

Kvinna med aortastenosis borde ha undersökts och opererats med förtur

Kvinnan med aortastenosis borde ha kallats till ny undersökning långt tidigare och borde senare ha remitterats för utredning med förtur. Hon borde också ha opererats med förtur. Det konstaterar Ansvarsnämnden och fäller en kardiolog och en toraxkirurg sedan kvinnan avlidit 53 år gammal. (HSAN 2057/05)

Kvinnan hade aortastenosis sedan födseln och kontrollerades regelbundet. I februari 2003 konstaterades att medeltryckgradienten mellan vänster kammare och kroppspulsådern var 50 mm Hg. Kardiologen beslöt ta tillbaka henne under sommaren för ny ultraljudsundersökning och ställningstagande till operation under hösten 2003.

Undersökningen visade endast ringa förändring. Det framgår inte av journalanteckning om kardiologen tagit ställning till någon åtgärd med anledning av ekokardiografiundersökningen sommaren 2003.

Patienten började få symtom under våren 2004 i form av tryck över bröstet och andfåddhet vid tyngre ansträngning.

En ny ekokardiografiundersökning kom till stånd först i november 2004, och medeltryckgradienten hade då stigit till 70 mm Hg. Patienten remitterades till kranskärlsröntgen inför klaffoperation. En DT av hjärtat i februari 2005 visade att det fanns ett trångt område i vänster kranskärl. Operation av aortaklaff och samtidig kranskärlsoperation bestämdes till den 18 april.

Fick virusinfektion

Men den 14 april fick patienten feber och bedömdes på vårdcentralen ha en virusinfektion. Febern gick inte över och hon sökte den 22 april på infektionsakuten vid sjukhus X men skickades för inläggning till sjukhus Y. Infektionsläkare bedömde att hon led av en virusinfektion.

På grund av nytillkomna EKG-förändringar fördes hon den 23 april tillbaka till sjukhus X, där hon vårdades på hjärtintensivvårdsavdelning. Hon blev sämre och fördes över till toraxintensivvårdsavdelning där hon försämrades ytterligare och avled den 28 april.

Kvinnans man anmälde bland annat kardiologen och toraxkirurgen. Ansvarsnämnden tog in yttrande av de anmälda samt ett sakkunnigutlåtande från vetenskapliga rådet i toraxkirurgi, professor Eva Berglin (se artikel på nästa sida).

»Skrevs aldrig in i journalen«

Kardiologen pekade på att enligt anmälan skedde inga kontroller under perioden mars 2003–november 2004. Patienten var på rutinkontroll med ultraljudsundersökning, som visade försämrat tillstånd avseende hennes aortaklaff i februari 2003. En knapp månad senare uppgav hon inga som helst symtom.

Hon ville vänta ytterligare något med operation, varför hon sattes upp för en ny ultraljudskontroll i juni. Efter den skulle hon remitteras för inledande utredning inför aortaklaffbyte med bland annat kranskärlsröntgen. Kontrollen gjordes den 17 juni och visade marginell försämring. Själva undersökningen skrevs dock av någon anledning aldrig in i journalen.

När patienten i november 2004 kontaktade medicinmottagningen om uppföljning kallades hon snabbt för ny ultraljudsvärdering. Förträngningen hade då ökat något, men hjärtats pumpförmåga var oförändrad och god. Hon hade fått lindriga symtom som hänfördes till aortaklaffförträngningen. I november blev hon remitterad till toraxkliniken vid sjukhus X för utredning inför aortaklaffbyte.

Kardiologen ansåg att latensen berodde på att ultraljudsutlåtandet från juni 2003 inte blev inskrivet i journalen och lagt till honom för signering. Patienten hade också under hela tiden möjlighet att vid eventuell försening kontakta medicinmottagningen, påpekade han.

Toraxkirurgen berättade att de hos den inremitterade patienten konstaterade en tät aortastenosis med maximal tryckskillnad 130 mm Hg liksom även en ordentlig försnävning på stora kroppspulsådern strax ovan hjärtklaffplanet.

