



I detta nummer:

- Ansvarsärenden
- Säkerhetsartikeln



Ansvarsärenden

Tumören kvar – ST-läkare tog bort fel del av bröstet

En ST-läkare varnas sedan han opererat bort fel del av bröstet hos en kvinna med en malignsuspekt knöl. (HSAN 262/04)

II Den 55-åriga kvinnan sökte den 18 september 2003 på vårdcentralen då hon kände en knöl i höger bröst. Hon remitterades till kirurgisk klinik, där en malignsuspekt, två centimeter stor förändring konstaterades. Hon uppsattes för dagkirurgisk operation den 27 oktober.

På operationsdagen var den tilltänkte operatören sjuk och en annan kirurg, ST-läkaren, tillkallades. Han tyckte sig känna tumören, avlägsnade ett bröstparti och skickade hem kvinnan. Vid återbesök den 13 november upptäcktes det att tumören inte fanns med i den borttagna vävnaden, och en ny operation utfördes den 19 november.

Kvinnan anmälde ST-läkaren.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av ST-läka-

ren. Denne beklagade att tumören inte var med i preparatet vid den första operationen, vilket han tyckte att den var. Det ledde till en viss fördröjning i behandlingen. Han fann det osannolikt att fördröjningen skulle påverka patientens sjukdom eller prognos negativt.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att tumören inte togs bort vid operationen den 27 oktober. Det ankom på ST-läkaren att tillräckligt noggrant sätta sig in i premisserna för operationen och att, genom till exempel preparatröntgen under operationen eller genom annan undersökning av det borttagna preparatet, förvissa sig om att en adekvat operation blev utförd.

ST-läkaren varnas. •

Utfärdade aldrig remissen

En överläkare på en medicinmottagning ansåg att hans patient borde bedömas av en kirurg – men han skrev aldrig någon remiss och fälls därför av Ansvarsnämnden. (HSAN 2822/03)

II I september 2000 vårdades den 45-åriga kvinnan på medicinska kliniken för hinder i tarmen. En del av tarmen togs bort.

I april 2002 vid ett återbesök hos överläkaren klagade hon över attackvisa besvär som gav anledning att misstänka övergående tunntarmshinder. Han ansåg att kvinnan borde bedömas av en kirurg. Han utfärdade emellertid aldrig någon remiss för en sådan bedömning.

Den 4 augusti 2003 utfärdades remissen av en annan läkare.

Kvinnan anmälde överläkaren. Hon uppgav bland annat att denne trots upprepade påminnelser inte hade skickat den utlovade remissen till kirurgen.

Ansvarsnämnden läste hennes journal. Överläkaren valde att inte yttra sig.

Bedömning och beslut

Överläkaren planerade i samband med kvinnans besök i april 2002 att remittera henne till kirurg.

Remissen utfärdades emellertid först i augusti 2003 och då av en annan läkare. Överläkaren hade i yttrande till patientnämnden i sitt landsting vidgått att han underlåtit att utfärda remissen, säger Ansvarsnämnden och ger honom en erinran. •

II En pankreatikoduodenektomi enligt Whipple genomförd vid ett länsdels-sjukhus sommaren 2003 ledde till att patienten efter drygt två månaders vård på sjukhusets intensivvårdsavdelning avled till följd av de komplikationer som tillstötte.

Ärendet anmäldes av chefläkaren enligt Lex Maria. De bedömningar som gjordes av Socialstyrelsens lokala tillsynsenhet på basen av utredningen om omständigheterna i det aktuella fallet har principiellt stor betydelse, och vi vill därför redogöra för bakgrunden.

Patienten, en 72-årig man tidigare gallopererad och med lindrig hjärt-kärlsjukdom (opererad med koronar bypass för några år sedan, nu tablettbehandlad hypertoni och diabetes mellitus) sökte som jourfall på sjukhusets akutmottagning på grund av buksmärtor.

