

# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning  
af  
nævnets praksis  
vedrørende

## **KLAGER I FORBINDELSE MED HJERTESYGDOMME**

2003-2007

December 2007

Fuldmægtig, cand. jur. Nina Boye Servé

Fuldmægtig, cand. jur. Suzanne Camilla Lund Jensen

Fuldmægtig, cand. jur. Teresa Lund Tøgern



# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

## Sammenfatninger af nævnets praksis:

- Aktindsigt. 1998-2001. Oktober 2002
- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2003
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Klager i forbindelse med udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004
- Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004
- Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004
- Tandlæger. 1998-2005. November 2005
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005
- Klager over ambulancebehandlere. November 2006
- Sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2006. November 2006
- Lægeerklæringer, 1998-2006. December 2006

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

## FORORD

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager vedr. hjertesygdomme.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til [pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk).

Peter Bak Mortensen  
dir.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING.....	5
2	REGELGRUNDLAG .....	5
3	GENERELT OM HJERTESYGDOMME.....	6
3.1	Hjertet.....	6
3.2	Diagnostik og behandling .....	6
4	KLAGER OVER UNDERSØGELSE AF HJERTETS KRANSPULSÅRER (KAG) OG OVER BALLONBEHANDLING (PCI) .....	8
4.1	Undersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG).....	8
4.1.1	Indikation for udførelse af KAG.....	8
4.1.2	Proceduren for udførelse af KAG .....	9
4.1.3	Smerter og risici ved KAG.....	11
4.2	Ballonbehandling (PCI) .....	15
4.2.1	Risici ved PCI .....	16
5	KLAGER OVER BYPASSOPERATIONER.....	17
5.1	Bypassoperation .....	17
5.2	Komplikationer efter bypassoperation .....	20
6	KLAGER OVER HJERTEKLAPOPERATIONER.....	26
6.1	Indikation for hjerteklapoperation. ....	26
6.2	Indikation for akut hjerteklapoperation.....	30
6.3	Hændelige komplikationer ved hjerteklapoperationer .....	32
7	BILAG .....	37
8	SAGSOVERSIGT.....	39

## 1 INDLEDNING

Dette er en sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i klager i forbindelse med hjertesygdomme. Praksissammenfatning er baseret på i alt ca. 100 sager fra 2003 til 2007, heraf er de 23 refereret i sammenfatningen

Sammenfatningen består af 6 kapitler. Regelgrundlaget er beskrevet i kapitel 2. I *Kapitel 3* redegøres generelt om hjertesygdomme. *Kapitel 4* handler om klager i forbindelse med undersøgelse af hjertets kranspulsårer og i forbindelse med ballonbehandling. I *kapitel 5* behandles klager i forbindelse med bypassoperationer og i *kapitel 6* klager over hjerteklapoperationer. Et bilag giver en oversigt over gennemgående medicinske udtryk. Endelig findes bagest en sagsoversigt.

I den elektroniske udgave af sammenfatningen på Patientklagenævnets hjemmeside (<http://www.pkn.dk>) er der links til de anonymiserede afgørelser i fuld tekst. Disse afgørelser vil være tilgængelige på nettet i løbet af 1. kvartal 2008.

## 2 REGELGRUNDLAG

Lovgrundlaget er lægelovens § 6 og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17. Autorisationsloven trådte i kraft den 1. januar 2007 og træder i stedet for lægeloven. Autorisationsloven vil finde anvendelse på alle forhold, som har fundet sted efter den 1. januar 2007. Lægelovens § 6 og autorisationsloven § 17 er enslydende. Efter disse bestemmelser har en læge pligt til under udøvelsen af sin gerning at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Nævnet vurderer, om lægen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Denne standard er afhængig af udviklingen indenfor det pågældende medicinske område, og kan derfor variere og ændre sig over tid og sted. Der er tale om en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde. Nævnet ser på den enkelte patients tilstand, og hvad lægen vidste eller burde vide på det tidspunkt, hvor han behandlede patienten.

Såfremt lægen har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, finder nævnet, at lægelovens § 6/autorisationslovens § 17 er overtrådt, og at der er grundlag for at udtale kritik.

### **3 GENERELT OM HJERTESYGDOMME**

Cirka 200.000 danskere lever i dag med en hjertesygdom, og der er cirka 16.000 årlige dødsfald som følge af sygdommen. Hvert år indlægges omkring 57.000 personer med en hjertesygdom.

#### **3.1 Hjertet**

Hjertet er en hul muskel, som ligger fortil i brystkassen mellem lungerne. Hjertet er sammensat af en række forskellige celler, som dels opstarter en elektrisk impuls, dels leder impulsen videre og derved sørger for, at hjertet trækker sig sammen i den rigtige rytme og på den rigtige måde. Hjertet slår altså uden at modtage impulser fra centralnervesystemet. Hjertets impulser styres af to knuder (sinus-knuden og AV-knuden).

Hjertet sørger for at pumpe blod ud i kroppen. Hjertet er delt op i en højre og en venstre halvdel, som hver især er delt op i et forkammer (atrium) og et hjertekammer (ventrikel). Hjertet består derfor af fire kamre: højre forkammer og hjertekammer samt venstre forkammer og hjertekammer. Hjerteklapperne er ventiler, der er placeret, hvor blodet forlader hvert af de fire kamre.

Hjerteklapperne sørger for at ensrette blodets retning, når blodet er kommet ind i hjertet. Det er eksempelvis trykforskellen over klappen, som bestemmer, om klappen mellem de to kamre er åben eller lukket. Når hjertet slår et slag trækker forkamrene sig sammen umiddelbart inden hjertekamrene. Herved tømmes blodet i forkamrene ned i hjertekamrene gennem forkamrenes klapper. Ved hjertekamrenes sammentrækning tømmes blodet ud i de store pulsårer gennem hjertekamrenes klapper. Hjertets højre halvdel forsyner lungepulsåren med blod, mens hjertets venstre halvdel forsyner legempulsåren (aorta). Hjerteklappernes ventilvirkning bevirker, at blodet kun kan løbe i en retning.

Blodforsyningen til hjertemusklen kommer fra de to store pulsårer (kranspulsårerne), der afgår ved starten af legempulsåren.

#### **3.2 Diagnostik og behandling**

Sygdomme i hjertet er årsag til en stor del af indlæggelserne på de danske sygehuse. De mest almindelige hjertesygdomme er forsnævring af kranspulsårerne, fortætninger og/eller utætheder ved hjerteklapperne samt hjerterytmeforstyrrelser. Symptomer på hjertesygdom er almindeligvis kortåndethed, trykken eller klemmende smerter i brystet, hjertebanken og væskeansamling i forskellige organer.

Den mest almindelige hjertesygdom er iskæmisk hjertesygdom (nedsat blodforsyning til hjertet). Den hyppigste årsag til iskæmisk hjertesygdom er tilstedeværelse af en eller flere forsnævninger i kranspulsårerne (coronararterierne). Forsnævring af kranspulsårerne betyder, at blodårens indvendige diameter mindskes. Kranspulsåreforsnævring kan konstateres ved en undersøgelse af hjertets kranspulsårer: **koronararteriografi = KAG**. KAG er en røntgenundersøgelse, hvor man efter indsprøjtning af kontrast i hjertets kranspulsårer fremstiller billeder, som viser forsnævningerne på kranspulsårerne.

Behandlingen af kranspulsåreforsnævring kan være medicinsk eller bestå i en mekanisk udvidelse af forsnævringen (ballonbehandling). Ved en **ballonbehandling (PCI)** føres et tyndt kateter via en pulsåre i oftest højre lyske op til og ud i den forsnævrede kranspulsåre.. En lille oppustelig ballon for enden af kateteret presser forsnævringerne til side, så blodet igen kan passere uhindret igennem blodåren. I forbindelse med ballonbehandlingen indsættes ofte en stent. En stent er et lille metalgitter, der placeres som en foring inde i forsnævringen i blodåren for at holde den åben efter ballonbehandlingen. Stenten bliver siddende efter indgrebet.

I mere fremskredne tilfælde af kranspulsåreforsnævring kan man ikke nøjes med en ballonbehandling. I så fald er en **bypassoperation (CABG)** nødvendig. Formålet med en bypassoperation er at få blodet til at passere forbi forsnævringen i kranspulsårerne. Dette gøres ved at tage en blodåre (graft) fra benene eller indersiden af brysthulen. Den ene ende af graften sys fast på aorta, og den anden ende hæftes på den forsnævrede kranspulsåre ”på den anden side” af forsnævringen. Hvis en patient har flere forsnævninger, vil det oftest være nødvendigt at indoperere mere end en graft.

Der findes blandt andet to typer af sygdomme i **hjerterklapperne**: stenose (”forsnævring”) og insufficiens (”utæthed”). Ved en stenose kan klappen ikke åbnes tilstrækkeligt. Blodet får derved svært ved at passere forbi hjerterklappen. Insufficiens opstår, når hjerterklappen er utæt, således at en del af blodet løber tilbage i stedet for fremad. Hos nogle patienter er der både stenose og insufficiens af den samme klap. Behandlingen af hjerterklapsygdomme kan være medicinsk eller operativ.

De fleste klager vedrørende hjertesygdomme, som Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har behandlet, drejer sig om behandling i forbindelse med foretagelse af KAG-undersøgelse og ballonbehandling, bypassoperationer og hjerterklapoperationer.

## **4 KLAGER OVER UNDERSØGELSE AF HJERTETS KRANS-PULSÅRER (KAG) OG OVER BALLONBEHANDLING (PCI)**

### **4.1 Undersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG)**

KAG er en undersøgelse af hjertets kranspulsårer, som har til formål at afsløre behandlingskrævende forsnævringer på kranspulsårerne. En forsnævring består bl.a. af kolesterolaflejringer, bindevæv og plakdannelse. Lejlighedsvis vil der samtidig blive foretaget en kontrastundersøgelse af venstre hjertekammers pumpekraft (ventrikulografi).

