

Hur insatta är de som bestämmer i HSAN?

I syfte att sprida lärdom om andras misstag, och därmed förbygga att de upprepas, publiceras regelbundet i Läkartidningen ett urval av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) granskningar. I sina beslut ger Ansvarsnämnden uttryck för de minimikrav samhället ställer på en utredning eller en behandling, och utslagen uppfattas ofta av vårdpersonal som vägledande: Så här får man göra, men inte så här. Det faktum att Ansvarsnämndens utslag därmed ofta blir prejudicerande ställer stora krav på kvaliteten i dess utredningar. Ett beslut i Ansvarsnämnden kan ju innebära att rutiner omformuleras eller att delar av läkarkåren ändrar sitt sätt att utreda eller behandla en viss åkomma.

För att inte skapa förvirring måste Ansvarsnämndens beslut vara så konsekventa som möjligt. Vad som anses vara förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet får inte variera från dag till annan med mindre än att nya studier visat att handläggningen av en viss sjukdom bör ändras.

3 000 anmälningar per år

De senaste tre åren har i runda tal 3 000 anmälningar per år gjorts till HSAN. Detta skall ses mot bakgrund av att det görs ca 25 miljoner läkarbesök årligen i Sverige, vilket innebär att ett av 8 000 läkarbesök renderar en anmälan [1]. Av de ca 3 000 anmälningar som gjordes till HSAN år 2000 ledde 13 procent till någon form av påföljd i form av varning eller erinran.

5 procent av anmälningarna till HSAN år 2000 kom från Socialstyrelsen. Det handlar då om ärenden där sjukvården själv gjort anmälan till Socialstyrelsen enligt den s k Lex Maria. När Socialstyrelsen gör en anmälan till Ansvarsnämnden leder den till påföljd i stor utsträckning. Av de av Socialstyrelsen anmälda ärenden som avgjordes år 2000 ledde 87 procent till någon form av påföljd. Detta innebär dock inte att alla Lex Maria-ärenden leder till påföljd. Endast drygt 9 procent av de till Socialstyrelsen inkomna Lex Maria-ärendena lämnades år 2000 vidare till HSAN. Antalet Lex Maria-anmälningar har stadigt sjunkit de senaste åren. År 2000 inkom 901 Lex Maria-anmälningar till Socialstyrelsen.

Utgången påverkar bedömningen

Få studier har gjorts där man granskat Ansvarsnämndens bedömningar. En genomgång av 50 obstetriska ansvarsärenden från 1992 visade dock att nämndens beslut många gånger påverkades av utgången för patienten. I de fall det nyfödda barnet inte fick några skador friades förlossningsläkaren i 90 pro-

SAMMANFATTAT

Läkare som anmälts för feldiagnostisering av skrotala besvär fick hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd endast undantagsvis sitt fall granskat av urolog. I vissa fall sköttes hela utredningen hos HSAN av icke kliniskt aktiva läkare utan urologisk kompetens.

Det framgår av ett tioårsmaterial omfattande 25 fall som har granskats avseende handläggningen av testikeltorsion, epididymit och testikelcancer. Trots att ärendena rörde urologi genomgick endast 28 procent en urologisk granskning hos HSAN. I fem fall ingick varken urolog eller kliniskt aktiv läkare i HSANs utredning.

Av de 34 läkare som anmälts fick 22 någon form av påföljd. Samtliga läkare som anmälts enligt Lex Maria prickades.

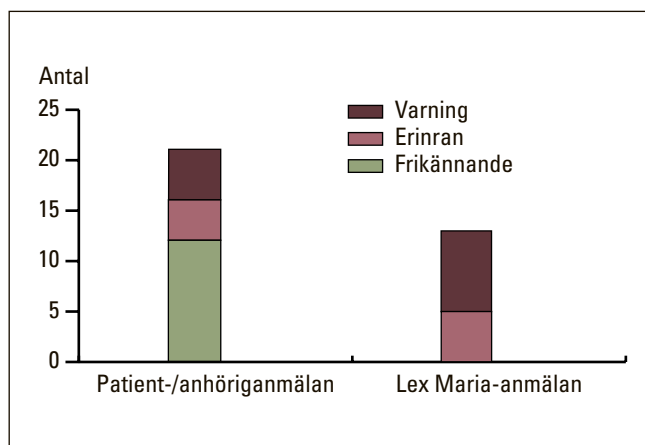
Den bedömning HSAN gjorde i de olika fallen var mycket varierande, så varierande att två läkare som på ett närmast identiskt sätt handlagt ett patientfall fick så olika påföljder som varning respektive helt frikännande.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

