

Kirurgärenden i HSN – en översikt

Inom de opererande specialiteterna är det kirurgerna som oftast drabbas av anmälan till HSN. Av 3 600 HSN-beslut som under drygt tre år granskats av undertecknad, var 356 (10 procent) kirurgärenden. Här har gjorts en sammanställning av hur dessa ärenden fördelats på olika verksamhetsområden och dessutom vilka typer av ärenden som lett till disciplinär påföljd.

Av Tabell I framgår vilken typ av kirurgisk verksamhet som föranlett anmälan och i vad mån denna medfört påföljd. Nästan en tredjedel gällde gastroenterologisk kirurgi. Två typfall inom denna centrala del av kirurgin är av speciellt intresse. Komplikationer till galloperationer är inte bara den vanligaste orsaken till anmälan, utan här har dessutom de flesta fall lett till disciplinär påföljd. I den näst största gruppen, missad appendicit har däremot endast 2 av 24 anmälda kirurger drabbats. Av tabellen i övrigt framgår att anmälningarna gäller alla kirurgins subspecialiteter och dessutom återfinns ett betydande antal fall inom områden, som hör till andra specialiteter (ortopedin eller urologin). Särskilt på mindre sjukhus möter kirurgerna under jourtid patienter, som egentligen hör till grannspecialiteterna och dessutom finns på dessa sjukhus ofta läkare med dubbel specialistutbildning, vilket utnyttjas även för elektiva ingrepp.

Under gruppen operativa komplikationer har samlats fall där skada drabbat annat organ än det som initialt varit föremål för behandling (exempelvis nervskador, särinfektioner) och till gruppen

Tabell I. Fördelning av 323 kirurgärenden i HSN på olika kirurgiska subspecialiteter.

	Antal anmälningar	Med påföljd (procent)
Gastroenterologi	117	35 (30)
Därav:		
Galloperation	28	15 (54)
Appendicit	24	2 (8)
Kärlkirurgi	22	8 (36)
Bröstkirurgi	19	2 (11)
Struma	3	0
Urinvägar	32	12 (38)
Skelett m m	24	6 (25)
Operationskomplikationer	32	11 (34)
Övrigt	74	9 (12)
Totalt	323	83 (26)

övrigt har förts sådana anmälningar som förorsakats av felaktigt bemötande, bristande journalföring m m.

Nästan var fjärde anmälan mot kirurger har lett till disciplinär påföljd.

Vanliga orsaker till påföljder

Av Tabell II framgår vilka typer av felhandlingar som i flera fall lett till erinran eller varning.

Av de 15 påföljderna i samband med gallkirurgi gällde endast ett fall kvarsten, de övriga skador på djupa gallgångarna. De flesta fallen hade opererats laparoskopiskt och skadorna har ofta kunnat härledas till ofullständig dissektion av gallgångar eller brister vad gäller röntgenologisk kartläggning. Särskilt i de fall som inte upptäcktes och reparerades vid det primära ingreppet har förloppet ofta blivit långdraget och det har i allmänhet krävts omfattande rekonstruktiv kirurgi.

I tidigare sammanställningar av fall med appendicit anmälda till HSN [1] har kirurgerna oftare än i det aktuella materialet fått erinran eller varning. Det går inte att bedöma av det aktuella materialet, om detta beror på att man idag har bättre rutiner för att på sjukhusen ställa diagnosen eller på att nämndens medlemmar numera insett att appendicitdiagnosen i det tidiga skedet kan vara svår. Kanske är den låga andelen påföljder i det aktuella materialet betingat av slumpan.

Sen diagnos och behandling av tarmvred leder ofta till allvarliga konsekvenser, och mer än hälften av anmälningarna hade medfört påföljd för kirurgerna. Nämnden har här, liksom när det gäller den heterogena gruppen övriga akuta

Tabell II. Typ av disciplinär påföljd vid olika typer av operationer eller diagnoser.

