Rett og urett

Spalten omhandler juridiske forhold av betydning for leger.
Ideer og innlegg sendes *tidsskriftet@legeforeningen.no*

Hyperglykemi og uforsvarlig legevirksomhet

I saker der allmennleger påklages for utilstrekkelig behandling ved hyperglykemi, vurderer Statens helsetilsyn om legen i tilstrekkelig grad reduserte sannsynligheten for alvorlig sykdom. I 2004 mottok Helsetilsynet sju slike saker.

Diagnostikk og behandling av alvorlig hyperglykemi er livreddende ved å forebygge livstruende sykdom som ketoacidose og coma diabeticum. Norsk selskap for allmennmedisin har gjort en betydelig innsats for å gi allmennlegene økt kunnskap om diabetes gjennom sitt handlingsprogram (1). En oppdatert elektronisk versjon forelå tidlig i 2005 (2). Diabetes var også tema for et av indikatorsettene i et samarbeidsprosjekt mellom Alment praktiserende lægers forening og NSAM – det såkalte SATS-prosjektet (3).

Statens helsetilsyn mottok i 2004 sju saker der allmennleger var påklaget for uforsvarlig legevirksomhet knyttet til diagnostikk og behandling av diabetes. Statens helsetilsyn vurderer i hovedsak klage på legevirksomhet i henhold til § 4 om forsvarlighet i helsepersonelloven (4, 5). Administrativ reaksjon i form av advarsel kan gis der det påvises uforsvarlig virksomhet og det vurderes slik at den uforsvarlige handlingen er egnet til å påføre pasienter betydelig belastning eller er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten.

Ved forsvarlighetsvurderingen legges det vekt på om legen i tilstrekkelig grad har redusert sannsynligheten for alvorlig sykdom, tilstand eller uønsket behandlingsresultat (4, 6). Likeledes vurderes det om legen hadde et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for utvist klinisk skjønn. Det er således de tilgjengelige symptomer og funn der og da som legges til grunn. I hovedsak skal ikke utfallet påvirke forsvarlighetsvurderingen. Det er risiko for skade som er avgjørende. Der symptomer og funn er vage og ukarakteristiske erkjennes forsvarligheten i en avventende holdning. Det må være sammenheng mellom pasientkontakt og et eventuelt alvorlig utfall for at uforsvarlighet knyttet til pasientkontakten skal kunne vurderes. I saker som vedrører diabetes, vil tidsnærhet være en vesentlig faktor. Vi presenterer her de sju sakene med Helsetilsynets vurdering.

Pasient 1

61 år gammel mann med insulinkrevende diabetes. Han ble tilsett av lege under vakt pga. kvalme og oppkast. Han hadde ikke feber og allmenntilstanden ble ikke oppfattet som påvirket. Blodsukkernivået ble imidlertid ikke målt fordi måleapparatet manglet batteri. Påfølgende notat er fra dagen etter. Det refereres her at ambulansepersonellet finner pasienten i velbefinnende, blodsukkernivået var høyt (>21 mmol/l). Legen anbefalte å sette den vanlige insulindosen. Klokken 20 samme dag ringte legen vaktsentralen og bad ambulanse rykke ut etter oppringning om at pasienten var blitt dårligere. Ved 21-tiden ble pasienten av ambulansepersonalet oppfattet som lett cyanotisk med rask, overflatisk respirasjon, blek og kald, men tørr i huden. Blodtrykket ble forsøkt målt uten resultat, radialispuls var ikke følbar og pasienten var blek og kald. Blodsukkeret var ikke målbart. Respirasjonen ble raskt bedre etter at han kom opp i sittende stilling med oksygentilførsel. Det ble tatt kontakt med legen som oppfattet tilstanden som diabetisk ketoacidose. Tilstanden og behandlingen ble av ambulansepersonellet meddelt AMK-sentralen. Under transporten ble pasienten lettere i pusten, han fikk bedre hudfarge og var ikke lenger cyanotisk. Pasienten døde kort tid etter innkomst i sykehus. Dødsårsaken er uklar ved at det utover forhøyet sukkernivå i øyevæske og urin ble funnet betydelig grad av hjertesykdom med forstørret hjerte med eldre og mulig ferskt sår.

