

I detta nummer:

- Ansvarsärenden

Ansvarsärenden

»Borde ha misstänkt aortadissektion«

Väl känt att smärta som har sitt ursprung i hjärtat eller de stora pulsåderkärnen kan upplevas i halsregionen

Kombinationen plötslig svår bröstsmärta och åtföljande blodtrycksfall beror på hjärtinfarkt, lungemboli eller dissekerande aortaaneurysm. På grund av patientens ålder, 33 år, låg det närmast till hands att misstänka någon av de två senare. Kardiologen borde ha misstänkt aortadissektion och handlat därefter. Han får en varning. (HSAN 2127/04)

En 33-årig man fick på kvällen i ligande ställning plötsligt svår smärta i nedre delen av halsen åtföljt av andfåddhet. Han förlorade medvetandet under cirka en halv minut. Hans sambo har uppgivit att han inte hade några kramper. När ambulanspersonal anlände var mannen gråblek, kallsvettig och hade lågt systoliskt blodtryck (70).

Han fördes till ett universitetssjukhus och undersöktes av medicinjouren. Han hade lågt blodtryck (78/54) men trycket steg efter intravenös infusion. Han undersöktes även av jourhavande kardiolog, som ansåg att det inte fanns skäl att misstänka akut hjärtsjukdom. Han lades in för observation och på grund av platsbrist på medicinkliniken hamnade han på en urologavdelning.

Mycket komplicerat förlopp

Under natten fick han åter smärtor som förvärrades och vid 12-tiden nästa dag undersöktes han av en avdelningsläkare, som beställde akut skiktröntgenundersökning av lungorna med frågeställningen lungemboli. Skiktröntgen visade att patienten fått aortadissektion och han opererades akut.

Det fortsatta förloppet blev komplicerat med andningssvikt och respiratorbehandling. Patienten fick kraftnedsättning i armar och ben. Han har återfått rörelseförmågan i armarna och efter träning har han återfått viss gångförmåga.

Patienten anmälde alla tre läkarna för fel i vården. Han berättade bland mycket annat att han blev illamående och kallsvettig vilket följdes av kraftig

intensiv smärta centralt i övre delen av bröstet med utstrålning ut i ryggen och upp i halsen. Vid det initiala undersökningstillfället hade han kvar rejäla smärtor i övre delen av bröstet, men smärtan hade förflyttat sig mer upp i halsen.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal samt yttrande av de anmälda. Medicinjouren och avdelningsläkaren frias varför vi lämnar deras argument och nöjer oss med att ge de friande argumenten under Bedömning och beslut.

Kardiologen berättade att han som primärjour på kardiologkliniken blev kontaktad per telefon av medicinjouren. Denne hade då redan tagit upp sjukhistorien och undersökt patienten och rapporterade kortfattat detta per telefon.

I kroppsundersökningen hade inte några avvikande fynd framkommit förutom ett lågt blodtryck vid ankomst vilket snabbt förbättrats. Även EKG bedömdes som normalt. För att om möjligt fastställa eventuell hjärtsjukdom som orsak till svimningen önskade medicinjouren en bedömning även av kardiologen.

»Förlade smärtan till halsen«

Kardiologen bad om en förnyad beskrivning av det inträffade.

Av berättelsen framkom att patienten känt sig förkyld under några dagar men inte haft någon säker feber. På kvällen hade han liggande i sängen utan förvarning fått halssmärta, därefter svimmat och varit helt avsvimnad i ca en halv minut.

Efter uppvaknandet hade han känt sig

matt och varit kallsvettig. Sambon hade inte noterat några kramper. Patienten hade inte känt av någon hjärklappning och hade inte heller haft bröstsmärta utan förlade smärtan till halsen.

Även om patienten redan var kroppsundersökt (inklusive hjärtat) av medicinjouren gjorde kardiologen därefter en egen undersökning med inriktning på hjärtat. Patienten var lite blek och kallsvettig men föreföll i övrigt opåverkad. Han hade helt ordinär hjärtstatus.

