Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (redaktører)

Læring av feil og klagesaker

DEN NORSKE LEGEFORENING

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA HELSETILSYNET 7/2009

MAI 2009



Rapport fra Helsetilsynet 7/2009
Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (red.): Læring av feil og klagesaker

Mai 2009

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Forsideillustrasjon: Trude Tjensvold
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

Faks: 21 52 99 99

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innholdsfortegnelse

Forord 5

Kapittel 1
Klagesaker og spørsmål som ofte stilles
Svein Zander Bratland og Gorm Are Grammeltvedt 6

Kapittel 2
Klage til fylkeslegen – En spørreundersøkelse
Siri Fosse 16

Kapittel 3
Hvordan påvirkes legers personlige og profesjonelle liv av uheldige hendelser?
Olaf Gjerløw Aasland og Reidun Førde 24

Kapittel 4
Min uheldige hendelse 30

Kapittel 5
Læring av feil og klagesaker – kognitiv tilnærming etter en feil
Ingvard Wilhelmsen 32

Kapittel 6
Om håndtering av feil som pensum i medisinstudiet
Steinar Hunskår og Per Hjortdahl 40

Kapittel 7
Arbeidet med klagesaker på Legevakten i Oslo
Sverre Lundevall 50

Kapittel 8
Klagesaker fra legevakt – hvilke forhold kan føre til behandlingsfeil?
Svein Zander Bratland og Gunnar Tschudi Bondevik 63

Kapittel 9
Hvordan kan legens språkforståelse og kulturelle bakgrunn påvirke risikoen for feil?
Edvard Hauff og Bernadette Kumar 73

Kapittel 10
Allmennlegekontoret som arena for faglig forsvarlig praksis
Kirsti Malterud.....81

Kapittel 11
Ung mor bytter fastlege – brev til pasientombudet.....88

Kapittel 12
Samtaler om feil i kollegagrupper
Sverre Lundevall.....90

Kapittel 13
Saker fra tilsynsmyndigheten
Svein Zander Bratland 92

Kapittel 14
Selvmord – hva kunne vært gjort annerledes?
Unni Rønneberg.....125

Kapittel 15
Saker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
Sverre Lundevall og Mette Willumstad Thomsen.....136

Litteratur 148

Om redaktørene 153

Forfattere 154

Čoahkkáigeassu 156

English summary 157

Forord

I sin bok *The Power of Thinking Without Thinking* fra 2005 hevder den kanadiske forfatteren Malcolm Gladwell følgende:

We learn by example and by direct experience because there are real limits to the adequacy of verbal instruction.

Dette kan sies å være rammeverket for denne boka, som har som målsetting å gi mulighet for å lære av feil. *Læring av feil og klagesaker* er en oppfølger av heftet *Kollegabasert læring av klagesaker* fra 1995. Heftet ble utgitt av Legeforeningen i samarbeid med Statens helsetilsyn. Boka utgis av Statens helsetilsyn i samarbeid med Legeforeningen. Vi har utvidet den teoretiske delen, men det er lagt særlig vekt på eksempelsamlingen. I denne finnes et bredt spekter av alvorlige og mindre alvorlige hendelser og sykdomsforløp hentet fra klager behandlet av tilsynsmyndighet og Norsk pasientskadeerstatning. Selv om sakene selvsagt er anonymisert, vil innholdet kunne gjøre det mulig for enkelte å kjenne seg igjen. Offentlighetsloven åpner imidlertid opp for å gjøre innholdet i sakene kjent på denne måten.

Den teoretiske delen tar sikte på å gi kunnskap om feil i allmennmedisinsk virksomhet, klagebehandling, legers reaksjoner på klager og hvordan klager best kan håndteres. De pedagogiske utfordringene og mulighetene beskrives og drøftes. Det har de senere årene vært satt fokus på feil og leger uten norsk opprinnelse. Denne problemstillingen er omtalt i boka sammen med en gjennomgang av hvordan allmennlegevirksomhet kan organiseres for å unngå feil.

Vi ønsker at boka skal gi grunnlag for diskusjoner blant medisinske studenter, turnusleger, allmennleger under spesialistutdanning og i smågrupper for allmennleger i etterutdanningen. Det er i en slik kollegabasert prosess at læringspotensialet er vist å være størst.

Kapittel 1

Klagesaker og spørsmål som ofte stilles

Svein Zander Bratland og Gorm Are Grammeltvedt

Klagesaker er kompliserte – ikke bare av faglige grunner, men også fordi de inneholder emosjonelle elementer. Dessuten knytter det seg ofte tilfeldigheter til at klage framsettes. Å bli klaget på kan dermed oppfattes som urettferdig og urimelig.

Å lære av feil bør være mulig – også på grunnlag av pasientklager. Saksbehandlingen må derfor legges til rette slik at hendelsene kan tjene som læringsgrunnlag.

Hva er en klage og hvem kan klage?

I følge definisjonskatalogen for allmennlegetjenesten omfatter en klage i kommunehelsetjenesten pasientens eller pårørendes rett til å klage til tilsynsmyndigheten over feilaktig eller mangelfull helsetjeneste. Klagen utløses således vanligvis av pasientens opplevelse i møtet med helsetjenesten. Pasienten kan opptre ved representant. Representant er den som har fullmakt til å fremsette en anmodning på andres vegne, eller som har samtykkekompetanse etter reglene i pasientrettighetsloven. For øvrig kan klage innsendes av blant annet pasientombud, helsepersonell, arbeidsgiver, apotek eller påtalemyndighet. Tilsynsmyndigheten kan på eget initiativ åpne sak mot helsepersonell etter opplysninger for eksempel i media.

Regler om klageadgang i saker om rett til nødvendig helsehjelp finnes i pasientrettighetsloven § 2-1 og kommunehelsetjenestelovens § 2-4. Klage er likeledes et forvaltningsrettslig middel som består i at en sak blir brakt inn til ny behandling i et overordnet forvaltningsorgan. Det allmenne hjemmelsgrunnlaget er forvaltningslovens kap. IV. Klagen kan således overbringes muntlig eller skriftlig til kommunens ledelse som etter en intern vurdering kan sende den videre til Helsetilsynet i fylket. Klagen kan også sendes direkte til Helsetilsynet i fylket.

Krav om erstatning kan sendes Norsk pasientskadeerstatning

(NPE). Klager kan oppnå erstatning selv om det ikke kan påvises uforsvarlighet hos helsepersonellet. Utgangspunktet er her "påført skade etter behandlingssvikt selv om ingen kan lastes" (pasientskadeloven). NPE ble opprettet i 1988. Fra 2003 har leger som har avtale med det offentlige vært en del av ordningen, og fra november 2008 inngår pasientskade som er voldt av alt helsepersonell med autorisasjon.

Hva klages det på?