#### **4.1.1 Indikation for udførelse af KAG**

KAG-undersøgelser bliver udført hos 1) patienter med anstrengelsesudløste hjertekramper (typisk stabil angina pectoris), 2) patienter med mindsket blodforsyning til hjertet efter en blodprop (postinfarkt iskæmi), 3) patienter med svære hvilesmerter (ustabil angina), 4) patienter med non-ST-elevationsinfarkt (non-STEMI) og 5) patienter med ST-elevationsinfarkt (STEMI).

Non-STEMI er betegnelsen for patienter, som har en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), der er dokumenteret ved definitiv stigning i CKMB (enzym) og troponin I eller T (markører) i blodet. Patienten har ikke ST-elevation i elektrokardiogrammet, men derimod enten ST-depression eller negativisering af T-takkerne, eller i nogle tilfælde slet ingen ændringer i elektrokardiogrammet men alligevel troponin-stigning. Patienter, som indlægges med non-STEMI, har oftest en trombose i en koronararterie, som ikke er lukket fuldstændigt til. Patienter med non-STEMI bør have foretaget KAG indenfor 1-2 uger efter sygdomsdebut.

ST-elevationsinfarkt (STEMI) er defineret ved kliniske symptomer på en blodprop i hjertet og typisk ST-elevation i elektrokardiogrammet. Sådanne patienter bør snarest muligt have foretaget KAG med henblik på eventuel akut ballonbehandling.

#### ***Konkret afgørelse***

Nedenstående afgørelse viser, at en KAG-undersøgelse generelt ikke bør foretages på patienter med feber, med mindre patientens samlede kliniske tilstand fordrer dette.

#### **Sag 1 Klage over manglende udførelse af en KAG-undersøgelse [\(0655814\)](#)**

*En 63-årig mand, der tidligere havde haft en blodprop i hjertet, blev indlagt på et sygehus med et ildebefindende, der blev vurderet som værende forårsaget af hurtig hjerterytme. Han blev overflyttet til et andet sygehus, hvor det blev vurderet, at tilstanden skyldtes en mindre blodprop i hjertet. Der blev bestilt en kranspulsåreundersøgelse til udførelse på et tredje sygehus, men overflytningen blev udsat på grund af, at patienten havde feber som følge af en*

*stafylokokinfektion, som blev behandlet med antibiotika. Herefter fik han forstyrrelse af hjerterytmen, der blev behandlet med medicin og tre dage senere var hjerterytmen igen normal. Om natten fik han dog bryst smerter og blev overflyttet til det tredje sygehus, hvor han afgik ved døden.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling på de to første sygehuse.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne på det første sygehus. Nævnet lagde her ved vægt på, at patientens blodprøvesvar med let forhøjede markører for henfald af hjertemuskelvæv typisk ses ved mindre blodpropper i hjertet, men også kan ses ved andre hjertepåvirkninger, herunder visse tilfælde af meget hurtig hjerterytme, ofte med ledsagende besvimmelsetilfælde eller ved sygdomsforløb med en kombination af mindre blodpropper i hjertet og meget hurtig hjerterytme. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det rent praktisk kan være vanskeligt med 100 % sikkerhed at afgøre, om det er det ene eller det andet forløb, der er det ”rigtige”.

Nævnet fandt videre ikke grundlag for at kritisere lægerne på det andet sygehus. Nævnet lagde herved vægt på, at det var relevant at give en henvisning til det tredje sygehus, hvor der var laboratoriefaciliteter til at foretage KAG. Nævnet lagde videre vægt på, at det var relevant at stille overflytningen i bero, idet en KAG ikke bør foretages på patienter med feber, med mindre patientens samlede situation fordrer dette. På det tidspunkt, hvor det blev bestemt at udsætte overflyttelsen til det tredje sygehus, var patientens hjertestatus stabil, hvorfor det vigtigste var at få årsagen til temperaturforhøjelsen afdækket og efterfølgende få påbegyndt den relevante behandling.

#### **4.1.2 Proceduren for udførelse af KAG**

En KAG-undersøgelse foregår via i en pulsåre i lysken. Der lægges først lokalbedøvelse i huden over og omkring pulsåren i lysken. Efter få minutter virker bedøvelsen, og lægen kan efterfølgende uden smerter for patienten føre en kanyle gennem huden og ind i pulsåren i lysken. Dernæst føres en tynd metalwire via kanylen ind i pulsåren, hvorefter der over metalwiren ”trådes” et tyndt, blødt plasticrør (sheath). Til slut fjernes metalwiren og sheath'en ligger herefter med den ene ende inde i pulsåren og den anden ende ude i det fri. Herefter indsprøjtes røntgenkontrast i kranspulsårerne gennem et kateter (sonde), der er ført op til hjerte via den lagte sheath.. Der foretages samtidigt røntgenoptagelse af hjertet, og billederne gemmes digitalt, således at man efterfølgende har den optimale mulighed for at kunne se, hvor de eventuelt forsnævrede steder er lokaliseret.

Det er normal og anerkendt faglig standard at forsøge gennemførelse af undersøgelse af hjertets kranspulsårer via armen, hvis det i forbindelse med tidligere undersøgelser har været vanskeligt at opnå optimale undersøgelses- og behandlingsbetingelser via lysken. Ved at benytte en arterie fra armen opnår man typisk nogle andre ”vinklinger” af de katetre, der benyttes til undersøgelsen. Dette vil i bedste fald resultere i, at katetret lettere kan stabiliseres, hvorved der opnås bedre undersøgelses- og behandlingsbetingelser. Man kan benytte en arterie ved håndleddet eller en arterie ved albuebøjningen. Det beror på den enkelte læges skøn, hvilken arterie, der foretrakkes ved undersøgelsen.

### **Konkrete afgørelser**

#### **Sag 2 (ref. sag 7) Klage over stærke smerter efter udførelse af en KAG-undersøgelse (0660126P)**

*En 73-årig kvinde, der var indlagt med en blodprop i hjertet, fik foretaget en KAG-undersøgelse med henblik på en eventuel ballonudvidelse. Der blev fundet flere forsnævring på kranspulsårerne, hvorfor hun skulle have foretaget en bypassoperation. Efter undersøgelsen blev der foretaget tryk på karret ved indstiksstedet for at standse blødningen, og der blev herefter ikke fundet tegn på blødning eller blodansamling. Tre dage senere klagede hun over smerter fra indstiksstedet, og der blev fundet en større, ældre blodansamling i huden og en hård blodansamling i dybden. Der var ikke mistanke om blødning eller udposning på stedet, hvorfor der blev ordineret smertestillende medicin. Dagen efter blev der konstateret udtalt hævelse omkring indstiksstedet, og hun blev behandlet med væske og blodtransfusion. Hun blev herefter overflyttet til karkirurgisk afdeling med henblik på en operation, hvor der blev konstateret tegn på yderligere en blodprop i hjertet og fald i blodplader. En måned senere afgik hun ved døden under fortsat indlæggelse.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde herved vægt på, at der ikke i sagen var oplysninger, der indikerede, at indstik af sheat'en og den efterfølgende kontrastundersøgelse af kranspulsårerne gav anledning til problemer eller komplikationer. Nævnet lagde videre vægt på, at der ifølge sagens oplysninger blev foretaget en relevant efterbehandling for et standse blødningen, og at der ikke blev fundet tegn på blødning eller blodansamling efter undersøgelsen.

#### **Sag 3 (ref. sag 8) Klage over, at der flere gange blev stukket forkert ved en KAG-undersøgelse (0553116P)**

*En 62-årig mand, der tidligere havde fået konstateret forsnævring på henholdsvis højre og venstre kranspulsåre ved KAG-undersøgelser via lysken, hvor adgangsforholdene havde vist sig vanskelige, fik foretaget en ny KAG, hvor katetret blev indført via en arterie i albuebøjningens inderside i højre arm. Efter undersøgelsen var hans højre underarm hævet og øm med blødninger i huden. Der blev dog fundet god puls, og den komprimerende forbindelse blev fjernet. Ni dage senere henvendte han sig med tiltagende smerter, og der blev konstateret en forbindelse mellem arterien i albuebøjningens inderside og venesystemet samt en udposning på arterien.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde herved vægt på, at det var relevant at vælge en arterie i armen som adgangsvej til undersøgelse af hjertets kranspulsårer, og at komplikationerne ikke skyldtes manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved udførelsen af undersøgelsen.

#### **4.1.3 Smerter og risici ved KAG**

KAG foretages rutinemæssigt via punktur af pulsåren i højre lyske. Venstre lyske kan også anvendes, eksempelvis hvis pulsen på venstre side er lettere at føle sammenlignet med den højre. Uanset hvor omhyggelig og erfaren den undersøgende læge måtte være, kan der i forbindelse med lokalbedøvelse lejlighedsvis og utilsigtet ske det, at der kommer en eller flere punkturer af pulsåren i lysken. Ved siden af pulsåren i højre lyske ligger den store nerve, der forsyner højre ben. Denne nerve kan den undersøgende læge hverken se eller føle. Lægen kan derfor utilsigtet komme til at ramme nerven med kanylespiden, ligesom bedøvelsen påvirker føleførmelsen såvel i højre lyske, som i højre ben nedenfor det sted, hvor bedøvelsen er anlagt. Der er desuden en risiko for, at der ved indføring af en kanyle kan sive blod ud fra pulsåren, som efterfølgende medvirker til dannelse af en blodansamling i højre lyske.

Det er ikke ualmindeligt, at man hos patienter, hvor man i øvrigt vurderer en KAG-undersøgelse som ukompliceret, må stikke flere gange for at ramme ind i åren. Det er heller ikke ualmindeligt, at nogle patienter til trods for korrekt anlagt lokalbedøvelse i tilstrækkelig mængde oplever smertubehag ved indførelse af kateter i lysken. De almindeligste årsager til smerter opstået efter KAG er udvikling af en større blodansamling i relation til eller i de første timer efter indgrebet. En kendt, men mere sjælden årsag til smerter i højre lyske efter KAG, er uforvarende læsioner af den store nerve til benet, som ligger umiddelbart op ad åren. Smerterne er oftest udstrålende og giver føleforstyrrelser i benet, men kan også give forstyrrelser af den motoriske funktion af benet. I meget

sjældne tilfælde er der patienter, som har uforklarede smerter i længere tid efter KAG. I de fleste tilfælde vil smerterne dog svinde på et eller andet tidspunkt.

