

År 2002: 209; år 2003: 223; år 2004: 258; år 2005: 269 ...

Antalet fällda läkare fortsätter öka

Under 2005 utdelade Ansvarsnämnden, HSN, 269 disciplinpåföljder i form av varning eller erinran till läkare. Det är en fortsatt ökning från de tre närmast föregående åren då antalet var 209, 223 respektive 258.

Under fjolåret kom det in 3 670 anmälningar till Ansvarsnämnden, i stort samma antal som året innan. Antalet anmälda personer var 5 713 varav 7,8 procent fick någon form av sanktion. Det framgår av nämndens årsberättelse.

Läkarna dominerar

Såväl bland de anmälda som de fällda dominerar läkarna. De svarar för 70 procent av disciplinpåföljderna.

Disciplinpåföljderna, som ska vara preventiva såväl individuellt som allmänt, är varning och erinran. 382 personer fick en sådan påföljd i fjol, varav 269

läkare, 48 sjuksköterskor/barnmorskor och 40 tandläkare. Inom övriga yrkesgrupper fälldes exempelvis sjukgymnaster, apoteks- och ambulanspersonal, totalt 25 stycken.

Behörighetsinskränkningarna, delegitimering och provotid, är skyddsåtgärder som vidtas för att upprätthålla patientsäkerheten. I fjol miste 13 läkare sin legitimation medan åtta ålades provotid. Dessutom begränsades förskrivningsrätten i nio fall.

Ansvarsnämnden pekar på att under 2005 var cirka 30 000 läkare yrkesverksamma i Sverige. Av dessa var drygt 40 procent kvinnor. Av de anmälda läkarna var endast 28 procent kvinnor.

Överklaganden mildras – och skärps

I fjol överklagades 744 av Ansvarsnämndens beslut till länsrätten. Åtta återförvisades medan 34 ändrades i sak, varav 25

mildrades, det vill säga ledde till friande utslag eller att en varning ändrades till en erinran. Resten skärptes.

Ansvarsnämnden framhåller att de som anmäler sitt missnöje med den vård de fått är ett litet antal i förhållande till den vård som ges under ett år i vårt land. Det är bara en patient av 60 000–70 000 som anmäler den vård de fått.

Socialstyrelsen vinner nästan alltid

Anmälan till Ansvarsnämnden får göras av patienter samt av Socialstyrelsen, JO och JK.

Under 2005 gjorde Socialstyrelsen 57 anmälningar i behörighetsärenden och var framgångsrik i 50 av fallen. Motsvarande siffror för disciplinärendena var 105 respektive 86. Många av dessa ärenden hade sin upprinnelse i en anmälan från sjukvården till Socialstyrelsen enligt Lex Maria.

Kirurgen borde ha konverterat laparoskopin till öppen kirurgi

Fälls med stöd av två vetenskapliga råd: »Ett avsteg från beprövad erfarenhet«

Med stöd av två vetenskapliga råd varnar Ansvarsnämnden en kirurg för att inte ha konverterat en laparoskopisk viktminskningsoperation till öppen kirurgi. (HSN 2991/04 och 1136/05)

En 30-årig man genomgick den 15 september en viktminskningsoperation. Med titthåls teknik applicerades ett åtsnörande band runt magsäcken (laparoskopisk gastric banding). Efter operationen klagade patienten över bröstsmärtor, som bedömdes som hjärtutlösta.

Han skrevs ut av en överläkare den 18 september men återkom två dagar senare akut med blodinnehållande kräkningar. En gastroskopiundersökning utfördes akut och man fann ett magsår vid nedre magmunnen. En lungröntgen avslöjade rikligt med vätska i vänster lungsäck. En röntgen av buken visade fri gas.

Den 21 september visade en röntgenundersökning av matstrupen ett kontrastläckage ut i lungsäcken från gränsen mellan magsäck och matstrupe.