Kardiologen kände också på halsen där det inte fanns några svullnader eller någon ömhet. Halskärnlens pulsar var sidlika och normala. Eftersom det förflutit ungefär en timme sedan ankomsten bad han också om ett nytt EKG och detta var helt normalt liksom det första EKGGet. Även Troponin I var normal.

»Medicinjurens ansvar«

Efter undersökningen berättade kardiologen för medicinjouren att han bedömde att varken sjukhistoria eller objektiva fynd gav misstanke om hjärtsjukdom som orsak till svimningen. Anmärkningsvärt var det låga blodtrycket vid ambulansens ankomst; detta hade dock snabbt normaliserats på intravenös vätsketillförsel. De var överens om att fortsatt utredning skulle ske i medicinjurens regi och efter detta lämnade kardiologen akutmottagningen.

Rutinmässigt är vidare utredning medicinjurens ansvar då hjärtsjukdom inte misstänks, varken patientens sjukhistoria eller objektiva undersöknings-

fynd talade för något annat, framhöll kardiologen, som bestred att han gjort fel.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden menar att svår bröstsmärta i förening med förlust av medvetande i liggande ställning åtföljt av lågt blodtryck hos en man i 30-årsåldern tyder på någon plötslig, allvarlig och livshotande sjukdom. Patienten förlade smärtan till nedre delen av halsregionen, men det är väl känt att smärta som har sitt ursprung i hjärtat eller de stora pulsåderkärnen kan upplevas i halsregionen.

Som tumregel brukar man säga att kombinationen plötslig svår bröstsmärta och åtföljande blodtrycksfall beror på hjärtinfarkt, lungemboli eller dissekerande aortaaneurysm. På grund av patientens ålder låg det närmast till hands att misstänka lungemboli eller dissekerande aortaaneurysm.

Medicinjouren borde ha inlett undersökning för att fastställa eller utesluta aortadissektion. Hon rådgjorde emellertid med kardiolog, som i relation till medicinprimärjour kan anses motsvara bakjour. Hennes handläggning bör därför inte leda till påföljd.

Kardiologen borde ha misstänkt aortadissektion och handlat därefter. Han har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen. Felet är varken ringa eller ursäktligt medför disciplinpåföljd i form av en varning, beslutar Ansvarsnämnden.

Avdelningsläkaren omhändertog patienten korrekt när hon beställde skiktröntgen av lungorna. Med tanke på att personalen var ovan vid akuta, medicinska sjukdomar, hade det varit önskvärt att hon försökt få patienten förflyttad till en medicinsk vårdavdelning. Hon frias. •

Livshotande tillstånd som kan behandlas framgångsrikt med neurokirurgiskt ingrepp

Subaraknoidalblödning kan inte alltid ses vid skiktröntgen – lumbalpunktion skulle ha gjorts

Sjukhistorien och undersökningsfynden var inte helt förenliga med subaraknoidalblödning. Däremot kunde detta tillstånd inte uteslutas eftersom en sådan blödning inte alltid kan ses vid skiktröntgen. Internmedicinaren borde ha utfört lumbalpunktion, menar Ansvarsnämnden. (HSAN 1009/05)

Den 59-årig kvinnan fick den 7 maj plötsligt svår huvudvärk. De följande dagarna kände hon också stelhet i nacken. Då huvudvärken inte gav med sig uppsökte hon den 13 maj vårdcentralen, där en läkare bedömde att hon kunde ha drabbats av subaraknoidalblödning. Hon remitterades samma dag till lasarett. Skiktröntgen av huvudet utföll normalt men i röntgensvaret rekommenderades lumbalpunktion.

Kvinnan undersöktes därefter av jourhavande läkare, internmedicinaren, som bedömde att huvudvärken orsakades av tillstånd i nackregionen. Kvinnan fick återvända hem men återkom medvetlös den 20 maj. Skiktröntgen visade att hon hade fått en subaraknoidalblödning. Hon avled innan man hann ordna transport till neurokirurgisk klinik.

Efter en Lex Maria-anmälan anmälde Socialstyrelsen internmedicinaren för att han inte gjort kompletterande utredningar på kvinnan trots att anamnes, inremitterande läkares frågeställning och röntgensvaret sammantaget starkt talade för att så skulle ske.