	Erinran	Varning
Galloperation	2	13
Appendicit	1	1
Ileus	3	2
Akut buk UNS	2	3
Perforation ventrikel–esofagus	1	2
Variceroperation	2	4
Rupturerat aortaaneurysm		3
Trombos/emboli	3	2
Bröstcancer		2
Testistorsion	1	4
Urinretention	1	1
Circumcisio	1	2
Extremitetskador	3	2
Karpaltunnelsyndrom	–	2
Kvarglömnda föremål	–	1

Referens

1. Andersson DKG, Räf L. Missad blindtarm en tickande bomb. Läkartidningen 1997;94:4952-5

bukfall, ofta haft kritiska synpunkter på den pre- och postoperativa övervakningen och inte sällan konstaterat bristande ansvarsfördelning och kontinuitet i vården. Vid perforationer i esofagusventrikel har dessa vanligen skett i samband med refluxkirurgi eller fetmakirurgi.

Inom kärlkirurgin var de vanligaste orsakerna till anmälan felgrepp i samband med variceroperationer och försead diagnos av aortaaneurysm. Vid variceroperation förekom skada på huvudkärlet, både på artär och vensidan, vilket

Ansvarsärenden i sammanfattning

Det kan ibland ha sitt intresse att se ansvarsärendena i ett lite större sammanhang.

Därför kommer vi vissa gånger att redovisa fall för ansvarsnämnden på ett anorlunda sätt.

Sidorna får då formen av en översikt med statistik av ett stort antal fall.

Vi börjar i dag med kirurgin, övriga specialiteter följer efter hand längre fram.

ledde till allvarliga konsekvenser. Endast ett av tre anmälda fall med kompartmentsyndrom ledde till påföljd.

För kirurger, liksom för övriga specialister inom den somatiska sjukvården, är postoperativ trombos/emboli en vanlig orsak till anmälan. Nämndens kritik kan då gälla både bristande profylax och försenad diagnos, när komplikationen inträffat.

Även om anmälan i samband med diagnos och behandling av bröstcancer var vanliga, ledde det endast i två fall till erinran. På de flesta kirurgkliniker har man uppenbarligen numera bättre rutiner för hur dessa fall skall handläggas.

Missad testistorsion leder däremot regelmässigt till påföljd. I ett av fallen drabbades två läkare i primärjournen; även den som ställt upp för en second opinion. Postoperativ urinretention leder ofta till långvariga miktionsvärigheter, och denna komplikation bidrog även till påföljd i en av anmälningarna angående felaktigt utförd circumcision.

Vanligaste orsak till påföljd inom sektorn ortopedi var försenad diagnos

eller felaktig behandling av frakturer och andra skador. Två kirurger fick dessutom varning för felaktigt utförd karpaltunneloperation.

Varning för kvarglömt föremål drabbade en kirurg, under samma period fick flera operationssköterskor varning av samma skäl. Ansvar för kontrollräkning av dukar m m verkar främst läggas på instrumenterande personal. Under treårsperioden hade ingen allmänkirurg anmälts för operation på fel sida eller felaktigt område, däremot en urolog verksam vid en kirurgklinik.

Sammanfattning

Sammanställningen ger en bild av vilka typer av anmälningar till HSAN, som drabbat svenska kirurger kring millennieskiftet. Det är dock inte fråga om någon »evig sanning«; förändringar av verksamheten inom sjukvården påverkar självfallet anmälningarna till HSAN. Detta gäller inte minst för de kirurgiska specialiteterna, där nya operationstyper och förändrade rutiner ständigt introduceras. Då undertecknad arbetade som fö-

redragande i kirurgären den på 70-talet, var skador i samband med variceroperationer vanligare, medan idag anmäls flergallyägsskador.

Även konsekvenserna av anmälan kan variera under olika epoker i och med att diagnostiska och terapeutiska förutsättningar förändras och kanske också genom att nämnden och de vetenskapliga råden idag ser annorlunda på om en skada har varit möjlig att förhindra eller inte.