Stokstad og medarbeidere gjennomgikk 100 pasientklager på leger i primærhelsetjenesten behandlet av det daværende Helsedirektoratet fra 1983 til1993. I 64 saker ble det klaget på feilaktig diagnose. Det ble gitt medhold i 36 % av disse. Manglende henvisning/innleggelse ble påklaget i 33 saker. Det ble gitt medhold i 47 % av tilfellene. Behandling med legemidler ble påklaget i 21 tilfeller og det ble gitt medhold i 38 % av tilfellene. Det ble klaget på kommunikasjonen i 20 saker. Medholdsprosenten var 50. Slike saker vil ofte inneholde motstridende påstander. Det vil imidlertid være slik at legen har ansvaret for den kommunikasjonen som har funnet sted. Klage på legens atferd fremkom i 24 saker. Medhold ble gitt i 17 % av disse. Legens organisering ble påklaget i bare 5 tilfeller.

Hvorfor klages det?

Det er mindre kjent hvorfor det klages. I en rapport fra Helsedirektoratet fra 1990 var den hyppigst angitte årsaken ønske om erstatning. Nesten like ofte var grunnen "å få rett". Å hindre gjentakelse ble oppgitt som årsak av 15 %, mens noen færre ønsket en unnskyldning. Dette angir mer hvilke begrunnelser som gis enn hva som egentlig styrer når det gjelder å sette fram klage. Klagene sendes som regel enten til tilsynsmyndigheten eller NPE, sjelden til begge instanser. Mens antall saker tidligere var tilnærmet lik, har økningen til NPE de siste årene vært høyere enn til tilsynsmyndigheten. Dette er som forventet ut fra ønsket om erstatning.

Hva er en tilsynssak?

Ved mottak av pasientklage oppretter Helsetilsynet i fylket en såkalt tilsynssak for å utrede det påklagede forholdet etter helsepersonelloven § 55 *Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd.* Av denne framgår at den som mener at bestemmelser om plikter fastsatt i helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, kan be Helsetilsynet i fylket om en vurdering av for-

holdet. Helsetilsynet i fylket skal vurdere de synspunkter og saksopplysninger som er fremkommer i anmodningen, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt i anmodningen. Det kontradiktoriske prinsipp følges så langt det er nødvendig for å få opplyst saken. Det vil si at partene gis anledning til å imøtegå uttalelse fra den annen part. Det er imidlertid slik at klager ikke er part i saken etter at klagen er fremsatt. Dette innebærer at klager ikke kan påklage avgjørelser i saken.

Saksbehandlingen skal ende opp i en vurdering av om det foreligger brudd på plikter i helsepersonelloven. Disse pliktene knytter seg først og fremst til forsvarlighetsparagrafen (§ 4). I tillegg kommer bl.a. plikten til omsorgsfull hjelp, øyeblikkelig hjelp og journalføring. I saker hvor det foreligger brudd på loven og det vurderes som aktuelt å gi reaksjon etter helsepersonelloven, sendes saken til Statens helsetilsyn til avsluttende behandling. Brudd på taushetsplikten og plikten til å gi tilsynsmyndigheten nødvendige opplysninger, kan også føre til oppretting av tilsynssak og oversendelse til Statens helsetilsyn. Det vil i denne prosessen bli utvist skjønn ved vurderingen av oversendingen. Et hvert pliktbrudd vil altså ikke bli oversendt Statens helsetilsyn. Helsetilsynet i fylket kan avslutte saken uten påpekninger eller ved å gi helsepersonellet veiledning.

Hva bør legen gjøre når klagen kommer?

Å beklage det inntrufne og vise forståelse for at klage framsettes er anbefalt. Likeledes kan det være formålstjenlig å gjennomgå hendelsesforløpet med klager. Det bør imidlertid vises varsomhet med å gå inn i en diskusjon – uansett om en mener at feil er begått eller ikke.

Legen bør i kjølvannet av en klage forholde seg saklig til eventuelle tendensiøse uttalelser i klagen. Å angripe klager for kommunikasjonsmessige forhold må anses som meget uklokt. Det er viktig at legen fra første stund gir en mest mulig sannferdig og opplysende fremstilling av de faktiske forhold i saken – også opplysninger som Helsetilsynet ikke etterspør, men som har relevans for saken. Det er ikke nødvendig at legen overfor tilsynet gir en vurdering av egen skyld i hendelsesforløpet, dette skal vurderes av tilsynsmyndigheten.

Hvilke faktiske forhold tilsynsmyndigheten legger til grunn for sine vurderinger vil alltid bli valgt etter en totalvurdering av de opplysninger som foreligger. Gode journalnotater vil gjøre det enklere for legen å sannsynliggjøre egne handlinger.

Opplysninger legen gir i ettertid vil likevel alltid bli underkastet en sannsynlighetsvurdering. Hvis legen flere måneder etter hendelsen mener å huske detaljer fra hendelsen, vil dette som regel tillegges mindre vekt enn journalnotater som tilsier noe annet.

De medisinskfaglige vurderingene tar utgangspunkt i anerkjent litteratur for allmennleger (NEL – Norsk elektronisk legehåndbok, lærebok, kliniske retningslinjer, håndbøker). I sin begrunnelse for sin handlemåte bør legen ta det samme utgangspunktet. Kliniske studier med snevre inklusjons- og eksklusjonskriterier egner seg dårlig i denne sammenhengen.

Har allmennlegen meldeplikt ved feil?

I kommunehelsetjenesten gjelder ingen meldeplikt knyttet til pasientskade. Som følge av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 *Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket*, skal det snarest mulig sendes skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av spesialisthelsetjeneste. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Det har vært diskutert om slike meldinger skal kunne føre til amnesti for involvert helsepersonell. Begrunnelsen er at dette vil øke forekomsten av meldinger og dermed øke kunnskapene om mekanismene som fører til feil, og slik gi økt mulighet til å forebygge feil. Denne tankegangen har imidlertid ikke vunnet fram, men det blir lagt betydelig vekt på at legen har erkjent uforsvarlighet og meldt forholdet.

Kommunehelsetjenesteloven har ingen bestemmelse om meldeplikt. Selv om allmennlegene ikke har en slik meldeplikt, vil det bli lagt betydelig vekt på at feil erkjennes. I dette ligger at legen informerer pasienten og at det gjøres et fyllestgjørende notat om dette i journalen.

Hva legger tilsynsmyndigheten til grunn?

Pasientens journal vil alltid bli innhentet for gjennomgang. Samtidig gis legen anledning til å uttale seg og å komme med eventuelle tilleggsopplysninger. Det er her viktig å påpeke at § 30 i helsepersonelloven tilplikter legen å oversende journalkopi til tilsynsmyndigheten. Unnlater legen å gjøre dette, vil det bli gitt advarsel. Etterkommes ikke advarselen vil autorisasjonen bli tilbakekalt inntil journalkopien er mottatt.

Det er viktig å sikre seg et så bredt vurderingsgrunnlag som

mulig. I enkelte tilfeller har pasienten vært til undersøkelse andre steder i samme periode. I slike tilfeller blir journalopplysninger herfra innhentet.

