

Då jag vid undersökningen fann ett förhöjt blodtryck informerade jag patienten att han skulle ta kontakt med sin

”Felaktig diagnos och utebliven behandling ledde till att han fick en hjärtinfarkt.”

ordinarie hälsocentral för uppföljning. Övriga symtom skulle också följas upp och utredas.

Jag bedömde att någon ytterligare utredning eller behandling inte var aktuell den 5 juni.

Jag bedömde att fortsatt utredning och uppföljning skulle ske på den ordinarie hälsocentralen (dit journalkopia skickas).

Bedömning

Patienten har riktat sin anmälan mot personalen på den mottagning där han

undersöktes den 5 juni 1996. Utredningen visar att dr A vid hälsocentralen är den läkare som åsytas i anmälan.

Mannen uppsökte jourläkarmottagningen vid hälsocentralen på grund av andnöd och kramp i armarna. Av journalanteckningarna från det aktuella tillfället framgår att han för dr A uppgav att han även tidigare vid tre eller fyra tillfällen hade haft liknande besvär. Hon fann att hans status var utan väsentlig anmärkning och underlät att föranstalta om EKG. I stället bedömde hon att besvaren var utlösta av panikångest och rekommenderade honom att besöka sin ordinarie vårdcentral.

Anamnesupptagningen har varit ofullständig. Sålunda har det senare framkommit att patienten var storrökare och att hans tidigare besvär hade varit klart ansträngningsrelaterade.

Genom att inte ta upp anamnes på ett tillräckligt omsorgsfullt sätt och att inte föranstalta om EKG har dr A åsidosatt vad som ålegat henne i yrkesutövningen. Hennes fel är varken ringa eller ursäkt-

ligt. Hon skall därför åläggas disciplinpåföljd. Den bör bestämmas till en erinran.

Anmälaren har inte mot den övriga personal som deltog i den anmälda vården och behandlingen anfört något som är av beskaffenhet att kunna föranleda disciplinpåföljd. I den delen skall hans anmälan därför lämnas utan åtgärd.

Beslut

Ansvarsnämnden ålägger – med stöd av 4 § lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m m på hälso- och sjukvårdens område – dr A en erinran.

”Det har senare framkommit att patienten var storrökare och att hans tidigare besvär hade varit klart ansträngningsrelaterade.”

Ansvarsnämnden lämnar anmälan i övrigt utan åtgärd. •

Kommentar från Läkartidningens medicinskt sakkunnige

Noggrann undersökning och bra dokumentation A och O

Hjärtinfarkt är en sjukdom som de flesta läkare någon gång under sin utbildnings- eller yrkesverksamma tid ställs inför att diagnostisera. För läkare inom vissa specialiteter såsom invärtesmedicin och allmänmedicin hör detta, många gånger svåra, uppdrag till vardagen.

I det aktuella ärendet illustreras svårigheterna att komma till korrekt diagnos när anamnesupptagningen lett till fel primärtolkning av patientens symtom och när basala utredningsmetoder i form av EKG inte utnyttjats för att explorera möjliga differentialdiagnoser. Avsaknaden av bröstsmärta tycks i det aktuella fallet ha varit den avgörande faktorn för att inte EKG togs. Däremot förekom andningssvårigheter, klumpkänsla i halsen, kramp i armarna samt rädsla och oro vilket i sig borde ha räckt för att inkludera hjärtinfarkt bland de tänkbara diagnoserna.

I sin bedömning av händelsen har HSAN utöver att EKG inte togs ock-

så tagit fasta på att anamnesen var ofullständig. Patientens riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom hade inte penetrerats tillräckligt väl och därigenom hade inte framkommit att patienten var storrökare. Liknande besvär som de aktuella hade förekommit tidigare vilket anamnesen gav för handen. Att dessa tidigare besvär varit ansträngningsrelaterade fångades dock inte upp vid det anmälda besöket.

Drygt 15 fall på tolv år

Under åren 1996–1997 har drygt 15 ärenden som rör missad diagnos av hjärtinfarkt anmälts till HSAN av patienter eller anhöriga. I 40 procent av dessa har HSAN lämnat anmälan utan åtgärd eller meddelat viss kritik, i 33 procent fick den som anmälts en varning och i 27 procent en erinran. I de fall ingen disciplinär påföljd utdelades motiverades detta som regel av att det hade gjorts en noggrann undersökning och att det förelåg en bra dokumenta-

tion av den bedömning som gjorts och över grunderna för bedömningen. I de fall erinran eller varning utdelats berodde detta dels på brister i anamnesupptagandet vad gällde riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och en alltför ytlig analys av smärtan eller besvaren, dels på att EKG inte tagits eller feltolkats. I något fall kritiserades också att olika enzymprov inte tagits. Händelserna där EKG felbedömts har undantagslöst föranlett varning, vilken drabbat läkare på vårdcentral eller medicinklinik i lika omfattning.

Den lärdom som kan dras från detta och liknande fall är att man skall ta en noggrann anamnes, dokumentera beslut och underlag för dessa samt vara frikostig med att ta EKG. Därutöver tycks behov av fortbildningsinsatser föreligga när det gäller EKG-tolkning.

Dan K G Andersson
specialist i allmänmedicin,
överläkare,
Socialstyrelsen, Örebro