Erfarenheter från arbetet i HSAN bör inte användas endast för individprevention, utan även vara en av många resurser att utnyttja i det skadeförebyggande arbetet. Sedan några år lagras många Lex Maria- och HSAN-ärenden i den riksdatabas som förvaltas av Socialstyrelsen i Örebro.

Denna källa bör även kunna utnyttjas för att värdera om disciplinära påföljder utdöms konsekvent vid olika typer av felhandlingar – för kontroll av kontrollanterna.

Lars Räf

professor, Mellösa

Ett typfall

Ovanstående illustreras med ett Lex Maria-ärende nyligen avgjort i HSAN

Anmälare: Socialstyrelsen

Anmäld: ST-läkare vid kirurgklinik

Orsak: Skada på djupa gallgången vid laparoskopisk kirurgi
HSAN 1555/00

II En 30-årig kvinna opererades på ett länssjukhus med laparoskopisk kolecystektomi. Gallblåsan var intrahepatiskt belägen. Utan föregående intraoperativ röntgenundersökning delades ductus cysticus gallblåsenära med två distala clips. I samband med att gallblåsan löstes upptod en rift i denna, vilket medförde galläckage. Efter buksköljning avslutades ingreppet.

I det postoperativa förloppet hade patienten ovanligt mycket smärta, och vid dränering av buken en vecka postoperativt tömde sig rikligt med galla. Utredning med ERCP och MRCP visade att djupa gallvägarna skadats och vid laparotomi två veckor postoperativt fann man att den djupa gallgången var delad. Både den proximala stumpen och ductus choledochus var avstängda med clips, och vävnaden däremellan saknades. Dessutom fanns en abberent gallgång från höger gallsystem, som

inte avslöjats vid vare sig MRCP eller det laparoskopiska ingreppet. En hepato-jejunosomi anlades och förloppet var därefter väsentligen okomplicerat.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd, professor Ulf Haglund, har i sitt yttrande bland annat framhållit följande: Operatören beskriver i operationsberättelsen en dissektion i konfluensområdet mellan ductus cysticus och ductus hepatocholedochus och han uppfattade sig ha klarlagt anatomin.

Det måste dock konstateras att den gjorda dissektionen inte varit tillräcklig för att tillåta någon säker konklusion angående de anatomiska förhållandena. Således har gångformad struktur delats utan att anatomin varit klargjord, vilket lett till att ett stycke av ductus hepaticus communis oavsiktligt kommit att reseceras. Intraoperativ kolangiografi används av många kirurger för att klargöra anatomin. Noggrann dissektion av området är en annan metod, som dock i samband med laparoskopisk kirurgi många uppfattar kunna vara mer besvärlig. Även om en preoperativ MRCP-undersökning visat normal anatomi, är detta ingen garanti för att operatören sedan uppfattar sina fynd riktigt. I det aktuella fallet hade en intraoperativ kolangiografi varit av stort värde och sannolikt förhindrat den olycka

som senare ägde rum. Haglund menar att klinikens rutiner i detta avseende skulle kunna behöva omvärderas.

För den uppkomna skadan bar operatören det fulla ansvaret, och det förelåg enligt vetenskapliga rådet inga förmlidrande omständigheter. Som operatör måste man veta med sig, om man har underlag för att göra bedömningar eller inte. Är man osäker bör man tillfråga äldre kollega eller objektivisera sitt fynd med exempelvis en röntgenundersökning. Haglund har dessutom framhållit att förloppet postoperativt var uppenbart onormalt och att man borde ha startat en utredning tidigare än vad som nu blev fallet. Vid reoperation kartlades dock de anatomiska förhållandena omsorgsfullt och den uppkomna skadan reparerades i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kirurgen har framhållit att preoperativt hade utredning gjorts med MRCP och att man vid kliniken »liksom vid väldigt många andra kliniker« tagit ställning för att inte rutinmässigt utföra intraoperativ undersökning.

HSAN ansåg att läkaren begått ett allvarligt misstag, när han inte med hjälp av dissektion eller röntgenundersökning förvissade sig om att rätt struktur delades.

Påföljd: varning