

Varnas sedan kvinna dött i hjärtsvikt

Sjukhistorien och de fysikaliska fynden i förening med EKG-fyndet borde ha föranlett vård på sjukhus, anser Ansvarsnämnden sedan en kvinna som skickats hem av en distriktsläkare dött i hjärtsvikt. (HSAN 2616/03)

II Den 62-åriga kvinnan sökte i augusti 2003 på vårdcentralen på grund av att hon plötsligt fått underbensvullnad och tungandning. Hon var storrökare och kraftigt överviktig. En sjuksköterska antecknade att kvinnan inte kunnat ligga ned och sova de två senaste dyggen, eftersom hon känt att hon då inte fick tillräckligt med luft.

Distriktsläkaren noterade sedan att kvinnan hade normal hjärtrytm och normala andningsljud över lungorna. På EKG framkom snabb hjärtrytm, varför distriktsläkaren skrev ut betablokad. Han bedömde att kvinnan hade hjärtsvikt. Hon fick rådet att höra av sig om

Ett HSAN-utslag, som vi redogjorde för i Läkartidningen 10/2004 (HSAN 2180/03) har fått flera läkare att protestera.

II Stark kritik redovisades i ett korrespondensinlägg här i Läkartidningen 17/2004. Här redovisar vi ytterligare protester mot utslaget, »som upprört känslorna bland kirurgkollegorna på kliniken«.

På Ansvarsnämnden säger chefen, generaldirektör Annika Marcus, mycket bestämt:

– Vi vill inte kommentera fallet, och vi kommer inte att kommentera det.

Hon hänvisar till nämndens bedömning i beslutsdokumentet.

Den fälde läkaren har inte överklagat sin varning till Länsrätten.

Inlägg från upprörda kirurger

HSAN har utdelat en varning till en distriktsläkare för att han inte remitterat en tvååring till sjukhus efter det att barnet fallit från ett bord ner på golvet (HSAN 2180/03).

Barnet hade inte varit avsvimmat och uppvisade ett gott allmäntillstånd om än en viss trötthet (klockan var 22). En neurologisk undersökning hade genomförts och den visade inget patologiskt. Man noterade en rejäl bula i pannan.

hon blev sämre men avled dagen därpå i bilden av hjärtsvikt med lungödem. Kvinnans dotter anmälde läkaren.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och tog in yttrande av distriktsläkaren, som bestred att han handlat fel.

Han berättade att efter den inledande konsultationen gick patienten till laboratoriet för provtagning och EKG.

Han förklarade för patienten att han skulle höra av sig om det var något konstigt med provsvaren. Han hann se urinprovet samt EKG samma dag innan patienten gick hem. Urinprovet var orent, men kvinnan hade förnekat besvär från urinvägarna. Han avvaktade övriga prover för att få en helhetsbedömning.

»Relativt opåverkat allmänstatus«

Distriktsläkaren blev något förvånad då han såg att hennes frekvens på EKG var 112. Vid 30 sekunders pulsmätning fick han den till 84. Han antog att den högre pulsen berodde på hennes övervikt, inaktivitet, rökning samt ansträngning. Därtill tolkade han det som hjärtsvikt.

När kvinnan kom tillbaka från provtagningen satte distriktsläkaren in vätskedrivande medicin på grund av misstanke om hjärtsvikt. Av samma orsak satte han in medicin som skulle dämpa pulsen och stärka hjärtat. Han uppfatta-

de enbart rena andningsljud vid auskultation. Han pekade på att försärande omständigheter var uttalad övervikt samt mångårig omfattande rökning.

På grund av kvinnans, som distriktsläkaren upplevde det, relativt opåverkade allmänstatus och de fynd, eller brist på fynd, han gjorde bedömde han inte att proverna eller hjärt-lungröntgen behövde tas akut. Detta var även orsaken till att han inte bedömde att hon behövde läggas in, uppgav han.

Bedömning och beslut

Uppgifterna i sjukhistorien och fynden vid den fysikaliska undersökningen var förenliga med relativt hastigt uppkommen hjärtsvikt. EKG visade tydliga tecken på bakväggsinfarkt, vars ålder inte gick att bedöma utifrån EKG-förändringarna, säger Ansvarsnämnden.

Det framgår inte om distriktsläkaren uppfattade allvaret i kvinnans sjukdomsbild, vilket delvis kan ha berott på en ofullständig anamnes och bristande undersökning. Den vätskedrivande terapin gavs i otillräcklig dos och uppföljning planerades inte.

Sjukhistorien samt de fysikaliska fynden i förening med EKG-fyndet borde ha föranlett vård på sjukhus. Distriktsläkaren får en varning. •

Protester mot HSAN-beslut

Flickan skickades hem med instruktioner till föräldrarna att titta till henne ett par gånger under natten.

Dagen efter sökte man åter. Av HSANs beslutsunderlag framgår inte varför. Emellertid gjordes en CT som visade skallfraktur. Patienten hade aldrig några nya symtom.

Läkaren varnades efter följande bedömning: »Av utredningen framgår att doktor Y undersökte flickan X och att han konstaterade att hon var trött efter fallet, vilket han ansåg naturligt med hänsyn till den sena timmen. De neurologiska fynden var normala men ett uttalat hematoma gjorde att en skallfraktur inte kunde uteslutas. Det fanns alltså skäl till att kontakta barnläkare eller neurokirurg för att höra vilken utredning som fordrades. Med hänsyn till den klara risken för epiduralblödning, som kan medföra en snabb försämring fanns all anledning att lägga in X för övervakning. Det var olämpligt att överlåta denna övervakning till föräldrarna. Genom brister i handläggningen har X utsatts för fara.«

Lindriga skalltrauman är mycket

vanliga i barnåren, epiduralblödningar mycket ovanliga. Någonstans måste en gräns sättas för när barnet ska läggas in eller röntgas. Socialstyrelsen har hjälpt till att sätta en sådan gräns i sin faktabas – State of the art – traumatisk hjärnskada (<http://www.sos.se/mars/stao83>).

På sidan 9 skriver man om lätt skallskada att patient utan commotio, det vill säga utan medvetandeförlust eller medvetandegrulning och utan amnesi och som vid undersökning är vaken, orienterad och medverkar adekvat, uppvisar normalt neurologstatus och är utan kliniska tecken på skallfraktur kan skrivas ut till hemmet.

Detta handlar vi efter i praktiken. Vi uppfattar inte nödvändigtvis ens stora bulor som kliniska tecken på skallfraktur.

I det relaterade fallet framkommer inga motiv att ställa diagnos commotio varför sannolikt patienten blivit hemvänd för observation av föräldrarna även vid barnakuten i Lund.

För samtliga kirurger vid sektionen för barnkirurgi, Universitetssjukhuset i Lund, Gerhard Malmfors, docent, sektionsschef