

Missad blindtarm en tickande bomb

Ansvarsnämnden faller fler läkare idag än för 50 år sedan

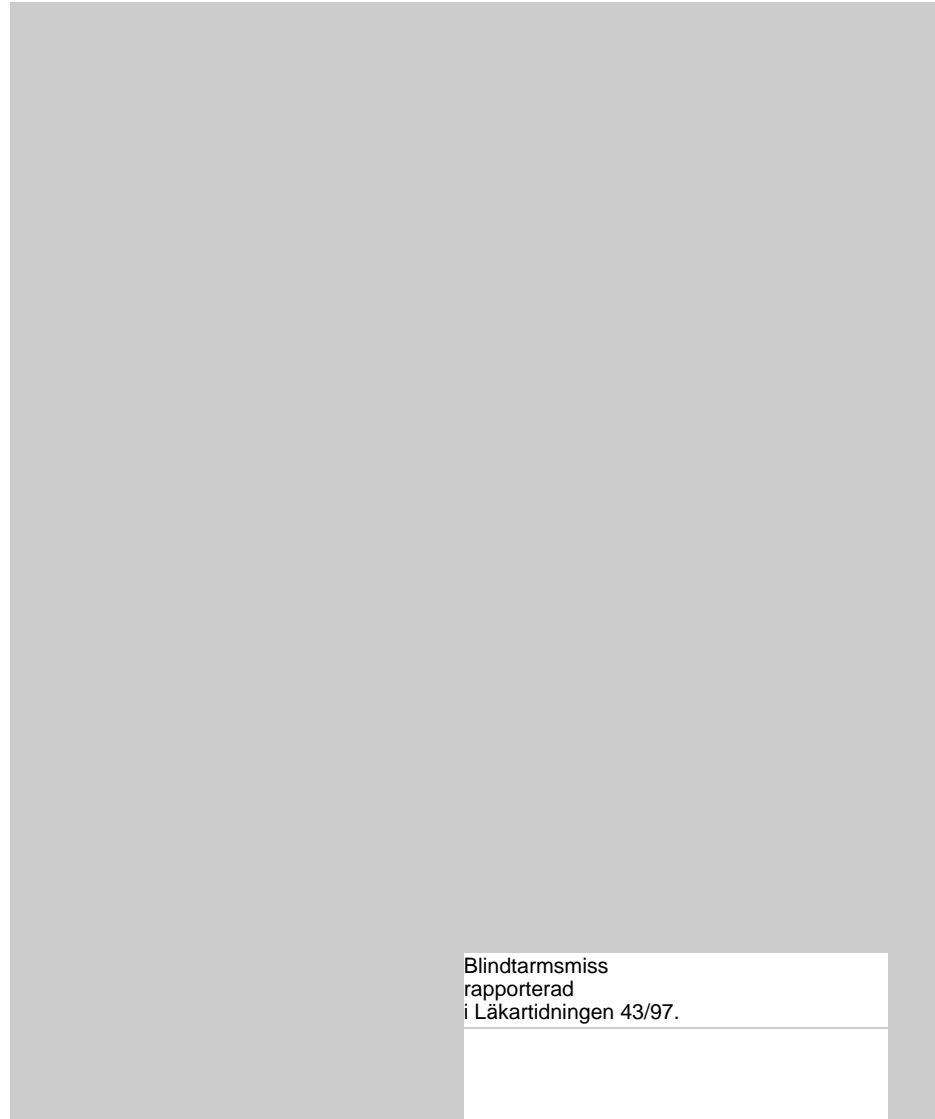
Fler läkare anmäls idag till Ansvarsnämnden för »missad blindtarm» än tidigare, och disciplinpåföljderna är strängare. Det framgår av en unik sammanställning av anmälningssfall under tre perioder mellan 1945 och 1997. Stora skillnader påvisas i myndigheternas bedömning under de olika perioderna. Under den tidsperiod då mortaliteten i appendicit var hög dömdes läkaren också hårt, i mellanperioden hade man en mer friande attityd, medan man idag åter skärpt påföljderna.

Appendicit är en sjukdom som i sitt tidiga skede ofta har okarakteristiska symtom, vilket kan medföra att diagnos och behandling försenas.