Opplysninger som framkommer i senere dokumentasjon, for eksempel i sykehusets journal, vil bli nøye vurdert med henblikk på relevans. Det er vel kjent at sykehistorien kan framstå annerledes etter at diagnosen er fastslått. Dette gjelder både tilstedeværelsen av symptomer, grad og varighet. Som ellers i klinisk virksomhet må det i vurderingen av angitte symptomer og funn tas hensyn til at fysiologiske eller patofysiologiske endringer over tid, vil gi grunn til forskjeller. Likeledes må akseptable grunner for falske positive og falske negative funn erkjennes.

Allmennlegens treffsikkerhet i sin diagnostikk skal ikke sammenholdes med sykehusspesialistens. Allmennlegen skal ikke utelukke diagnoser, men vurdere sannsynligheten på en slik måte at når symptomer som kan peke i retning av en alvorlig tilstand ikke tillegges vekt – må sannsynligheten for denne tilstanden være redusert i tilstrekkelig grad. Det må således tas hensyn til allmennlegens stadige dilemma knyttet til lav sannsynlighet for tilstedeværelse av alvorlig sykdom og at enkelte alvorlige tilstander ikke lar seg diagnostisere i tidlig stadium. Tilsynsmyndigheten må erkjenne spesielt kompliserende forhold. Herunder kommer upåregnelig sykdomsutvikling, pasientens mulighet til selv i noen grad å kunne påvirke behandlingsresultatet, og samtidighetskonflikter.

Allmennlegen vil sjelden kunne påberope seg systemsvikt som årsak til at feil ble begått. Han vil som regel være ansvarlig for egne handlinger og det systemet han jobber i. Aktsomhetsvurderingene vil derfor ta utgangspunkt i dette, slik at feil vil bli ansett som grunnet i uaktsomhet. Systemfeil kan knytte seg til legevakttjeneste der det for eksempel er manglende nedtegning av ansvars- og arbeidsfordeling (kapittel 8). Dessuten kan det i større gruppepraksiser være mangler ved organisering av stedfortrederroller og ivaretakelse av merkantile funksjoner som oppfølging av innkommet post.

Hva legges det vekt på ved gjennomgang av journalen?

Journalforskriften pålegger legen å journalføre relevante og nødvendige opplysninger. Dette tilsier ikke omfattende og tidkrevende journalføring. I saker der det er gitt påtale for mangelfull journalføring, dreier det seg i hovedsak om at det

nødvendige eller det vesentlige ikke er tatt med. Dette kan gi inntrykk av at anamneseopptak, undersøkelse eller tiltak ikke har vært tilstrekkelig eller forsvarlig.

Det foreligger en høyesterettsdom som uttaler at der journalen er taus må det sluttes at aktuell handling ikke ble utført. På den annen side kan journalen samlet inneholde opplysninger som i sum blir tilstrekkelige. Kravet til journalføring uten unødig opphold er strengt, men kravet til innholdet bestemmes av situasjon og problemstilling. Et notat ført etter en telefonkonsultasjon eller under en travel vakt, vil nødvendigvis se annerledes ut enn fra en konsultasjon der det er tid til å gå bredere inn på pasientens bestilling. Notater som er ført inn senere enn det som kunne forventes, vil naturlig nok bli tillagt mindre vekt enn rettidige notater. Der legen i ettertid har endret notatet, vil dette svekke legens troverdighet vesentlig.

Det anses som et minimumskrav at det framgår av journalen hva legen har oppfattet som pasientens bestilling og det essensielle i sykehistorien. Videre må undersøkelser som ligger til grunn for legens vurdering dokumenteres sammen med tiltak. Dette vil ikke si at notatet skal inneholde en oppramsing av negative svar eller funn. Notatet må imidlertid gi mulighet for å vurdere legens diagnostiske tankegang. Dette gjelder både for anamneseopptaket og for organfunn og laboratorieundersøkelser som knytter seg til sykehistorien. Foreligger det for eksempel hoste, må karakter og varighet beskrives sammen med lungefunn og hvilke tiltak som ble truffet. Der terapivalget avviker fra det vanlige, må dette begrunnes kort. Med økende fokus på legemiddelinteraksjoner, forventes det at dette er tatt hensyn til der medisinering er aktuelt.

Hvor legges listen?

Klagesaker vurderes ikke i forhold til den optimale eller ideelle håndteringen eller løsningen. Avvik fra god praksis i seg selv tilsier ingen reaksjon. Før det er aktuelt å vurdere reaksjon må det foreligge et visst avvik fra god praksis, et avvik som kan karakteriseres som uforsvarlig. Avvikets størrelse sammen med skadepotensialet, er bestemmende. Legen må imidlertid kunne sannsynliggjøre at han ut i fra pasientens symptomer ikke har unnlatt å vurdere potensielt alvorlige tilstander. For eksempel må det ved problemstillingen brystsmerter hos en pasient i risikogruppen for koronar hjertesykdom, framgå at legen i sin utspørring og undersøkelse tenkte på muligheten for at pasienten kunne ha hjerteinfarkt.

Ved behandlingen av klagen vil med andre ord graden av sannsynlighet for et alvorlig utfall vektlegges. På denne måten vil utvist klinisk skjønn i den aktuelle situasjon bli lagt til grunn. Adekvate tiltak basert på klinisk skjønn etter forsvarlig opptak av sykehistorie og tilstrekkelig klinisk undersøkelse, vil vanligvis ikke bli utsatt for kritikk. Likevel viste undersøkelsen, som er omtalt på side 13, at selv om alvorlige symptomer og funn ble nedtegnet i journalen, innså ikke legen tilstandens alvorlighet. Dette førte til at pasienter som burde vært innlagt, ble sendt hjem.

Hva er reaksjonsformene?

Statens helsetilsyn tar så stilling til om legen bør gis administrativ reaksjon. Reaksjonene er advarsel, tap av rekvireringsrett – helt eller delvis – for legemidler i gruppe A og B, suspensjon av autorisasjon eller tilbakekall av autorisasjon. Mens en sak med spørsmål om tap av rekvireringsrett eller autorisasjon er under behandling, kan rekvireringsretten eller autorisasjonen suspenderes mens saken behandles. Det kan også gis begrensninger i legens autorisasjon.

I sin innstilling til Stortinget 7. desember 2000 (Innst. O. nr. 38 (2000-2001) side 5), forutsatte Sosialkomitéen at tilsynsmyndigheten i større grad gir muntlig veiledning der vilkårene for advarsel ikke er til stede. Dette er i en viss grad tatt til følge i enkelte fylker og i en del kommuner tas det initiativ til dialog mellom partene. Det bør imidlertid ikke føre til at alvorlige forhold ikke blir brakt videre. Både Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn skal gi veiledning til legen der klagen vurderes som berettiget og således bør føre til endringer i legens videre virksomhet.

Grunnlaget for reaksjonene er at det foreligger brudd på loven og at legens handlemåte er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helsetjenesten. Ved vurdering av om handlingen har vært uforsvarlig, legges det til grunn at det må foreligge et kvalifisert avvik fra god praksis. Det er ikke slik at et hvert avvik fra god praksis vil føre til reaksjon.

