

Varför minskar Lex Maria-ärendena?

Nedan redovisade exempel rörande komplikationer inom vården antyder att det finns ett stort mörkertal när det gäller fall som borde anmälas enligt Lex Maria. En mera avdramatiserad attityd till lagen skulle måhända bidra till fler anmälningar, till fördel för det olycksförebyggande arbetet.

Läkartidningen har i några artiklar diskuterat orsaker till att antalet Lex Maria-ärenden minskat på senare tid. I min mening har artiklarna inte belyst frågan fullständigt – en hel del aspekter kvarstår och bör »komma till ytan».

När ett misstag inom vården inträffat och upptäckts, förs i regel en professionell diskussion om vad som skett (exempelvis vid s k komplikationsseminarier). Medicinska misstag är inte alltid lättidentifierade i dessa sammanhang – den »anklagade» kan ofta hänvisa till läkemedelsbiverkningar, diffusa symptom hos patienten, etc. De kirurgiska misstagen är mer uppenbara till sin karaktär när de kommer fram i en operationsberättelse eller vid anmälan till chef.

Nyckelfrågan är dock om fallen hanteras rätt av vederbörande klinikchef/chefsöverläkare, så att en anmälan enligt Lex Maria verkligen sker när det är befogat. Det ligger givetvis i chefens intresse att inte ha några komplikationer på sin klinik. Tyvärr har dock såväl klinikchefen som den som felat stora möjligheter att mörklägga misstag som uppkommit, vilket illustreras nedan.

Följande exempel visar hur bristande etik och »rädsla om skinnet» kan påverka efterspelet till misstag i vården.

Laparoskopi blev laparotomi

Patientfall 1: En patient med ventrikelcancer genomgick en laparoskopi för att operabiliteten skulle kunna bedömas. Patienten var opererad tidigare i magen. Vid införandet av troakaren genom bukväggen perforerades en tarm.

Detta upptäcktes relativt snart, varvid man konverterade operationen till en laparotomi. Vid denna fann man att det var en tunntarm som perforerats.

Perforeringen suturerades, och samtidigt gjordes den tilltänkta explorationen för att se om det var möjligt att operera tumören.

Operatören satte efteråt operationskoden för explorativ laparotomi (4010). Detta innebar för det första att operatören dolde att han gjort ett laparoskopiförsök (4042). För det andra dolde han att det skett en komplikation i form av en tarmperforation. Han åsatte inte operationen koden för tarmsutur (4740). Genom förfarandet registrerades alltså inte att man haft en komplikation vid ett laparoskopiskt ingrepp.

Perforation med suturmaskin

Patientfall 2: En patient hade ursprungligen opererats för perforerad divertikulit varvid en ändsigmoidostomi anlagts (Hartmans operation). Den var reviderad för flera år sedan i samband med en laparotomi, varvid man fann att patienten hade en s k frozen pelvis, dvs fibrotisering i lilla bäckenet efter genomgången bukhinneinflammation. Man lade då om stomin och fick en mera lättbandagerad sådan.

Hon togs nu åter in för nedläggning av denna stomi, eftersom hon hade bandageringsproblem. En avdelningsläkare gjorde nu ett nytt försök men kom i vanskligheter. Han fick under operationen tidvis hjälp av den vid kolorektalsektionen ansvarige överläkaren och tidvis av en annan specialistläkare.

Småningom gick det att föra in en suturmaskin genom ändtarmen ut i lilla bäckenet och göra en anastomos till nedåtstigande kolon. Med suturmaskinen hade man dock perforerat rektumväggen ut genom vagina och in genom urinblåsan, och gjort en anastomos mellan rektum-vagina-urinblåsa-kolon.

Detta upptäcktes innan man slöt buken, och specialister från urologen och gynekologen anlände och räddade situationen. Man anlade återigen en sigmoidostomi. Efter ett något långdraget efterförlopp kunde patienten hemskrivas.

Denna patientskada anmäldes inte enligt Lex Maria, trots att komplikationen var allvarlig. Den allmänna uppfattningen var att eftersom skadan upptäckts relativt omgående behövde ingen

”Vederbörande chefsöverläkare menade att »det sker hela tiden så mycket misstag vid operationer att man inte kan anmäla allt. Om allt skulle anmälas skulle Socialstyrelsen inte ha annat att göra än att utreda operationsincidenter».”