Helsetilsynets vurdering

Påklaget lege opptrådte uforsvarlig ved at han ikke sikret seg målbare blodsukkerverdier for å kunne vurdere insulinbehovet. Videre at han andre dag ikke selv undersøkte pasienten etter de opplysninger som da forelå. Pasienten burde likeledes vært ledsaget til sykehuset. Det var ikke avgjørende for vurderingen at det er usikkerhet om dødsårsaken. Legen ble gitt advarsel for uforsvarlig legevirksomhet som var egnet til å påføre pasienten en betydelig belastning.

Pasient 2

18 år gammel gutt ble hentet til legekontoret med ambulanse fra internatet han bodde på etter at han var blitt dårlig utover dagen med oppkast og omtåkethet. Pasienten var sløv, men for øvrig ble det ikke gjort spesielle funn. Tilstanden ble oppfattet som forårsaket av dehydrering utløst av gastroenteritt, og legen gav råd om væskeinntak. Fire timer senere ble pasienten uklar og kortpustet. Legen ble ringt, men telefonsamtalen førte ikke til ytterligere tiltak. Legen journalførte ikke telefonhenvendelsen. I løpet av de neste to timene forverret tilstanden seg ytterligere, det inntrådte hjertestans og forsøk på resuscitering førte ikke frem. Av obduksjonsrapporten fremgår det at pasienten døde av coma diabeticum.

Helsetilsynets vurdering

Ved første kontakt med pasienten utførte påklaget lege en adekvat undersøkelse ut fra foreliggende opplysninger. Når det derimot fire timer senere forelå opplysninger om at pasienten var uklar og kortpustet, forventes det at legen treffer tiltak som kan føre frem til adekvat behandling. Redusert bevissthet hos en ung mann tilsier snarlig avklaring av årsaksforholdene. Legen burde på dette tids-

! Hovedbudskap

- Hyperglykemi kan ubehandlet utvikle seg til en livstruende tilstand i løpet av timer eller få dager
- Der legen ikke kommer frem til diagnosen i første konsultasjon, må legen sikre forsvarlig oppfølging for avklaring og behandling
- Der flere helsearbeidere deltar i behandlingen av pasienten, må disse bidra på adekvat vis til fastlegens koordineringsansvar

punktet foretatt ny vurdering av pasienten. Legen ble gitt advarsel.

Pasient 3

19 år gammel mann oppsøkte lege på grunn av slapphet, vekttap på 3 kg siste dager og betennelsesreaksjon på forhuden. Hemoglobinkonsentrasjonen ble målt til 18,5 mmol/l, pulsfrekvensen var 150. Han virket avmagret og svært slapp. Legen stilte ingen diagnose, men anførte henvendelsesårsaken som diagnose (slapphet). Han vurderte sykehusinnleggelse, men anså den kliniske tilstand for god til dette. Tilstanden forverret seg utover dagen, og pasienten ble innlagt via legevakten med diabetisk ketoacidose.

Helsetilsynets vurdering

Det ble vurdert som uforsvarlig at legen ikke viste større aktivitet i sin utredning av tydelig nedsatt allmenntilstand hos en ung mann. Det ble lagt vekt på at hans tilnærming ikke var overfladisk. Han avstod fra sykehusinnleggelse etter vurdering av pasientens kliniske tilstand. Råd om observasjon hjemme og rask kontakt ved forverring er dokumentert i journalen. Legen ble derfor ikke gitt advarsel.

Pasient 4

40 år gammel mann hadde flere ganger vært hos legen uten at det i journalnotatene fremkommer annet enn psykisk lidelse og forskrivning av legemidler knyttet til dette. Av journalens opplisting av diagnoser fremgår moderat forhøyet blodtrykk. Pasienten var både hos optiker og legen én uke før han døde. Optiker skrev ut henvisning til lege pga. mistanke om diabetes som følge av påvist betydelig endring i brillekorreksjon. Henvisningen ble ikke påført legens navn. I legens journal er det anført at henvendelsesårsaken var eksem i begge armhuler. Obduksjonsrapporten angir at pasienten døde av ketoacidose i forbindelse med udiagnostisert diabetes mellitus.