Der det kan påvises at legen har forsømt seg eller opptrådt uforsiktig, og at legen burde ha forstått at dette kunne påføre pasienten risiko eller belastning, vil reaksjon bli vurdert. Det må kunne påvises en direkte årsakssammenheng mellom

uaktsomt pliktbrudd og risiko eller belastning (Ot.prp. nr. 12 (1998-99). På den annen side skal utfallet i den aktuelle sak ikke legges til grunn. Det vil si at feil behandling som ikke fikk alvorlige konsekvenser for pasienten, vil kunne føre til reaksjon. På samme måte skal det at pasienten døde eller ble alvorlig skadet ikke være bestemmende for reaksjonen.

Grovheten i pliktbruddet er avgjørende for reaksjonen. Selv om vilkårene for å kunne gi en reaksjon foreligger, skal det foretas et skjønnsmessig vurdering av om reaksjon skal gis. Statens helsetilsyn har i denne forbindelse nedfelt momenter som kan trekkes inn i denne sammenhengen. Det er blant annet nedfelt at det kan unnlates å gi reaksjon der forhold er gammelt, ved enkeltstående tilfelle, erkjennelse av pliktbruddet med mer. Det skal likeledes vurderes om reaksjon er formålstjenlig. Enkeltstående hendelser der det av legens uttalelser i ettertid klart fremgår lav sannsynlighet for gjentakelse, vil det kunne anses at advarsel er uten hensikt. Er imidlertid pliktbruddet alvorlig, vil den alminnelige rettsfølelsen tilsi at det reageres. Ved grov mangel på faglig innsikt, eller uegnethet på grunn av alvorlig sinnslidelse eller fysisk svekkelse, vil tap av autorisasjon bli vurdert. De hyppigste årsakene til tap er imidlertid bruk av rusmidler eller at legen har innledet forhold til pasient.

Fra tid til annen får Statens helsetilsyn saker der det vurderes slik at legen er uegnet til enkelte deler av legevirksomheten, for eksempel legevakt eller omsorg for spesielle pasientgrupper. Tidligere har helsepersonelloven ikke gitt mulighet for å gi begrensninger i helsepersonellets autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt. Unntaket har knyttet seg til rekvireringsretten. Helsepersonelloven er imidlertid endret med ikrafttredelse fra november 2008, slik at det nå kan gis begrensning i autorisasjonen uten at vilkårene for fullt tilbakekall er oppfylt. Kriteriene for slik begrensning vil bli tolket strengt. Slikt vedtak vil kunne være aktuelt der legen har vist seg uegnet til å utføre legehjelp på et begrenset område. Det vil for eksempel kunne medføre pålegg om veiledet tjeneste, redusert listelengde, forbud mot deltakelse i legevakt eller virksomhet som allmennlege.

Hva er kjent om hvorfor det gjøres feil og om hvem som begår dem?

I en gjennomgang av tilsynssaker med mer enn 100 hendelsesforløp fra 2000 til 2003, ble det funnet sammenheng mellom påvist uforsvarlighet og utilstrekkelig grunnlag for utvist

klinisk skjønn (Bratland, Hunskår). Det vil si at journalen og tilgjengelige opplysninger avdekket at legen ikke hadde hatt tilstrekkelig grunnlag for den påklagde beslutningen. 45 % av sakene gjaldt hendelser på legevakt/øyeblikkelig hjelp. Fremmedspråklige leger var overrepresentert ved disse hendelsene. Gjennomgående var det å ikke erkjenne tilstandens alvorlighet kjennetegnende for saker som endte med vedtak om advarsel. Mannlige allmennleger og fremmedspråklige kom dårligst ut (kapittel 8).

Hvilke paragrafer i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven er aktuelle i klagesaker?

Utgangspunktet for klager etter helsepersonelloven, vil i hovedsak være § 4 om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, § 6 om ressursbruk, § 7 om øyeblikkelig hjelp, §§ 39 og 40 om journalføring og § 63 om forsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler.

I pasientrettighetsloven er førende paragrafer § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp, § 3-1 om pasientens rett til medvirkning, § 3-2 om pasientens rett til informasjon og § 5-1 om rett til innsyn i journal. Klager framsatt i henhold til denne loven vil det i denne sammenhengen ikke bli gått inn på. Det er imidlertid ikke slik at pasientrettighetsloven § 3-1 om medvirkning kan føre til at lege må innfri pasientens ønske om for eksempel legemiddel eller -dosering som legen anser for å være uforsvarlig behandling.

Kan legen klage på vedtaket?

Legen kan klage til Statens helsepersonellnemnd (HPN) på vedtak om advarsel eller strengere reaksjon. HPN har vært i virksomhet siden våren 2001 og har et sekretariat med jurister som forbereder saken for nemndsmedlemmene. Nemnda er sammensatt av tre jurister, en lege, en sykepleier, en psykolog og et legmedlem.

For perioden 2001-2007 er det gitt ca 170 reaksjoner til allmennleger og legevaktleger for faglig uforsvarlighet. 45 av disse er påklaget til HPN. 18 % av vedtakene ble omgjort. Den generelle omgjøringsprosenten har beveget seg gradvis nedover fra 30 % i 2001 til 17 % i 2007. I alle sakene der vedtakene ble omgjort ble det konstatert kritikkverdige eller uforsvarlige forhold, men etter nemndas oppfatning var ikke forholdene grove nok til at Helsetilsynets vedtak ble stadfestet. At

forholdet var en enkeltstående hendelse, er også blitt vektlagt.

Er legen ikke enig der nemnda stadfester vedtaket, kan saken tas til retten. Ingen saker av faglig art er brakt videre til retten etter innføring av helsepersonelloven.

Hvordan sikres trygge faglige vurderinger av tilsynssaker mot allmennleger?

Behandlingen av tilsynssaker skal ivareta både pasientsikkerhet og legens rettssikkerhet. Saksbehandlingen i Statens helsetilsyn utføres av jurister og leger under en enhetlig ledelse som sikrer helhetlig fortolkninger av regelverket. Alle sakene mot allmennleger der tilsynsmessig reaksjon vurderes, behandles av spesialister i allmennmedisin ansatt i Statens helsetilsyn.

Hva gjøres for å motvirke ulikhet i vurderingene?

Den omtalte undersøkelsen av vurderingene i ca 100 tilsynssaker, indikerte en bekymringsfull ulikhet mellom vurderingene som foretas ved Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn. Tilsynsmyndigheten er opptatt av dette og prøver ut flere pedagogiske tilnærminger for å redusere denne divergensen. Så lenge tilsynssaker behandles ved 18 fylkeskontorer vil imidlertid ulikheter oppstå. Det er besluttet at saker som oppfattes som alvorlige av Helsetilsynet i fylket, sendes til Statens helsetilsyn etter innsamling av opplysninger i saken – uten at det fremgår konklusive vurderinger i oversendelsesbrevet. Dette for å sikre at foreløpige vurderinger i alvorlige saker ikke får oppslag i media.

Hvor lang er saksbehandlingstiden?