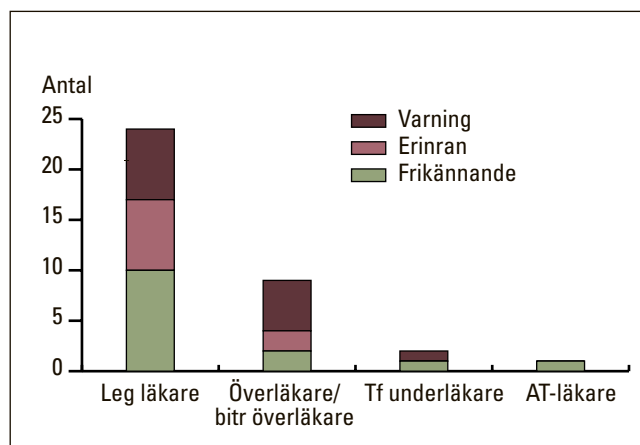
cent av fallen [2]. Det faktum att en patient undgått skador betyder givetvis inte att handläggningen alltid behöver ha varit riktig. Inte heller innebär det faktum att en patient kommit till skada att behandlingen alltid varit felaktig; ibland finns omständigheter som läkaren inte rör över. Varje ansvarsärende måste därför bedömas utifrån den potentiella fara ett avsteg från gängse behandlingsrutiner utsatte patienten för, inte hur följderna blev [3].

Var tredje varning överklagas

Inte sällan väcker HSANs beslut diskussion, och var tredje varning överklagas [4]. Tidigare ställdes överklaganden till



Figur 1. Påföljd för läkare beroende på om anmälan gjorts av patient/anhörig eller av Socialstyrelsen enligt Lex Maria.



Figur 2. Påföljd för olika kategorier av läkare.

Kammarrätten i Stockholm, numera görs de till Länsrätten i Stockholms län. Av de beslut om varning respektive erinran som överklagas mildras drygt en tredjedel, vilket för varningar innebär att hela 39 procent mildras av högre instans. Av varningar som överklagas upphävs 21 procent helt och 18 procent lindras till en erinran [4]. Av beslut om erinran som överklagas upphävs 35 procent [4].

Om domstol ändrar HSANs beslut går 90 procent av ändringarna i mildare riktning. Det är mycket sällan som en domstol skärper HSANs beslut [5]. Det vanligaste skälet till att en domstol ändrar HSANs beslut är att fallet hos domstolen genomgått en mer djuplodande medicinsk granskning av ett vetenskapligt råd, en granskning som utfallit till den anmälda läkarens fördel [5].

Hur väl fungerar Ansvarsnämnden i verkligheten?

Hur väl fungerar då Ansvarsnämnden i verkligheten? Vilken formell kompetens besitter deras utredare? Innehar de specialistkompetens inom de områden de är satta att granska? Får två personer som på ett liknande sätt brustit i sin yrkesutövning samma disciplinära påföljd? Påverkas HSANs bedömning av utgången för patienten?

För att svara på dessa frågor granskades som ett led i en större ännu inte publicerad studie samtliga fall rörande diagnostisering av testikeltorsion och andra skrotala besvär som inkommit till Ansvarsnämnden under en tioårsperiod.

Material och metod

Materialet omfattade beslutsdokument från HSAN rörande anmälningar beträffande sjukdomar i pungen under tioårsperioden 1 januari 1991 till 31 december 2000 samt i de fall överklagan skett till Länsrätten i Stockholms län även länsrätts domar.