Den 22 september opererades han av

en kirurg vid ett universitetssjukhus. Denne undersökte operationsområdet med titthåls teknik. Det påvisades en bukhinneinflammation, men kirurgen kunde med den valda tekniken inte se det skadade området. En gastroskopi utfördes under operationen och man såg inifrån magsäck och matstrupe att hålet inte var tillgängligt för det tätande rör som kirurgen hade tänkt använda. Det åtsnörande bandet togs bort och kirurgen dränerade området med rör mot det skadade området.

I journalen har antecknats att vid utebliven förbättring inom 48 timmar skulle en ny operation övervägas.

Livräddande operation

Den 23 september var patienten sämre och han opererades på nytt av en annan läkare. Då upptäcktes, förutom skadan upptill på magsäcken, en perforation vid den nedre magmunnen och en defekt på tolvfingertarmens framsida. Såsom livräddande åtgärd opererades magsäcken, tolvfingertarmen, gallblåsan, bukspotts-

körteln och mjälten bort. Matstrupen stängdes ovanför mellangärdet och buken dränerades.

Patienten anmälde operatören och överläkaren vid första lasarettet. Dessa frias varför vi lämnar deras argument.

Välkänd komplikation

Socialstyrelsen, som anmälde kirurgen vid universitetssjukhuset, konstaterade att indikation för det första ingreppet fanns och att den använda metoden har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Vid den operationen åstadkoms en perforation i den esofagogastriska övergången, en väl känd komplikation.

Sådana perforationer ger till en början ofta endast diskreta symtom och dessa patienter är kliniskt svårbedömda. Patienten hade dock symtom som borde medfört en aktivare utredning för att utesluta en komplikation till ingreppet.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd i kirurgi, professor Ulf Haglund, bedömde att kirurgen under den laparoskopiska reoperationen den 22 september inte

helt kunde klarlägga förhållandena. Kirurgen konstaterade att det förelåg en grav peritonit och var medveten om att den underliggande defekten funnits i sju dygn. Trots det valde han att inte vidta åtgärder för att kunna klarlägga situationen och vidta en resolut åtgärd som till exempel dela ovan och nedom defekten, med esofagostomi på halsen och gastrotomi, för att senare återställa kontinuiteten.

I stället valde kirurgen att lägga drän mot området med motiveringen att detta förfarande kan vara framgångsrikt vid små färska anastomosläckage. Det kan emellertid i detta läge med svår långdragen peritonit och en stor defekt i magsäcken inte anses vara adekvat.

Att döma av beskrivningen i kommande operationsberättelse av en överläkare har med stor sannolikhet också åstadkommit en perforation distalt i magsäcken i samband med den intraoperativa gastroskopi indikerande hur förändrad och vulnerabel vävnaden blivit under förloppet, menade Ulf Haglund.

Reoperationen blev meningslös

Syftet med gastroskopi var att försöka täcka defekten med ett stent. Stent är ingen etablerad behandling av perforation men har föreslagits vid tidigt upptäckta mindre perforationer och/eller som en sista utväg då patienten inte bedömts tåla operation.

På grund av defektens storlek och läge bedömdes stent utsiktslöst i det aktuella läget. Den bedömningen var säkert korrekt. Om inte förr borde kirurgen då detta blev klart ändrat strategi och själv gjort, eller tillkallat någon för att genomföra, en öppen mer adekvat operation.

Den laparoskopiska reoperationen blev meningslös och skadlig ... då den ytterligare fördröjde en adekvat åtgärd. Kirurgen måste kritiseras för att reoperationen ... genomfördes ... på ett sätt, som inte hade förutsättningar att lösa patientens problem. Efter omständigheterna var den genomförda operationen inte i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ansåg Ulf Haglund.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och ett yttrande från kirurgen, som bestred att han handlat fel. Han motsatte sig helt det vetenskapliga rådets bedömning.

Han ansåg att han snabbast möjligt

hade omhändertagit patienten, identifierat den skada som funnits, avlägsnat främmande material och inlett behandling med lavage och multipla dränage förutom den behandling som tidigare satts in – pleuradränage och antibiotika.

Han hade i operationsberättelsen dokumenterat att det var ett första försök till behandling utan ventrikelsektion, men att en kontinuerlig värdering av patientens symtom skulle visa om ytterligare intervention behövdes.