I Läkartidningen 43/97 redogjordes för ett fall (HSAN 1766/96:B3) där en man sökte kirurgakuten för buksmärtor. Man misstänkte i första hand njursten, men symtomen var inte entydiga och han lades in på kirurgavdelning för observation. Först fyra dagar senare opererades han för en perforerad blindtarm. Utredning i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, gav inte stöd för att de anmälda läkarna åsidosatt vad som ålegat dem i yrkesutövningen och nämnden lämnade anmälan utan åtgärd.

Det är välkänt att diagnosen appendicit kan vara svår att ställa, vilket gör att anmälda läkare inte sällan slipper disciplinpåföljder. Å andra sidan har i Läkartidningen många gånger refererats fall med missade appendiciter, där HSAN tilldelat de ansvariga läkarna varning eller erinran. Den distriktsläkare eller kirurg som anmäls för denna typ av felhandling känner därför säkert alltid stark oro för hur HSAN skall bedöma den anmälan han/hon själv drabbats av.

Vi har granskat tillgängliga källor för att ge svar på frågan hur ofta fall av försenad appendicit anmälda till HSAN föranleder disciplinpåföljd, och om det



Blindtarmsmiss
rapporterad
i Läkartidningen 43/97.

över tid har skett några förändringar i myndighetens syn på hur dessa fall skall bedömas.

Material från tre tidsperioder

Professor John Hellström har i boken »Komplikationer vid läkarbehandling» [1] redogjort för erfarenheter i Medicinalstyrelsens disciplinnämnd och Läkarnas ansvarighetsnämnd under perioden 1945–1962. Där återfinns 18 fall med appendicit, varav 16 bedömts i disciplinnämnden.

En av författarna till denna artikel (Lars Räf) arbetade under åren 1977–1982 som föredragande i kirurgärenden i HSAN. Av 365 handlagda ärenden under den tiden gällde 21 patienter med

appendicit [2]. Av dessa var det i 19 fall fråga om fördröjd diagnos.

Från och med den 1 januari 1996 registreras de ärenden som beslutas av HSAN (gäller inte ärenden där ordföranden själv fattar beslut) i Socialstyrelsens Riskdatabas [3]. Under perioden 1 januari 1996–31 oktober 1997 har HSAN via nämndbeslut avgjort 233

Författare

DAN K G ANDERSSON
överläkare, Socialstyrelsen, Örebro

LARS RÄF
professor, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, LÖF, Stockholm.

ärenden av allmän eller barnkirurgisk karaktär; 21 av dessa fall utgjordes av felaktig eller försenad diagnos av appendicit.

I dessa tre material från olika tidsperioder har vi studerat vilken kategori läkare som anmälts och vilka konsekvenser den försenade diagnosen fått såväl för anmälda läkare som för patienter.

Resultat

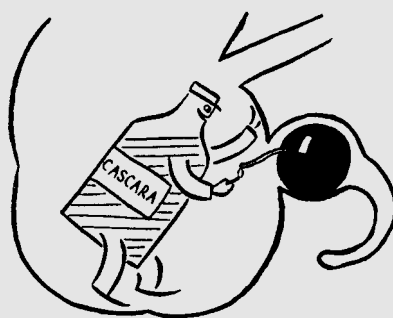
De tre materialen redovisas i Tabell I. Antalet fall är ungefär detsamma, trots de varierande tidsperioderna. Mest notabelt är den höga mortaliteten i det äldsta materialet. Andelen perforerade appendiciter är mycket stor i alla tre materialen. En brusten blindtarm förefaller vara ett rekvisit för en HSAN-anmälan.

I Tabell II redovisas uppgifter om patienter och anmälda läkare från det senaste HSAN-materialet. Anmälan hade gjorts av patient eller anhörig i samtliga fall, samt dessutom – i två av fallen – av Socialstyrelsen via Lex Maria-anmälan från sjukvården. Medelåldern var 21 år för både de kvinnliga och de manliga patienterna. I de 21 ärendena hade totalt 36 läkare och två sjuksköterskor anmälts. För 15 av dessa utdömdes HSAN erinran eller varning.

Fortfarande ett livshotande tillstånd

En jämförelse mellan de tre perioderna påminner oss om att appendicit-peritoniten ännu för några decennier sedan var ett mycket allvarligt tillstånd med hög mortalitet. Även om man idag klarar de allra flesta av dessa fall är en förbisedd appendicitdiagnos fortfarande ett livshotande tillstånd, vilket följande fall från 1994 väl beskriver:

En 56-årig man sökte akutmottagningen efter att hastigt ha insjuknat med buksmärter, först i övre delen av buken, sedan med spridning nedåt, vattentunna diarréer och efter hand mörka illaluktande kräkningar samt feber. Tillståndet tolkades av tjänstgörande AT-läkare på kirurgakuten som gastroenterit. Efter att ha rådfrågat sin överläkare remitterade han patienten till medicinjouren, som lade in honom. Mannen hade då feber 39,6° C, han var matt och allmänpåverkad med palpationsömheter nedom naveln; blodtryck 80/70.