Store blodansamlinger i lysken er en kendt komplikation i forbindelse med KAG, men komplikationen optræder i mindre end to procent af alle tilfælde, og oftest får patienterne ingen varige følger. Typisk er der ømhed i de første dage samt misfarvning af huden, og forandringerne kan holde sig i 3-4 uger. Hos nogle patienter kan man observere dannelse af små (ærte- til hasselnødstore), hårde knuder i underhuden over indstiksstedet. Disse svinder oftest med tiden, men kan hos enkelte patienter forblive.

Risikoen for komplikationer i forbindelse med KAG er større hos patienter, som i forvejen har dokumenterede forkalkninger i arterierne til benene sammenlignet med patienter, der ikke har forkalkninger. Blødningskomplikationer ved og omkring indstiksstedet er, som anført, en risiko ved KAG, mens alvorlige blødninger er sjældent optrædende. Hos patienter med forkalkninger i arterierne til benene er risikoen imidlertid større end hos gennemsnittet, idet karvæggene hos disse patienter er mere hårde, ”skøre”, slyngede og snævre sammenlignet med personer uden forkalkninger. Når der tidligere er foretaget forskellige rekonstruerende indgreb på arterierne i lysken, stiger risikoen for komplikationer endnu mere.

I forbindelse med KAG kan der svarende til det sted, hvor kanylen har ”prikket hul” på arterien i sjældne tilfælde udvikles et pseudoaneurisme (”udposning”). For patienten er konsekvensen, at det oftest vil gøre mere ondt ved indstiksstedet end vanligt. Ved tryk på huden over pseudoaneurismet vil patienten typisk give udtryk for stærke smerter og ved en stetoskopi over indstiksstedet, kan lægen typisk høre en ”susen”. Ved en ultralydsundersøgelse kan pseudoaneurismet bekræftes. I sjældne tilfælde er pseudoaneurismet af en sådan sværhedsgrad, at en mindre operation på arterien er påkrævet. En sådan operation foretages af en karkirurg.

En KAG kan også kompliceres ved, at det kateter, som er ført op til kranspulsåren, beskadiger denne, således at patienten i princippet udvikler et akut myokardieinfarkt i relation til KAG'en. Dette kan man forsøge at forhindre ved gennemførelse af en akut ballonbehandling (PCI) eller en akut bypassoperation (CABG). Under KAG kan der også ske det, at kateteret på vejen fra lysken og frem til hjertet ”løsriver” eventuelle forkalkninger fra aortas inderside. Disse kan føres med blodstrømmen rundt i kroppen og i uheldige tilfælde sætte sig som en ”blodprop” i blodkarrene til andre organer, eksempelvis hjernen. Forekomsten af disse svære komplikationer er sjældne (samlet under 1/2 promille). Endelig kan en KAG kompliceres ved, at patienten får kortvarigt hjertestop under proceduren. I langt de fleste af disse tilfælde kan den normale hjerterytme hurtigt genoprettes, uden at patienten får nogen varige mén.

## **Konkrete afgørelser**

### **Sag 4 Klage over en KAG-undersøgelse ([04F032P](#))**

*En 83-årig kvinde blev henvist til undersøgelse af hjertets kranspulsårer, idet hun havde fået tiltagende tyngende brystubehag med ledsagende åndenød. Da hun var i behandling med blodfortyndende medicin, blev medicinen midlertidigt seponeret, og blodets evne til at størkne blev kontrolleret, hvorefter der blev foretaget KAG. Der blev trykket på indstiksstedet i lysken i mindst 10 minutter efter, at kanylen var trukket ud, men der blev efterfølgende konstateret et blå mærke. Efter undersøgelsen blev der ordineret sengeleje i 3 timer for at forebygge blødning fra indstiksstedet. Dagen efter var det blå mærke mere spredt med en tilladelig ømhed, og da hun havde bemærket en vattet fornemmelse i højre ben, blev hun undersøgt, og der blev fundet normal bevægelighed samt nedsat følsomhed svarende til trykpåvirkning fra det blå mærke. Hun blev derfor opfordret til at søge egen læge eller sygehuset, hvis symptomerne ikke svandt.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling, idet der blev stukket forkert i lysken.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne. Nævnet lagde herved vægt på, at der forudgående på relevant vis var holdt pause med blodfortyndende medicin i 2-3 dage, og at det på relevant vis var sikret, at blodets fortyndingsgrad på selve undersøgelsesdagen var i korrekt niveau.

### **Sag 5 Klage over beskadigelse ved indstik i lysken ([05F019P](#))**

*En 50-årig kvinde blev indlagt på kardiologisk afdeling for at få foretaget en røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer. Røntgenundersøgelsen blev foretaget via en arterie i lysken. Kranspulsårerne blev fundet normale. Ved kontrol i ambulatoriet 4 måneder efter havde patienten smerter i højre lyskeområde. Hun oplyste, at der havde været lidt vanskeligheder med indførelsen af kateteret i arterien i lysken. Dog havde der ikke været nogen blodansamling. Ultralydsundersøgelse af lysken viste normale forhold uden blodansamling.*

*Der blev klaget over, at benet blev beskadiget ved indstik i lysken.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde herved vægt på, at idet udskrivelsen fandt sted samme dag som undersøgelsen, kunne blodansamlingerne ikke være forårsaget af indstikket. Desuden blev der gennemført ultralydsskanning på et senere tidspunkt, som ikke viste tegn til gamle blodansamlinger i lyskereionen.

## **Sag 6 Klage over skade indtruffet i forbindelse med en KAG-undersøgelse [\(08F003P\)](#)**

*En 71-årig mand, der tidligere havde haft en blodprop i hjertet samt efterfølgende iltmangelgener, blev indlagt på et sygehus, idet han gennem 6 måneder havde haft anstrengelsesudløste bryst smerter. Der blev fundet indikation for KAG samt en eventuel ballonudvidelse. KAG-undersøgelsen blev udført via pulsåren til det ene ben. En CT-scanning viste efterfølgende en stor blodansamling, formentlig udgående fra venstre lyske. Da han om aftenen blev yderligere smertepåvirket, og man fornemmede tiltagende spændthed svarende til blodansamlingen, blev der foretaget ny CT-scanning, der viste, at blodansamlingen var beliggende foran blæren mellem de lodrette bugmuskler og blæren. Der blev derfor foretaget udtømning af blodansamlingen i underhuden ved en karkirurg.*

*Der blev klaget over, at KAG-undersøgelsen ikke blev korrekt udført.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne. Nævnet lagde herved vægt på, at lægen på relevant vis supplerede KAG'en med en aortografi og således sikrede sig, at patienten blev færdigundersøgt, så en konklusion vedrørende den fremtidige behandling kunne drages. Nævnet lagde videre vægt på, at patientens smerter i området over skambenet ud fra sygehistorien mest sandsynligt kunne forklares ud fra den mistænkte blødning i bugregionen.

## **Sag 7 (ref. sag 2) Klage over stærke smerter efter udførelse af en KAG-undersøgelse [\(0660126P\)](#)**

*En 73-årig kvinde, der havde fået foretaget en KAG-undersøgelse, klagede tre dage efter undersøgelsen over smerter fra indstiksstedet, og der blev fundet en større, ældre blodansamling i huden og en hård blodansamling i dybden. Der var ikke mistanke om blødning eller udposning på stedet, hvorfor der blev ordineret smertestillende medicin. Dagen efter blev der konstateret udtalt hævelse omkring indstiksstedet, og hun var forpint af smerter, hvorfor hun blev behandlet med væske og blodtransfusion. Hun blev overflyttet til karkirurgisk afdeling, hvor der blev konstateret tegn på en blodprop i hjertet og fald i blodplader.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægerne. Nævnet lagde herved vægt på, at tegn på en ældre blodansamling ikke er usædvanligt efter indstik i lårpulsåren, og at en ældre blodansamling ikke indikerer, at der er en aktuel blødning eller udposning på pulsåren. Det kan derimod være tegn på aktuel blødning eller udposning, hvis der konstateres en pulserende udfyldning i lysken eller hævelse af låret.

Nævnet lagde videre vægt på, at lægen ved det første tilsyn foretog en relevant undersøgelse, som ikke gav anledning til mistanke om aktuel blødning eller udposning på pulsåren, og at situationen først ved det næste tilsyn havde ændret sig således, at der på det tidspunkt var klare tegn på pågående blødning fra indstiksstedet med blodtryksfald og en stor hævelse i lysken.

### **Sag 8 (ref. sag 3) Klage over, at der flere gange blev stukket forkert ved en KAG-undersøgelse (0553116P)**

*En 62-årig mand fik foretaget en KAG-undersøgelse via en arterie i albuebøjningens inder-side i højre arm. Efter undersøgelsen var hans højre underarm hævet og øm med blødninger i huden. Der blev dog fundet god puls, og den komprimerende forbindelse blev fjernet. Ni dage senere henvendte han sig med tiltagende smerter, og der blev konstateret en forbindelse mellem arterien i albuebøjningens inder-side og venesystemet samt en udposning på arterien.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde herved vægt på, at der var en risiko for blødningskomplikationer i forbindelse med undersøgelse af kranspulsårerne, dog oftest relativt beskedne blødninger, som medførte forbigående kosmetiske problemer, mens der sjældnere sås udvikling af en udposning på den anvendte arterie. Nævnet lagde videre vægt på, at komplikationerne ikke skyldtes manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved udførelsen af undersøgelsen.