Ultraljudsundersökning av hjärtat i samband med utredningen visade den 16 december 2004 förutom den trånga hjärtklaffen en ordentlig muskelför-

tjockning i vänstra kammarens vägg, men fortfarande en välbevarad systolisk funktion utan hjärtsviktstecken.

En kompletterande specialundersökning med datortomografi gjordes i början av 2005 vid ett universitetssjukhus där man också konstaterade ocklusion av kranskärlsgrenen LAD.

Vid en ny hjärtkonferens den 7 februari 2005 accepterades patienten för en planerad klaffoperation. Hon sattes upp med vanlig väntetid då utredningen inte indikerade något behov av akut åtgärd och hon vistades i hemmet. Planerat operationsdatum var den 22 mars.

Situationen på operation var dock ansträngd, och därför beslöt de att skjuta upp kvinnans operation några veckor, till den 18 april, uppgav toraxkirurgen.

Den 15 april meddelade patienten att hon fått feber och symtom som tolkades som virusinfektion. Givetvis fanns då ingen indikation att utföra den planerade operationen den 18 april. Den sköts upp ytterligare två veckor.

Via öppenvården sattes sedan antibiotika in. Patienten blev sämre med andfåddhet. Hon behandlades men utvecklade under kort tid en uttalad fulminant hjärtsviktsbild med övrig organpåverkan. Hon avled den 28 april 2005.

Det fulminanta infektionsinsjuknandet tolkades av toraxkirurgen som troligt akut myokardit. Patienten bedömdes inte vara i operabelt skick.

Utgången kunde varit en annan

Det är självklart olyckligt att operationen inte utfördes tidigare innan patienten insjuknade med feber, menade toraxkirurgen och påpekade att han har klar kunskap om att en tät aortaklaffstenos skall opereras relativt snart från diagnos och utredning.

Något akut behov bedömdes dock inte föreligga när enligt ultraljudsundersökningen hjärtats pumpförmåga fortfarande var väl bibehållen och symtombilden i samband med utredningen i december 2004 bedömdes relativt beskedlig.

Handläggningstiden på toraxkliniken från december 2004 ansåg han vara tillfredsställande kort.

Toraxkirurgen beklagade att den planerade operationen inte utfördes tidigare då förhoppningsvis utgången kunde ha varit en annan.

Ansvarsnämnden konstaterar att vid

arbetsprov redan 2002 framkom en uttalad vänsterkammarpåverkan med utbliven blodtrycksstegring och tillkomst av ST-T-förändringar. Detta tillsammans med en kraftig vänsterkammartrofi på ekokardiografi med en avancerad, progredierande aortastenosen borde ha föranlett ett snabbt omhändertagande med sikte på operation efter sommaren 2003.

Kardiologen har själv signerat ekokardiografiundersökningen från sommaren 2003. Han har uppgett att det förhållandet att patienten inte kallats för ny ekokardiografi förrän hösten 2004 berodde på att undersökningen inte journalförts sommaren 2003.

Varför undersökningen inte journalförts har inte gått att avgöra, men det torde antingen ha berott på att ett diktat kommit på avvägar eller att undersökningsresultatet över huvud taget inte dikterats för journalföring.

Skulle ha kallats långt tidigare

Under alla omständigheter kände kardiologen till undersökningsresultatet, och med tanke på att han övervägt att remittera patienten för utredning för operation borde han ha sett till att kalla henne till förnyad undersökning långt tidigare än hösten 2004. När han sedan hösten 2004 remitterade henne för utredning inför operation, borde han ha gjort denna remittering med förtur med hänsyn till att symtom funnits i ett halvt år utöver tidigare påvisad uttalad aortastenosen. Han får en varning.

Toraxkirurgen borde med hänsyn till att patienten redan under våren 2004 fått symtom, i form av tryck över bröstet och andfåddhet, som följd av hennes mycket uttalade aortastenosen ha låtit operera henne med förtur. Han får en erinran.

Patient med tät aortastenosen får inte »tappas bort«

Det föreligger ett upprepat »doctor's delay« från det att man först talade om operation i mars 2003 tills patienten slutligen fick ett operationsdatum i april 2005.