”

*Of all the ills within the abdomen
Which cause affliction to the sons of men
There's none more often puts them in a fix
Than trouble in the worm-like appendix ...*

*That worm which often turns to bad effect
and makes us treat it with a great respect ...*

*This lesion then you always must exclude
Else will your path with error oft be strewed*

”

Dessa rader om svårigheterna att diagnostisera blindtarmsinflammation är hämtade ur »The diagnosis of the acute abdomen in rhyme» av signaturen Zeta, med teckningar av Peter Collingwood (London: HK Lewis & Co Ltd, 1949). Dikten om appendicit omfattar totalt drygt 250 versrader!

Vätska intravenöst och antibiotika sattes in. Under natten tycktes tillståndet oförändrat. På morgonen påträffades patienten död bredvid sin säng. Obduktionen visade en perforerad appendicit med lokal varansamling och peritonit.

Förutom gastroenterit har övre luftvägsinfektion och, hos flickor, inte sällan urinvägsinfektion eller gynekologisk åkomma såsom dysmenorré och ägglossningssmärta varit vanliga fel-diagnoser.

Flera orsaker till att diagnosen fördröjts

De vanligaste klagomålen från anhöriga eller patienter som gjort anmälan har varit att de skickats hem från läkarmottagning eller sjukhus utan att rätt diagnos ställts. Ofta har klagomålet gällt att undersökningen varit alltför summarisk, ibland har kommunikationen mellan patient och läkare varit dålig. I en del fall har kritiken riktats mot att operation efter inläggning på sjukhus fördröjdes.

I HSAN-materialet från 1996–1997 tycks det som om kvinnliga patienter

löpt störst risk att råka ut för en fördröjd appendicitdiagnos. Orsaken till detta är troligen att det hos kvinnan finns fler diagnoser att välja på vid akuta smärtor i buk-bäcken. Av de tolv kvinnorna undersöktes nio av manliga läkare, något som kan tänkas ha haft betydelse för att man sent kommit på rätt spår (?).

Majoriteten läkare specialister

Drygt hälften av de läkare som anmälts var kirurger, men även allmänläkare, gynekologer, urologer, infektionsläkare, internmedicinare, pediatriker och röntgenläkare återfinns i de anmäldas skara. Åtta kvinnliga och 28 manliga läkare hade anmälts i de ärenden som avgjordes i HSAN 1996–1997.

Ca 80 procent av de anmälda läkarna var specialister på överläkar- eller avdelningsläkarnivå, tre var legitimerade och vikarierande underläkare, tre AT-läkare och en FV-/ST-läkare. Två sjuksköterskor ingick också i det senaste HSAN-materialet. Fyra ärenden kom från vårdcentraler, fem från länsdelssjukhus, tio från läns-sjukhus och två från region-/universitetssjukhus.

Påföljd

Av fallen från Medicinalstyrelsens disciplinnämnd föranledde mer än hälften disciplinpåföljd, oftast i form av en erinran. Under perioden 1977–1982 undgick de flesta läkarna påföljd, men i det senaste HSAN-materialet har ca 40 procent av de anmälda – 14 läkare och en sjuksköterska – »prickats»; två fick en varning, 13 fick en erinran. Tre läkare fick kritik i form av ett påpekande, medan 20 av de anmälda klarade sig helt utan kritik.

Svårt värdera skillnaderna i bedömning

Det är svårt att värdera skillnaderna i myndighetens bedömning av appendicitfallen under en så lång tidsperiod som här studerats. Den höga mortaliteten i materialet från Medicinalstyrelsens disciplinnämnd kan möjligen också ha påverkat nämnden till en hårdare bedömning under perioden 1945–1962. Under mellanperioden hade man uppenbarligen en mer friande attityd i dessa fall, medan man idag åter skärpt påföljderna.

Tabell I. Fördröjd appendicitdiagnos under tre tidsperioder. Uppgifter från Medicinalstyrelsens disciplinnämnd och HSAN.