En poliklinisk utredning startades. Den kom efter hand att skötas av den av kirurgklinikens överläkare som har ansvar för övre abdominell kirurgi och började med gastroskopi och ultraljud, som senare kompletterades med dator-tomografi. Dessa undersökningar gav hållpunkter för en cystisk tumör i caput pancreatis.

Man beslöt efter bedömning av hjärtfunktionen att patienten skulle opereras på sjukhuset med vederbörande överläkare som ansvarig operatör. Vid denna operation genomfördes en pankreatikoduodenektomi enligt Whipple. En nutritiv jejunostomi anlades.

Delar av handläggningen ifrågasattes

I det postoperativa förloppet blev patienten kvar på sjukhusets intensivvårdsavdelning i 10 dagar mest på grund av respiratoriska problem. Han överfördes till vanlig vårdavdelning på 12:e postoperativa dagen. Då var buken någorlunda igång; han drack men fick också näring via jejunostomi-katetern. Det kvarvarande bukdränet drogs denna dag på avdelningen, och i samband med det fick patienten svåra buksmärtor och peritonit. En akut laparotomi visade att katetern låg i bukhålan där det också fanns fritt flytande näringslösning.

Defekten i tunntarmen slöts och en gastrostomi anlades. Patientens utveck-

Författare

Ulf Haglund, professor i kirurgi, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ingemar Ihse, professor i kirurgi, överläkare, chefläkare, Universitetssjukhuset i Lund

Göran Mellbring, docent i kirurgi, medicinalråd, Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg

Säkerhetsartikeln

Högriskoperationer inget för sjukhus med låga operationsvolym

Med anledning av ett Lex Maria-ärende konstateras att sambandet mellan sjukhusvolym och utfall i form av postoperativ mortalitet efter komplex kirurgi är väldokumenterat i såväl nordamerikansk som europeisk litteratur. Det kan därför inte längre anses vara förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att bedriva sådan kirurgi på enheter med endast enstaka patientfall årligen.

lade organsvikt med dialysbehov, en större bukfistel motsvarande gastrostomi och senare sk intensivvårdsutlöst neuropati. Han hämtade sig dock så pass i sina vitala funktioner att han kunde lämna intensivvårdsavdelningen efter en och en halv månad, men avled något dygn senare under inte helt klarlagda omständigheter.

I Socialstyrelsens utredning ingick en bedömning av ett vetenskapligt råd i kirurgi. Denne ifrågasatte vissa moment i handläggningen liksom bristen på dokumentation i patientjournalen i vissa väsentliga stycken. Framför allt ifrågasattes att den aktuella pankreasoperationen över huvud taget kom att utföras på ett sjukhus med ett upptagningsområde av en storleksordning att det omöjligt, med allmänt accepterade indikationer, kan genomföras mer än en eller två Whipple-operationer per år och knappt det.

Sjukhusvolymen också viktig

Under den senaste 25-årsperioden har ett samband mellan sjukhusvolym och resultat visats för ett flertal kirurgiska ingrepp. Det finns idag över 300 studier där man funnit högre postoperativ mortalitet vid sjukhus som gör få operationer av ett visst slag per år. Flera av dem beskriver ett liknande samband för operationskomplikationer, vårdtid och kostnader. De senaste åren har dessutom längre överlevnad efter canceroperationer rapporterats vid högvolumsjukhus [för referenser hänvisas till 1].

De flesta studierna är gjorda i Nordamerika men fynden har nyligen konfirmerats i Europa [2, 3]. Pankreatikoduodenektomi är en operation där sambandet med operationsmortaliteten

redan bedöms vara evidensbaserat [2-8] (Tabell). Även om den enskilde kirurgens erfarenhet är väsentlig [9] talar flera studier för att sjukhusvolymen också är viktig, något som understryker betydelsen av specifik erfarenhet inom hela det multidisciplinära behandlingsteamets olika yrkeskategorier. Att lågvolumsjukhusen statistiskt sett har högre operationsmortalitet innebär inte nödvändigtvis att alla sådana sjukhus har sämre resultat.

Detta medför i så fall att många lågvolumsjukhus har ännu högre mortalitet än de genomsnittliga siffrorna.

Hur många operationer om året?