Helsetilsynets vurdering

Det må antas at legen ikke fikk brevet fra optikeren. Utslett i armhulene kan være forårsaket av gjærsoppinfeksjon som kan indikere diabetes. Ved gjærsopp i armhulene uten indikasjoner på påvirket allmenntilstand, kan det likevel ikke anses som uforsvarlig at diabetes ble utelatt som differensialdiagnose. Det ble ikke funnet grunn for advarsel.

Pasient 5

43 år gammel overvektig mann, enslig, henvendte seg til spesialist i indremedisin med tørste, hyppig vannlating og vekttap siste fire uker. Han påviste forhøyet blodtrykk og startet hypertensjonsbehandling. Han bestilte blodprøver for taking over helgen hos påklaget lege. Blodsukkernivået ble målt til 15,3 mmol/l. Ved konsultasjonen frambød pasienten tørste, økt vannlating, vekttap, svimmelhet, uvelhet. Pasienten ble innkalt til blodsukkerbelastningstest neste dag. Denne førte til en økning av blodsukkerkonsentrasjonen til 21,6 mmol/l. Urinundersøkelse viste glukosuri (+++). Kreatininverdien var lett forhøyet. Påklaget leges behandling av pasienten bestod i informasjon og råd og forskrivning av Glucophage tabletter 850 mg én gang daglig med avtale om at pasienten skulle komme til kontroll etter tre dager. Pasienten døde antakelig to dager etter siste konsultasjon. Dødsårsaken ble etter obduksjon angitt til å være ketoacidose.

Helsetilsynets vurdering

Det var uforsvarlig at muligheten for utvikling av ketoacidose hos pasienten ikke ble erkjent. Selv om pasienten var over 40 år og overvektig, var det kliniske bildet forenlig med insulinkrevende diabetes (type 1). Pasienten burde således vært fulgt tettere opp. Med valgt behandling ble det ikke ansett som forsvarlig å gi pasienten som bodde alene, råd om å komme tilbake om tre dager eller før ved forverring. Legen ble gitt advarsel. Det ble ikke opprettet tilsynssak mot indremedisineren.

Pasient 6

13 år gammel gutt oppsøkte lege fordi han i flere dager hadde hatt økende tørste og vannlating i tillegg til magesmerter. Det ble påvist sukker i urinen og blodsukkerkonsentrasjonen var ikke målbar (> 30 mmol/l). Legen gav pasienten 40 IE insulin subkutant som engangsdose. Han bad moren besørge måling av blodsukkernivået og komme tilbake med sønnen neste morgen. Legen sikret seg ikke at mor kunne skaffe utstyr for målingene. Moren valgte å reise til sykehuset med sønnen noen timer senere. Blodsukkerkonsentrasjonen var da 5,9 mmol/l.

Helsetilsynets vurdering

Det ble ansett som uforsvarlig av legen å sette en meget høy insulindose uten at det ble sikret forsvarlig oppfølging av effekten. Legen ble gitt advarsel.

Pasient 7

74 år gammel mann med kjent lungefibrose og hjertesvikt. Siste halvåret hadde pasienten tiltakende tung pust. Verken fastlegen eller spesialisthelsetjenesten rekvirerte blodsukkerprøver, bortsett fra fire måneder før pasienten døde. Blodsukkerkonsentrasjonen var da 6,5 mmol/ml før han ble skrevet ut av sykehuset med 30 mg prednisolon uten nedtrapping. Fire måneder senere var pasienten til kontroll hos påklaget lege. Pasienten frembød ukarakteristiske plager. Det ble rekvirert blodsukkerprøve. Tre dager etter ble blodprøvesvaret mottatt telefonisk, 27,6 mmol/l. Legen sendte brev til pasienten om time mer enn en uke senere. Han skal ha forsøkt å nå pasienten per telefon. Fastlegen ble på samme tid kjent med den høye blodsukkerverdien og meddelte denne til hjemmesykepleien, men fulgte ikke opp hva som ble gjort videre i saken. Dagen etter ble pasienten funnet liggende på gulvet hjemme. Han ble innlagt i sykehus, og det ble påvist blodsukkerverdi på 55 mmol/l. Tilstanden ble oppfattet som ikke-ketotisk hyperosmolært coma diabeticum. Tilstanden bedret seg noe under behandlingen, men det oppstod en septisk pneumoni, og pasienten døde etter sju dager.

