

Om helsetjenesten

Komplikasjoner etter dagkirurgiske øre-nese-hals-operasjoner

Sammendrag

Bakgrunn. Stadig flere og større kirurgiske inngrep gjøres dagkirurgisk. Pasientene forlater da sykehuset så tidlig at komplikasjoner kan forbli ukjent dersom sykehuset ikke aktivt innhenter opplysninger.

Materiale og metode. Komplikasjoner ved 383 dagkirurgiske øre-nese-hals-operasjoner ble registrert fortløpende av operatøren og supplert med opplysninger fra poliklinisk etterkontroll og epikriser fra andre sykehus eller leger og deretter sammenliknet med opplysninger fra 328 postoperative pasientintervjuer (svarprosent 86).

Resultater. Basert på pasientintervjuene var komplikasjonsfrekvensen langt høyere (16,7 %) enn det kirurgen var kjent med (4,7 %). Av 64 komplikasjonstilfeller var 40 bare oppgitt av pasienten selv. Fem av disse var alvorlige nok til å kreve kirurgisk revisjon i narkose.

Fortolkning. Registrering av postoperative komplikasjoner etter dagkirurgi må også omfatte oppfølgingsintervju med pasientene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Basert på foredrag ved Norsk forening for Otorhinolaryngologi, Hode og Halskirurgi, vårmøtet Ålesund 2003

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Kjetil Skaansar

kjetil.skaansar@sjukehuset.no
Øre-nese-hals-avdelingen
Sykehuset Innlandet Gjøvik
2819 Gjøvik

Dag Hofoss

Stiftelse for helsetjenesteforskning

Lav risiko for skader og bivirkninger inngår som en av fem dimensjoner i WHO's kvalitetsbegrep (1). Undersøkelser i sykehus har vist at så mange som 45 % av innlagte pasienter opplever at noe går galt under oppholdet (2). I de fleste tilfeller er problemene små, men ikke alltid (3).

Ved øre-nese-hals-avdelingen på Hamar har vi utarbeidet et system for å holde oversikt over postoperative komplikasjoner for alle dagkirurgiske pasienter. Pasientene forlater sykehuset så tidlig at informasjon om komplikasjonsfrekvens kan forbli ukjent dersom man ikke aktivt innhenter den. Vi har derfor innført postoperative pasientintervjuer som rutine.

Materiale og metode

Sykehuset har et befolkningsgrunnlag på ca. 75 000 personer. Avdelingen består av to øre-nese-hals-kirurger, to legesekretærer, tre sykepleiere og en sykepleierbemannet dagavdeling. Avdelingen driver i hovedsak elektiv øre-nese-hals-kirurgi i vanlig arbeidstid på hverdager. Antall inngrep og fordelingen mellom ulike inngrep har vært omtrent uforandret gjennom undersøkelsesperioden.

I 1998 ble den manuelle operasjonsprotokollen erstattet med en Microsoft Access-database. Frem til 30.6. 2002 ble i alt 1 769 pasienter operert dagkirurgisk og registrert i den nye databasen. Databasen inneholder opplysninger om komplikasjoner, fortløpende innført av kirurgen på grunnlag av informasjon som fremkommer ved poliklinisk etterkontroll eller i epikriser fra andre sykehus eller leger. Det ble ikke gjort noe aktivt for å fremskaffe epikrisedata utover dette, hensikten var å gjenspeile informasjonflyten i en vanlig klinisk hverdag.

