



Rett og urett

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

Oversett lungeemboli i allmennpraksis

Ved tilfeller av oversett lungeemboli med fatalt utfall har legen gjerne stilt en vanligere diagnose, som astma eller infeksjon, ofte med et tillegg av et psykisk element, som engstelse eller uro. Dette viser en gjennomgang av klagesaker til Helsetilsynet. Helsepersonellovens krav om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp forutsetter at pasienters bekymring og uro gjennom gjentatte henvendelser må tas på alvor.

Lungeemboli hos unge kvinner er svært sjeldent, det er en forekomst på 6,8 per 100 000 kvinneår i aldersgruppen 15–45 år. Blant p-pillebrukere er insidensen høyere, 21 per 100 000 kvinneår (1). Det innebærer at en allmennlege gjennomsnittlig kan møte en slik pasient 1–2 ganger i løpet av yrkeslivet. Diagnosen kan være vanskelig å stille, men bør vurderes ved nyoppstått dyspné av uklar årsak hos yngre pasienter. Den viktigste årsaken til at diagnosen overses, er at legen ikke tenker på den. Uventet lungeemboli hos kvinner under 50 år ses oftest ved genetisk disposisjon for tromboembolisk sykdom og hos kvinner som bruker p-piller og røyker.

Uventede dødsfall hos unge pasienter som har oppsøkt lege og der obduksjon viser oversett lungeemboli, er svært vanskelig for de etterlatte. De vil kunne sitte igjen med spørsmålet om diagnosen kunne vært stilt, behandling igangsatt og pasienten reddet dersom legen hadde handlet annerledes. Pårørende har i enkelte av disse situasjonene benyttet seg av sin rett til å be tilsynsmyndigheten om å vurdere forholdet.

Når tilsynsmyndigheten oppretter tilsynssak, blir det vurdert om helsehjelpen som ble gitt, var forsvarlig og omsorgsfull, slik helsepersonelloven § 4 krever. Vurderingstemaene vil da blant annet være om legen på bakgrunn av sykehistorie, klinisk undersøkelse og ev. supplerende undersøkelser har funnet frem til sannsynlig diagnose og relevante differensialdiagnoser, herunder utelukket alvorlig sykdom som krever henvisning til spesialisthelsetjenesten, og om arbeidet er adekvat dokumentert i pasientjournalen.

De fleste leger er klar over at lungeemboli er en differensialdiagnostisk problemstilling ved smerter i brystet eller brystkassen. Mistanken må bli vakt ut fra pasientens sykehistorie alene, fordi det er få objektive kliniske funn ved lungeemboli. Det er derfor viktig at legen stiller de riktige spørsmålene. Svarene skal gjøre det mer eller mindre sannsynlig at det foreligger lungeemboli. Fordi det er betydelig usikkerhet knyttet til å stille diagnosen, bør sykehusesene ha (og har) en lav terskel for å ta imot og undersøke pasienter hvor denne problemstillingen er reist.

I Norsk elektronisk legehåndbok (2) står det: «Mange tilfeller av LE [lungeemboli] blir oversett, og legen må derfor tenke på tilstanden ved uklare eller vage symptomer dersom disponerende faktorer er tilstede. Symptomene er avhengige av utbredelse og lokalisasjon og om det utvikles lungeinfarkt. Symptomene på underliggende dyp venøs trombose mangler hos minst halvparten av pasientene. Ingen kombinasjoner av symptomer og funn har særlig høy prediksjonsverdi. Legen bør spørre systematisk etter risikofaktorer og lete etter utløsende faktorer. Gjentatte episoder taler for LE.»

Klagesaker

Statens helsetilsyn har i perioden 2000–03 behandlet minst seks saker der det er klaget over mangelfull diagnostisering av lungeemboli med fatal utgang hos kvinner i fertil alder (under 50 år). Ved siden av disse sakene har Helsetilsynet i fylkene (tidligere Fylkeslegen) behandlet enkelte saker med samme problemstilling, uten at det er konkludert med uforsvarlig virksomhet.

Norsk Pasientskadeerstatning har i samme periode avgjort erstatningssøksmål i to slike saker (Norsk Pasientskadeerstatning, personlig meddelelse). Helsetilsynet har i ettertid gått gjennom de sakene der mangelfull diagnostikk av lungeemboli med og uten fatal utgang har vært hovedanliggende. Som ledd i tilsynets ønske om å bringe tilsynserfaringer tilbake til helse-tjenesten i kvalitetsforbedrende øyemed vil vi med dette redegjøre for observasjoner og vurderinger som er gjort gjennom saksbehandling.