Det framhöll professor Eva Berglin, vetenskapligt råd i toraxkirurgi, när hon yttrade sig i fallet med kvinnan i föregående artikel. Hon skrev ett långt utlåtande som vi bara delvis kan återge. Hon var mycket kritisk och använde uttryck som:

»Patienten ska inte behöva ta över det medicinska ansvaret att bedöma när hans/hennes sjukdom ger symtom som eventuellt är betydelsefulla.«

»Patienten tappades bort.«

»Tiden mellan första anteckningen i journalen om operation till det operationsdatum patienten fick är drygt 2 år. Denna tidsrymd är oacceptabelt lång ...«

Utgången kunde blivit en annan

Hon underströk att patienten på flera punkter inte hade behandlats enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vissa händelser tagna var och en för sig har inte varit av avgörande betydelse, men tillsammans bidrog de till den tragiska utgången.

Utgången hade sannolikt kunnat vara annorlunda om uppmärksamheten varit riktad mot patientens sammantagna situation och inte bara mot det omedelbara perspektivet.

– Den allvarligaste kritiken måste riktas mot den långa tid som gick från återbesöket i mars 2003 tills patienten själv kontaktade medicinkliniken i oktober

2004 eftersom hon fått symtom. En patient med tät aortastenosen får inte »tappas bort«.

– När patienten väl kom under utredning borde denna ha gått med dubbel förtur. Likaså borde hon ha fått omgående tid för operation och om möjligt inte flyttats från sin första operationstid. Hon borde även här ha blivit betraktad som en dubbel förturpatient.

– En patient med avancerad, symptomgivande aortastenosen har en livshotande sjukdom som kräver möjlighet till omfattande expertvård.

Oavsett hur vården bedrevs på var och en av de sjukvårdsinstanser som patienten passerade under den sista fasen, är det olyckligt att hon skickades till så många ställen.

Inger stark medkänsla

Från den 14 april när patienten insjuknade i feber till den 28 april då hon avled, passerade hon sex olika sjukvårdsadresser, vara fyra på ett dygn.

Att man skickade patienten vidare på det sättet med den risk för bristande kontinuitet och dålig överblick av sjukdomsutvecklingen som det innebar, fann Eva Berglin anmärkningsvärt.

»Läsningen av journalhandlingarna inger stark medkänsla med både patient och anhöriga över den frustration detta måste ha väckt«, framhöll hon.

Hon hävdade att patienten redan efter bedömningen på infektionsakuten vid sjukhus X den 22 april borde ha placerats på en enhet med såväl kardiologisk som toraxkirurgisk kompetens.

Patient dog hemma i hjärtinfarkt efter patologiskt EKG

Skulle ha skickats till sjukhus för bedömning

Patientens beskrivning av symtomen ingav misstanke om infektion och ringa misstanke om hjärtsjukdom. Resultatet av EKG-undersökningen var dock klart patologiskt och visade diafragmala förändringar, som kunde vara akuta. ST-läkaren borde ha sänt patienten till sjukhus för bedömning, anser Ansvarsnämnden. (HSAN 379/06)

Den 38-årige mannen kom till vårdcentralen den 3 januari 2006 med oklara bröstsmärtor och hosta.

ST-läkaren bedömde besvären som en akut nedre luftvägsinfektion, ordinerade bland annat penicillin och uppmanade patienten att återkomma om han inte blev bättre.

På morgonen den 5 januari föll man-

nen ihop i hemmet och avled. En obduktion visade att dödsorsaken sannolikt var hjärtinfarkt. Mannens sambo anmälde ST-läkaren.

Ansvarsnämnden läste mannens journal och obduktionsutlåtandet samt hämtade in yttrande av ST-läkaren, som bestred att han gjort fel.

Patienten sökte akut på vårdcentralen

för typiska besvär som talade för luftvägsinfektion – långvarig förkylning med hosta, feber och svettningar på nätterna. Besvären hade enligt patienten börjat två-tre veckor tidigare och hade inte ökat.

Han var rökare och snusade. Han berättade att han ibland haft svidande värk i bröstet på höger och vänster sida i samband med sin förkylning.

