre än i placebogruppen. Detta är ett fynd som inte gjorts i andra studier, och den totala cancerincidensen var likartad i båda grupperna.

N Engl J Med 1996; 335: 1001-9.

Vitrockshypertoni kanske inte så oskyldig

Mellan 15 och 30 procent av individer som har lätt förhöjt blodtryck vid mätning hos doktorerna tycks ha normal tryckprofil i övrigt. En liten studie av 20 individer med normalt blodtryck, 20 med permanent förhöjt och 20 med »vitrocksbloodtryck» tyder emellertid på att den senare gruppen enligt ultraljudsundersökning har liknande abnormiteter i diastolisk vänsterkammarmfunktion och i artärstelhet som de med permanent förhöjt tryck.

Lancet 1996; 348: 630, 654-7.