

sämring med mycket lättprovocerad smärta och remiss för magnetröntgen av hela ryggraden samt slätröntgen av hals- och ländrygg utfärdades.

Distriktsläkaren bedömning fram till mars 2005 var att smärtorna var betingade av ett benigna tillstånd i stöd- och rörelseapparaten. Vid besöket i januari hade patienten en akut försämring där han bedömde att bättring kunde inväntas.

När han träffade patienten den 23 februari fann han inga neurologiska symtom i form av domningar, känsel- eller kraftnedsättning. Slätröntgen av bröst- ryggen visade spondylos, som i sig kan ge smärttillstånd, och han bedömde därför sammantaget att MR-undersökning inte var indicerad.

MR-undersökning blev nödvändig

En månad senare, den 23 mars, stod det dock utan tvivel klart att smärtorna var av progredierande karaktär och att en MR-undersökning var nödvändig och remiss utfärdades därför för både slätröntgen av hals- och ländrygg samt MR-undersökning av ryggraden. Några neurologiska symtom förelåg inte.

Under väntetiden försämrades patientens tillstånd ytterligare vad beträffar smärtan. Vid besök den 4 maj fanns vissa subjektiva neurologiska symtom, men inga objektiva neurologiska fynd, uppgav distriktsläkaren och accepterade därför att invänta den planerade tiden för röntgenundersökning fyra veckor senare.

Senare fick han veta att patienten där- efter ytterligare hade försämrats och uppsökt akutmottagningen vid ett sjukhus och uppvisat tydliga neurologiska symtom i benen.

Bedömning och beslut

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten inte hade någon tidigare cancer- sjukdom i anamnesen. Det fanns under det tidiga sjukdomsförloppet ingen anledning till misstanke om en pågående cancersjukdom med spridning till bröst- ryggen eller om någon annan allvarlig sjukdom. Röntgenundersökningen i januari 2005 visade heller inte någon cancer och patienten uppvisade då även viss förbättring.

I februari hade hon åter blivit sämre, men hade inga neurologiska symtom. Inte heller när hon träffade distriktslä-

karen i mars framkom några neurologiska symtom. En MR-undersökning beställdes med bland annat frågeställning- en »expansiv process i thorakalryggen?« Tid kunde dock fås först mer än två månader senare. Ny slätröntgen gav inte heller anledning till misstanke om tumör.

Den 4 maj sökte patienten åter distriktsläkaren och hade då ytterligare försämrats. Inga neurologiska fynd hittades, men hon beskrev att det »surrade« i fötterna vid hosta.

Vid telefonsamtal med sjuksköterska den 10 maj noterades att patienten hade känselbortfall i benen och att hon, enligt egen uppgift, hade haft det även vid besöket den 4 maj, vilket distriktsläkaren in- formerades om.

Trots att distriktsläkaren inte fann några neurologiska symtom hos patienten borde han ha insett att sjukdomsförloppet inte tydde på något vanligt, godartat tillstånd, anser Ansvarsnämnden.

Han borde, senast då han fick känne- dom om den långa väntetiden till MR- undersökning, antingen ha remitterat patienten vidare eller själv försökt på- verka väntetiden. Han får en erinran.

Anamnes och symtom var typiska för angina pectoris – nytt arbetsprov borde ha gjorts

En kardiolog fälls för att inte ha ordnat med ett nytt arbets-EKG för en patient med anamnes och symtom som var typiska för angina pectoris. (HSAN 510/05)

Den 61-åriga kvinnan lades in akut på sjukhuset den 5 april 2004. Hon hade de senaste fyra veckorna besvärats av andfåddhet och bröstsmärtor.

Smärtorna strålade ut mot halsen och bägge axlarna samt uppkom i samband med ansträngning och gick över vid vila. Besvären lindrades med Nitromex. Hon observerades under ett dygn och skrevs ut den 6 april. Hjärtsjukdom som förklar- ing till hennes besvär bedömdes inte fö- religga.

Tre månader senare, under en utlands- vistelse, fick hon åter bröstsmärtor. Hon togs in på sjukhus och en bypassopera- tion genomfördes.

Kvinnan anmälde ansvarig personal vid sjukhuset där hon vårdades 5–6 april. Hon menade att hon inte blivit ordentligt utredd. Ansvarsnämnden läste patientens journal och hämtade in yttrande av kardiologen, som bestred att han gjort fel.

Av anmälan framgår att patienten an-

ser att vården varit felaktig på grund av att koronarangiografi inte utfördes.

Det rör sig om en kvinna som kolecyst- ektomerades 2003. Har hypertoni. Pati- enten intogs på HIA den 5 april på grund av tilltagande andfåddhet och bröstsmär- ta. I vilo-EKG sågs som tidigare höger skänkelblock. Infarktmarkörer (CK-MB x 2 samt Troponin T x 1) var negativa. ST- övervakning utfördes med ST-guard, be- rättade kardiologen.

Arbetsprov utan smärta i bröstet

Arbetsprov var tidigare utfört den 10 ok- tober 2003 där patienten belastades med 60 W utan smärta i bröstet. EKG-mässigt framkom inga hållpunkter för koronarin- sufficiens. Patienten bedömdes ha en ar- betsförmåga motsvarande ordinär för ål- dern.

Under vårdtiden utfördes kor-pulm- röntgen som var ua. Även ekokardiografi utfördes och visade normala fynd. Man såg en normal vänsterkammarfunktion utan tecken till regional dyskinesi.

Ovanstående förhållanden gjorde att kardiell genes till patientens besvär be- dömdes som mindre sannolik. För fort-

satt uppföljning hänvisades till patientens familjeläkare, uppgav kardiologen.

Han pekade på att han i anmälan kriti- seras för att inte ha fattat beslut om koronarangiografi. Han framhöll att patientens tidigare negativa arbets-EKG, nega- tiva infarktmarkörer, oförändrade EKG, normala ekokardiografiundersökning samt atypiska symtom motiverade hans beslut.

Han motsatte sig anmälan och hävdade att patienten handlagts enligt vetenskap och beprövad praxis.

Bedömning och beslut

Vid vårdtillfället uppvisade patienten anamnes och symtom som är typiska för angina pectoris, menar Ansvarsnäm- nden. Hon hade även inremitterats under frågeställningen instabil kärklramp.

Arbets-EKG hade tidigare utförts i de- cember 2003, med normalt resultat. Det- ta uteslöt dock inte en försämring och ett nytt arbetsprov borde ha genomförts. Om arbetsprovet hade visat ett normalt utfall borde även en myokardskint ha utförts. Kardiologen får en erinran, bestämmer Ansvarsnämnden.