

Mikael Dellborg, överläkare, hjärtsektionen, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
(mikael.dellborg@hjl.gu.se)

En tids observation nödvändig för bedömning vid akut bröstsmärta

Analys av ett fall i *Annals of Internal Medicine* relevant även för Sverige

II »Quality Grand Rounds« är en artikelserie i *Annals of Internal Medicine*, där man utifrån ett specifikt fall analyserar vårdkvalitet och medicinska misstag. I en artikel beskrivs ett viktigt och ständigt återkommande vardagsproblem: en patient med känd kranskärlssjukdom som söker för bröstsmärtor [1]. Vid det initiala omhändertagandet görs ett avgörande misstag, en feltolkning av EKG, och patienten skickas hem. Efter några timmar återkommer patienten och visar sig ha en (re-)infarkt som förelåg redan vid den första sjukvårds-kontakten.

Artikeln analyserar det aktuella fallet och försöker identifiera såväl individrelaterade felkällor (patienten undersöktes klockan två på natten, läkaren hade just somnat och inte riktigt hunnit vakna till och EKG var registrerat med fel skala, det vill säga 1 cm motsvarade 2 mV) som mer systembaserade felkällor, som avsaknad av bröstsmärteenhet och systematiska protokoll för att selektera patienter för fortsatt observation på »rätt« vårdnivå.

På ett mycket informativt och övergripande sätt behandlar artikeln klinisk diagnostik (symtom, fysikaliska fynd) och användning av olika algoritmer för detta. Man konstaterar att någon praktiskt användbar, tillräckligt precis algoritm aldrig kunnat tas fram, trots betydande ansträngningar. Vidare diskuteras EKG-tolkning, såväl utbildning som olika hjälpmedel av typen neurala nätverk. Även här måste man konstatera att för en stor grupp patienter förmår EKG inte differentiera mellan låg- och mellanriskgrupper, utan lämpar sig bäst för snabb identifiering av patienter med särskilt hög risk (ST-sänkning, ST-höjning, grenblock). Analys av biokemiska markörer, CK-MB och troponiner, är ett mycket viktigt hjälpmedel och har goda prestanda men kan inte ersätta ovanstående.

Ett nyckelbudskap för alla läkare och sköterskor som hanterar patienter med bröstsmärtor blir att en tids observation i de allra flesta fall är nödvändig för att rätt kunna bedöma, diagnostisera och hantera dessa patienter. Denna observationstid bör innehålla upprepad analys av biokemiska markörer med hög sensitivitet och specificitet, exempelvis en kombination av CK-MB och troponin T eller I, och upprepad eller kontinuerlig EKG-registrering med kvalificerad analys och bedömning.

Detta amerikanska arbete speglar i viss mån en annorlunda situation där man, av såväl medicinska som juridiska skäl, är extremt fokuserad på att inte skicka hem en patient som faktiskt har infarkt. Ett mål är att mindre än 1 procent av dem som skickas hem i tron att de inte har hjärtinfarkt faktiskt har

Sammanfattat

I artikelserien »Quality Grand Rounds« i *Annals of Internal Medicine* beskrivs ett fall med en patient med känd kranskärlssjukdom som söker för bröstsmärtor. Vid det initiala omhändertagandet görs ett avgörande misstag, en feltolkning av EKG, och patienten skickas hem.

Artikeln analyserar fallet och försöker identifiera såväl individrelaterade som systematiska felkällor.

Man föreslår också flera åtgärder som har relevans även för svenska förhållanden, som inrättande av bröstsmärteenheter för observation, tydliga algoritmer för att ta hand om patienter med bröstsmärtor och utbildning med fokus på att lära av begångna misstag.

det. Men även för svenska förhållanden är diskussionen synnerligen relevant. Våra akutmottagningar bågner ju tidvis av patienter med bröstsmärtor av varierande allvarlighetsgrad. Det man föreslår har stor relevans för svenska förhållanden och kan sammanfattas i följande:

1. Inrättande av bröstsmärteenheter, för kort (några timmars) eller lite längre (något dygns) observation. Vården bör innefatta EKG-monitorering och analys av biokemiska markörer för hjärtskada. Värdet av belastningstest, arbetsprov med eller utan ekokardiografi eller isotopundersökning är omdiskuterat, och det finns sparsamma data som stödjer ett rutinmässigt användande.
2. Tydliga, lokalt anpassade algoritmer för att ta hand om patienter med bröstsmärtor, oavsett risknivå. En patient med ST-höjningar hör inte hemma på en bröstsmärteenhet utan skall ges trombolytisk behandling och skickas direkt till HIA eller, om tidsförlusterna inte blir för stora, skickas till PCI(perkutan koronar intervention)-laboratorium. Kliniskt stabila patienter med initialt lätt förhöjda markörer och ST-sänkningar på EKG skickas till intermediäravdelning för fortsatt stabilisering och, i vissa fall, tidig angio-

grafi. Lågriskpatienter läggs på bröstsmärteenheter/motsvarande med standardiserade rutiner.

3. Utbildning. Självklart skall alla som hanterar denna stora patientgrupp ha så god utbildning som möjligt, men det artikelförfattarna sätter fokus på är användandet av medicinska misstag som drivkraft för fortsatt lärande. Och nog måste vi inom professionen medge att vi ofta har svårt för att hantera iakttagna misstag. Att med en yngre kollega (eller ännu värre äldre kollega!) ta upp en felbedömning, ett felaktigt hanterande, kräver stor takt och finesse och uppfattas ofta negativt. Vår lagstiftning med Lex Maria kan här ibland vara ett hinder då anmälningsplikten skapar en drift att låta mindre allvarliga händelser passera opåtalade. Men just dessa mindre misstag och felaktigheter kan, om de lyfts fram och diskuteras, vara utmärkt underlag för kontinuerligt kvalitetsarbete. Individerna lär sig nog oftast av sina misstag, om de påtalas, men varför begränsa sig till en enda individ när säkert många på samma klinik kunde lära sig av andras misstag och felbedömningar?

Man propagerar alltså för en öppenhet, att skapa en anda av att analysera även misstag och felbedömningar så att vi alla kan dra så stora lärdomar som möjligt. Det sätt som »Quality Grand Rounds« använder sig av, det vill säga noggrann rapport och analys av fallet tillsammans med anonym intervju med den »felande« läkaren, sammanbundet av en djupare analys och översikt över det aktuella kunskapsläget, är föredömligt och bidrar väsentligt till att höja kunskapsnivån. Kanske något för Läkartidningen att ta efter?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Goldman L, Kirtane A. Triage of patients with acute chest pain and possible cardiac ischemia: the elusive search for diagnostic perfection. *Ann Intern Med* 2003; 139:987-995.