Som ledd i en større kvalitets- og pasienttilfredshetsstudie har sykepleiere eller legesekretærer, parallelt med kirurgens databaseregistrering, ringt eller skrevet til 383 konsekutive pasienter som ble operert dagkirurgisk fra 1.7. 2001 til 30.6. 2002. Alle operasjoner i denne perioden ble utført av de samme to kirurgene. De pasientene man ikke fikk telefonisk kontakt med etter

tre forsøk, ble tilskrevet. Pasientene ble blant annet spurrt om de hadde gjennomgått komplikasjoner og i så fall hvilke. En komplikasjon ble definert som en ikke-påregnet hendelse forårsaket av operasjonen, med negative følger for pasienten, medregnet reaksjoner på medikamenter brukt i tilknytning til inngrepet. Svarene ble vurdert og gradert av en av kirurgene. Komplikasjonene ble gradert i tre alvorlighetsgrader etter hvorvidt de kan takles poliklinisk, krever innleggelse eller medfører sansetap (syn, lukt) eller død. Sammen med kirurgens database utgjorde svarene grunnlaget for den fortløpende overvåkingen av komplikasjonsfrekvens.

Resultater

328 av 383 pasienter (86 %) svarte på spørsmålene, 288 telefonisk, 40 på tilsendt spørreskjema. Gjennomsnittlig tid fra operasjon til intervju var 5,6 måneder. Median alder var 29 år (spredning 1–78 år), de som ikke svarte, var litt eldre (median alder 33 år, spredning 3–78 år). 204 (62 %) av dem som svarte, var menn. Fordelingen på typer inngrep var ikke nevneverdig forskjellig blant dem som svarte i forhold til dem som ikke svarte.

71 pasienter svarte positivt på spørsmålet om de hadde fått en komplikasjon. 16 av disse beskrev en tilstand som ikke kom inn under definisjonen for komplikasjon, slik som dårlig operasjonsresultat eller forventet postoperativt ubehag, og disse ble derfor ikke tatt med i komplikasjonsregisteret. 24 pasienter svarte nei på spørsmålet om de hadde hatt komplikasjoner, men kom likevel med opplysninger i intervju eller fritekst som tydet på at negative hendelser hadde inntruffet etter operasjonen. Denne gruppen ble heller ikke regnet som å ha hatt komplikasjoner.

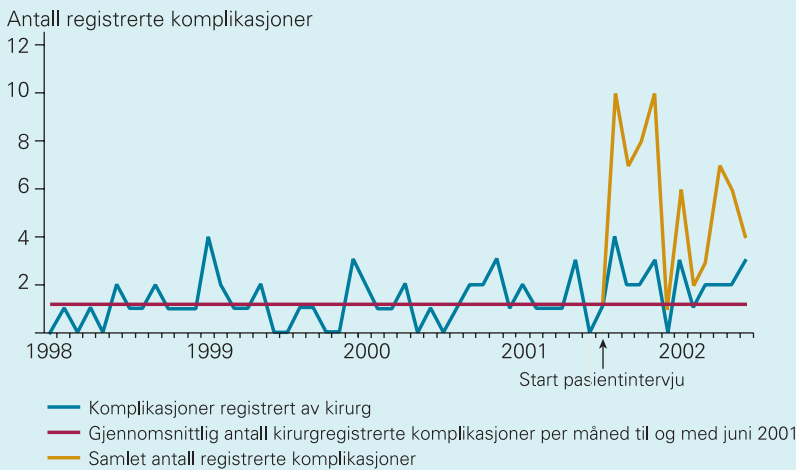
I perioden før pasientopplysningene inngikk i avdelingens komplikasjonsregistrering var komplikasjonsraten 4,7 %,



Hovedbudskap

- Resultatene etter operasjoner bør kontrolleres ved hjelp av et komplikasjonsregister som innbefatter postoperative pasientintervjuer
- Registeret bør føres på avdelingsnivå og danne grunnlag for forbedringstiltak

Figur 1



Antall registrerte postoperative komplikasjoner 1998–2002 ved dagkirurgiske øre-nese-hals-operasjoner

hvorav 1 % krevde innleggelse. I perioden 1.7. 2001 til 30.6. 2002, altså da pasientens egne opplysninger om komplikasjoner ble registrert, var raten 16,7 %, 4,7 % hadde ført til innleggelse (fig 1). Det var ingen komplikasjoner som medførte sansetap eller død. Type komplikasjoner og inngrep i intervju-perioden fremgår av tabell 1.