Ärendena identifierades genom en fritextsökning i den dator där Ansvarsnämnden sedan 1991 har sina beslut samlade som textdokument. Sökningen gjordes under den rubrik som beskriver ärendets art, den s k saken. Samtliga dokument som innehöll något av orden *skrotum*, *scrotum*, *testikel*, *testis*, *pung*, *pungkula*, *pungkule*, *torsion*, *vridning* plockades fram och granskades. Därefter inhämtades uppgifter från HSAN om huruvida de läkare som deltagit i beredningen av ärendet var kliniskt aktiva vid tidpunkten för anmälan och vilken specialistkompetens de innehade.

Resultat

Totalt påträffades 25 beslutsdokument avseende diagnostik av skrotala besvär; 23 av dessa fall rörde missad testikeltor-

sion, ett fall var en patient som läkarna avstod från att operera trots att de inte kunde utesluta testikeltorsion. Patienten visade sig senare ha en epididymit. Ett fall rörde en missad testikeltumör.

Då ibland flera läkare per fall anmäldes var totalt 34 läkare involverade. Av dessa fick 22 (65 procent) någon form av påföljd (9 erinran, 13 varning).

Specialistkompetens hos HSAN

I sju av de 25 fallen (28 procent) anlätade Ansvarsnämnden en urolog för sin bedömning av de anmälda läkarna. I övriga 18 fall (72 procent) deltog ingen urolog i den vetenskapliga granskningen. Däremot fick alla läkare sitt fall granskat av en specialist verksam inom den specialitet som den anmälda läkaren verkade inom, dvs om den anmälda läkaren var verksam på en vårdcentral förbereddes ärendet alltid av en allmänläkare, och om läkaren var verksam på en akutmottagning för barn förbereddes ärendet av en barnläkare.

I fem fall var den som fungerade som kliniskt sakkunnig på Ansvarsnämnden varken urolog eller kliniskt aktiv vid tidpunkten för anmälan, utan pensionerad sedan ett antal år tillbaka.

Påföljd

Totalt 34 läkare var föremål för Ansvarsnämndens granskning. Som framgår av Figur 1 fälldes samtliga läkare som anmäldes av Socialstyrelsen enligt Lex Maria, medan drygt hälften av dem som anmäldes av en patient eller anhörig friades.

Påföljden för samtliga läkarkategorier framgår av Figur 2.

Fyra av målen var så pass likartade att de medgav jämförelser. De visade att två läkare som på ett närmast identiskt sätt handlagt en patientutredning kunde få vitt skilda påföljder. Några av fallen beskrivs närmare i separat ruta. I två fall kom sannolikt utgången för patienten att påverka HSANs bedömning.

Överklagande

Fyra av HSANs beslut överklagades till Länsrätten i Stockholms län; två av dessa ändrades av rätten. I tre av de fyra överklagade besluten gjordes överklagandet av läkare som tilldelats varning, i ett fall av en patient som överklagade ett beslut där läkarna friats.

Länsrätten upphävde varningen för en av de läkare som överklagat sin varning men lämnade de två övriga överklagade varningarna utan åtgärd. För den patient som överklagade

II Fallbeskrivningar

Fall 1 och 2: Olika påföljd trots likartade symtom och handläggning

Fall 1: Patienten, en 25-årig man som tidigare framgångsrikt antibiotikabehandlats för bitestikelinflammation, söker på akutmottagningen på grund av några timmars besvär med svår smärta i höger skrotalhalva. Han negerar vattenkastningsbesvär och flytningar, men säger sig känna igen besvären från sin tidigare bitestikelinflammation.

På akuten finner en legitimerad läkare en ömmande, svullen bitestikel. Skrotalhuden inspekteras utan tecken på svullnad eller rodnad, själva testiklarna känns normala och oömma. Tillståndet bedöms som bitestikelinflammation och patienten ordinerar antibiotika (Lexinor 200 mg 2x2). Klamydiaprov tas och remiss skrivs till urolog för uppföljning. Instruktioner ges att återkomma vid förnyade besvär.