Författare

Artikelförfattaren är verksam läkare. Av hänsyn till de inblandade i de beskrivna ärendena vill skribenten vara anonym. Namnet är dock känt för redaktionen.

anmälan göras. Vederbörande chefsöverläkare menade att »det sker hela tiden så mycket misstag vid operationer att man inte kan anmäla allt. Om allt skulle anmälas skulle Socialstyrelsen inte ha annat att göra än att utreda operationsincidenter».

Risk för recidiv utreddes ej

Patientfall 3: En yngre man opererades akut på annat sjukhus än det aktuella för en cecalancer. Resektionsränderna var snålt tilltagna, och en patolog-anatomisk undersökning visade troligen metastas till en lymfkörtel. Man diskuterade därför om inte en utökad resektion eller en second look-operation borde utföras på hemortssjukhuset inom rimlig tid för att utesluta recidiv.

Efter ett par år började patienten åter få besvär från magen. Efter en tid utredde så den ansvarige för kolorektalsjukdomar på hemortssjukhuset honom. Man fann då att han mycket riktigt hade ett recidiv som vid exploration inte visade sig exstirpabel.

Patienten anmälde detta till HSN, eftersom han inte var nöjd med att ha fått vänta så länge på utredningen. Chefsöverläkaren samtalade med anledning av detta med patienten, som efter detta samtal drog tillbaka sin anmälan.

Viktig riskinformation undanhålls

Ovanstående exempel visar hur man på olika sätt mörklagt komplikationer inom vården. I stället bör man naturligtvis, när komplikationer uppstår (vilket alltid kommer att ske), kunna stå för dessa.

I den första fallbeskrivningen har en operatör dolt sitt misstag. Man kan väl utan tvekan säga att detta är bedrägligt – för att upptäcka ett sådant misstag krävs genomläsning av alla operationsberättelser. Här måste naturligtvis operatören följa läkaretiken och vara ärlig, såväl vid själva operationen som vid skrivandet av operationsberättelsen.

Förutom eventuella konsekvenser för patienten, kommer det inte – genom underlåtelsen att registrera händelseförloppet – heller fram i statistiken att det kan förekomma komplikationer som den aktuella vid dylika ingrepp. Denna information är viktig inte minst när det som i detta fall handlar om en relativt ny operationsmetod.

Straffbar försumlighet

I patientfall två är det utan tvekan ett understatement att som chefsöverläka-

ren kalla händelseförloppet »en incident».

Även här är det en relativt ny operationsmetod som används (suturemaskin). Ett par liknande ärenden har rapporterats i Läkartidningen under 1997 (Läkartidningen 6/97, sidan 432: Sydde i hop tjocktarmen med urinblåsan; Läkartidningen 19/97, sidan 1827: Kolon kopplad till vagina). Båda dessa operationer har resulterat i varningar för de inblandade operatörerna.

Genom att som i detta fall 2 inte anmäla enligt Lex Maria gör även chefsöverläkaren en försumlighet som kan bestraffas, under förutsättning att det kommer till Socialstyrelsens kännedom. Det är dock långt ifrån säkert att detta verkligen sker.

I det beskrivna fallet har det dock meddelats mig att ärendet faktiskt anmälts till Socialstyrelsen. Trots att Socialstyrelsen haft kännedom om ärendet har man anmärkningsvärt nog inte gjort något åt det.

Det tredje patientfallet belyser chefsöverläkarens omtanke om sin medarbetare. Genom att samtala med patienten på ett övertygande sätt, men kanske inte helt sanningsenligt, får chefsöverläkaren patienten att återta sin HSN-anmälan.

Annan syn på Lex Maria?

I Läkartidningen (15/98, sidan 1700) dryftas frågan om sjukvården blivit säkrare därför att antalet Lex Maria-ärenden har minskat. Till följd av det stora mörkertalet, som ovanstående exempel antyder, kan man knappast dra den slutsatsen.

Lindqvist och medarbetare (Läkartidningen 30–31/98, sidorna 3306–9) beskriver två attityder till Lex Maria – en restriktiv syn där lagen betraktas som ett disciplininstrument vid tydliga avvikelser och felaktigheter, och en syn enligt vilken lagen tillämpas generöst men där även mindre incidenter anmäls.

Den senare attityden är i min mening utan tvekan mer fruktbar, och skulle bidra till att de större misstagen inte »haussas upp» när de tyvärr inträffar. Tanken bakom nya Lex Maria är ju också att man ska ha en registrering över möjliga komplikationer så att man kan lära sig av dessa.

Kliniker och operatörer är inga övermänniskor – fel och misstag inträffar tyvärr för dem precis som för alla människor. Det gäller naturligtvis att försöka minimera misstagen, men också att våga stå för dem. •



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

Namn

Adress

Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19