Av i alt 64 komplikasjoner var ni kun notert i kirurgens protokoll, to av disse førte til innleggelse og berørte pasienter som ikke svarte på telefon eller brev. 15 komplikasjoner ble notert både av kirurg og i pasientintervju, 11 av disse førte til innleggelse. 40 komplikasjoner fremkom bare i pasientintervju, og fem av disse førte til innleggelse. Det dreide seg om tre tonsillektomipasienter, hvorav én ble lagt inn med blødning og to med infeksjon, og to pasienter som hadde gjennomgått neseskilleveggskorreksjon og som ble innlagt for henholdsvis blødning og smerter. Alvorlige komplikasjoner som tap av sans eller død forekom ikke.

Ifølge kirurgens protokoll oppstod det blødninger ved ti av 288 tonsillektomier (3,5 %), alle førte til innleggelse. Basert på

kirurgens protokoll og pasientintervjuene under ett var andelen pasienter med etterblødninger etter tonsillektomi i intervju-perioden 11 av 69 (16 %). Sju av disse førte til innleggelse, og ved fire av disse var det nødvendig med kirurgisk revisjon i narkose. Median alder for gruppen tonsillektomerte pasienter var 17 år, den var 22 år for gruppen som blødde postoperativt. Det var kun ett barn (alder seks år) som blødde postoperativt, og det var pga. samtidig fjerning av falske mandler.

Diskusjon

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten satte et mål om at alle virksomheter skulle ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer innen år 2000 (4). Likevel finnes det fortsatt intet system for overvåking av et så sentralt kvalitetsmål som komplikasjonsfrekvens for kirurgiske inngrep ved norske sykehus. Det har vært vurdert å lage kvalitetsforbedrende systemer på grunnlag av pasientklager alene (5). Selv blant pasienter som er blitt påført alvorlige skader, er det imidlertid få

som klager (2), og tallmaterialet vil således bli for sparsomt og usystematisk til å kunne brukes på avdelingsnivå.

Så vidt vi kjenner til, har det tidligere ikke vært gjort noen studier hvor kirurgens optelling av postoperative komplikasjoner er sammenliknet med pasientens erfaringer. Antall komplikasjoner notert av kirurg holdt seg stabilt fra registreringsstarten i 1998 og frem til 30.6. 2002, mens intervjuer med pasientene viste at antall komplikasjoner var langt høyere enn det kirurgen var kjent med.

Blødningsfrekvensen etter tonsillektomi var noe høyere enn rapportert i en meta-analyse (6), men våre tonsillektomipasienter hadde en relativt høy medianalder (17 år), og postoperativ blødningsfrekvens er høyere hos voksne enn hos barn (7).

En svakhet ved vår studie er at de medisinske opplysninger i pasientgruppen som kun ble intervjuet, ikke ble verifisert. Dessuten kan grensen mellom hva som er normale plager etter en operasjon og hva som må defineres som komplikasjon diskuteres. Et viktig poeng i vår studie er at pasienten selv mener han/hun har gjennomgått en postoperativ komplikasjon. Vi har ikke funnet noen enhetlig definisjon av dette fenomenet i faglitteraturen. Vi mener at vi ikke har overestimert antall komplikasjoner, bl.a. fordi de 24 pasientene som beskrev negative hendelser ble ekskludert. En annen svakhet ved studien er den lange tiden fra operasjon til intervju. Dette kan ha ført til at pasienten har glemt gjennomgåtte komplikasjoner. Vårt inntrykk er likevel at komplikasjoner huskes svært godt. Vi har heller ikke gjennomgått sykehusets journal i ettertid for å korrigere eller supplere kirurgens protokoll. Registreringen er ment å reflektere et forsøk fra godt motiverte kirurger som på eget initiativ ønsker å føre et best mulig komplikasjonsregister.