## **4.2 Ballonbehandling (PCI)**

Ved ballonbehandling føres et meget tyndt plasticrør gennem en af de store pulsårer fra armen eller lysken op til hjertet. Oftest foretages indgrebet fra højre lyske, og lægen starter med at lave en kontrastinjektion i kranspulsårerne (KAG) som tidligere beskrevet. Når forsnævringen er visualiseret, kan et tyndt kateter med en lille ikke-opblæst ballon i enden føres ud i kranspulsåren, således at den ikke-opblæste ballon ligger midt i forsnævringen. Herefter blæses ballonen op og presser det forsnævrede område ud til siderne. Herved ophæves forsnævringen, og blodet kan frit passere forbi og nå frem til den del af hjertemuskulaturen, der forud var underforsynet.

Ved de fleste PCI-behandlinger placeres samtidig et lille gitter af metal (en stent) i forsnævringen for at forhindre, at blodåren lukker sig igen. Gitteret er monteret udenpå den ikke-opblæste ballon og bliver således udvidet, samtidig med at ballonen opblæses. Når trykket efterfølgende tages af ballonen, fjernes denne, og det udspændte gitter efterlades inde i kranspulsåren. Over de følgende måneder vokser cellerne i kranspulsårens væg ind over stenten. Cellerne vil efterhånden dække

overfladen af stenten, således at denne ikke længere opfattes som et fremmedlegeme. I den første tid efter, at stenten er blevet sat på plads, og hvor kranspulsårens celler endnu ikke har dækket stenten helt, er der en øget risiko for at blodet ”klumper sammen” inde i stenten. Det er derfor meget vigtigt at patienter, der får anlagt stents, også behandles intenst med blodfortyndende medicin såvel under som efter PCI proceduren.

#### **4.2.1 Risici ved PCI**

I forbindelse med PCI kan der tilståde komplikationer identisk med dem, som er beskrevet under ”Risici ved KAG” (4.1.3). Risikoen for akut myokardieinfarkt eller behov for akut bypassoperation (CABG) er imidlertid markant større ved PCI end i forbindelse med KAG.

I relation til PCI af en kranspulsåreforsnævring kan det ske, at en mindre sidegren lukker til. Principielt vil man altid forsøge at bevare blodgennemstrømningen til de små sidegrene, men i nogen tilfælde er dette ikke teknisk muligt. Første prioritet i forbindelse med en konkret PCI behandling vil være at ophæve forsnævringen i den oftest relativt store kranspulsåre, der er den væsentligste forsyningsvej til den truede hjertemuskelatur. Selvom man forsøger at skåne sidegrenene, kan man altså blive nødt til at ofre en sidegren for at sikre, at hovedvejen holdes åben. Dette er en kalkuleret prioritering. En aflukning af en sidegren vil ofte medføre et mindre hjerteinfarkt. Dette skal man orientere patienten om, ligesom patientens tilstand efterfølgende skal sikres stabiliseret.

#### ***Konkrete afgørelser***

##### **Sag 9 Klage over en fejlagtig udført ballonbehandling ([0553416P](#))**

*En 72-årig kvinde, der led af anfald af hjertebanken og stakåndethed, blev indlagt på et sygehus med pludselig trykken og smerter i brystet strålende ud i venstre arm. Der blev konstateret EKG-forandringer, som tydede på blodprop i hjertet, og hun blev behandlet med hjertemedicin. På grund af fortsatte hjertesmerter blev hun overflyttet til et andet sygehus, hvor der blev konstateret forsnævring i to kar samt udbredte forandringer i hjertets forvæg. Der blev derfor foretaget en ballonudvidelse af begge forsnævringer med indsættelse af stent. I efterforløbet blev hun observeret med telemetri, og der blev taget koronarenzymer, der viste en stigning svarende til en lille blodprop. To dage efter ballonudvidelsen havde hun ikke længere smerter i brystet, og der havde ikke været tegn på utilstrækkelig hjertefunktion, hvorfor hun blev tilbageflyttet til det første sygehus.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere lægen. Nævnet lagde herved vægt på, at det var relevant at gennemføre en ballonbehandling af de to nævnte forsnævninger, der begge blev ophevet med et godt resultat, ligesom der blev indsat en stent. Patienten forblev på relevant vis indlagt i yderligere to døgn for at sikre, at tilstanden blev stabiliseret og fik på relevant vis målt mængden af hjertemuskelenzymudslip til blodbanen i døgnnet efter ballonbehandlingen.

## **5 KLAGER OVER BYPASSOPERATIONER**

### **5.1 Bypassoperation**

En bypassoperation er et hjertekirurgisk indgreb hos patienter med hjertekrampe. Hjertekrampe skyldes hel eller delvis tillukning af en eller flere af hjertets kranspulsårer på grund af forkalkning i kranspulsårerne. Man anlægger en ny åre uden om den forsnævring, der er på hjertets kranspulsåre. Som ny åre anvendes en pulsåre fra bagsiden af brystvæggen (arteria mamma interna), en åre fra skinnebenet (vena saphena magna) eller en åre fra armen (arteria radialis). Åren fra armen er en pulsåre og skal på hjertet igen fungere som pulsåre. Åren fra benet er en vene, der på hjertet skal fungere som pulsåre. Det vides i dag, at åren fra bagsiden af brystvæggen har den bedste holdbarhed. Det menes, at åren fra armen har en længere holdbarhed end en åre fra benet.

De fleste patienter, der opereres for forkalkning af kranspulsårerne med en bypass, har højt blodtryk, højt kolesteroltal og åreforkalkning andre steder i kroppen. Risikoen ved en bypassoperation afhænger primært af patientens alder, hjertefunktion og andre sygdomme. Risikoen kan inden operationen anslås ret præcist med et scoringssystem.

En bypassoperation fjerner patienternes hjertekramper i 90 – 95 % af tilfældene. I de situationer hvor man har sygdom i alle tre hovedkranspulsårer og påvirket hjertepumpefunktion, er bypassoperationen alene livsforlængende.

Adgangen til hjertet opnås ved at spalte brystbenet og holde det åbent med en spærre. Herved har man let adgang til hjerte og de store kar. Brystbenet lukkes efterfølgende med ståltråde.

Når man har syet en ny åre til en kranspulsåre, kan man med et apparat (en flowmåler) måle, om der løber tilstrækkeligt med blod igennem den indsatte åre. Det gøres for at sikre sig, at der ikke er knæk på den nye åre, eller at der ikke er skader på den nye åre, der kan hindre blodgennemstrømningen.

En bypassoperation udføres i dag både med og uden at standse hjertet under indgrebet. Standser man hjertet holdes blodcirkulationen til kroppen og hjernen i gang ved hjælp af en tilkoblet blodpumpe (en hjerte-lunge-maskine). Der er lav risiko for skader ved brug af hjertelungemaskine under 150 minutter og standsning af hjertet under 120 minutter. Standses hjertet ikke, anbringes i stedet sugeskopper på de områder af hjertet, man ønsker at operere på, for at dette område ikke bevæger sig, medens resten af hjertet pumper uhindret.

### 5.1.2 Konkrete afgørelser

#### Sag 10 Klage over forberedende samtale forud for en bypassoperation samt over selve operationen ([0656511P](#))

*En 59-årig mand havde i mange år lidt af forhøjet blodtryk, forhøjede kolesteroltal og var desuden familiært disponeret for åreforkalkningssygdom. Han havde brystmerter under aktivitet og have fået konstateret sygdom i tre kar i hjertet.*

*Den 8. juli 2004 blev patienten indlagt med henblik på at få foretaget en bypassoperation. Ved en samtale blev han informeret om det planlagte indgreb, prognose og risici.*

*Den 9. juli 2004 blev patienten opereret. Der blev taget en arterie fra bagsiden af brystbenet og et passende stykke af en vene fra venstre ben, som blev syet på pulsårerne som en erstatningsdel (graft) til hjertet.*

*Ved operationens afslutning opstod der tegn på dårlig blodforsyning til hjertet, hvorfor den ledende overlæge blev tilkaldt. Man konstaterede, at den indsatte arterie (graften) havde vredet sig, hvorfor man opererede patienten igen og anvendte den samme graft. Ved afslutningen af anden operation opstod der atter pumpeproblemer. Patienten blev derfor opereret tredje gang, hvorved man konstaterede, at graften havde vredet sig på ny, og at den var læderet. Man indsatte herefter et stykke vene fra benet i stedet for.*

*Der blev klaget over, at patienten under den forberedende lægesamtale blev fejlvurderet, idet der ikke blev lyttet til patientens oplysninger om, at han som 18-årig havde fået meget store doser Cortison, hvilket senere havde medført stærkt forhøjet blodtryk, tydelige karforandringer i øjne og hud samt aseptiske knoglenekroser i venstre skulder og højre hofte. Desuden blev der klaget over, at operationen ikke foregik korrekt, idet man syede graften på igen uden yderligere undersøgelser af den.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger. Nævnet lagde vægt på, at behandling med Cortison på et tidligere tidspunkt i patientens liv ikke ændrede prognosen el-

ler risici for bypassoperationen. Nævnet fandt, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at indstille patienten til operation.

Nævnet lagde videre vægt på, at man lavede bypassforbindelsen om, idet arterien havde vret sig, og at graften på relevant vis blev genanvendt, idet den fortsat var i orden.

Nævnet fandt herefter samlet set, at operationen blev udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Det havde dog været hensigtsmæssigt, om man havde vurderet, om der løb tilstrækkeligt med blod igennem graften (flowmåling), før den første operation blev afsluttet.

Der blev afgivet dissens fra ét nævnsmedlem, som ikke mente, at det havde været hensigtsmæssigt at udføre en flowmåling i forbindelse med den første operation, da flowmåling ikke viser alle opstående problemer.