På oppdrag av Sosial- og helsedepartementet ble det i 2000 utført en spørreundersøkelse blant helsepersonell som hadde mottatt en administrativ reaksjon fra tilsynsmyndigheten. Alle informantene som hadde opplevd en saksbehandlingstid over 9 måneder beskrev denne perioden som en forferdelig og angstfylt ventetid som de ikke hadde kontroll over. Statens helsetilsyn er av Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å ha en saksbehandlingstid med en median på seks måneder. Tilsvarende krav for Helsetilsynet i fylkene er fem måneder. Det arbeides kontinuerlig med å redusere saksbehandlingstiden.

Kapittel 2

Klage til fylkeslegen – En spørreundersøkelse

Siri Fosse

En undersøkelse utført i 1997 der alle leger i fire fylker fikk tilsendt spørreskjema, avslørte at leger generelt hadde et anstrengt forhold til klager til fylkeslege. En klagesak ble oppfattet som en betydelig personlig belastning som kunne føre til skifte av arbeidsplass og usikkerhet omkring valg av yrke. Læringsverdien av en klagesak ble ansett som usikker.

Bakgrunn og historikk

Ny helselovgivning trådte i kraft 1. januar 2001, blant annet helsepersonelloven og pasientrettighetsloven som hjemlet at pasienten eller andre som har rett til det, kan anmode tilsynsmyndigheten om å vurdere forholdet dersom vedkommende mener seg feilbehandlet eller at helsepersonell har opptrådt på en måte som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. Tilsynsmyndigheten kan også ta opp saker på eget initiativ. Formålsparagrafen i helsepersonelloven sier at i tillegg til at loven skal bidra til pasientsikkerhet og kvalitet, skal den også bidra til tillit til helsepersonellet og helsetjenesten. Klageordningen er en del av å fremme denne tilliten.

Fra 2003 ble fylkeslegekontoret en avdeling hos Fylkesmannen i fylket, og deler av virksomheten ble definert som Helsetilsynet i fylket direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Tilsynsmyndigheten består således av Helsetilsynet i hvert fylke og Statens helsetilsyn.

Hva er en klagesak/tilsynssak?

I undersøkelsen ble begrepet klagesak definert som et påstått mulig avvik under pasientbehandling som kommer til tilsynsmyndighetens kjennskap og som blir definert som en tilsynssak.

Majoriteten av klagene kommer fra pasient eller pårørende. I dette materiale var det 76 % som kom fra pasient og pårørende, mens statistikk fra de siste 5 årene ved Helsetilsynet i Østfold viser at 59 % av sakene starter med en henvendelse fra pasient eller pårørende.

I de tilfelle hvor en tilsynssak behandlet i Helsetilsynet i fylket avslører grov faglig svikt, rusmisbruk eller andre årsaker til uegnethet hos det enkelte helsepersonell, vil saken oversendes Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. En slik reaksjon kan være at helsepersonellet får en advarsel, eller i mer alvorlige tilfelle mister sin rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B eller taper sin autorisasjon som helsepersonell. Det å bli innblandet i en tilsynssak kan altså potensielt være svært alvorlig for et helsepersonell. Det er imidlertid ikke ofte at en lege mister sin autorisasjon. Ingen lege har fått sin autorisasjon tilbakekalt som følge av enkeltstående faglig feil.

Målsetting for undersøkelsen

Målsettingen for undersøkelsen var å få økt kunnskap om i hvilken grad tilsynsmyndighetens arbeid med behandling av klager og meldinger bidrar til kvalitetssikring i helsetjenesten generelt, med særlig fokus på legetjenesten.

Det var to konkrete forhold som jeg ønsket å belyse i undersøkelsen:

1. Hvilke holdninger leger generelt har til tilsynsmyndighetens klagebehandling

2. I hvilken grad opplevelsen av en klagesak fungerte som læring/kvalitetsutvikling

Undersøkelsen ble utformet som en spørreundersøkelse til alle leger som var registrert som medlemmer i Den norske legeforening i fylkene Finnmark, Troms, Østfold og Rogaland. I tillegg fikk alle turnuskandidatene i de samme fylkene tilsendt spørreskjemaet. Det ble sendt ut 2285 spørreskjemaer og det kom inn 1158 utfylte skjemaer. Spørreskjemaet hadde 26 spørsmål pluss underpunkter. De 10 siste spørsmålene kartla forskjellige konsekvenser av klagebehandlingen som både de som hadde opplevd en klage og de som ikke hadde det skulle besvare. Spørreskjemaene var anonyme. For statistisk analyse ble benyttet EpiInfo og CIA. De fleste spørsmålene hadde ølgende fire svaralternativer: ”i stor grad”, ”i noen grad”,

”i liten grad” og ”ikke i det hele tatt”. I analysen er svarene slått sammen til to kategorier: positivt og negativt svar. Det ble i analysen skilt mellom de som hadde klageerfaring og de som ikke hadde det.

Resultater

Svarene utgjorde et representativt utvalg medlemmer av Legeforeningen i de fire fylkene hva angår kjønnsfordeling, aldersfordeling og fylkesfordeling. Det var en overvekt av overordnete sykehusleger og private allmennleger i utvalget. Vanligvis i slike spørreundersøkelser er det færre unge enn eldre som svarer, men i denne undersøkelsen var det omvendt. Det var lav svarprosent blant de over 60 år.

Av de 1156 legene som hadde svart på spørsmålet om de hadde klageerfaring svarte 758 (65,6 %) at de ikke hadde slik erfaring, mens 398 (34,4 %) svarte ja. Hele 11 % hadde blitt påklaget flere ganger. Jeg fant i løpet av undersøkelsen ingen andre undersøkelser i litteraturen som kunne fortelle noe om hvor stor prosent av norske leger som har vært involvert i en klagesak i løpet av sitt liv.

Egenskaper ved leger som har mottatt klager

Andelen med klageerfaring øker med alderen for begge kjønn. Det er lavest andel med klageerfaring blant turnuskandidatene. Det er generelt større andel mannlige leger med klageerfaring og det er særlig mannlige leger i primærhelsetjenesten som har klageerfaring. Mange av klagene har oppstått i forbindelse med legevakt (kapittel 8).

Det kunne ikke påvises noen sammenheng mellom antall timer brukt på å lese faglitteratur og klageerfaring. Det ble påvist en litt større andel med klageerfaring blant leger som var spesialister i allmennmedisin/samfunnsmedisin enn de primærleger som ikke var det. Andelen med klageerfaring var like stor i de fire fylkene.

Legers holdninger til og reaksjoner på klager

95 % av legene sa seg enige i at klageordningen er viktig for pasientenes rettssikkerhet. Egen klageerfaring påvirker ikke denne prosenten. Bare 75 % av legene var enige i at klageordningen var viktig for deres egen rettssikkerhet. Klageerfaring påvirket heller ikke denne prosenten.

Bare 58 % var enige i at en klagesak kan gi mulighet for verdifull tilbakemelding på egen praksis, mens 65 % var enige i at en klagesak kan være en kilde til kvalitetssikring.

56 % svarte ja på at det hendte at diagnostiske eller behandlingsmessige tiltak som strengt tatt ikke var medisinsk nødvendige, ble iverksatt i den hensikt å skjerme seg mot eventuell klage. Dette er mer vanlig blant eldre leger enn yngre.