Socialstyrelsen konstaterade att patienten inkom med frågeställningen subaraknoidalblödning. CT-skalle, som ut-

fördes samma dag, visade ingen blödning, men i röntgensvaret rekommenderades vidare utredning med lumbalpunktion.

Patientens uppvisade en sjukhistoria som misstänkliggjorde en subaraknoidalblödning, med blixthuvudvärk och nackstyvhet de första dagarna. Vid en lindrig hjärnblödning, då medvetandepåverkan och fokalneurologiska symptom saknas i symtombilden, kan det inte uteslutas att den hastigt insättande huvudvärken, som kändes som en knall, var en så kallad varningsblödning.

Flera omständigheter talade för att utredningen av patientens symptom borde utförts:

Inremitterande läkares frågeställning var subaraknoidalblödning. På remissen anges att patienten hade ett mångårigt och behandlingskrävande högt blodtryck, ett plötsligt insjuknande, och att hon första dagarna var nackstyv.

Misstanken kvarstod

Röntgensvarets påpekande om fortsatt utredning med lumbalpunktion borde ha lett till att internmedicinaren utvidgade utredningen då misstanken om subaraknoidalblödning fortfarande kvarstod, trots det negativa svaret på CT-skalle.

Socialstyrelsen anser således att man, vid en sjukhistoria som misstänkliggör en subaraknoidalblödning, skall gå vidare med en lumbalpunktion även då en CT-undersökning varit negativ.

Ansvarsnämnden läste Socialstyrelsens utredning och hämtade in yttrande av internmedicinaren, som tillstod att han ställt fel diagnos.

Han ansåg dock att det är den behandlande doktorn som avgör vilken ut-

redning som bör göras och inte röntgenläkaren. Han är och var helt införstådd med att en subaraknoidalblödning inte helt säkert kan uteslutas enbart med dattortomografi.

Han var vid undersökningstillfället helt klar över detta och övervägde starkt om han skulle göra en lumbalpunktion eller inte. Det avgörande beslutet att avstå tog han sedan patienten fått akut ont i nacken och i huvudet då hon sträckte upp armen i luften. Då patienten visade tecken på inflammation i en nackmuskel som var palpationsöm, tog han det fatala beslutet att avstå lumbalpunktion, sade internmedicinaren.

På måndagsmorgonen efter internmedicinarens jour, då han var kompletterande, ställdes frågan av röntgenläkaren om lumbalpunktion utförts. Då diskussion uppstod på röntgenronden borde internmedicinaren ha blivit informerad om detta, ansåg han. Men det blev han aldrig. Han menade att han då hade då kunnat kalla in patienten för ytterligare utredning. Här förelåg således en klar kommunikationsmiss.

Bedömning och beslut

Sjukhistorien och fynden vid undersökningen av kvinnan den 13 maj var inte helt förenliga med en subaraknoidalblödning. Däremot kunde detta tillstånd inte uteslutas, eftersom en sådan blödning inte alltid kan ses vid skiktröntgen, påpekade Ansvarsnämnden. Internmedicinaren borde mot den bakgrunden ha utfört lumbalpunktion. Tillståndet är livshotande och kan behandlas framgångsrikt med neurokirurgiskt ingrepp.

Ansvarsnämnden ger internmedicinaren en varning. •

Hastigt uppkommen svaghet i benen med domningar samt urineringssvårigheter

Måste utredas akut med tanke på botbar ryggmärgspåverkan – patienten hade diskbråck

Som ortoped borde han ha vetat att hastigt uppkommen svaghet i bägge benen åtföljt av domningar samt urineringssvårigheter måste utredas akut med tanke på botbar ryggmärgspåverkan, konstaterar Ansvarsnämnden. (HSAN 2929/04)

Den 41-åriga kvinnan lades in akut den 23 februari vid ett länsjukhus på grund av bröstsmärtor med utstrålning i bägge armarna. Hon sökte åter akut den 3 augusti för samma besvär. Utredningen som gjordes gav dock ingen förklaring till besvären.