Vid undersökningen fann ST-läkaren tecken på pågående inflammation/infektion i luftvägarna, uppgav han och hänvisade till journalen.

»Visade inte akuta förändringar«

Laboratorieblodprov visade förhöjda infektionsparametrar, vilket bekräftade misstanken om pågående infektion i luftvägarna, menade ST-läkaren. Patientens besvär med svidande värk i bröstet till och från hade han tagit på största allvar och ordinerade EKG, som inte visade akuta förändringar.

På grund av de långvariga besvären, som tydde på luftvägsinfektion, och undersökningar bedömde han att det rörde sig om en bakteriell infektion i luftvägarna, och därför började han behandling med Kåvepenin.

Han uppmanade patienten att kontakta läkare på nytt om han inte kände sig bättre efter den insatta behandlingen, berättade ST-läkaren.

Ansvarsnämnden konstaterar att patienten, som bland annat var rökare, vid besöket den 3 januari uppgav att han sedan 2–3 veckor hade haft hosta, feber och nattliga svettningar samt ibland höger- eller vänstersidig bröstsmärta, som han upplevde som sveda. Provtagning visade lätt förhöjt CRP (57 mg/l) och P-glukos (6,4 mmol/l).

EKG utfördes men bedömdes av ST-läkaren inte innehålla några akuta förändringar. På lungorna hördes lätta obstruktiva biljud.

Klart patologiskt EKG

Patientens beskrivning av symtomen ingav misstanke om infektion och ringa misstanke om hjärtsjukdom, anser Ansvarsnämnden.

Resultatet av EKG-undersökningen var dock klart patologiskt och visade diagnosförändringar, som kunde vara akuta. Provsvaren var visserligen inte specifika men kunde även de tala för en hjärtinfarkt. Detta sammantaget borde ha föranlett ST-läkaren att sända patienten till sjukhus för bedömning. Genom att inte göra det har han av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet är varken ringa eller ursäktligt.

Han får en erinran. ➡

annons

Patient med aortadissektion avled sedan han remitterats till psykiatrisk mottagning

»Ångesten uppstod som en följd av de akuta bröstsmärtorna«

Det är inte ovanligt att akut hjärtinfarkt, omfattande lungemboli och aortadis-sektion utöver bröstsmärtor också kan orsaka plötslig och svår ångest. Vid akutundersökning av en patient som hastigt insjuknat med bröstsmärtor, andfäddhet och svår ångest är det därför betydelsefullt att inhämta en tydlig anamnes. (HSAN 3473/05)

En 55-årig man utförde svetsarbeten på en mycket hög ställning den 1 november 2005 när han plötsligt drabbades av svåra och huggande bröstsmärtor.

Han var mycket orolig och fick morfin av ambulanspersonalen som klättrat upp på ställningen. Den nedkylda mannen fördes till ett universitetssjukhus där han undersöktes av en intensivvårdsläkare, som antecknade i journalen »ropar högt och anger smärta i bröstkorgen«.

Misstänkte panikångest

Då varken EKG eller blodprov visade något avvikande misstänkte intensivvårdsläkaren att patienten drabbats av panikångest och förde över honom till den psykiatriska akutmottagningen.

Där undersöktes han av en AT-läkare. Sedan denne konsulterat sin bakjour lades patienten in på den psykiatriska kliniken på hemorten där de i stället bedömde att besvären saknade samband med panikångest och planerade för skiktröntgen av huvudet och akut EEG.

Hade aortadissektion

Patienten avled påföljande natt, enligt obduktionen på grund av aortadissektion med blod i hjärtsäcken. Hans syster anmälde flera läkare. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från de anmälda, som samtliga bestred att de gjort fel. Vi lämnar alla utom intensivvårdsläkaren eftersom de frias.

Denne berättade att enligt ambulanspersonalen hade patienten blivit som förstena på en 20 meter hög byggnadsställning. Han hade legat som paralyserad och klagat på bröstsmärta.

Patientens puls, blodtryck, syresätt-

ning och andningsfrekvens mättes. På grund av att man såg att han inte mätte bra, framförallt svår ångest, fick han näst högsta prioritet – det togs allmänna blodprov samt hjärtprov och EKG.