88 % av legene mente at en klagesak ville oppleves som en personlig belastning og halvparten av dem mente endog at det ville representere en stor personlig belastning. Her er det forskjell på leger med og uten klageerfaring. 91 % av de mannlige legene uten klageerfaring opplevde klagesaken som en personlig belastning, mens 77 % av de mannlige legene med slik erfaring trodde en klagesak ville bli en personlig belastning. Blant de kvinnelige legene var andelene henholdsvis 97,5 % og 83 %. Tanken på å bli utsatt for en klage er altså verre enn det å oppleve en klagesak.

Hele 96 % av legene uten klageerfaring sa de kunne tenke seg å rette opp forhold som er blitt påtalt av tilsynsmyndigheten. Det er her ikke forskjell mellom kjønn og aldersgrupper, men de som hadde opplevd en klagesak er litt mindre tilbøyelige til å ville rette opp de påpekte forholdene. 87 % av mannlige leger med klageerfaring ville rette opp feil, mens prosenten for kvinnelige leger med klageerfaring var 88.

Et overraskende svar var at 25 % av legene mente at en klagesak og omstendighetene rundt den ville kunne føre til at legen ville skifte arbeidsplass. Det er særlig de yngste som mener dette. Egen klageerfaring påvirker ikke andelen.

Det er også tankevekkende at 32,2 % av legene svarer at en klagesak vil kunne føre til at legen ble usikker på om han/hun hadde valgt rett yrke. Særlig kvinner ser slik på det og i størst grad gjelder dette de yngste. Klageerfaring påvirker ikke resultatet.

53 % av de mannlige og 62,5 % av de kvinnelige legene uten klageerfaring trodde forholdet til klager ville bli verre etter en klagesak. Denne oppfatningen svekkes signifikant etter klageerfaring, til henholdsvis 36 og 31 %.

Tendensen i undersøkelsen er at en klagesak ikke er så ille som man har fryktet.

Synspunkter på tilsynsmyndighetens klagebehandling
Av og til blir det hevdet fra legene at de bruker urimelig mye tid på å svare på henvendelser fra tilsynsmyndigheten. Det ble derfor spurt om hvor mange timer legene hadde brukt på å besvare en slik henvendelse fra tilsynsmyndigheten. Hele 71 % svarte at de hadde brukt mindre enn 5 timer på besvarelsen. Tre fjerdedeler av de spurte mente at saksbehandlingstiden hadde vært passe lang. Det viste seg at saksbehandlingstid under 6 måneder ble oppfattet som akseptabel av flertallet. Tilsynsmyndigheten har som mål at alle saker skal behandles innen 5 måneder, men det er dessverre ofte at saksbehandlingstiden blir lengre i det virkelige liv.

Det ble spurt om i hvilken grad legen var fornøyd med måten saksbehandlingen var utført på, og 79 % var fornøyd med saksbehandlingen.

Fordeling av utfallet av klagebehandlingen:
- Ingen bemerkning 70 %
- Kritikk av rutiner 10 %
- Kritikk av legen 10 %
- Oversendt Statens helsetilsyn 10 %

Som det fremgår av ovenstående ble et stort flertall av sakene avgjort uten bemerkning. Legene var i meget stor grad (98 %) enig i avgjørelsen når saken ble avsluttet med ingen bemerkning. Totalt sett var 86 % enige i utfallet.

62% mente at fylkeslegen (tilsynsmyndigheten) opptrådte for mye som pasientens advokat og nesten like mange (57 %), mente at man var for opptatt av den enkelte leges svikt i forhold til systemsvikt.

Sammendrag og diskusjon
Hensikten med undersøkelsen var å få vite mer om hvordan tilsynsmyndighetens klagebehandling oppfattes og ikke minst oppleves av leger. 1158 leger fordelt på de fire fylkene Østfold, Rogaland, Troms og Finnmark svarte på mottatt spørreskjema.

Litt over en tredel av legene som svarte, oppga at de hadde mottatt en eller flere klagesaker. Det var en større andel med klageerfaring blant de mannlige legene enn blant de kvinnelige legene.

I undersøkelsen ble det forsøkt å vise en sammenheng mellom andel med klageerfaring og fire antatte kvalitetsindikatorer. Det ble ikke vist noen sammenheng mellom klageerfaring og tid brukt på lesing av faglitteratur eller IK-system på arbeidsplassen. Klageerfaring var litt hyppigere hos leger med spesialitet i allmennmedisin/samfunnsmedisin. Dette kan bero på at spesialistene er noe eldre enn ikke spesialistene og klageerfaring øker med alderen. En klagesak synes således å kunne ramme enhver, uavhengig av faglig kunnskap.

Undersøkelsen tok sikte på å avdekke hva slags holdninger og synspunkter leger generelt har til klagesaker. Et overveldende flertall oppfatter klageordningen som viktig for pasienters rettssikkerhet. Legene er noe mindre sikre på at deres egen rettssikkerhet vil bli ivaretatt gjennom en klagesak. Det sies av enkelte leger at klageordninger og jussifisering av helsetjenesten vil føre til mer defensiv medisin. Man sikrer seg mot klager ved å gjøre prosedyrer som strengt tatt ikke er nødvendige. Litt over halvparten av legene svarer at de av og til utfører unødvendige prosedyrer for å sikre seg selv mot klager/feil. Det er imidlertid interessant at andelen synes å være lavest blant de yngre.

Litt over 50 % av legene ser på en klagesak som en nyttig tilbakemelding. En del av de som har svart tar forbehold på dette spørsmålet og sier at de ville se på det som nyttig hvis de selv var enige med tilsynsmyndigheten. Samtidig ville et stort flertall av legene rette opp feil påpekt av tilsynsmyndigheten, men mange tar det samme forbehold i dette spørsmålet som i forrige: det kommer an på om de er enige med tilsynsmyndigheten.

Svært mange leger opplever en klagesak som en til dels betydelig personlig belastning. Særlig unge leger og kvinnelige leger sier dette. Undersøkelsen viser at en fjerdedel av legene svarer at de ville vurdere å skifte arbeidsplass hvis de ble utsatt for en klage. Videre ville en tredjedel begynne å tvile på om de hadde valgt riktig yrke. Tendensen er likevel at en klagesak ikke er så ille som fryktet.

Hvordan påvirker en klage legens holdninger

Undersøkelsen hadde også som mål å finne ut noe om hvordan det å ha blitt påklaget påvirket de holdninger legene har til klagesaker. Spørreskjemaet hadde 10 spørsmål om mulige konsekvenser av en klagesak. De to spørsmålene som gjaldt pasientens og legens rettssikkerhet ble ikke påvirket av

klageerfaring. Heller ikke de to spørsmålene om skifte av arbeidsplass eller rett yrke.

Blant legene som hadde klagerfaring var andelen som opplevde saken som en personlig belastning signifikant lavere enn blant de som ikke hadde vært utsatt for en klage. Dessverre var det færre blant de som hadde klageerfaring som ville rette opp feil og færre som anså en klagesak som en kilde til kvalitetssikring. Samtidig ser det ut til at det var en større andel som betraktet en klagesak som en nyttig tilbakemelding blant legene med klagerfaring. Blant de legene som hadde klageerfaring var det heldigvis færre som mente at forholdet til pasienten ble dårligere enn blant de som ikke hadde klageerfaring.