Helsetilsynets vurdering

Fastlegen foretok ikke undersøkelse av blodsukkernivået hos pasient som brukte furosemid (Diural) og senere i tillegg prednisolon. Fastlegen/tilsynslegen påtok seg dessuten et ansvar ved å be hjemmesykepleien følge opp blodsukkersvaret da hun ble kjent med det. Dette fulgte hun ikke opp. Sykehuset foretok heller ikke blodsukkermålinger på pasient som over lang tid brukte prednisolon og furosemid, bortsett fra før oppstart med prednisolon. Påklaget lege innså ikke alvoret ved et blodsukkernivå på 27,6 mmol/l. Han sendte brev om oppfølgingstime 11 dager etter at blodprøven ble tatt. Han skal ha forsøkt å få kontakt med pasienten per telefon, men klarla ikke om pasienten hadde symptomer på økende hyperglykemi. Legen ble gitt advarsel. Det ble ikke reist tilsynssak mot spesialisthelsetjenesten. Fastlegen burde ha opptrådt mer aktivt som koordinator, men det ble ikke oppfattet som et pliktbrudd all den stund spesialisthelsetjenesten hadde pasienten til hyppige kontroller og påklaget lege hadde ansvaret for oppfølgingen av påvist hyperglykemi.

Diskusjon

Det er stor aldersspredning i pasientmaterialet, og ingen av pasientene var kvinner. Sakene fordeler seg likt når det gjelder erkjennelse av diagnosen eller ikke. Allmennlegenes feilvurderinger knytter seg både til diagnostikk og oppfølging av pasienter med diabetes, det siste gjelder spesielt for pasienten der diagnosen var kjent (pasient 1). Her sikret ikke legen seg kunnskap om blodsukkerverdien til tross for at pasienten ble dårligere.

Seks av pasientene hadde type 1-diabetes eller sannsynlighetsovervekt for at denne typen forelå. Skadepotensialet er vesentlig større ved type 1-diabetes på grunn av faren for å utvikle ketoacidose. I NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis påpekes det at ketoacidose utvikler seg i løpet av timer til få dager, og at slik tilstand krever sykehusinnleggelse (1, 2). Handlingsprogrammet påpeker videre at ved blodsukkerverdier på 15–20 mmol/l ved gjentatte prøver bør insulinbehandling vurderes sammen med sykehusinnleggelse. Dette skulle tilsi spesiell årvåkenhet i forhold til pasienter med kjent type 1-

diabetes og pasienter med symptomer forenlig med nyoppdaget diabetes. Å skille mellom type 1- og type 2-diabetes i løpet av første konsultasjon, kan være vanskelig. Handlingsprogrammet gir imidlertid kriterier for inndelingen. Helsetilsynet har lagt disse kriteriene til grunn for vurderingen av om sannsynligheten for alvorlig sykdom er redusert i tilstrekkelig grad.

I handlingsprogrammet fra 1995 er karakteristika for de to diabetestypene anført (1). Det angis et skille ved 40 år. Vanligvis er pasienter med type 1-diabetes ikke overvektige. Det kliniske bildet ved type 1-diabetes er imidlertid vanligvis relativt akutt, start med betydelige symptomer, betydelig glukosuri og ofte ketonuri, mens type 2-diabetes ofte gir lite eller ingen klassiske diabetessymptomer.

Alvorligheten ved feil i diagnostikk, behandling og oppfølging av betydelig hyperglykemi fremgår av det faktum at fem av tilfellene hadde dødelig utgang. Ved forsvarlighetsvurderingen er imidlertid ikke utfallet avgjørende. Det er legens diagnostiske og terapeutiske tankegang og de råd som gis, som samlet danner grunnlaget for vurderingen av forsvarlighet. Legen som ikke tenkte på diagnosen diabetes hos den 19 år gamle mannen (pasient 3), vurderte sykehusinnleggelse. Isolert sett opptrådte legen uforsvarlig etter helsepersonelloven ved at han ikke i tilstrekkelig grad reduserte sannsynligheten for at det forelå en tilstand som nødvendiggjorde en diagnostisk avklaring. Uforsvarligheten modifiseres imidlertid ved at legen gav adekvate råd om oppfølgingen av pasienten under tilsyn. Dette ble lagt til grunn for at legen ikke ble tildelt advarsel. Pasient 2 hadde også tilsyn. Her reagerte imidlertid ikke legen ved melding om forverring.