Det kan diskuteras hur många operationer av denna typ ett sjukhus skall göra årligen för att det skall vara en rimlig risk att operationen görs där. Någon precis siffra kan inte anges.

Omkring 20 Whipple-operationer årligen har nämnts som en praktiskt användbar nedre gräns [2, 7, 10]. I vårt glest befolkade land är det få om ens några enheter som når upp till måtten för högvolumsenhet.

I England rekommenderar National Health Service (NHS) att behandlingsteam för pankreascancer har ett upptag-

Tabell. Mortalitet (procent) i relation till antal pankreasresektioner per sjukhus och år. Data hämtade från USA (Birkmeyer et al 2002 [7]) respektive Holland (Gouma et al 2000) [2].

	Antal operationer/år				
	<1	1-2	3-5	6-16	>16
Birkmeyer et al [7]	16,3	14,6	11,0	7,2	3,8
	Antal operationer/år				
	<5	5-9	10-24	>25	
Gouma et al [2]	16	13	8	1	

ningsområde på 2-4 miljoner invånare [11]. Socialdepartementets utredning om högspecialiserad vård föreslår på liknande sätt en koncentration av patienter med lågfrekventa åkommor som kräver komplex utredning och behandling till färre sjukhus i vårt land.

Tillsynsmyndigheten har tidigare inte tagit direkt hänsyn till sjukhusets patientvolym i värdering av frågan om vissa kirurgiska ingrepp ska göras på hemortslasarettet eller koncentreras.

Kirurgens erfarenhet har dock vägt in men då mera den formella kompetensen – AT-, ST-läkare eller specialist – än ansvarig kirurgs personliga erfarenhet av och utbildning för att genomföra ingreppet i fråga.

I ljuset av den vetenskapliga dokumentation som diskuterats ovan har Socialstyrelsen med anledning av detta ärende gjort ställningstagandet att det inte kan vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet att genomföra komplex kirurgi som pankreatikoduodenektomi enligt Whipple på sjukhus med en egen erfarenhetsvolym av endast enstaka patienter årligen. Man får därför förutsätta att sjukhusets patientvolym kommer att vägas in vid tillsynsmyndighetens utredning av komplikationer i samband med komplex kirurgi. Också den ansvarige kirurgens egen tidigare erfarenhet och resultat bör beaktas som en faktor i värderingen av det inträffade.

Referenser

1. Ihse I. The volume outcome relationship in cancer surgery – a hard sell. *Ann Surg* 2003;238:777-81.
2. Gouma D, van Geenen RCI, van Gulik TM, de Haan RJ, de Wit LT, Busch ORC, et al. Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy: risk factors and the impact of surgical volume. *Ann Surg* 2000;232:786-95.
3. Nordback I, Parviainen M, Rätty S, Kuivaniemi H, Sand J. Resection of the head of the pancreas in Finland; effects of hospital and surgeon on short-term and long-term results. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:1454-60.
4. Gordon TA, Burbyson GP, Tielsch JM, Cameron JL. The effect of regionalization on cost and outcome for a general high-risk surgical procedure. *Ann Surg* 1995;221:43-9.
5. Lieberman MD, Kilburn H, Lindsey M, Brennan MF. Relation of perioperative deaths to hospital volume among patients undergoing pancreatic resection for malignancy. *Ann Surg* 1995;222:638-45.
6. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Hospital volume influences outcome in patients undergoing pancreatic resection for cancer. *West J Med* 1996;165:294-306.
7. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista IDA, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.
8. Ho V, Heslin MJ. Effect of hospital volume and experience on in-hospital mortality for pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg* 2003;237:509-14.
9. Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Surg* 2003;349:2117-27.
10. Sosa JA, Bowman HM, Gordon TA, Bass EB, Yeo CJ, Lillemoe KD, et al. Importance of hospital volume in the overall management of pancreatic cancer. *Ann Surg* 1998;228:429-38.
11. Management of upper gastrointestinal cancer. *Effective Health Care* 2000;6:1-16. NHS Centre for Reviews and Dissemination.