Veien videre

I de senere år har tilsynsmyndigheten stadig oftere anvendt såkalt "lokal avklaring" som løsningsforslag på en del av de mindre alvorlige klagene, særlig der en aner kommunikasjonssvikt. Denne ordningen innebærer at tilsynsmyndigheten oppfordrer partene til å ha et oppklarende møte. Ansvaret for innkalling til møte legges hos legen, og legen blir bedt om å sende tilsynsmyndigheten en tilbakemelding når møtet er avholdt. Helsetilsynet i Østfold behandlet i 2006 30 % av klagene på denne måten. Denne metoden oppleves forhåpentligvis som mer konstruktiv både av klager og påklaget. Det foreligger her ingen publiserte undersøkelser.

Utviklingen i tilsynsmyndigheten de siste 10 år har gått mer mot å vektlegge systemperspektivet i sakene, men det er klart at individperspektivet også er viktig. Det er dessverre en del helsepersonell, leger inkludert, som periodevis eller permanent ikke egner seg til å ha det ansvaret det er å behandle syke mennesker, og vi må ha et system som fanger opp disse og fjerner dem fra behandlingsfeltet.

Egen erfaring fra 20 år i tilsynsetaten tilsier at hvis legen tok seg litt bedre tid til å lytte til pasienten og pårørende i noe større grad, kunne man ha avverget mange vanskelige situasjoner. Både feildiagnostisering og kommunikasjonsvansker ville blitt redusert, slik at antallet misfornøyde pasienter ville minsket. Pasienter har ofte stor forståelse for at det går an å gjøre en konkret feilvurdering, men liten forståelse for arrogant og uinteressert oppførsel. Det er antagelig svært høy terskel for å sende inn en klage til tilsyns-

myndigheten, så de som gjør det er modige og fortjener egentlig honnør for at de tør og orker å gjøre dette.

Kapittel 3

Hvordan påvirkes legers personlige og profesjonelle liv av uheldige hendelser?

Olaf Gjerløw Aasland og Reidun Førde

Selv om en alvorlig skade ikke nødvendigvis betyr at legen har gjort feil, kan det å være involvert i en slik hendelse være en stor belastning for mange leger. Dersom det er lite forståelse og støtte å få fra kolleger vil det kunne legge stein til byrden. Lav toleranse for kritikk blant kolleger er en del av den tradisjonelle legekulturen, som også har blitt karakterisert som defensiv og autoritær. Dette kan gjøre at alvorlige etiske og medisinske problemer ikke blir diskutert tilstrekkelig, og at kolleger som ønsker å reise kritikk mot kvalitet eller metode blir sett på som fiender, og kanskje til og med blir utsatt for formelle eller uformelle sanksjoner.

Referansepanel

Legeforeningens forskningsinstitutt følger et referansepanel på ca. 1600 leger. En del av forskningen har vært å se på i hvilken grad åpenhet omkring alvorlige hendelser, og kollegial kritikk av leger som ikke holder mål etisk eller faglig, kan virke inn på og eventuelt forbedre legenes kliniske hverdag.

Vi ønsket å finne ut hvilke leger som oftest opplevde alvorlig pasientskade i forbindelse med sitt arbeid og hvordan slike opplevelser virket inn på disse legenes profesjonelle og private liv. Videre ville vi teste en hypotese om at det å være involvert i en slik hendelse var lettere for en lege som arbeidet på et sted der arbeidsmiljøet var preget av muligheten til å diskutere uønskete hendelser eller uheldig praksis.

I mars 2000 ble det sendt et spørreskjema til 1 616 yrkesaktive leger, der vi fikk svar fra 1 294 (svarprosent 80 %). Vi stilte blant annet spørsmålet:

Har du opplevd at en pasient har blitt alvorlig skadet som følge av medisinsk behandling du har gitt?

Svarene fordelte seg slik:
- Aldri (68 %)
- Noen få ganger (27 %)
- Flere ganger (1 %)
- Ikke aktuelt for meg (4 %)

Blant de 28 %, i dette tilfellet 368 leger, som svarte noen få eller flere ganger var det signifikant flere menn, og signifikant flere som arbeidet innenfor de kirurgiske fagområdene, også når vi kontrollerte for alder og kjønn.

Det var som ventet økt sannsynlighet for å ha opplevd alvorlig pasientskade med økende alder, men denne økningen flatet ut ved ca. 50 år. Etter dette var det, litt uventet, en viss nedgang blant de eldste kollegene. Dette kan selvsagt skyldes at for de eldste kollegene ligger noen av hendelsene så langt tilbake i tid at de er glemt. Men det kan også hende at en hendelse som i dag blir oppfattet som en alvorlig pasientskade for 35 år siden ble sett på som "naturlig" og uunngåelig, og dermed ikke oppfattet som alvorlig. En annen forklaring kan være at terskelen for å innrømme feil var høyere tidligere da medisinske feil i enda mindre grad enn i dag var et tema blant leger.

Alvorlig pasientskade

De legene som hadde opplevd alvorlig pasientskade ble bedt om å svare på ni spørsmål om hvilke konsekvenser en slik opplevelse hadde hatt for dem. Her er spørsmålene og svarfordelingen i prosent:

	Ja	Usikker	Nei
Hendelsen(e) ble gjennomgått på arbeidsplassen	83	3	15
Jeg fikk god personlig støtte av mine kolleger etterpå	69	9	22
Jeg har snakket med pasient/ pårørende etterpå	68	3	28
Hendelsen ble rapportert til fylkeslege/Helsetilsyn	37	11	52
Jeg ble bebreidet av pasient/ pårørende etterpå	32	6	63
Hendelsen(e) har preget mitt privatliv negativt	17	7	76

Hendelsen(e) ble omtalt i media	12	1	87
Hendelsen(e) har gjort det vanskelig å arbeide som lege	11	6	83
Jeg har hatt behov for profesjonell hjelp etterpå	6	2	93

Som vi ser er det forholdsvis vanlig at slike hendelser blir gjennomgått på arbeidsplassen, men bare knappe 70 % sier at de fikk god støtte fra kollegene. Det var særlig allmennpraktikere og laboratorieleger som opplevde slik støtte. For en del leger har hendelsen tydeligvis preget både privatliv og profesjonelt liv, og 6 % sier at de har hatt behov for profesjonell hjelp.

Alle alvorlige hendelser bør rapporteres til Helsetilsynet. Selv om kanskje noen av de hendelsene som inngår i dette materialet fant sted før en slik praksis var etablert, er det likevel bemerkelsesverdig at over halvparten av hendelsene ikke ble rapportert. Dette antyder at ekstern kontroll spiller en sekundær rolle i helsetjenestens kvalitetsarbeid. På den andre siden viser data fra en annen undersøkelse vi har gjort at hele 47 % av norske leger har opplevd å bli innklagd til helsetilsyn, fylkeslege eller arbeidsgiver, om enn ikke nødvendigvis i forbindelse med alvorlige pasientskader.