	Tidsperiod		
	1945–1962	1977–1982	1996–1997
Antal fall	18	19	21
med perforation	15	14	16
avlidna	14	2	1
Anmäld läkare			
kirurgisk specialist	9	13	19
övriga	9	6	18
Fördröjd diagnos på grund av			
ingen inläggning	>3	12	17
observation på sjukhus	10	8	8
Disciplinpåföljd			
erinran	6	1	13
varning	3	3 ¹	1

¹ I dessa fall ansåg HSAN att det hade varit motiverat med varning om läkarna fortfarande hade arbetat i Sverige.

Vilken nivå som är den »rätta» är en fråga som domare, dömda och ännu inte dömda har anledning att ställa sig.

Antalet anmälningar har ökat

Patienter som riktar sig till HSAN med anmälan om bristfällig vård har säkerligen ofta svårt att förstå att läkarna inte tidigare kunnat ställa diagnosen på en så förhållandevis »enkel» åkomma som blindtarmsinflammation. Antalet anmälda fall av försenad appendicitdiagnos har helt klart ökat under senare år. Under den första perioden har i genomsnitt ett fall per år avgjorts, under mittperioden fyra fall och under den senaste perioden omkring elva fall. Tidigare anmäldes förmodligen endast fall av uppenbar felbehandling, medan flera tveksamma och svårbedömda ärenden ingår i Riskdatabasens HSAN-material.

Detta behöver i sig inte betyda att fler appendicitdiagnoser missas nu än tidigare. Anmälningsbenägenheten från patienter och anhöriga har generellt ökat under senare år, varför ökningen kan vara skenbar.

Sjukvårdens egen rapporteringsvilja via Lex Maria får dock anses vara dålig vad avser försenad appendicitdiagnos. Endast sex sådana fall återfinns i Riskdatabasens Lex Maria-material under åren 1992–1997, dvs omkring ett fall per år. Sett i relation till att hälften av HSAN-fallen resulterat i disciplinär påföljd eller kritik borde inrapporteringen enligt Lex Maria från sjukvården ha varit betydligt mer omfattande. Förhoppningsvis är rapporteringsviljan större vid andra typer av incidenter i sjukvården, exempelvis vid behandlingsskador.

Försäkringsbedömning

Även till Patientförsäkringen anmäls ungefär elva skador om året förorsakade av diagnosfördröjning vid appendi-

cit. Bedömningen av huruvida ersättning skall utgå görs där på liknande sätt som i HSAN. Om diagnosen hade kunnat ställas tidigare av en erfaren läkare/specialist inom området får patienten ersättning. Vid försäkringsbedömningen verkar dock utfallet oftare bli i sam-

klang med anmälares uppfattning, i och med att drygt två tredjedelar av patienterna får ersättning [4].

Bristfällig undersökning medför påföljd

De vanligaste orsakerna till erinran eller varning har utgjorts av bristande undersökning, antingen somatisk sådan (buk-, rektalpalpation, gynekologisk undersökning) eller laboratoriemässig (vita, CRP). Ibland har övertolkning av urinsymtom och urinfynd (leukocyturi, lätt mikroskopisk hematuri) alltför snabbt lett fram till diagnosen urinvägsinfektion, med resultatet att det differentialdiagnostiska resonemanget uteblivit och annan enkel somatisk undersökning glömts bort.

När det gäller patienter som lagts in för observation kan diagnosfördröjningen ha berott på att en viss minskning av symtom som smärta, illamående, kräkningar och diarré inträtt, troligen mer beroende på en fastande situation och analgetikatillförsel än på en reell förbättring. Uppföljningen verkar i dessa fall ofta ha varit bristfällig.

I de fall där patienten kommit till

Tabell II. Patient- och läkarkarakteristika samt HSAN-beslut i ärenden med fördröjd appendicitdiagnos som avgjorts under tiden 1 januari 1996–31 oktober 1997.