Vid ett besök hos en reumatolog den 11 oktober bedömdes hon ha spondylitrit och ordinerades Prednisolon. Samma bedömning gjordes i december och hon ordinerades Methotrexate.

Hittade ingen förklaring till besvären

I mars året därpå fick kvinnan även domningar i höger fot och kraftnedsättning i tårna. En magnetkameraundersökning av ländryggraden genomfördes. Någon förklaring till hennes besvär med höger fot framkom inte.

Hon försämrades därefter med svårigheter att kissa och svaghet i bägge benen. Hon undersöktes den 8 mars av ortoped, som bedömde att hennes besvär inte kunde förklaras utifrån ortopediska orsaker.

Vid undersökning den 10 mars beslutades om magnetkameraundersökning av brösttryggrad och halsryggrad. Den visade att kvinnan hade ett diskbråck i

brösttryggraden som klämde på ryggmärgen. Hon opererades akut vid ett annat länsjukhus. Kvinnan anmälde reumatologen och ortoped.

Ansvarsnämnden tog in patientjournalen och yttrande av de anmälda, som bestred att de gjort fel. Reumatologen frias varför vi lämnar hans argument och bara berättar om den friande motiveeringen under Bedömning och beslut.

Ortopeden hänvisade till medicinjournalen som visar att han träffade patienten den 8 mars efter det att denna genomgått MRT-undersökning ländrygg. Han citerade sitt skrivna svar:

... »inlagd akut p.g.a. bilat benvärk samt svaghet och nedsatt sensibilitet i ben. Enl. arbetande sjuksköterska har pat varit uppe med RA-bord. Pat anger att benen icke bär henne. Vid undersökning finnes patellar- och akillesreflexer (svaga) lika bilat och pat kan ej dorsalexendera fötter och tår. Ej heller flektera tår. Har analsfinktertonus. Buk palp ua. MRT ländrygg igår är normal. Bedömning: Symtombild enl. ovan kan jag ej förklara utifrån ortopediska orsaker. Neurologkonsult kan rekommenderas. Dynamisk urometri?»

»Kunde ha misstänkt diskbråck«

Han kunde naturligtvis ha misstänkt den nu framkomna diagnosen, torakalt diskbråck, och agerat genom att remittera patienten för ytterligare MRT-undersökning av resten av ryggen. Diagnosen ställdes vid neurologens bedömning den 11 mars och patienten remitterades samma dag till annat sjukhus för bedömning av operationsindikation, uppgav han.

Ortopeden bedömde att den fördröjning av diagnosen på tre dagar som inträffade rimligen inte har försämrat patientens framtida prognos, vilket ur hans perspektiv var det absolut viktigaste.

Bedömning och beslut

Reumatologen agerade snabbt när patientens symtom tilltog och såg till att en ortoped bedömde henne akut. När han åter var i tjänst, den 10 mars, begärde han akut neurologkonsult och akut magnetkameraundersökning av bröst och halsryggrad. Det finns inget att invända mot hans handläggning, anser Ansvarsnämnden och friar honom.

Ortopeden träffade patienten den 8 mars och fick reda på att benen inte bar henne och att hon hade domningar i benen samt urineringssvårigheter. Vid undersökningen fann han att hon var svag i bägge fötterna och tår och att detta uppkommit under de senaste dygnet.

Han bedömde att besvären inte kunde förklaras av ortopediska orsaker och rekommenderade neurologkonsult. Som ortoped borde han emellertid ha vetat att hastigt uppkommen svaghet i bägge benen åtföljt av domningar samt urineringssvårigheter måste utredas akut med tanke på botbar ryggmärgspåverkan, kritiserar Ansvarsnämnden.