Gjennomgang av dokumentene viser at pasientene hadde flere anamnesticke felles-trekk: Dyspné av varierende varighet, palpitasjoner, smerter i brystet, engstelse, tretthet og «elendighetsfølelse». Flere hadde også symptomer fra underekstremitetene, som uspesifikke smerter i ledd, legg eller kne. Noen hadde sykehistorier over dager eller uker og oppsøkte lege flere ganger uten at diagnosen ble vurdert. I flere av sakene er det ikke dokumentert at det ble spurt om disponerende faktorer som p-pillebruk, røykevaner eller familiær opphopning av tromboesykdommer. Diagnoseene som ble stilt etter konsultasjonene var oftest knyttet til sykdommer i respirasjonsorganene, for eksempel «allergi», «sinusitt», «øvre luftveisinfeksjon», «akutt bronkitt», «asthma bronchiale», «viral pneumoni» og «atypisk pneumoni». I flere tilfeller ble det også gitt uspesifikke diagnoser som «uro» eller «engstelse», enten som tilleggsdiagnose eller som hoveddiagnose. Tre sykehistorier illustrerer tilsynsmyndighetens vurdering i disse sakene.

Pasient 1. En 22 år gammel tidligere frisk kvinne oppsøkte legevakten fordi hun siste døgn hadde følt seg «ute av form» og tungpusten. Hun hadde hjertebank og diffuse smerter i korsryggen, hode og hofter, men ikke i brystet. Kvinnen opplyste at hun brukte p-piller og at det ikke var noen spesiell sykdomsopphopning i familien. Det ble ikke spurt om røykevaner. Puls, blodtrykk, temperatur, EKG og enkle blodprøver viste intet unormalt. Legen konkluderte med «episdisk hyperventilasjon». Pasienten pustet i pose før hun ble sendt hjem med en tablett Truxal 15 mg og med beskjed om å ta ny kontakt ved forverring. Noen timer senere ble hun kvalm og kastet opp, før hun ble brakt bevisstløs til sykehuset. Hun ble erklært død fem timer senere etter et mislykket

gjenopplivingsforsøk. Obduksjonen viste massiv lungeemboli og trombemasser i underekstremitetene. Det kom senere frem at flere nære familiemedlemmer hadde hatt tromboser og at pasienten var vel kjent med dette.

Fylkeslegen fant at det forelå brudd på forsvaretskravet fordi legen la for liten vekt på sykdomsbildet og familieanamnesen, dessuten brudd på journalføringsplikten fordi legen ikke i tilstrekkelig grad hadde dokumentert hvilke undersøkelser som var blitt utført. Fylkeslegen kom til at saken likevel ikke skulle oversendes Helsetilsynet for vurdering av administrativ reaksjon. Det ble lagt vekt på at symptomene var diffuse, at legen hadde begrenset yrkeserfaring og at legen hadde erkjent at undersøkelsen ikke var så grundig som den burde ha vært.

Pasient 2. En 46 år gammel kvinne oppsøkte legevakten på grunn av tung pust i en uke. Hun hadde også smerter i brystet, men ikke feber eller hoste. Kvinnen brukte p-piller, men ble ikke spurt av legen om dette. Ved auskultasjon fant legen bronkiale fremmedlyder og forsøkte inhalasjon med bronkolytika, med god effekt. Det ble ikke tatt blodprøver. Det fremgår at legen oppfattet tilstanden som «akutt bronkitt», og pasienten fikk resept på antibiotika. Et døgn senere ble hun innlagt i sykehus fordi hun var blitt blek, smertepåvirket, kortpustet og senere bevisstløs. Hun ble erklært død etter et mislykket gjenopplivingsforsøk. Obduksjon viste massiv lungeemboli og trombemasser i venstre underekstremitet.

Fylkeslegen fant at det forelå brudd på forsvaretskravet og kravet til journalføring. Saken ble sluttbehandlet i Helsetilsynet, der man konkluderte med at det ikke var grunnlag for administrativ reaksjon. Det ble lagt vekt på at diagnosen var sjelden, symptomene diffuse og det faktum at bronkolytisk behandling tilsynelatende hadde hatt effekt.