Varför konverterades inte operationen till laparotomi? Kirurgen ansåg att det fanns fog för att tro att ventrikelperforationen i sig lett till patientens svåra tillstånd. Det fanns vid operationstillfället ingen anledning att misstänka en duodenalruptur.

Fördelen med att använda den laparoskopiska tekniken jämfört med öppen kirurgi ligger i första hand i en mindre respiratorisk påverkan och i många fall också en bättre visualisering av det gastroesofageala området. Eftersom hans bedömning var att resektion inte var oundgängligen nödvändig övergick han inte till laparotomi, uppgav kirurgen.

Han fann det mycket anmärkningsvärt att Socialstyrelsen i ett sådant komplext och svårt fall valde att så starkt kritisera omhändertagandet av patienten för att åtgärda den redan uppkomna skadan, inte den del av vårdkedjan där skadan skett.

Att patienten sändes till universitetssjukhuset trodde kirurgen berodde på att de besitter såväl multidisciplinär kompetens som stor erfarenhet avseende handläggning av denna svåra patientgrupp.

Kirurgen hade i akutskedet försökt handlägga fallet på ett sätt som skulle tillfoga patienten så lite skada som möjligt men samtidigt häva ett livshotande tillstånd. Om denna strategi inte skulle vara framgångsrik var planen att gå vidare med ytterligare en intervention, vilket också skedde, uppgav han.

Ansvarsnämnden kopplade in ett an-

nat vetenskapligt råd, professor Eva Haglund.

Hon framhöll bland annat att den första reoperationen synes ha genomförts utan att insikten om att den synnerligen allvarliga situationen patienten befann sig i kom att genomsyra handläggningen. Att ingreppet inte konverterades till öppen kirurgi, när det visade sig att det inte gick att fullfölja till en definitiv åtgärd med laparoskopisk metod, var i sig ett avsteg från beprövad erfarenhet.

Ansvarsnämnden konstaterar att i samband med operationen den 15 september uppstod komplikationer. Det fanns varningssignaler postoperativt som undervärderades.

Patientens tillstånd var emellertid svårbedömt, och det är känt att denna typ av komplikation kan missas initialt. Vidare saknades det vid kliniken en fastställd plan för komplikationshantering. Detta kan emellertid inte läggas de anmälda läkarna till last. De frias, bestämmer Ansvarsnämnden.

Avsteg från beprövad erfarenhet

När kirurgen på universitetssjukhuset opererade patienten den 22 september visste han att det fanns en perforation med läckage i gränsområdet mellan matstrupe och magsäck och dessutom en sårbildning vid nedre magmunnen. Avsikten var att kartlägga skadan, dränera området och om möjligt täta från ytterligare läckage med stent.

Eftersom perforationen befanns ligga på magsäckssidan, omgiven av kraftiga inflammatoriska förändringar, var det senare inte möjligt, utan kirurgen begränsade ingreppet till sonddränage från magsäcken och inläggning av flera dränage i bukhålan mot platsen för skadan.

Han hade inte skäl att misstänka att det fanns ytterligare en perforation längre ned mot tolvfingertarmen och hade med den valda tekniken mindre möjlighet att under sitt ingrepp upptäcka denna skada.

Socialstyrelsen och Ulf Haglund har kritiserat kirurgen för att han i denna situation avstod från att konvertera till öppen operation för att försörja perforationen. Även enligt Eva Haglund har detta varit ett avsteg från beprövad erfarenhet. Ansvarsnämnden delar Ulf Haglunds och Eva Haglunds uppfattning och tilldelar kirurgen en varning.

»Den laparoskopiska reoperationen blev meningslös och skadlig ... då den ytterligare fördröjde en adekvat åtgärd. Kirurgen måste kritiseras för att reoperationen ... genomfördes ... på ett sätt, som inte hade förutsättningar att lösa patientens problem.«

»... mycket anmärkningsvärt att Socialstyrelsen i ett sådant komplext och svårt fall valde att så starkt kritisera omhändertagandet av patienten för att åtgärda den redan uppkomna skadan, inte den del av vårdkedjan där skadan skett.«