Fall nr	Patienten	Anmäld läkare	Verksamhetsområde	HSAN-beslut
1	M 22 år	M AT-läkare	Allmänmedicin	Varning
2	K 11 år	K specialist	Allmänmedicin	Erinran
3	K 6 år	M specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
4	K 10 år	M specialist	Kirurgi	Erinran
5	M 15 år	K specialist	Barnmedicin	Erinran
6	M 25 år	M specialist	Infektion	Ingen åtgärd
		K vikarierande u-läkare	Infektion	Ingen åtgärd
		M specialist	Röntgen	Ingen åtgärd
		M specialist	Röntgen	Ingen åtgärd
7	K 20 år	M FV/ST-läkare	Kirurgi	Erinran
		M specialist	Kirurgi	Påpekande
		M specialist	Gynekologi	Påpekande
		K specialist	Kirurgi	Påpekande
8	M 56 år	M specialist	Kirurgi	Erinran
		M AT-läkare	Kirurgi	Ingen åtgärd
8	M 6 år	K AT-läkare	Kirurgi	Ingen åtgärd
10	K 49 år	M specialist	Ortopedi	Erinran
		M specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
		K specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
11	M 22 år	M specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
		M vikarierande u-läkare	Kirurgi	Ingen åtgärd
12	K 41 år	K specialist	Kirurgi	Erinran
13	K 14 år	M specialist	Allmänmedicin	Erinran
14	M 2 år	M vikarierande u-läkare	Kirurgi	Erinran
		M specialist	Urologi	Ingen åtgärd
		M specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
15	K 24 år	M specialist	Urologi	Erinran
16	M 17 år	M specialist	Kirurgi	Erinran
		M specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
		M specialist	Kirurgi	Ingen åtgärd
		M specialist	Infektion	Ingen åtgärd
17	K 12 år	M specialist	Internmedicin	Erinran
18	K 25 år	M specialist	Allmänmedicin	Ingen åtgärd
19	K 24 år	K specialist	Gynekologi	Erinran
20	M 21 år	M specialist	Allmänmedicin	Ingen åtgärd
21	K 19 år	M specialist	Gynekologi	Ingen åtgärd

sjukhus med appendicitfrågeställning i remiss från allmänläkare har kirurgen som regel fått erinran om blindtarmsinflammationen ändå missats.

I de ganska många fall där nämnden ansett att den fördröjda diagnosen varit ursäktlig har motiveringen varit att typiska tecken till appendicit inte förelagat i det tidiga skedet. Om en omsorgsfull undersökning har gjorts initialt har detta också tagits som intäkt för att diagnosen appendicit kan vara svår att ställa även för en erfaren läkare. AT-läkarna har som regel undgått disciplinär påföljd om de rådfrågat en äldre, mer erfaren kollega. Denne har då blivit föremål för nämndens kritik om diagnosen missats och rådet till läkaren under utbildning inte grundats på en egen undersökning av patienten.

Ansvarsnämndens bedömningar skiljer sig inte principiellt om det är kirurger eller allmänläkare som granskas. Betydelsen av en god primär undersökning som också är väl dokumenterad betonas.

Det synes som om de som skall värdera läkarnas tjänsteutövning är medvetna om att diagnostiken i ett tidigt skede av appendicit i många fall kan vara svår. För den läkare som följer gängse riktlinjer för diagnostik av akut buk, och som registrerar sina fynd i journalen, verkar det finnas goda chanser att slippa disciplinpåföljd.

Bland dem som drabbas av varning eller erinran finns säkerligen individer som har anledning att se över sitt arbetssätt, men där kan också finnas personer som hamnat i en alltför svår arbetssituation, och där faktorer som försvårat diagnostiken inte kommit fram vid utredningen.

Referenser

1. Hellström J. Komplikationer vid läkarbehandling. Stockholm, Göteborg, Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1964.
2. Räf L. Fall av appendicit i ansvarsnämnden. Svensk Kirurgi 1984; 42: 57-8.
3. Andersson D, red. Anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. RiskRonden Special 1997; 3: 1-5.
4. Johansson H, Räf L. Sammanställning av »diagnosmissar» i svensk sjukvård. Läkartidningen 1997; 94: 3848-50.

Summary

Missed appendicitis a timebomb

Dan K G Andersson, Lars Räf

Läkartidningen 1997; 94: 4952-5

In its early stages appendicitis often manifests itself by uncharacteristic symptoms, which may result in delayed diagnosis and treatment. A greater number of physicians are reported to the Health Services Disciplinary Board (HSDB) for missed appendicitis today than formerly, and disciplinary measures are more severe. This is shown by a unique breakdown of reported cases for three periods between 1945 and 1997.

Correspondence: Professor Lars Räf, Högtorp, S-640 31 Mellösa.

