

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)**

II Den 41-åriga kvinnan lades in akut den 23 februari vid ett länssjukhus 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 bröstryggrad och halsryggrad. Den visade att kvinnan hade ett diskbråck i

bröstryggraden som klämde på ryggmärgen. Hon opererades akut vid ett annat länssjukhus. 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 medicinsjournalen 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 dorsalextendera 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 endokarditis lenta hos patienten, anser Ansvarsnämnden och faller en kardiolog. (HSAN 700/05)**

II Den 75-årige 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-

**ANNONS**

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 hjärtinfarkttecken, 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 klaffet. 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 skydds nätet 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