

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 inlett 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 intelligent 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 klenst 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

Tyvärr blev det bara en gäspning

Läkartidningen 50/1979 förutsättningar 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