KORTKLIPP



3-4 milj cancerfall per år förebyggs med kost, livsstil

I tre år har 150 forskare granskat 4 500 studier av samband mellan kost och cancer. Nu redovisas resultaten i en tjock rapport »Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective», rapporterar JAMA (1997; 278: 1650-1). Mellan 3 och 4 miljoner cancerfall per år skulle enligt rapporten kunna förebyggas om alla höll sig till »rätt» kost och ändrade livsstil, vilket främst innebär minskad rökning och sänkt alkoholkonsumtion.

Rapporten graderar bedömningen av skydds- och riskfaktorer för cancer i tre nivåer: övertygande, sannolikt respektive möjligt samband.

Grönsaker och frukt anses exempelvis säkert minska risken för cancer i mun, farynx, esofagus, lungor och mage, och sannolikt också för cancer i larynx, pankreas, bröst och urinblåsa. Grönsaker ger säkert skydd mot kolorektal cancer, och fysisk aktivitet mot koloncancer. Karotenoider i kosten skyddar sannolikt mot lungcancer och C-vitamin i kosten mot magcancer.

Alkohol bedöms säkert öka risken för cancer i mun, farynx, larynx, esofagus och lever, och sannolikt för cancer i kolon, rektum och bröst. Tobaksrökning har övertygande samband med cancer i mun, farynx, larynx, esofagus, lungor, pankreas, cervix och urinblåsa.

Obesitas ökar säkert risken för cancer i endometrium och sannolikt för bröst- och njurcancer. Köttkonsumtion torde öka risken för kolorektal cancer och aflatoxin för levercancer.

Klassifikationer av demens visar dålig överensstämmelse

Frekvensen av demens beror i hög grad på vilka kriterier som tillämpas i diagnostiken, understryker fyra forskare som undersökt 1 879 män och kvinnor över 65 år i en kanadensisk studie (New England Journal of Medicine 1997; 337: 1667-74). Medelåldern var 80 år, och två tredjedelar bodde inte i institution. De klassade deltagarna enligt sex system.

Enligt WHO-klassifikationen ICD-10 hade 3,1 procent demens, enligt den amerikanska psykiatrimanualen DSM version III hela 29,1 procent!

Endast 20 individer fick diagnosen demens enligt alla sex systemen, och dessa selekterade olika grupper som dementa. De senare versionerna av DSM och ICD har inneburit strängare

kriterier för diagnosen demens, men även enligt DSM-IV var fyra gånger så många individer dementa som enligt ICD-10.

De stora variationerna är oroande såväl för forskning och behandling som för de många äldre som får en diagnos vilken kan leda till att de inte får köra bil och inte sköta sina egna affärer, påpekar forskarna. Liknande problem finns när det gäller missbruk, personlighetsstörningar, somatisering samt affektiva och psykotiska sjukdomar.

Interferon kostnadseffektivt vid kronisk HCV-infektion

Prevalensen i USA av kronisk infektion med hepatit C är nu högre än prevalensen av alkoholutlöst leversjukdom, och vårdkostnaderna väntas öka dramatiskt framöver, siar en ledarskribent i Annals of Internal Medicine, som redovisar tre studier kring behandling med interferon alfa (1997; 127: 855-81, 918-20).

Studierna tyder på att denna behandling under ett halvt eller ett år kan vara kostnadseffektiv även vid lindrig kronisk infektion, trots att terapin är dyrbar och trots att mindre än 20 procent på längre sikt än ett år tycks ha nytta av interferon alfa. En fransk uppföljning av 80 patienter tyder dock på att effekten kan bestå i mer än fem år. Enligt en studie kostar ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår på grund av 12 månaders interferonterapi 5 000 dollar. Naturalhistorien för kronisk infektion med hepatit C är dock inte klarlagd, och kalkylerna rymmer stor osäkerhet.

Infektion, inte strålning bakom risk för barncancer?

Barn till manliga arbetare vid Sellafield, en anläggning för upparbetning av kärnkraftsavfall, har förhöjd risk för leukemi och non-Hodgkin-lymfom, och riskökningen har i en tidigare studie förmodats bero på att fadern exponerats för strålning före konceptionen. Den hypotesen bekräftar inte i en ny studie (BMJ 1997; 315: 1181-8).

Risken för barncancer var inte relaterad till hög stråldos till fadern, utan risken var störst för barn till män som inte utsatts för någon eller inte mätbar strålning.

Forskarna tror därför att riskökningen kan bero på att snabb inflyttning till området lett till hög exponering för ett onkogent infektiöst agens.

Yngve Karlsson, Läkartidningen