For å kjenne hyppigheten av komplikasjoner ved en avdeling synes det altså å være nødvendig både å føre en fortløpende protokoll basert både opplysninger fra epikriser og polikliniske kontroller og å gjøre postoperative pasientintervjuer. Kjennskap til korrekt komplikasjonsrisiko

Tabell 1 Fordeling av inngrep og komplikasjoner hos 383 pasienter som gjennomgikk dagkirurgisk inngrep 1.10. 2001–30.6. 2002

Type operasjon	Antall inngrep	Antall komplikasjoner	Komplikasjonstype					
			Blødning	Infeksjon	Smerter	Luftveisproblemer	Medikamentbivirkning	Diverse
Neseskilleveggskorreksjon	115	24	11	7	2	–	2	2
Bihuleoperasjon	50	8	5	2	–	–	–	1
Fjerne mandel (ev. inkludert falsk mandel)	69	19	11	4	3	1	–	–
Fjerne falsk mandel	67	5	2	2	–	1	–	–
Operere inn rør på trommehinnen	16	3	–	3	–	–	–	–
Diverse fjerninger, plastikk-kirurgi, snorkeoperasjon	66	5	–	2	–	2	–	1
Sum	383	64	29	20	5	4	2	4

er viktig når pasienten sammen med kirurgen skal fatte beslutning om et kirurgisk inngrep (8). Fortløpende registrering av avvik har vært fremholdt som et sine qua non for forbedring av medisinsk behandling (9). I så måte ligger helsevesenet langt etter industrien og transportnæringene (10).

Et problem med registrering av medisinske avvik er at klinikere ofte oppfatter dette som unødvendig papirarbeid. Resultatene blir som regel bearbeidet av instanser høyere opp i hierarkiet og bekjentgjort for klinikerne kun når avvikene er uakseptable (9). Resultatene fra en komplikasjonsdatabase bør derfor evalueres innad i avdelingen, man bør legge vekt på systemfeil fremfor personfeil, og eventuelle tiltak som kan forbedre systemet, må oppfattes som nyttige av helsepersonellet. En slik konstruktiv tilnærming er viktig i arbeidet for å oppnå god kvalitet på helsetilbudet (11).

Våre erfaringer viser at det er nødvendig å trekke inn både motiverte fagfolk og pasienterfaringer ved registrering av komplikasjoner. Sykehusenes datasystemer er i hovedsak konstruert for økonomiske og administrative formål. Vi måtte derfor konstruere vår egen database. Etter vår mening er det på høy tid å etablere datasystemer som ivaretar muligheten for å følge sentrale kvalitetsdata på avdelingsnivå ved norske sykehus. Slike systemer må standardiseres for å gjøres sammenliknbare, være anvendelige for overvåking av kvalitet og fremme kvalitetsforbedrende tiltak på avdelingsnivå.

Oppgitte interessekonflikter: Deler av prosjektet er gjennomført med økonomisk støtte fra Legeforeningens kvalitetssikringsfond II.

Vi takker Tor Aasmundstad for gjennomlesning og hjelp til korreksjon av manuskriptet.

Litteratur

1. Continuous quality development: a proposed national policy. København: WHO, 1993.
2. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997; 349: 309–13.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370–6.
4. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. IK-2482. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.
5. Emblem R, Søreide O, Melsom H, Breivik E, Botten G. Kirurgiske skader registrert i Norsk Pasient-skadeerstatning. Muligheter for bruk av skadematerialet i kvalitetsutvikling i norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3359–62.
6. Krishna P, Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: a metaanalysis. *Laryngoscope* 2001; 111: 1358–61.
7. Tewary AK. Day-case tonsillectomy: a review of the literature. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 703–5.
8. Aunan E. Informert samtykke til kirurgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 18: 2597–9.
9. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1994.
10. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academies Press, 2000.
11. Reinertsen JL. Let's talk about error. *BMJ* 2000; 320: 730.