

Special tarmischemi

Mycket kan gå fel efter stor bukkirurgi



JON AHLBERG, docent, medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm; chefläkare, Patientförsäkringen LÖF

I veckans nummer av Läkartidningen ges i fyra artiklar en beskrivning av ett av de mest fruktade akuta buktillstånd en läkare kan ställas inför – tarmischemi. Modern och snabb diagnostik och tidigt insatt behandling kan leda till betydligt bättre resultat än förr, då en explorativ laparotomi var den enda diagnostiskt säkra metoden, vars fynd ofta ledde till en kortvarig palliativ vård.

Det räcker dock inte med den initialt snabba diagnostiken och den radiologiska eller kirurgiska behandlingen. I en nyligen publicerad observationsstudie från London [1] visas att mycket kan gå fel i det postoperativa omhändertagandet av patienter som genomgått stor bukkirurgi. Med ett strukturerat protokoll följdes 50 patienter från den första postoperativa dagen fram till utskrivning, i genomsnitt 11 dagar och totalt 659 vård dagar.

Totalt 352 avvikelser från fastställd rutin (non-routine events) noterades. Av dessa klassades 256 som misslyckad vårdprocess (process failure) med en median på 4,5 per patient. De övriga 96 avvikelserna utgjordes av iakttagna komplikationer utan samband med avvikelse från fastställd rutin. Av de 256 misslyckade processerna bedömdes 85 procent som undvikbara; 23 gav upphov till en vårdskada, och av dessa bedömdes 21 som undvikbara.

Flest avvikelser (112 tillfällen, 44 procent) rörde ordination, dispensering och tillförsel av läkemedel. Sammanlagt 101 avvikelser utgjordes av misslyckanden eller felaktigheter i vården. Mest frekvent rörde det infarter, dränage och katetrar samt epiduralanalgesi och läkemedel.

Brister i kommunikation framstod som den dominerande orsaken till misslyckad vårdprocess (54 procent) och de påvi-

sade vårdskadorna (74 procent). Förseningar var ofta förknippade med brister i kommunikation och kunde exempelvis gälla utebliven eller sen rapportering av undersökningsfynd från laboratorier eller röntgenavdelning.

Resultaten av svensk kirurgi tycks hålla hög klass. I en europeisk studie [2] av alla kirurgiska specialiteter (barn-, hjärt-, neurokirurgi samt obstetriska och radiologiska interventioner exkluderades) analyserades 46 359 patienter som opererades under en aprilvecka 2011 avseende sjukhusmortalitet. Totalt 498 sjukhus deltog, varav 7 svenska, vilka bidrog med 1314 inkluderade patienter.

Totalt avled 1864 (4,0 procent) av de 46 359 opererade patienterna under vårdtiden. Inom bukkirurgi var mortaliteten högre, 6 procent. Anmärkningsvärt är att 1358 (78 procent) avlidna inte vid något tillfälle blev föremål för intensivvård. Av de i Sverige inkluderade avled 20 (1,5 procent).

Efter korrigerig för ASA-klass, akut kirurgi, kirurgins omfattning, levercirros och metastaserande cancer utformades en oddskvot. Eftersom det största materialet inkluderats från Storbritannien, valdes det som referens och gavs värdet 1. De nordiska länderna med Sverige på 4:e plats efter Finland, Island och Norge uppnådde oddskvoter runt 0,5, medan flera stater i södra och östra Europa hade resultat talande för en högre sjukhusmortalitet.

Även om de i studien påvisade skillnaderna pekar på att det finns förbättringspotential i många länder, är olikheterna vad gäller sjukvårdsorganisation, socioekonomisk, politisk och kulturell bakgrund så stora att det är omöjligt att ranka de europeiska ländernas kirurgiska kvalitet.

Svenska obstetiker och ortopedier har



En engelsk studie visar ett medianvärde på 4,5 misslyckade vårdprocesser postoperativt per patient som genomgått stor bukkirurgi.

Foto: TEK Image/SPL/IBL

tillsammans med andra specialistföreningar och professionella organisationer genomfört patientsäkerhetsprojekt [3] där kliniker gjort självvärderingar av sina rutiner och riktlinjer. Av projekten framgår tydligt att kliniker sällan eller aldrig mäter eller kontrollerar i vilken omfattning deras fastställda rutiner eller PM, som dessa ofta benämns, följs.

Svensk kirurgisk förening driver sedan ett år tillsammans med andra professionella föreningar projektet »Säker bukkirurgi«, som är upplagt på ett

liknande sätt. Med tanke på den refererade engelska studien är det angeläget att klinikledning ges möjlighet att bedöma i vilken utsträckning fastställda riktlinjer följs, eftersom det är först då som dessa kan utvärderas.

De nämnda projekten stöds ekonomiskt och administrativt av Patientförsäkringen LÖF.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Symons NRA, Almouaris AM, Nagpal K, et al. An observational study of the frequency, severity and etiology of failures in postoperative care after major elective general surgery. *Ann Surg.* Epub 4 okt 2012. doi:10.1097/SLA.0b013e31826d859b
2. Pearse RM, Morena RP, Bauer P, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet.* 2012;380:1059-65.
3. Grunewald C, Håkansson S, Högborg U, et al. Svensk förlösningsvård säkras i ett rikstäckande projekt. Två professionell samverkan en grundpelare i »Säker förlösningsvård«. *Läkartidningen* 2012;109: 956-9.

■ **SAMMANFATTAT**

Snabb diagnostik och interventionell radiologi har förbättrat prognosen vid tarmischemi.

I den postoperativa fasen sker många avvikelser från fastställda vårdrutiner.

Svensk kirurgi har goda resultat i jämförelse med andra europeiska länder avseende sjukhusmortalitet.

Flera specialiteter genomför projekt med självvärdering och expertgranskning av sitt patientsäkerhetsarbete.