Pasient 3. En 31 år gammel kvinne oppsøkte lege på grunn av uro og smerter i brystet og brystkassen. Hun opplyste om at hun hadde en bindevevssykdom, og at hun var redd det var en endokarditt. Det ble ikke dokumentert at legen spurte om røykevaner, p-pillebruk eller om det var trombosesykdom i familien. Det ble heller ikke dokumentert hva slags klinisk undersøkelse som ble foretatt, men ifølge pasientjournalen konkluderte legen med at diagnosen var «engstelse». Legen journalførte at han hadde en beroligende samtale med pasienten. Ti dager senere ble kvinnen brakt til sykehus på grunn av sirkulatorisk kollaps. Hun fikk etter hvert respirasjons- og sirkulasjonsstans, og gjenopplivingsforsøk førte ikke frem. Obduksjonen viste massiv lungeemboli.

Fylkeslegen fant at det forelå brudd på forsvaretskravet fordi legen ikke hadde tatt en grundig nok anamnese, ikke hadde foretatt grundig klinisk undersøkelse og ikke hadde tatt pasientens bekymring på alvor. Saken ble oversendt Helsetilsynet, som valgte å gi legen en advarsel for forholdet.

Forsvarlighetsbegrepet

Av helsepersonelloven § 4 fremgår det at personellet skal «... utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ...». Dette betyr at man må handle på en måte som er rimelig å forvente ut fra så vel egne kvalifikasjoner som de rammebetingelsene man arbeider under. Når det i en tilsynssak stilles spørsmål om for eksempel mangelfull diagnostikk av lungeemboli, må det undersøkes om helsepersonellet har handlet slik det er rimelig å forvente av dem. I en vurdering av om helsehjelpen var så avvikende fra den forventede standard at det var uforsvarlig, vil det bli tatt hensyn til at:

- Symptomer og funn varierer ved samme lidelse
- Samme symptomer eller funn kan ha ulik betydning
- Prøver og målinger har en variasjonsbredde, og det er ingen skarp grense mellom «syk» og «frisk»
- Prøver og målinger kan ha innebygde feilkilder
- Endelig utfall er ikke nødvendigvis en konsekvens av gitt behandling
- De enkelte vurderinger bygger på medisinsk skjønn

I dette handlingsrommet, med usikkerhet og sannsynlighetsbetraktninger, vil pasienter og pårørende ofte ha en uberettiget forestilling om at det kan angis en klar fasit for hva som er riktig og hva som er feilaktig handlemåte. Det er helsepersonellens oppgave å begrense usikkerheten og øke sannsynligheten for at vurderinger og beslutninger er riktige. Vurderingene av om helsepersonellet har handlet uforsvarlig i den konkrete situasjon, må gjøres på denne bakgrunn.

Sannsynlighetsbetraktninger

Pasientgrunnet i allmennpraksis er ikke selektert, og langt de fleste pasienter vil derfor presentere problemstillinger som sjelden er farlige/alvorlige. Oppgaven for legen blir å ta utgangspunkt i aktuelle differensialdiagnoser og deretter redusere sannsynligheten for at det foreligger alvorlig sykdom gjennom å avklare pasientens bestilling ved:

- Adekvat anamnese
- Klinisk undersøkelse
- Tilleggsundersøkelser
- Ev. henvisning til annen instans

I vurderingen av om det er handlet forsvarlig vil det være et sentralt tema

hvordan legen har kommet frem til en tentativ diagnose, hvordan han/hun har redusert sannsynligheten for en mer alvorlig tilstand og hvordan dette fremkommer av dokumentasjonen.

Anamnese og klinisk undersøkelse

De klassiske symptomene ved lungeemboli er dyspné, respirasjonsavhengige brystsmerter, hoste, hemoptyse og eventuelt synkope. Vanlige kliniske tegn er takypné og takykardi. Differensialdiagnosen til pneumoni eller andre luftveisinfectionsjoner kan være vanskelig. Akutt, residiverende eller progredierende dyspné, ev. ledsaget av palpitasjoner og påfallende tretthet, hos yngre pasienter uten annen åpenbar årsak kan være symptomer på lungeemboli. Symptomene kan være akutte, men kan også komme snikende. Tilstanden forekommer også uten at de klassiske symptomene er til stede samtidig som det er ingen eller ukarakteristiske auskultasjonsfunn over lungene, og vanlig klinisk status er ofte normal. Det er få konvensjonelle supplerende undersøkelser som en allmennlege har til disposisjon. Det må understrekes at ingen kombinasjoner av symptomer og funn har særlig høy positiv prediksjonsverdi. Diagnosen stilles i sykehus, men mistanken blir vakt i allmennpraksis. Når mistanken om lungeemboli først er reist, bør pasienten utredes med relevante blodprøver og radiologiske undersøkelser.