Eftersom det inte fanns någon påverkan på ryggmärgen i ländryggsnivå, återstod att undersöka bröst- och halsryggraden. Ortopeden borde sett till att magnetkameraundersökning av bröst- och halsryggraden genomfördes akut, alternativt ordnat med en akut neurologundersökning. Han får en erinran. •

Trötthet, feber, blåsljud, förhöjda infektionsparametrar, lågt Hb

Borde starkt ha misstänkt endocarditis lenta

En månads trötthet med feber kombinerat med blåsljud, förhöjda infektionsparametrar och lågt Hb borde ha ingett starka misstankar om endocarditis lenta hos patienten, anser Ansvarsnämnden och faller en kardiolog. (HSAN 700/05)

Den 75-åriga mannen fick under

mars 2003 ihållande feber. I primärvården kunde man inte hitta någon orsak till febern. Den 26 april lades han in på en medicinklinik. Det konstaterades att han hade aortainsufficiens samt förhöjt CRP och SR. Analys med elektrofores visade en akutreaktion.

Han fick antibiotika och skrevs ut för kontroll i primärvården.

Eftersom han kände sig trött och besvärades av nattlig andfäddhet, remitte-

rades han till sjukhus för fortsatt utredning. En ny ultraljudsundersökning visade en ytterligare försämrad klafffunktion. Kranskärlsröntgen visade ett trångt område i kranskärllet. I mars 2005 sattes han upp på väntelista för klaff- och kranskärlsoperation.

Patienten anmälde kardiologen för felbehandling under tiden den 26–29 april 2003. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande från kar-

diologen, som bestred att hon gjort fel och berättade att mannen sökte på sjukhusets akutmottagning den 22 april 2003. Enligt jourläkarens anteckning fick han återvända hem med penicillinbehandling för misstänkt halsinfektion.

Han återkom 26 april och togs emot av samma läkare. Enligt journalen hade han fortfarande halsont och slem samt hade natten innan haft smärtor i bröstet i samband med djupandning och lägesändring. Detta hade avtagit.

Vid undersökningen var han blek och tagen. Temperaturen var 38,2. Över hjärtat hördes liksom tidigare ett blåsljud. EKG visade normal sinusrytm men jämfört med föregående EKG fanns lätta STT-förändringar i flera avledningar. Blodprov visade tecken på inflammatoriskt/infektiöst tillstånd med SR 67, CRP 85, LPK 10 och Hb 120.

Han blev inlagd för utredning. Man tog odlingsprov från hals, blod och urin. Dessa utföll negativt.

Måttligt läckage

På grund av blåsljud gjorde kardiologen en transtorakal ultraljudsundersökning av hjärtat. Denna visade ett måttligt läckage i aortaklaffen med bibehållen god pumpförmåga i vänster kammare. Några tecken på akut eller tidigare hjärtinfarkt sågs inte. Inget talade för infektion på hjärtklaffarna, som ibland kan ge långvarig feber.

Hon informerade patienten om undersökningsresultatet och berättade att

man för att utesluta klaffinfektion ibland behöver gå vidare med transesofagealt ultraljud (TEE). Den undersökningen skulle dock endast bli aktuell om hans infektionstillstånd inte förbättrades, om hjärtsvikt tillstötte eller om blododlingarna visade växt av endokarditbakterier. Något sådant tillstötte inte. I stället blev han förbättrad, febern gick tillbaka och infektionsproverna förbättrades.

På grund av att han haft bröstsmärtor före inläggningen togs upprepade hjärtinfarktprov, samtliga negativa. Han nämnde inte heller några ytterligare smärtor från bröstet under vårdtiden.

Det hela bedömdes som ett infektiöst tillstånd som var på bättringsvägen och han fick återvända hem och fullfölja sin penicillinkur. Han skrevs ut den 29 april.

»Ingen indikation för TEE«

I anmälan till HSAN anmärkte patienten på tre saker:

1) »Fel diagnos, bypassoperation väntar mig«; 2) »Ingen EKG trots svåra bröstsmärtor«.

Kardiologens kommentar:

EKG togs och finns i journalen från 22 och 26 mars 2003. På det andra EKG:t fanns nytillkomna men diskreta STT-förändringar i flera avledningar. EKG-förändringar tolkades som sekundära till den aktuella infektionen. Upprepade hjärtinfarktprover var negativa. Patienten hade inga återkommande bröstsmärtor och ultraljud visade inga

aktuella eller gamla hjärtinfarktstecken, inte heller tecken på någon allvarlig hjärtmuskel- eller hjärtsäcksinflammation med vätska i hjärtsäcken. Alltså inga tecken på akut kranskärlssjukdom.