Tilfellet der pasienten hadde fått med seg henvisning fra optiker som mistenkte diabetes på grunn av påfallende behov for brillekorreksjon (pasient 4), illustrerer viktigheten av at alle ledd i helsetjenesten forsikrer seg om at viktige opplysninger når frem til rett helsepersonell. Feil legemiddelbruk ble påvist ved to tilfeller (pasient 5 og 6). Det er påfallende at det ble valgt en dosering med peroralt antidiabetikum lavere en laveste dose angitt i Felleskatalogen. Det samme kan sies om anvendelse av beregnet døgndose som første insulindose. Retningslinjene for behandling av ketoacidose baserer seg på hyppige mindre injeksjoner med tett oppfølging av klinisk tilstand og laboratorieprøver (6). Dette vil meget sjelden være mulig utenfor sykehus og vil kreve spesiell kompetanse hos legen. Slik legemiddelbruk må oppfattes som uttrykk for manglende forståelse for behandlingsprinsipper ved diabetes.

Hendelsesforløpet til pasient 7 illustrerer godt utfordringene og farene som ligger i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Verken spesialisthelsetjenesten eller fastlegen fulgte opp behandlingen med legemidler som nedsetter glukosetoleransen med rekvirering av blodsukkerprøver. Fastlegen har et koordineringsansvar, men hendelsesforløpet viser hvor vanskelig ivaretakelsen av dette ansvaret kan være.

I dette tilfellet var det ikke vesentlig nærhet i tid mellom blodprøvetaking ved ukarakteristiske plager og tidspunktet pasienten ble kritisk syk. Vanligvis vil det tilsi at det ikke er sannsynlighetsovervekt for at utfallet har sammenheng med mulig oversett alvorlig sykdom. Der det imidlertid ved blodprøvesvaret dokumenteres betydelig hyperglykemi som uttrykk for nyoppdaget diabetes, er slik sammenheng åpenbar. Det er således i denne saken avgjørende hvilke tiltak som ble truffet da blodprøvesvaret ble kjent. Disse var ikke forsvarlige.

I tre tilfeller er det gjort merknader ved spesialists eller spesialisthelsetjenestens håndtering av pasientene. Det gjelder opplysninger om både sviktende beredskap og oppfølging av pasientene. Forholdene ble imidlertid ikke funnet så alvorlige at det var grunnlag for å gå videre inn på disse tilfellene.

Alle pasientene i dette materialet frembød symptomer og/eller funn, om enn ikke ved første henvendelse, som indikerte mulighet for alvorlig hyperglykemi. Årsaken til denne typen symptomer hos yngre menn kan være gastroenteritt. At legen ved første henvendelse ikke har diabetes mellitus i tankene, vil således ikke nødvendigvis bli oppfattet som uforsvarlig. Det vil imidlertid bli vurdert som uforsvarlig dersom muligheten for en alvorlig utvikling i sykdomsbildet ikke erkjennes. I slike tilfeller utsettes pasienten for betydelig fare.

Reaksjonene i medhold av helsepersonelloven (5) skal bidra til at helsepersonell innretter seg forsvarlig og derved øke pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. At tilsynsmyndigheten gjør de medisinsk-faglige vurderingene knyttet til slike reaksjoner kjent, kan bidra til forbedringsarbeidet i helsetjenesten.

Svein Z. Bratland
szb@htil.no

Gorm A. Grammeltvedt
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 9.6. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Claudi T, Cooper JG, Midthjell K et al. NSAMs Handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin, Den norske lægeforening, Norges diabetesforbund, Statens institutt for folkehelse, 2000.
2. NSAMs handlingsprogram for diabetes 2005. www.nsamdiabetes.no (1.3.2005).
3. Carlsen T, Bratland SZ, Claudi T et al. Effektiv læring med data fra egen praksis – erfaringer fra SATS-prosjektet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4306–9.
4. Andersen JF, Raastad H, Bratland SZ. Tilsynsmyndighetene og klagesaker – refs eller tilbakemelding til ettertanke. Utposten 1999; 28: 8–11.
5. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html (1.3.2005).
6. Bratland SZ, Hunskår S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; akseptert for publisering.
7. Norsk legemiddelhåndbok. www.legemiddelhandboka.no (1.3.2005).