Dokumentasjon og journalinnhold

Vurderingen av om det er handlet forsvarlig, vil måtte baseres på pasientens opplevelse og beskrivelse av møtet, samt helsepersonellens dokumentasjon og redegjørelse av hva som har foregått. Det avdekkes ofte et språk mellom det pasienten formidler og helsepersonellens dokumentasjon. Pasienten har én oppfatning av hva som er sagt og formidlet, helsepersonellet har oppfattet noe annet i den aktuelle situasjon og har nedskrevet en kortversjon av dette. Selv i et 15–20 minutters møte vil det foregå en ganske utstrakt kommunikasjon. For å kunne vurdere om det er handlet forsvarlig, er det nødvendig at dokumentasjonen får frem:

- Årsaken til henvendelsen (bestillingen)
- Grad av alvor (fare/belastning) knyttet til dette, bedømt på grunnlag av opplysningene fra pasienten
- Sannsynligheten for diagnosen og momenter som reduserer sannsynligheten for andre diagnoser (anamneseopptak, kliniske undersøkelser, tilleggsundersøkelser)
- Tankegangen bak igangsatte tiltak (behandling/oppfølgingen/informasjonen)
- Om det forelå spesielle omstendigheter i situasjonen

Dette må settes inn i de foreliggende rammer med hensyn til personellens trening/erfaring, mulighetene for å benytte annen

hjelp og de fysiske rammer rundt arbeidet. I tilsynssaker er det vanskelig å legge vekt på opplysninger som fremkommer i senere dokumentasjon. Det er vel kjent at sykehistorien kan fremstå annerledes etter at diagnosen er slått fast. Dette gjelder tilstedeværelsen av symptomer, grad og varighet.

Der det er symptomer på en alvorlig tilstand eller diagnose, men hvor legen anser denne som lite sannsynlig, er god dokumentasjon spesielt viktig. Det må fremgå av dokumentasjonen, direkte eller indirekte, at sannsynligheten for diagnosen/tilstanden ble redusert i tilstrekkelig grad. Dette gjelder spesielt for allmenmedisinsk virksomhet, der de begrensede diagnostiske mulighetene tilsier at diagnoser ikke kan utelukkes, men sannsynliggjøres på en slik måte at det kan tas stilling til om pasienten bør henvises til videre utredning.

Konklusjon

Å stille diagnosen lungeemboli eller mistanke om dette i primærhelsetjenesten skjer først og fremst gjennom grundig anamnese. I forsøket på å avgrense sannsynligheten for en alvorlig tilstand må det legges vekt på symptomer, medikamentbruk, tidligere sykdommer, familiær opphopning og røykevaner. Selv om lungeemboli er en sjelden tilstand, med vage og uspesifikke symptomer, viser vår gjennomgang at pasientene ofte presenterer symptomer fra luftveiene gjentatte ganger.

Undersøkelse av pasienter med symptomer som kan være lungeemboli bør skje ved en systematisk tilnærming, med økt bevissthet om at diagnosen bør vurderes ved mer eller mindre akutte symptomer fra lungene hos unge pasienter. Vi ser at leger i disse sakene har stilt en vanligere diagnose, som astma

eller infeksjon, ofte med et tillegg av et psykisk element (engstelse eller uro). Helsetilsynet legger til grunn at pasientens bekymring gjennom gjentatte henvendelser må tas på alvor når vi vurderer om helsepersonellens handlemåte var i tråd med kravet i helsepersonelloven § 4 om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

Brynhild Braut

brynhild.braut@helsetilsynet.no

Jørgen Holmboe

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Litteratur

1. Amundsen T, Høibraaten E, Skjeldestad FR. Lungeemboli blant yngre ikke-gravide kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 326–9.
2. Norsk elektronisk legehåndbok. www.nhi.no (9.12.2004).