

Kirurgiske feil skjer oftest for erfarne kirurger

De fleste kirurgiske feil skjer for rutinerne kirurger og ved relativt enkle operasjoner, ikke for uerfarne kirurger eller ved høyt spesialiserte inngrep. Det viser en studie fra USA.

Forfatterne gjennomgikk 444 klagesaker vedrørende kirurgiske inngrep fra fire forsikringsselskaper i USA. I 133 saker identifiserte de minst én teknisk feil, som førte til skade hos pasienten. «Feil» ble definert som en situasjon der man ikke kunne gjennomføre et inngrep som planlagt eller man hadde lagt feil plan for å nå et mål (1).

De fleste feil (65 %) skyldtes en manuell feil, 9 % skyldtes en vurderingsfeil og i 26 % av tilfellene skjedde begge feil. Erfarne kirurger begikk 73 % av feilene, oftest (84 %) i rutinemessige operasjoner. Pasientrelatert kompleksitet som akutte situasjoner, anatomiske vanskeligheter og tidligere operasjoner medvirket i 61 % av feilene.

Anbefalinger om at høyt spesialiserte operasjoner begrenses til erfarne kirurger, og at treningen intensiveres for mindre erfarne kirurger, vil kun påvirke et mindretall av de kirurgiske feil, mener forfatterne.

– Det er solid dokumentasjon for at man oppnår bedre resultater når sjeldnere og komplekse inngrep samles på færre avde-



Det er gunstig å samle komplekse inngrep på færre avdelinger. Illustrasjonsfoto Colourbox

linger. Selv om disse funnene er tankevekkende, kan resultatene ikke overføres direkte til våre forhold. Vi vet blant annet ikke hvor mange inngrep som ble utført av yngre versus erfarne leger, sier Peter Funch Jensen ved Kirurgisk avdeling, Århus sykehus (2).

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Regenbogen SE, Greenberg CC, Studdert DM et al. Patterns of technical error among surgical malpractice claims: an analysis of strategies to prevent injury to surgical patients. *Ann Surg* 2007; 246: 705–11.
2. Csillag C. Kirurgiske fejl sker oftest for erfarne kirurger. *Ugeskr Læger* 2007; 169: 4326.

Bypass lindrer mer enn ballongbehandling

Koronar bypasskirurgi er bedre enn perkutan koronar intervensjon til å lindre anginasmerter og fører samtidig til færre revaskulariseringer. Det viser en ny oversiktsartikkel.

Studien omfattet 23 randomiserte, kliniske undersøkelser, der man hadde sammenliknet bypasskirurgi med perkutan koronar intervensjon (PCI). Det var omtrent 5 000 pasienter i begge grupper (1).

Fem år etter intervensjonen var lindringsskader for anginasmerter høyere etter en bypassoperasjon (84 % mot 79 %). Gjennatte revaskulariseringer etter fem år var også hyppigere etter perkutan koronar intervensjon, enten det gjaldt ballongutvidelse (46 %) eller stenting (40 %), enn etter bypassoperasjon (10 %). Apopleksier relatert til intervensjonene var imidlertid hyppigere blant dem som fikk foretatt en bypassoperasjon (1,2 % mot 0,6 %). Etter ti år var overlevelsesforskjellen mellom intervensjonene < 1 %. I de seks studiene der man

hadde kontrollert for diabetes, var det ingen forskjell i overlevelse for denne pasientgruppen. Tiårsoverlevelsen var den samme ved begge intervensjonene.

– Resultatene rokker ved dogmet om at pasienter med diabetes og koronarsykdom har bedre overlevelse ved operasjon. Men funnene understreker også behovet for større randomiserte sammenlikninger av perkutan og operativ revaskularisering, selv om det er snakk om bevegelige mål etter som det pågår en konstant fornyelse av behandlingstiltakene, sier Henning Kelbæk ved Hjertemedisinsk klinikk, Rigshospitalet i København (2).

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Bravata DM, Gienger AL, McDonald KM et al. The comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med* 2007; 147: 703–16.
2. Csillag C. Bypass lindrer mere end ballongbehandling, men har højere apopleksirisiko. *Ugeskr Læger* 2007; 169: 4326.

Økt kolesterolnivå øker dødeligheten av hjertesykdom

Økt kolesterolnivå er assosiert med økt dødelighet av iskemisk hjertesykdom hos både middelaldrende og eldre pasienter uansett blodtryksnivå. Det er konklusjonen i en ny metaanalyse som omfattet data fra 61 prospektive studier med 55 000 dødsfall fra hjerte- og karsykdommer (*Lancet* 2007; 370: 1829–39).

Det var ingen sammenheng mellom kolesterolnivå og slag, noe som var uventet og bør undersøkes nærmere, konkluderer forfatterne.

Kan betakaroten beskytte mot kognitiv svikt?

Kortvarig forebygging med betakaroten har ingen beskyttende virkning mot kognitiv funksjonsnedsettelse, men en langvarig behandling kan kanskje ha en beskyttende effekt. Det er konklusjonen i en ny artikkel (*Arch Intern Med* 2007; 167: 2184–90).

Studien omfattet 22 000 mannlige leger som i 1982 ble randomisert til bl.a. betakaroten eller placebo. Nye deltakere ble rekruttert i 1998. Kognitiv testing ble gjort via telefon på deltakere over 65 år.

Det var ingen forskjell på kognitive funksjoner mellom mennene som fikk betakaroten i ett år, og dem som fikk placebo. Blant mennene som hadde tatt betakaroten i 18 år, derimot, fant forskerne et bedre overordnet funksjonsnivå enn i placebo-gruppen.

Behandling med statin gir 15 års beskyttelse mot infarkt

Behandling med pravastatin i fem år reduserer ikke bare risikoen for myokardinfarkt i behandlingsperioden – den gunstige effekten varer i opptil ti år. Det er konklusjonen i en ny studie (*N Engl J Med* 2007; 357: 1477–86).

6 500 menn i alderen 45–64 år og uten tidligere myokardinfarkt ble randomisert til enten placebo eller 40 mg pravastatin daglig i fem år. Etter fem års behandling var LDL-kolesterolkonsentrasjonen redusert med 26 %, og kardiovaskulær død eller myokardinfarkt var lavere i pravastatin-gruppen (5,5 % mot 7,9 %).

Blant dem i studien som fikk 40 mg pravastatin, var risikoen for kardiovaskulær død eller for ikke-fatalt akutt myokardinfarkt lavere i de etterfølgende ti år (8,6 % mot 10,3 %). Det var tilsvarende reduksjoner også i andre kardiovaskulære effektmål, men ikke i ikke-kardiovaskulær mortalitet eller kreftensidens (*Ugeskr Læger* 2007; 169: 4032).