### **Sag 11 Klage over fremgangsmåden ved bypassoperation ([05F045P](#))**

*En 48-årig mand fik den 13. november 2000 foretaget en bypassoperation, idet han havde særdeles svær hjertesygdom. Til operationen blev anvendt en arterie fra venstre underarm. Baggrunden herfor var, at overlægen, som opererede patienten, valgte at udføre operationen med grefter bestående udelukkende af arterielle grefter, hvor standardoperationen er brug af en arterie og resten venegrefter. Han valgte denne metode, idet der var evidens for, at arterier er bedre end vener og stigende formodning for, at brug udelukkende af arterielle grefter er den metode, der holder længst.*

*Operationen forløb upåfaldende. Patienten blev efterfølgende indkaldt til kontrol i form af en kranspulsåreundersøgelse (KAG), da operationstypen var relativt ny.*

*Der blev klaget over, at bypassoperationen blev udført med brug af en åre fra armen i stedet for, som normalt, fra benet.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen. Nævnet lagde herved vægt på, at overlægens valg af at anvende en pulsåre fra armen som bypass-graft var velbegundet på grund patientens unge alder på operationstidspunktet.

Det var nævnets opfattelse, at operationsmetoden med anvendelse af pulsårer fra armen i stedet for vener fra benet, var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

## **5.2 Komplikationer efter bypassoperation**

Patienter vil have forskellige oplevelser i forbindelse med et stort kirurgisk indgreb såsom en bypassoperation. Hvis en patient i forvejen er meget bekymret og nervøs for en operation og tillige har et kronisk smerteproblem, kan selv små aktiviteter som eksempelvis en mobilisering opleves som en voldsom belastning.

Efter en bypassoperation konstateres det i enkelte tilfælde, at ståltrådssammensyningen af brystbenet er gået op. Dette ses især hos overvægtige og/eller sukkersyge patienter, der lider af hoste. Det er herefter nødvendigt at reoperere patienten.

Går brystbenet fra hinanden akut, det vil sige lige efter operationen, genåbner man såret, renses knoglen og holdes såret rent en til to uger med et vacuumsystem. Når området er helt rent, vurderes på blodprøver og temperatur, sys brystbenet sammen på ny. Er der gået lang tid fra operationen, til brystbenet begynder at åbne sig, dannes der bruskvæv mellem fladerne af brystbenet samt fast arvæv ned til hjertet. Man må i denne situation løsne undersiden af brystbenet fra det underliggende væv (hjertet), skære knoglekanten ren for arvæv og sy benet sammen igen med ståltråd. Det er en kendt risiko ved denne type operation, at nogle af de ved bypassoperationen anlagte nye årer kan være vokset fast til undersiden af brystbenet, hvorfor de kan blive læderet under reoperationen.

Patienter, der har måttet gennem en ny operation, grundet at brystbenet har været gået op, har en større risiko for senere at opleve gigtlignende smerter fra sammenvoksningen i brystbenet. Disse smerter kan være ret kraftige og i enkelte tilfælde invaliderende.

Efter en bypassoperation udvikler 30 til 50 % af patienterne uregelmæssig hjertefunktion. Denne uregelmæssige hjerteaktion normaliserer sig dog i de allerfleste tilfælde efter et par dage.

Under en bypassoperation vil der altid være en risiko for, at der løsrives forkalkninger eller fedt fra legempulsåren, og at dette føres til hjernekarrene og giver en blodprop. Der er endvidere en risiko for, at der ved brug af hjertelungemaskine kommer luftbobler ind i kredsløbet, og at disse ligeledes kan sætte sig i hjernekarrene. Det vides, at risikoen for en blodprop i hjernen efter en bypassoperation hos en patient uden tidligere tegn på blodpropper i hjernen er ca. 1 %. Hos en patient, der tidligere har haft en blodprop i hjernen, er risikoen for en ny blodprop mellem 2 og 4 %. For begge pati-

entkategorier gælder, at jo yngre man er ved operationen, jo lavere risiko har man.

Neurologiske symptomer er almindeligt forekommende gener i dagene efter hjertekirurgi. Det behøver ikke at betyde, at patienten har fået en blodprop i hjernen, men kan skyldes eftervirkninger af bedøvelsen, store væskeforskydninger under operationen eller påvirket pumpefunktion i dagene efter operationen.

### 5.2.1 Konkrete afgørelser

#### Sag 12 Klage over komplikation efter bypassoperation ([0657718P](#))

*En 73-årig mand fik den 28. maj 2004 foretaget en bypassoperation. Under operationen blev brystbenet spaltet og efterfølgende syet sammen med ståltråd.*

*Den 31. maj 2004 måtte patienten opereres igen, da ståltråds sammensyningen af brystbenet var gået op. I forbindelse med operationen opstod der blødning fra en af de omkørsler, som var blevet lavet ved bypassoperationen. Den opererende overlæge standsede blødningen, og operation blev herefter gennemført.*

*Den 3. juni 2005 fik patienten foretaget en kranspulsåreundersøgelse (KAG), som viste, at der var en lille forsnævring på en af hjertekranspulsårerne, hvorefter der ikke blev fundet indikation for at foretage sig yderligere umiddelbart.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling, herunder at patienten måtte reopereres, og at man under denne operation kom til at fjerne de "nye" blodårer, som han havde fået indsat, hvilket medførte, at han igen havde fået de samme symptomer, som før bypassoperationen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen. Nævnet lagde vægt på, at patienten havde rygerlunger (COLD), og derfor hostede meget, hvorfor sammensyningen af brystbenet gik op.

Videre lagde nævnet vægt på, at de anlagte omkørsler kunne vokse fast til undersiden af brystbenet og derfor blive læderet under reoperationen, og at der således var tale om en hændelig komplikation.

Endelig lagde nævnet vægt på, at overlægen lukkede karret og efterfølgende foretog en undersøgelse af, om der var forandringer i elektrokardiogrammet eller hjertets pumpefunktion som følge af, at omkørslen var blevet lukket.

### **Sag 13 Klage over bypassoperation og efterfølgende behandling [\(0655830P\)](#)**

*En 51-årig mand fik foretaget en bypassoperation, idet han led af nedsat blodforsyning til hjertet. Han havde to gange tidligere fået foretaget en ballonudvidelse af blodkarrene til hjertet, men havde fortsat mange brystmerter, som blev behandlet med smertestillende medicin.*

*Ved operationen blev der foretaget en bypassoperation på tre blodkar, og der blev etableret god blodforsyning til hjertet.*

*Efter operationen fik patienten uregelmæssig hjertefunktion, som blev medicinsk behandlet. Desuden havde patienten store smerter i brystet, som blev behandlet med smertestillende medicin.*

*Ved en kontrol ca. 4 måneder senere havde patienten fortsat mange smerter i brystet. Det blev konkluderet, at smerterne stammede fra ståltråd brugt ved operationen. Patienten blev herefter henvist til fysioterapi samt til fortsat smertestillende behandling.*

*Der blev klaget over, at operationen ikke forløb korrekt, og at patientens smerter i efterforløbet ikke blev taget alvorligt.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de læger, der var involverede i behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at det var lægefagligt relevant at tilbyde patienten operation, da han havde en livs- og førlighedstruende hjertesygdom med nedsat blodforsyning til hjertet.

Nævnet fandt, at operationen blev udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Det var nævnets vurdering, at den opståede uregelmæssige hjertefunktion (atrieflimmer) blev behandlet på relevant vis med Digoxin.

Videre var det nævnets vurdering, at den smertestillende behandling blev tilpasset patientens særlige behov for smertelindring, idet han inden operationen havde haft et betydeligt og langvarigt forbrug af morfin på grund af brystmerter.

### **Sag 14 Klage over information forud for bypassoperation samt efterfølgende blodprop i hjernen [\(0655616P\)](#)**

*En 53-årig mand fik den 1. juli 2003 foretaget en bypassoperation, idet han havde forsnævrede hjertekar. Forud for operationen var han informeret om proceduren og risici ved operationen, herunder risiko for at hjertet og hjernen kunne tage skade, samt at der var risiko for blodpropper.*

*Operationen forløb problemfrit, og han var efterfølgende mobiliseret, neurologisk intakt, havde stabilt kredsløb og vejtrækning og et tilfredsstillende blodtryksniveau.*

*Den følgende dag fik patienten talebesvær og styringsbesvær af de højresidige lemmer. Der blev herefter ordineret akut neurologisk tilsyn. Speciallægen i neurologi vurderede, at patienten havde en blødning eller blodprop i venstre hjernehalvdel, og ordinerede akut CT-scanning af hjernen, og behandling med medicin, der virkede forebyggende ved nedsat blodforsyning til hjernen.*

*Den 3. juli 2003 havde patienten fortsat nedsat kraft i højre side og kunne ikke tale. CT-scanningen af hjernen viste hverken tegn på blødning, frisk blodprop (infarkt) eller hævelse (ødem). Patienten blev delirøs og urolig, og der blev iværksat abstinens- og krampeforebyggende behandling, suppleret med B-vitaminer.*

*Den 4. juli 2003 var patienten slap i højre side og ukontaktbar, men var rolig, stabil og havde tilfredsstillende vejtrækning og kredsløb. Han blev herefter overflyttet til neurologisk afdeling. Hans tilstand blev gradvist bedre, og den 24. juli 2003 blev han udskrevet. Den 30. september 2003 var den højresidige lammelse forsvundet, han var i sin habitualtilstand og havde det godt hjertemæssigt.*

*Der blev klaget over, at patienten efter operationen den 1. juli 2003 ikke blev korrekt behandlet, idet han efter operationen fik en blodprop i hjernen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger. Det var nævnets opfattelse, at det var relevant at tilbyde patienten en bypassoperation, idet han havde svær hjertekrampe og svære forsnævringer af to store kranspulsårer.

Det var videre nævnets opfattelse, at patienten blev informeret i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard forud for bypassoperationen, idet han blev gjort opmærksom på risikoen for blodpropper i hovedet.

Nævnet fandt desuden, at operationen blev udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, og at der på relevant vis blev iværksat et undersøgelsesprogram umiddelbart efter, at personalet blev opmærksomt på, at der var opstået problemer med påvirkning af hjernen.