Sedan patienten kommit hem förvärras symtomen. Dagen efter ringer han akuten och talar med en nyligitimerad läkare, som rekommenderar honom att fördubbla penicillindosen. Besvären fortsätter dock och patienten söker på nytt följande dag. Han läggs in, genomgår ultraljudsundersökning av pungen. Ultraljudet visar en förstörad testikel med upphörd cirkulation, en bild förenlig med testikeltorsion. Patienten opereras, varvid man finner en nekrotisk testikel.

Patienten anmäler undersökande läkare, som dock frias.

Fall 2: En 32-årig man med tidigare framgångsrikt antibiotikabehandlad bitestikelinflammation söker på akutmottagningen på grund av några timmars besvär med svår smärta i höger skrotalhalva. Han negerar vattenkastningsbesvär och flytningar, men känner igen besvären från sin tidigare bitestikelinflammation. På akuten finner en legitimerad läkare en ömmande, svullen bitestikel, skrotalhuden inspekteras utan tecken på svullnad eller rodnad och själva testiklarna känns normala och oömma. Tillståndet bedöms som bitestikelinflammation. För säkerhets skull utförs en ultraljudsundersökning, som även den visar fynd förenliga med bitestikelinflammation.

Handläggande läkare ringer och diskuterar fallet med sin urologbakjour. Denne tycker tillståndet skall bedömas som en bitestikelinflammation och rekommenderar att patienten skall skickas hem med antibiotika (Lexinor 400 mg 1x2) och smärtlindrande tabletter som behandling. Remiss utfärdas till familjeläkare för uppföljande klamydiaodling, då sådan inte kan tas på akuten.

Besvären fortsätter dock och patienten söker på nytt sju dagar senare. Han läggs in och opereras, varvid man finner en nekrotisk testikel.

Patienten anmäler undersökande läkare, som varnas för att ha skickat hem patienten utan att låta urolog undersöka patienten personligen. Den urolog som rekommenderade att patienten skulle skickas hem anmäldes aldrig och kan således inte tilldelas någon disciplinpåföljd.

Fall 3: Rätt diagnos, men fallet felaktigt handlagt

En 1-årig pojke på semester med sina föräldrar inremitteras till kirurgklinik under frågeställning testistorsion. En kirurg undersöker patienten och konstaterar feber samt rodnad och svullnad i höger punghalva. Kirurgen kan dock inte avgöra om det rör sig om en testistorsion eller en bitestikelinflammation och ringer därför sin bakjour. Efter diskussion kommer man fram till att det i händelse av testistorsion är för sent att rädda pojkens punkula eftersom tolv timmar hunnit förflyta sedan symtomdebut. Man avstår

därför från operation. I stället insätts antibiotika som behandling av eventuell bitestikelinflammation. Remiss skrivs för uppföljning på hemorten.

Föräldrarna är emellertid missnöjda med handläggningen och söker samma dygn på hemortens kirurgklinik. Där opererar man, eftersom torsion inte kunnat uteslutas. Vid operationen konstateras att tillståndet inte orsakats av torsion utan av en bitestikelinflammation. Föräldrarna, missnöjda med att patienten inte opererades vid det första sjukhuset, anmäler kirurgen därstädes jämte dennes bakjour.

Bakjouren tilldelas en erinran för att han inte opererat pojken vid det första besöket, medan kirurgen frias.

Fall 4: Kompletterande upplysning missades

En 25-årig man inremitteras från vårdcentral till kirurgakuten under frågeställning blödning i testikeln, testikeltorsion, epididymit. Patienten har sedan en vecka tillbaka haft lättare obehag i höger punkula. Besvären debuterade i samband med att han fått punkulan i kläm i samband med en fisketur i vadarbyxor. Kvällen innan hade han ytterligare en gång råkat stöta i punkulan och då upplevt att den svullnade upp något.

En överläkare undersöker patienten och konstaterar feberfrihet, normalt urinprov, men att höger testikel är rejält svullen och ömmande. Läkaren utför ett akut ultraljud, som visar att den drabbade testikeln är större än den vänstra, inhomogen, derangerad och stråkig i sitt utseende. Blodflödet synes ökat. Tillståndet bedöms av röntgenläkare vara möjligen traumatiskt betingat, och man väljer att avvakta. Patienten skickas hem utan vidare uppföljning än att höra av sig om besvären kvarstår.