När intensivvårdsläkaren träffade patienten låg denne i fosterställning och var helt inbunden av mycket svår ångest. Han var torr och varm och hade en lugn puls på 60 slag per minut samt ett normalt blodtryck på 130/80 mm Hg.

Intensivvårdsläkaren såg att patienten hade en mycket svår ångest och inte kunde prata då han var i ett närmast katatont tillstånd. På en direkt fråga om han hade ont i bröstet skakade patienten på huvudet men kunde i övrigt inte kommunicera på grund av ångesten.

Han fick ångestlindrande medicin direkt i blodet för att han skulle kunna förmedla vad han upplevde och kände samt vad som inträffat.

Hade haft det psykiskt jobbigt

Efter 10–15 minuter gick det att börja prata. Patienten berättade att han senaste tiden haft det psykiskt mycket jobbigt sedan hans far nyligen begått självmord samt att han hjälpt sin mor att flytta, vilket också varit psykiskt påfrestande. Han hade även några veckor tidigare sökt läkare för att han psykiskt inte mätte bra.

Han berättade vidare att han på morgonen fått en punktformig och delvis andningsrelaterad bröstsmärta. Intensivvårdsläkaren frågade om bröstsmärtan strålade ut någonstans eller bara fanns där patienten pekade att han hade ont. Patientens nekade till att smärtan skulle stråla ut i arm, rygg eller hals.

Han hade inte några tidigare sjukdomar och tog inga mediciner. Han frågade om det kunde vara psykiskt och ville ha en tablett mot huvudvärk.

Intensivvårdsläkaren lyssnade efter blåsljud på hjärtat, biljud från lungorna och kände på buken. Allt var normalt.

Han lämnade patienten under övervakning efter att ha sett att EKG var helt normalt och att de första proven var helt normala.

Intensivvårdsläkaren funderade över varför patienten hade så svår ångest och ringde därför hans ena syster, som intygade att brodern haft det mycket jobbigt efter pappans självmord.

Det tog ytterligare ca 30 minuter innan proven blev klara. Intensivvårdsläkaren konstaterade att patienten kände sig mycket bättre men var fortsatt kraftigt ångestlad. Han frågade om eventuell bröstsmärta och fick ett nekande svar.

När han hade sett alla provsvar, inklusive negativ hjärtmarkör, ansåg han sig med god säkerhet ha uteslutit kroppslig orsak till patientens besvär. Han uppfattade bröstsmärtan som atypisk och att patienten inte hade några riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom samt inte visade några tecken till allmänpåverkan annat än den mycket svåra ångesten. Han skrev akutremiss för psykiatriskt omhändertagande då patienten behövde inläggande behandling.

En följd av bröstsmärtorna

Det är väl känt att akut hjärtinfarkt, omfattande lungemboli och aortadissektion, medför svåra bröstsmärtor. Det är inte ovanligt att dessa allvarliga och livshotande tillstånd också kan orsaka plötslig och svår ångest, understryker Ansvarsnämnden.

Vid akutundersökning av en patient som hastigt insjuknat med bröstsmärtor, andfäddhet och svår ångest är det därför betydelsefullt att inhämta en tydlig anamnes. Det är annars inte möjligt att göra en adekvat bedömning av smärtorna, deras orsak och ursprung.

Som sjukhistorien beskrivits vid den psykiatriska akutundersökningen hade patientens ångest uppstått som en följd av de akuta bröstsmärtorna.

Vid sin undersökning hade intensivvårdsläkaren emellertid dokumenterat en mycket summarisk anamnes och hade därför ett bristfälligt underlag för bedömningen av det akuta insjuknandet.

Han förmodade därför att tillståndet hade psykiatriska orsaker i stället för att komplettera den akuta utredningen med undersökning och observation på grund av misstänkt hjärtinfarkt, lungemboli eller aortadissektion, vilket hade varit motiverat.

Han får en varning.

»Som sjukhistorien beskrivits vid den psykiatriska akutundersökningen hade patientens ångest uppstått som en följd av de akuta bröstsmärtorna.«