## **Sag 15 Klage over komplikationer efter en bypassoperation ([0552324P](#))**

*En 56-årig fik den 19. november 2002 foretaget en bypassoperation. Han havde i 6 år været i behandling for ikke insulinkrævende sukkersyge. Han havde desuden forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterolkoncentration i blodet og var svært overvægtig. Han var generet af hjertekramper og smerter i benene på grund af iltmangel.*

*Operationen forløb uden problemer, men han blev efterfølgende sløv og var svær at mobilisere, idet han mistede balancen og havde svært ved at koordinere venstre hånd, hvorefter der blev iværksat forskellige mobiliseringstiltag. Han fik desuden en infektion i operationsarret.*

*Den 25. november 2002 blev patienten udskrevet til sit hjemsygehus, hvorfra han den 3. december 2002 blev udskrevet til hjemmet.*

*Efter udskrivelsen kontaktede patienten sin praktiserende læge, idet han flere gange var faldet, fordi han havde mistet kontrollen over sine ben. Han blev henvist til videre undersøgelser.*

*Den 31. januar 2003 fik patienten foretaget en CT-skanning af hjernen, der viste følger efter blodprop i højre side. Efterfølgende fandt man, at han havde et lavt blodtryk med tendens til fald i stående stilling og let nedsat kraft i venstre hofte ved bøjning, formentlig som følge af blodproppen i hjernen.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke blev korrekt behandlet efter operationen, idet han havde problemer med at bruge venstre side.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere de involverede læger. Det var nævnets opfattelse, at man var tilstrækkeligt opmærksom på patientens problemer med mobilisering, herunder hans problemer med at bruge venstre hånd og venstre ben, og idet mobiliseringstiltagene medførte en bedring i hans tilstand.

Nævnet lagde vægt på, at patientens neurologiske symptomer var meget beskedne, og at han ikke havde neurologiske udfald i form af kraftnedsættelse eller lammelser.

Nævnet fandt derfor, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at udskrive patienten til sit hjemsygehus.

## **Sag 16 Klage over komplikation efter bypassoperation ([0554325P](#))**

*En 64-årig mand blev den 17. oktober 2002 indlagt med en blodprop i hjertet. Han blev indstillet til bypassoperation, som blev udført den 13. november 2002 af en 1. reservelæge.*

*Den 17. november 2002 oplyste patienten, at han havde synsbesvær på begge øjne. Han blev herefter tilset af en øjenlæge, som mistænkte en lille blødning i hjernen. Patienten blev herefter tilset af en neurolog og fik foretaget både en CT- og en MR-skanning af hjernen, men ingen af disse undersøgelser kunne forklare det opståede synsbesvær.*

*Den 1. april 2004 fik patienten foretaget en elektrisk undersøgelse af synsnerverne. Undersøgelsen viste, at synsbesværet var forårsaget af, at ledningshastigheden i begge synsnerverne var nedsatte. Årsagen hertil var uafklaret.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling i forbindelse med bypassoperationen, idet han efter operationen mistede det meste af sit syn.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægen. Nævnet lagde vægt på, at operationen blev udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, og at patienten ved første mistanke om synsproblemer uden unødigt ventetid fik foretaget relevante undersøgelser for at udelukke sygdomstilstande, der kunne udvikle sig i yderligere alvorlig retning.

Videre lagde nævnet vægt på, at ingen af de foretagne undersøgelser viste tegn på blodprop.

## **6 KLAGER OVER HJERTEKLAPOPERATIONER**

### **6.1 Indikation for hjerteklapoperation.**

Patientklagenævnet har ved nogle afgørelser taget stilling til, hvorvidt der var indikation for en hjerteklapoperation.

Hjertet har 4 klapper, der fungerer som ventiler til at ensrette blodets vej gennem hjertekamrene. Af disse 4 er det især de to klapper, der sidder i venstre hjertekammer (indløbsventilen kaldet mitralklappen og udløbsventilen kaldet aortaklappen), der er sæde for sygdom hos voksne og som kræver behandling.

Hjerteklapoperationer bliver udført hos patienter, hvor der ses en meget svær forsnævring eller utæthed ved hjerteklappen. Patienternes symptomer er oftest udtalt åndenød og i udtalte tilfælde tendens til besvimelse. Operationerne er behæftet med en lidt højere dødelighed, end der ses ved bypassoperationer. Baggrunden herfor er, at hjertemusklen oftest er blevet svært påvirket ved, at den har skullet pumpe blod gennem lang tid uden at have den aflastning, som en normal ventilfunktion giver.

Operation for en lidelse i aortaklappen vil i langt hovedparten af tilfældene bestå i udskiftning af aortaklappen med en kunstig klap. Hos ældre (over 65 år) indsættes en biologisk klap. Det er en kunstig hjerteklap, lavet af materiale fra et kalve- eller svinehjerter. Hos yngre patienter vælger man at indsætte en mekanisk hjerteklap, lavet af metallisk materiale. Baggrunden for det er, at en mekanisk hjerteklap har en meget længere holdbarhed end en biologisk. Mekaniske hjerteklapper kræver dog livslang blodfortyndende behandling.

Lidelser i mitralklappen består oftest i en udvidelse af åbningen eller bristning af ophænget resulterende i utæthed. I dag vil man derfor i 95 % af tilfældene kunne reparere den syge mitralklap, så den igen får sin naturlige funktion. Kan man ikke det, må man indsætte en kunstig klap. Det vil man helst undgå, da et fremmedlegeme kan volde problemer med blodpropper og det fylder ned i venstre hovedkammer med risiko for at påvirke pumpefunktionen.

### **6.1.2 Konkrete afgørelser**

I nedenstående sag fandt nævnet, at der ikke var indikation for en hjerteklapoperation.

#### **Sag 17 Klage over, at en patient ikke blev tilbudt hjerteklapoperation ([0551705P](#))**

*En 33-årig mand havde siden april 2002 været i behandling for en særlig form for blodkræft på en hæmatologisk afdeling.*

*Den 14. november 2002 blev han undersøgt på en hjertemedicinsk afdeling, idet han var blevet henvist dertil på grund af brystsmertes og hjertekomplikationer.*

*Den 25. november 2002 blev han indlagt på hjertemedicinsk afdeling, fordi han havde problemer med at trække vejret ved selv let anstrengelse. Undersøgelser viste, at der var tale om belægninger på indersiden af hjertet, som hæmmede hjertets pumpefunktion, og derudover havde han leverkomplikationer. Der blev ordineret blodfortyndende medicin, og man undersøgte ham for blodpropper. Da der ikke blev fundet tegn herpå, blev han den 3. december 2002 udskrevet med henblik på fortsat ambulans kontrol.*

*Den 13. februar 2003 blev han igen henvist til hjertemedicinsk afdeling på grund af problemer med hjertet. Han havde væskeophobning i kroppen og var kortåndet, hvorfor han blev indlagt, og der blev indledt behandling med vanddrivende medicin.*

*En ultralydsscanning af hjertet den 13. februar 2003 viste, at der kun var en moderat utæthed af klappen imellem venstre forkammer og venstre hovedkammer (mitralklappen), samt af klappen imellem højre forkammer og højre hovedkammer (trikuspidalklappen).*

*Den 19. februar 2003 blev han undersøgt af en overlæge, der fik mistanke om, at der i lunge-sækken var væske, som skulle fjernes, men at det derudover var vanskeligt at få øje på nogen specifik behandlingsmulighed.*

*Den 24. og den 25. februar 2003 viste nogle blodprøvesvar, at blodets størkningsevne ikke var normal, samt at levertallene var meget påvirkede. En 1. reservelæge opfordrede ham derfor til at forblive indlagt. Dette ønskede han imidlertid ikke, og det blev i stedet aftalt, at han skulle komme næste dag til yderligere undersøgelser.*

*Den 26. februar 2003 meddelte hans moder telefonisk, at han ikke ønskede at møde i afdelingen.*

*Den 27. februar 2003 blev han indlagt på hæmatologisk afdeling, idet han var terminal, og den 1. marts 2003 afgik han ved døden.*

*Der blev klaget over, at han ikke havde modtaget en korrekt behandling, blandt andet at han ikke blev tilbudt en hjerteklapoperation eller hjertetransplantation.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de behandlende læger. Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at en hjerteklapoperation alene bør overvejes, såfremt hjerteklapperne er svært utætte. Da patientens hjerteklapper kun var moderat utætte, fandt nævnet, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ikke at tilbyde ham en hjerteklapoperation.

I nedenstående sag fandt nævnet, at der var indikation for en hjerteklapoperation.

**Sag 18 Klage over, at en patient ikke blev behandlet korrekt i forbindelse med en hjerteklapoperation ([0657129P](#))**

*En 60-årig kvinde blev den 27. oktober 2003 ramt af en blodprop i hjertet under et ophold i udlandet. Efter behandling på lokale hospitaler blev hun under lægeledsagelse transporteret til Danmark den 10. november 2003.*

*Den 12. november 2003 havde patientens ægtefælle en telefonkonsultation med den praktiserende læge, hvor han blev informeret om hendes tilstand. Der blev aftalt tid til konsultation den 24. november 2003.*

*Den 14. november 2003 fik patienten åndenød, som imidlertid aftog, når hun kom op at sidde. Den undersøgende læge vurderede, at aftalen om en konsultation den 24. november 2003 kunne fastholdes.*

*Den 17. november 2003 blev patienten undersøgt af lægen, idet hun i 30 minutter havde haft hurtig puls. På baggrund af sin undersøgelse fandt lægen ingen akutte symptomer, men han henviste hende til ikke-akut undersøgelse på kardiologisk afdeling.*

*Den 21. november 2003 fik patienten et nyt tilfælde af hjertesvigt, hvorfor en vagtlæge henviste hende til akut indlæggelse på medicinsk afdeling. Her fandt man hende præget af svært hjertesvigt, og man havde mistanke om, at der var svigt af en hjerteklap. Derfor blev hun akut overflyttet til en hjertemedicinsk afdeling med henblik på eventuel operation.*

*Den 21. november 2003 viste undersøgelser af hjertet, at der var indikation for hjerteklapoperation, idet der var en svær utæthed i hjerteklappen mellem venstre for- og hjertekammer.*

*Den 22. november 2003 blev patienten overflyttet til hjertekirurgisk afdeling, hvor hun blev opereret af en overlæge. Han indsatte en klapprotese og fandt det ikke nødvendigt at fjerne hele eller dele af den forreste flig af hjerteklappen, som blev efterladt intakt.*

*Efter operationen var patientens tilstand imidlertid fortsat dårlig, præget af dårligt kredsløb og hjertesvigt. Tilstanden kompliceredes af tegn på blodforgiftning og tarmforstyrrelser. Trods intensiv medicinsk behandling blev tilstanden forringet, og da der blev fundet tegn på stop i venstre side af hjertet, besluttede man, at hun skulle reopereres. Trods reoperation blev hendes tilstand ikke bedre, og den 30. november 2003 afgik hun ved døden.*

*En efterfølgende obduktion viste, at patienten måtte antages at være død af hjertesvigt, formentlig på grund af det udbredte henfaldsområde påvist i hjertets bagvæg. Obduktionen viste tillige, at den indsatte hjerteklap sad korrekt.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen, idet patienten havde en svær utæthed af hjerteklappen, hvorfor der var indikation for operation. Nævnet lagde vægt på, at operationen var udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

## **6.2 Indikation for akut hjerteklapoperation**

Patientklagenævnet har ved nogle afgørelser taget stilling til, hvorvidt der var et akut behandlingsbehov.