3) »Lovad behandling ej utförd«.

Kardiologen: Patienten avser undersökning med transesofagealt ultraljud – TEE – avseende hjärtklaffinfektion. Jag lovade aldrig att sådan undersökning skulle göras. Någon indikation för undersökningen kvarstod inte då han förbättrades kliniskt, odlingar var negativa och infektionstillståndet inklusive labprover successivt normaliserades.

Bedömning och beslut

Av utredningen framgår att ett EKG utfördes. Kardiologen borde även ha föranstaltat om en noggrannare undersökning med TEE för att bättre kunna bedöma om det fanns några endokarditförändringar på aortaklaffarna. En månads trötthet med feber kombinerat med blåsljud, förhöjda infektionsparametrar och lågt Hb borde ha ingett starka misstankar om endocarditis lenta, anser Ansvarsnämnden.

Den penicillinbehandling som patienten fick var inte adekvat. Han hade en oklar feber, förstörd vänsterkammare och en aortainsufficiens av grad 2/4. Han borde ha följts upp både med hänsyn till febern och klaffelet. Hans ålder utgjorde inget hinder för en klaff- och kranskärlsoperation.

Kardiologen får en erinran. •

II Josef Milerad tar i sin medicinska ledare 42/2005 »Inte rädd att flyga« upp frågan om säkerhetsarbetet i sjukvården och ställer med all rätt frågan om det finns ett stenålderstänkande som bromsar detta genom »att jaga syndabockar istället för att skapa en intelligenta organisation som upptäcker felbedömningar innan de hinner orsaka skada«.

Redan tidigt på 1970-talet planerade kirurgprofessorn Ragnar Romanus för ett lokalt säkerhetsarbete, baserat på kritiska analyser av inträffade komplikationer på den egna kliniken.

1975 började Nils Tjerneld på SPRI samt Göran Liedström och Kurt Roos på Socialstyrelsen att argumentera för en nationell säkerhetsorganisation, för såväl medicinska åtgärder som läkemedel och teknisk utrustning, enligt förebilder från Flygvapnet och de kommersiella flygbolagen. De fick klent gehör för sina många rapporter.

De två Lundaprofessorerna Göran Bauer och Sven-Erik Bergentz, författare till »När skyddsnetet brister«, diskuterade i en medicinsk kommentar i

Inte rädd att flyga – en kommentar

Tyvänn blev det bara en gäspning

Läkartidningen 50/1979 förutsättningarna för att göra sjukvården säkrare. De önskade att det material som finns hos medicinalväsendets ansvarsnämnd och i Patientförsäkringens skadematerial bättre skulle kunna användas i skadeförebyggande syfte.

De fortsatte tillsammans med mig diskussionen i LT 19/1980 och startade 1982 tillsammans med professorerna Borell, Boström och mig analysen av patientförsäkringens material för åren 1975–1979. Vi räknade med ett intresse från sjukvårdshuvudmännen att vidareutveckla ett instrument för säkerhetsarbetet. Tyvärr blev det bara en gäspning och vi entledigades av försäkringskonsortiet.

Vid svensk kirurgisk förenings efterutbildningsdagar i Lund våren 1980 gavs exempel på hur kirurger inom en region

gemensamt och systematiskt studerade vanliga risker och komplikationer med syftet att från resultaten kunna vidta lämpliga åtgärder för att förebygga skador.

I en intervju i LT 7/2003 redovisar Ingemar Ihse ett program för att öka patientsäkerheten vid Lunds universitetssjukhus. Det liknar mycket det som Romanus lanserade för trettio år sedan. Ihse anser att de befintliga kvalitetsystemen inte fått riktig acceptans på fältet, främst därför att de inte berör de lokala medarbetarna. Deras argumentering håller liksom de som verkat där emellan.

Det som däremot inte håller är sjukvårdshuvudmännens under hela perioden manifesterade totala ointresse för säkerhetsfrågorna.

S. Åke Lindgren
professor