Några dagar senare kommer ett kompletterande röntgensvar, där röntgenläkaren tycker att man skall göra en förnyad kontroll av testikeln med ultraljud. Detta uppmärksammas dock aldrig av den behandlande läkaren.

Fem månader senare söker patienten på nytt på grund av svullnad och ömhet i höger testikel. Han har sedan sitt första besök vid flera tillfällen haft besvär i samband med lättare trauman mot testikeln. Testikeln är denna gång kraftigt förstörad och skrotalhuden röd och svullen. Förnyat ultraljud utförs och man finner fynd starkt talande för testikelcancer. Patienten opereras, varvid man finner en testikelcancer av typen malignt teratom och embryonal cancer.

Den läkare som först undersökte patienten anmäls enligt Lex Maria och tilldelas en erinran, dock inte för att han, som brukligt, avstått från exploration, utan för att han inte följt upp sin första undersökning med ett förnyat ultraljud.

Annons

Annons

HSANs friande beslut skärpte rätten bedömningen genom att tilldela en tidigare friad läkare en varning.

II Diskussion

Trots att patienterna hade sökt för en urologisk åkomma lät HSAN endast en minoritet av fallen genomgå granskning av urolog (28 procent). I majoriteten av fallen fattade HSAN sitt beslut utan att konsultera någon urolog för sin bedömning (72 procent), trots att diagnostik av testikel torsion är erkänt svår, så svår att HSAN själv i sina beslut ofta betonar vikten av att alltid konsultera urolog om man har för avsikt att avstå från exploration.

Mot den bakgrunden känns det motsägelsefullt att HSAN inte ställer samma höga krav på sina egna utredningar som man gör på de anmälda läkarnas.

Kliniskt aktiv bedömare nödvändig

I fem fall var den som fungerade som kliniskt sakkunnig hos Ansvarsnämnden varken urolog eller kliniskt aktiv utan pensionerad sedan ett antal år tillbaka. Sjukvården har de senaste åren genomgått drastiska förändringar. Trycket på mottagningar har ökat, överbeläggningar på vårdavdelningar blir allt vanligare och möjligheten till inläggningar alltmer begränsad. Samtidigt går den medicinska och tekniska utvecklingen ständigt framåt och nya diagnostiska och terapeutiska metoder tas ständigt i bruk.

Det finns därför anledning att ifrågasätta om en person som sedan ett par år tillbaka inte längre arbetar inom sjukvården kan vara tillräckligt uppdaterad för att fungera som sakkunnig expert i ansvarsfrågor, speciellt om han inte innehar specialistkompetens inom det område han är satt att uttala sig om.

Alla Lex Maria-ärenden fälldes

Samtliga läkare som anmälts av sjukvården själv enligt Lex Maria fälldes. Detta stämmer väl överens med statistik från år 2000, där 87 procent av de ärenden som anmälts enligt Lex Maria renderat påföljd; att jämföra med de ärenden som anmäls av patient eller anhörig, där endast 9 procent renderar påföljd. Detta speglar troligen det faktum att Socialstyrelsen lämnar endast väl underbyggda anmälningar vidare till HSAN.

Bedömningen kan påverkas av utgången för patienten

I två fall kan man misstänka att utgången för patienten påverkat HSANs bedömning. Det ena fallet rörde en missad testikelcancer. Visserligen fick läkaren en erinran, men HSANs kritik bestod här inte som i fallen med de missade testikel torsionerna i att läkaren avstått från att utforska akut, utan i att läkaren missat en komplettering som gjordes på det ultraljudsutlåtande läkaren fick avseende den drabbade testikeln. Tydligt är det tillåtet att avstå från exploration av oklara besvär från testiklarna under förutsättning att det är en cancer man utreder och inte en torsion. Klinikern vet ju dock inte förrän efteråt vad det är han utreder.