Begynder en patient at få symptomer i form af besvimelse, bør patienten opereres inden 4 uger. Udvikler en patient pludseligt fald i pumpefunktionen, bør patienten opereres inden 2 uger. Lidelser i hjerteklapperne er langsomt fremadskridende sygdomme, som ubehandlet vil føre til forværring af hjertets funktion og til sidst døden.

Dersom man har en svær forsnævring af aortaklappen, kan blodet vanskeligt komme ud af hjertet. Blodforsyningen til legemspulsåren (aorta) og dermed diverse organer, bliver derfor relativt reduceret. Efterhånden som tilstanden udvikler sig, vil patienten typisk få symptomer, der kan bestå i et eller flere af følgende elementer: tiltagende åndenød, klemmende brystmerter ved fysisk aktivitet og svimmelhed, der kan udvikle sig til egentlige besvimelser.

### **6.2.1 Konkrete afgørelser**

I nedenstående sager vurderede nævnet, hvorvidt der var et akut behandlingsbehov.

#### **Sag 19 Klage over, at en patient ikke skulle have en akut hjerteklapoperation ([0655710P](#))**

*En 61-årig mand havde i 1979 fået konstateret sukkersyge, og siden 1989 havde han været i behandling med insulin. Han var desuden i medikamentel behandling for forhøjet blodtryk og havde haft flere slagtilfælde, der havde givet følger i form af nedsat kraft i højre side af kroppen.*

*I december 2003 hørte man i forbindelse med en indlæggelse en mislyd ved patientens hjerte.*

*I marts 2004 fik patienten foretaget flere undersøgelser på en medicinsk afdeling. En CT-scanning viste en udvidelse af legempulsåren, mens en ultralydsundersøgelse af halspulsårerne ikke viste nogen betydelige forsnævring. Han blev henvist til en hjerteafdeling med henblik på at blive nærmere undersøgt for forsnævring af hjerteklapperne.*

*Den 24. maj 2004 blev denne undersøgelse foretaget på hjerteafdelingen. Der blev udført ultralydsundersøgelse af hjertet, som viste forsnævring af hjerteklappen. Derudover viste en røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer, at højre kranspulsåre var lukket, mens der var normale forhold i venstre kranspulsåre.*

*Den 4. juni 2004 blev der afholdt en hjertekonference på hjerteafdelingen, hvor patientens tilstand blev drøftet. Man bestilte en CT-scanning og undersøgelse af hans halskar, idet der ikke forelå oplysninger om, at disse undersøgelser allerede var foretaget. Da man efterfølgende opdagede, at undersøgelserne var foretaget, blev de aflyst.*

*Den 15. juni 2004 blev der atter afholdt en hjertekonference på hjerteafdelingen. Her blev det besluttet at tilbyde patienten at indsætte en ny hjerteklap samt at udføre en bypassoperation af højre kranspulsåre. Videre blev det besluttet, at operationen skulle udføres inden for 4 uger, og der blev ordineret tandlægetilsyn med henblik på at afsløre eventuelle infektioner i tænderne inden hjerteoperationen.*

*Operationen blev fastlagt til den 4. august, idet der ikke var indikation for en hasteoperation eller fremskyndet operation.*

*Den 3. august 2004 afgik patienten ved døden.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling, idet han ikke blev indstillet til en akut operation.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere en afdelingslæge. Nævnet lagde her vægt på, at afdelingslægen ikke havde sikret sig, at oplysninger om patientens forværrede tilstand var nået frem til en konference, så der kunne have været lagt en passende behandlingsstrategi for patienten.

Derimod fandt nævnet ikke, at der var grundlag for kritik af de andre læger, der var involveret i behandlingen. Nævnet lagde her vægt på, at det er et normalt symptom for en betydende forsnævring af hjerteklappen at blive langsomt mere forpustet, hvorfor dette ikke i sig selv indi-

cerede akut eller subakut operation. Videre har nævnet lagt vægt på, at der ikke i øvrigt var forhold ved patientens tilstand, der indicerede en akut eller subakut operation.

### **Sag 20 Klage over, at patientens hjerteklapsygdom ikke blev behandlet i tide [\(0658824P\)](#)**

*En 73-årig mand blev den 23. juni 2005 undersøgt i et kardiologisk ambulatorium af en overlæge på grund af en mislyd ved hjertet (aortastenosemislyd).*

*I ugerne efter undersøgelsen fik patienten tiltagende åndenød og havde svært ved at gå lange ture, hvilket hans egen læge meddelte overlægen med brev af 4. juli 2005.*

*På den baggrund blev patienten indkaldt til samtale den 16. august 2005. Samtalen blev dog først gennemført den 1. september 2005.*

*Den 1. september 2005 konsulterede patienten overlægen, som undersøgte ham og orienterede ham om muligheden for operation. Han blev herefter henvist til videre behandling.*

*Ifølge patientens hustru fik han indkaldelse til yderligere udredning den 13. oktober 2005, men blev inden da akut indlagt og opereret den 6. oktober 2005.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen. Nævnet lagde herved vægt på, at patientens symptomer var atypiske, og at overlægen ved fremkomsten af typiske symptomer henviste patienten til en hjerteafdeling.

### **6.3 Hændelige komplikationer ved hjerteklapoperationer**

Nævnet har i enkelte sager taget stilling til, hvorvidt de indtrådte komplikationer ved en hjerteklapoperation var hændelige eller ej. Følgende er komplikationer, som nævnet fandt, var hændelige.

En udvidelse af legempulsåren ses ofte som en følge af en langvarig utilstrækkelig funktion af aortaklappen. Herved udtyndes legempulsårens væg og gør den meget skrøbelig med risiko for, at den kan revne under og efter en operation. Er udvidelsen betydelig, det vil sige over 5,5 cm i diameter, vælges i dag at udskifte legempulsåren med en protese. En anden metode (bliver mere og mere sjælden) er at indsnævre omkredsen af legempulsåren ved sy den sammen på langs. Ideen er, at kraftpåvirkningen derved bliver mindre. Det er altid et skøn, hvilken metode der i den foreliggende situation vil være den mest effektive og mindst risikable.

Når hovedpulsåren skal lukkes efter en hjerteklapoperation, skal der placeres nogle solide sting for at holde sammen på legempulsåren. Selv om dette gøres omhyggeligt, kan lægen med sine suturer ramme og stikke igennem nærliggende strukturer som kranspulsårer, lungearterier og fligene i den indsatte hjerteklap.

### **6.3.1 Konkrete afgørelser**

I nedenstående 2 sager, vurderede nævnet, at der var tale om en hændelig komplikation.

#### **Sag 21 Klage over, at der skete fejl i forbindelse med en hjerteoperation ([0553401P](#))**

*En 72-årig kvinde havde siden 1984 haft en rygmærslidelse (kryptogen myelopati). Desuden var hun i behandling for forhøjet blodtryk.*

*Forud for den aktuelle indlæggelse blev hun undersøgt af hjertelæger, idet hun var besvimet, og idet hun havde en mislyd over hjertet. Ved undersøgelsen konstaterede man, at den ene hjerteklap var udtalt forsnævret, samt at venstre hjertekammervæg var udtalt fortykket.*

*Den 15. april 2003 blev hun indlagt på hjertekirurgisk afdeling med henblik på at få foretaget en operation af hjerteklappen.*

*Den 16. april 2003 blev operationen foretaget af en overlæge. Inden operationen anlagde en speciallæge i anæstesiologi et kateter i lungepulsåren, som skulle måle hjertets funktion under og umiddelbart efter operationen.*

*Efter operationen blev hun overflyttet til intensivafdelingen, hvor man dagen efter forsøgte at fjerne det indlagte kateter, hvilket var umuligt. Kateteret blev derfor fjernet ved en ny operation, som blev foretaget af en overlæge. Under operationen kunne han konstatere, at kateteret var syet fast til lungepulsåren.*

*Efter operationen tilkom der yderligere komplikationer i form af blødning og infektion i bughulen og aftagende nyrefunktion, og den 25. juni 2003 afgik hun ved døden.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget en korrekt operation.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at udtale kritik af de læger, der var involveret i behandlingen af patienten. Nævnet lagde her vægt på, at det måtte betragtes som et hændeligt uheld, at man ved sammensyningen af hovedpulsåren fik fat i kateteret i lungepulsåren. Nævnet lagde videre vægt på, at det er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard

ikke at trække i kateteret inden operationens afslutning, idet dette ikke vil være en garanti for, at kateteret ikke er syet fast.

## **Sag 22 Klage over, at patienten ikke modtog en korrekt operation, idet der indtrådte en komplikation under operationen [\(0761206P\)](#)**

*En 70-årig kvinde blev den 22. oktober 2004 indlagt på hjertekirurgisk afdeling med henblik på at få foretaget en hjerteklapoperation og indsættelse af blodkar til erstatning af hjertets egne blodkar (kranspulsårerne).*

*Den planlagte operation blev foretaget den 25. oktober 2004 af en overlæge. Under operationen blev legemspulsåren fundet udvidet, hvorfor der tillige blev foretaget en reduktion af denne.*

*Efter operation blev hun overført til intensiv afdeling, hvor hun kort tid efter ankomsten fik hjertestop. Overlægen blev tilkaldt og foretog åbning af operationssåret, hvorved der blev konstateret hul i legemspulsåren med en voldsom blødning, som blev standset ved, at hullet blev lukket.*

*Hun blev efterfølgende behandlet med blandt andet sænkning af legemstemperatur samt infusion af adrenalin, hvorefter tilstanden blev stabiliseret.*

*Den 26. oktober 2004 blev der konstateret blødning fra såret, og om aftenen blev hun atter opereret, hvorved der på ny blev konstateret blødning fra et hul i den store legemspulsåre. Blødningen blev standset ved sammensyning, hvorefter såret blev lukket.*

*I de følgende dage havde hun flere episoder med svingende blodtryk og tegn på hjerneskade som følge af det tidligere hjertestop og blødningerne.*

*Om aftenen den 2. november 2004 opstod pludselig flimren af hjerteforkamrene, efterfulgt af langsom puls og hjertestop. Behandling af hjertestop blev påbegyndt umiddelbart. Operationssåret blev åbnet på stuen, hvor der blev fundet blødning fra en kranspulsåre og fra legemspulsåren ved dens afgang fra hjertet. Hun blev overført til operationsstuen, hvor der blev indsat rør til erstatning af den ødelagte legemspulsåre og en ny kunstig klap.*

*Efter operationen sløjede hun imidlertid af, og hjertet svigtede, og trods behandling med hjertestimulerende medicin afgik hun ved døden den 3. november 2004.*

*Ved den efterfølgende obduktion fandtes blodig væske i begge lungehuler. Sammensyningerne mellem legempulsåren og venstre hjertehalvdel med overgang til indsat kunstigt rør blev fundet tætte. Sammensyningerne ved hjertets kranspulsårer var ligeledes tætte. Hjertet fremtrådte meget forstørret, og der var udbredt og udtalt åreforkalkning.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog en korrekt behandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af overlægen for behandlingen af patienten. Nævnet lagde herved vægt på, at operationen var udført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, men at patientens legempulsåre på trods af dennes normale udseende var usædvanlig skrøbelig, således at vævet blev revet i stykker svarende til suturer, som under normale omstændigheder ville være tilstrækkelige til at sikre en holdbar sammensyning, hvilket overlægen ikke kunne forudse. Nævnet fandt videre, at der på baggrund af patientens tilstand var indikation for at tilbyde hende en bypassoperation samt en udskiftning af den defekte aortaklap.

I nedenstående sag fandt nævnet, at der var tale om en komplikation ved en hjerteklapoperation, som ikke var hændelig.

### **Sag 23 Indberetning af en overlæges behandling af en patient ved en hjerteklapoperation** **(0657111P)**

*En 81-årig kvinde blev den 23. september 2003 undersøgt på kardiologisk afdeling med henblik på en operation med indsættelse af en hjerteklap, samt anlæggelse af bypass. Undersøgelsen viste en forsnævring af den venstre kranspulsåres nedadgående del, og at den højre kranspulsåre, som var uden forsnævring, afgik unormalt, idet den afgik umiddelbart op ad den venstre.*

*Den 30. september 2003 foretog en overlæge operation med indsættelse af en såkaldt stentløs hjerteklap, samt anlæggelse af bypass.*

*Natten efter operationen udviklede patienten hjertesvigt. En reoperation blev overvejet, men blev forkastet. Hun blev i stedet forsøgt medicinsk behandlet, men afgik ved døden den 1. oktober 2003.*

*Ved en efterfølgende obduktion blev det fundet, at klappen var isat korrekt, men at højre kranspulsåre indmundede helt tæt på venstre kranspulsåre. Ved en opklipning af højre kranspulsåre fandt man, at den var aflukket med en syning (suture).*

*Sundhedsstyrelsen indberettede, at overlægen havde handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved operationen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af overlægen for hans behandling af patienten. Nævnet lagde vægt på, at overlægen burde have haft skærpet opmærksomhed på kranspulsårnernes placering henset til fundet ved forundersøgelsen, og idet han ved operationen ikke kunne se afgang af højre kranspulsåre. Nævnet oplyste i sagen, at det ved indsyningen af en stentløs klap er nødvendigt at sætte en suturlinje distalt langs protesens for at hæfte denne på plads. Denne distale suturlinje vil naturligvis ligge i tæt relation til afgang af kranspulsårene fra aorta. Det er nødvendigt at have fuldt overblik over kranspulsårnernes placering for at kunne indsy denne type klap uden at involvere kranspulsårene i suturlinjen.

## 7 BILAG

Adrenalin – bl.a. hjertestimulerende medicin  
Akut koronart syndrom – blodprop i hjertet  
Angina pectoris – hjertekrampe  
Anæmi – blodmangel  
Aortografi – kontrastundersøgelse af aorta  
Arteria pulmonalis – lungearterien  
Arytmi – forstyrrelse af hjerterytmen  
Atrieflimmer – uregelmæssig hjerterytme  
Atrium – forkammer  
Ballonbehandling/PCI – udvidelse af åren med ballon og evt. indsættelse af stent  
Betablokker – anvendes mod forhøjet blodtryk og hjertekramper  
Bypassoperation – kirurgisk indgreb hvorved blodet føres uden om den forsnævrede åre  
Cava superior – den centrale store hulvene  
COLD - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom  
Cortison – binyrebarkhormon (modvirker betændelsestilstande)  
Diafragmapacing – mellemgulvsmuskulaturen stimuleres af pacemakerbatteriets impulser  
Digoxin – nedsætter hjertet frekvens  
Diurese – urinudskillelse  
Diuretika – vanddrivende præparat  
Dyspnø - åndenød  
EEG – undersøgelse af hjernens elektriske svingninger  
EKG – elektrokardiogram  
Ekskrescenser – vegetationer – nydannelse eller forøgelse af væv  
Endocardit – betændelse på hjertets inderste hinde  
Graft – åretransplantat  
Inkompensation – hjertesvigt (incompensatio cordis)  
Insufficiens – utilstrækkelighed  
KAG – undersøgelse af kranspulsårerne  
Leukæmi – blodkræft  
Lungeødem – væskeansamling i lungeblærerne  
Marevan – blodfortyndende medicin  
Mitralinsufficiens – mangelfuld lukkeevne af mitralklapperne  
Mitralklappen – klappen mellem venstre forkammer og venstre hovedkammer  
P-creatininkinase – værdi i blodet, som stiger, hvis musklerne er påvirkede  
Respirationsinsufficiens – åndedrætsbesvær

Selo-zok – præparat mod forhøjet blodtryk og hjertekramper (firmanavn for en betablokker)

Sheat – tyndt blødt plasticrør som bruges ved KAG og PCI

Simvasatin – kolesterolsænkende præparat

Stenose – forsnævring

Thorax – brystkassen

Trikuspidalklappen – klappen mellem højre forkammer og højre hovedkammer

Troponin T (tnt) – en hjertemakør, der er forhøjet ved blodprop i hjertet.

Ventrikel – hjertekammer

## 8 SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over manglende udførelse af en KAG-undersøgelse (0655814) .....	8
Sag 2 (ref. sag 7) Klage over stærke smerter efter udførelse af en KAG-undersøgelse (0660126P) .....	10
Sag 3 (ref. sag 8) Klage over, at der flere gange blev stukket forkert ved en KAG-undersøgelse (0553116P).....	10
Sag 4 Klage over en KAG-undersøgelse (04F032P) .....	13
Sag 5 Klage over beskadigelse ved indstik i lysken (05F019P) .....	13
Sag 6 Klage over skade indtruffet i forbindelse med en KAG-undersøgelse (08F003P).....	14
Sag 7 (ref. sag 2) Klage over stærke smerter efter udførelse af en KAG-undersøgelse (0660126P) .....	14
Sag 8 (ref. sag 3) Klage over, at der flere gange blev stukket forkert ved en KAG-undersøgelse (0553116P).....	15
Sag 9 Klage over en fejlagtig udført ballonbehandling (0553416P) .....	16
Sag 10 Klage over forberedende samtale forud for en bypassoperation samt over selve operationen (0656511P).....	18
Sag 11 Klage over fremgangsmåden ved bypassoperation (05F045P).....	19
Sag 12 Klage over komplikation efter bypassoperation (0657718P) .....	21
Sag 13 Klage over bypassoperation og efterfølgende behandling (0655830P).....	22
Sag 14 Klage over information forud for bypassoperation samt efterfølgende blodprop i hjernen (0655616P).....	22
Sag 15 Klage over komplikationer efter en bypassoperation (0552324P).....	25
Sag 16 Klage over komplikation efter bypassoperation (0554325P) .....	26
Sag 17 Klage over, at en patient ikke blev tilbudt hjerteklapoperation (0551705P) .....	27
Sag 18 Klage over, at en patient ikke blev behandlet korrekt i forbindelse med en hjerteklap- operation (0657129P).....	29
Sag 19 Klage over, at en patient ikke skulle have en akut hjerteklapoperation (0655710P).....	30
Sag 20 Klage over, at patientens hjerteklapsygdom ikke blev behandlet i tide (0658824P).....	32
Sag 21 Klage over, at der skete fejl i forbindelse med en hjerteoperation (0553401P).....	33
Sag 22 Klage over, at patienten ikke modtog en korrekt operation, idet der indtrådte en komplikation under operationen (0761206P) .....	34
Sag 23 Indberetning af en overlæges behandling af en patient ved en hjerteklapoperation (0657111P).....	35