Tilläggs skall dock att den urolog som, i egenskap av Socialstyrelsens vetenskapliga råd, uttalade sig i ärendet ansåg att fallet borde ha utforskats. Patienten (fall 4) beskrivs närmare i den separata rutan Fallbeskrivningar.

Testikelnekros efter epididymit

Att kliniskt skilja epididymit från torsion kan vara näst intill omöjligt. Differentialdiagnostiken underlättas inte av det faktum att epididymit ofta inte ger upphov till vare sig vattenkastningsbesvär, flytningar, ömhet över prostata, patologiskt urinprov eller feber [6, 7]. Inte heller ger ultraljudsundersökning alltid någon vägledning, utan kan till och med bidra till

felbedömning då tidiga ultraljudsfynd vid torsion kan vara identiska med dem man finner vid en epididymit [8], vilket några av de anmälda läkarna fick erfara (fall 2).

Även med facit i hand är det många gånger även i efterhand svårt att avgöra om en patient som utvecklat testikelatrofi eller testikelnekros efter en episod av ömhet och svullnad i skrotum gjort detta på grund av en epididymit eller en testikel torsion. Epididymit kan nämligen precis som testikel torsion ge upphov till testikelfarkt [9, 10]. Mekanismen anses vara att den kraftiga svullnad i sädessträngen som i vissa fall uppkommer i samband med epididymit kan bli så uttalad att blodflödet i testikeln påverkas: antingen genom compartmentutveckling innanför den relativt oeftergivliga fascia som omger sädessträngen (fascia spermatica externa), med efterföljande venös stas och trombbildning som följd [10], eller genom att sädessträngen blir så svullen att den inte får plats i den relativt trånga yttre inguinalöppningen. Inträffar detta uppstår kompression av testikelartärerna som löper i sädessträngen, vilket leder till arteriell ocklusion och testikelnekros [9].

I några av fallen där läkaren bedömt att patienten lidit av en epididymit, men där HSAN gjorde bedömningen att patienten i stället haft en testikel torsion, kunde man sålunda inte i efterhand med säkerhet säga vem som hade rätt. Svårigheten att ibland efteråt avgöra huruvida läkaren de facto ställt fel diagnos eller inte understryker vikten av en grundlig vetenskaplig utredning av dessa ärenden hos HSAN.

HSANs beslut skulle säkert bli mer enhetliga om nämnden som rutin hade att alltid låta en kliniskt aktiv urolog granska denna typ av anmälningsärenden. Rättssäkerheten för de anmälda läkarna skulle höjas, besluten skulle bli bättre förankrade i vården, varvid antalet fall som överklagas och ändras i högre instans sannolikt skulle minska.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1998. Stockholm: Socialstyrelsen.
2. Lindmark G. Femtio obstetriska ansvarsärenden: Svåra gränsdragningar, inkonsekventa beslut. Läkartidningen 1992;89:133-6.
3. Lindberg B. Antalet anmälningar mot läkare ökar kraftigt. Stödet till anmälda måste bli bättre. Läkartidningen 1995;92:1818-24.
4. Ringholm G. Fälld av ansvarsnämnden. Stockholm: Publicisthuset; 1996.
5. Byström J. Varför ändrar kammarrätten överklagade beslut i HSAN? Analys av 169 ärenden: mildare bedömning vanlig. Läkartidningen 1999;96:925-9.
6. Berger RE, Russel Alexander E, Harnisch LP. Etiology, manifestations and therapy of acute epididymitis: Prospective study of 50 cases. J Urol 1979;121:750-4.
7. Kaver I, Matzkin H, Braf ZF. Epididymo-orchitis: A retrospective study of 121 patients. J Fam Pract 1990;30(5):548-52.
8. Older RA, Watson LR. Ultrasound diagnosis of testicular torsion: Beware the swollen epididymis. J Urol 1997;157:1369-70.
9. Costas S, Van Blerk PJP. Incision of the external inguinal ring in acute epididymitis. Br J Urol 1973;45:555-8.
10. Vordermark JS, Favila MQ. Testicular necrosis: A preventable complication of epididymitis. J Urol 1982;128:1322-4.