Åpenhet

Det er vist at de fleste leger i hypotetiske situasjoner, for å beholde tillit, sier at de vil fortelle om eventuelle feil til pasienten. Imidlertid fant Wu og medarbeidere i USA at bare 24 % av de legene som hadde vært involvert i feilbehandling hadde snakket med pasient eller pårørende om dette etterpå. I våre data sier 68 % av legene at de hadde snakket med pasient eller pårørende etterpå. En forklaring på denne forskjellen kan være at vi har spurt spesifikt om alvorlige pasientskader, som det neppe hadde vært mulig å underslå, mens Wu og medarbeidere studerte alle former for feil, også slike som pasienten kanskje aldri fikk vite om. Å møte pasient eller pårørende etter en alvorlig hendelse er nok ansett som nødvendig hos oss. Hvis det ikke blir gjort kan det lett forsterke pasientens negative opplevelse. Dessuten er det å snakke med pasient og/eller pårørende sannsynligvis også en måte for legen å redusere sin egen belastning.

I spørreskjemaet spurte vi videre:

I hvilken grad passer følgende utsagn om ditt kollegiale miljø? (Ta utgangspunkt i din hovedstilling)

- Det er vanskelig å påtale uakseptabel etisk atferd hos kolleger
- Det er vanskelig å påtale uakseptabelt faglig nivå hos kolleger

Svarene viste at vel halvparten av legene opplever det vanskelig å påtale etisk eller faglig svikt blant kolleger på sin arbeidsplass. Her var det bare ubetydelige forskjeller i forhold til alder og kjønn. På utsagnet om at det var vanskelig å påtale uakseptabel etisk atferd var det flere leger som arbeidet i kirurgiske disipliner i forhold til referansegruppen, som var samfunnsmedisinerne.

Det er bekymringsfullt, men kanskje ikke uventet, at annen hver lege opplever det som vanskelig å kritisere en kollega som etisk eller faglig ikke holder mål. Akre og medarbeidere har vist at slik kollegial kritikk og eksponering av egen usikkerhet ikke er lett for legene. Dette trekket ved den medisinske kulturen representerer en betydelig hindring i det løpende forbedringsarbeidet.

For å undersøke forholdet mellom kollegial støtte etter uønsket hendelse og åpenhet i arbeidsmiljøet, kodet vi svaralternativene slik at en høy verdi indikerte bedre aksept av faglig kritikk. Vi fant at en kultur der det er akseptert å fremme kritikk blant kolleger ikke nødvendigvis er en kaldere og mindre menneskelig kultur når behovet for støtte melder seg.

Kollegamøter

Hvordan kan vi skape et arbeidsmiljø der både bearbeiding av uunngåelige alvorlige hendelser og nødvendig kritikk av kollegers sviktende faglige og etiske skjønn er en naturlig del av arbeidshverdagen? Vi tror det beste tiltaket er å videreutvikle tradisjonen med ”mortality- and morbidity meetings” (MM-møter), dvs. møter der en systematisk tar opp uheldige hendelser og muligheter for forbedring av rutiner og prosedyrer. I 2004-versjonen av spørreskjemaet til referansepanelet stilte vi følgende spørsmål, som ble besvart av 1000 leger.

På noen arbeidsplasser holdes det regelmessig møter der en diskuterer dramatiske/kritiske hendelser, feil og uhell for at alle skal kunne lære av hverandres erfaring. Finnes det slike møter på din arbeidsplass?

Svaralternativene, med frekvensfordelinger, var
- Ja (41 %)
- Er planlagt, men ennå ikke gjennomført (3 %)
- Nei, men det ville vært fint om det fantes (22 %)
- Nei (22 %)
- Ikke aktuelt for meg (12 %)

Omkring 60 % av anestesiologene, 50 % av kirurgene og 40 % av allmennmedisinerne rapporterer at de har slike møter. I alle faggruppene synes det å være et ønske om flere slike møter. Her er det med andre ord et stort potensial for forbedring. I en annen undersøkelse av stress blant leger, særlig som følge av mangel på "noen å snakke med" i forhold til både alvorlige og mindre alvorlige hendelser, viste det seg at det var to forhold som signifikant reduserte stressbelastningen: MM-møter på arbeidsplassen og noen å snakke med hjemme (særlig hvis partneren var lege eller sykepleier). Det er avgjørende at MM-møtene oppleves som positive og ivaretakende, ikke f.eks. møter der eldre kolleger velmenende bagatelliserer hendelser som yngre kolleger opplever som vanskelige eller dramatiske, slik leger har en tendens til å gjøre.

Men medisinen består ikke bare av medisinske vurderinger og handlinger. Den medisinske hverdagen er også full av kompliserte verdivalg der det ofte ikke finnes enkle svar på hva som er riktig. Av og til gir denne delen av medisinsk praksis opphav til vanskelige konflikter og kritikk mot helsepersonell. Et hjelpemiddel som kan fremme kvalitet i vid forstand og som kan øke legers vilje og evne til å problematisere vanskelige og viktige verdivalg, både før de er tatt og i etterkant, er de kliniske etikk-komiteene som i dag finnes ved alle norske helseforetak. Forhåpentlig vil bruken av disse komiteene øke aksepten for at det både er legitimt og faglig utfordrende å møte uenighet og usikkerhet på verdisiden gjennom åpen dialog.

Konklusjon

Det er mulig å legge forholdene betydelig bedre til rette for å bedre legenes evne til å takle og leve med de alvorlige hendelsene som nødvendigvis må komme, og for å kunne gi konstruktiv kritikk til hverandre. Dette kan særlig gjøres ved å sikre åpenhet og trygghet rundt diskusjoner av alvorlige hendelser og andre forhold med forbedringspotensial. Dersom det blir akseptert at alvorlige hendelser og nestenulykker alltid representerer en anledning til å gjøre det bedre neste gang, kan

dette også skape en økt forståelse for at det ikke bare er menneskelig å feile, men at det er like menneskelig å hjelpe og støtte den kollegaen som har opplevd alvorlig pasientskade. Grunnlaget for en slik holdningsendring må selvsagt legges i medisinstudiet, men må også aktivt innarbeides på alle nivåer og stadier i helsetjenesten. "We have to change the culture of medicine so early discussion is seen as the right and responsible thing to do".

Kapittel 4

Min uheldige hendelse

Det er mange år siden. Jeg bodde i Nord-Norge og hadde hatt legevakt noen dager tidligere. Jeg var på utekontordag sammen med min legesekretær. I lunsjpausen bladde jeg opp lokalavisen og så en dødsannonse: NN var død! Var ikke det samme mann jeg hadde vært i sykebesøk hos? Jeg hadde tilfeldigvis regningskortene fra besøksrunden med meg og sjekket. Jo, navnet stemte.

Jeg husket det godt, han var en hyggelig mann på 60. Han var tungpustet og hadde knatrelyder på lungene. Forrige legevaktlege hadde ment at han hadde pneumoni men jeg var sikker på at dyspneen skyldtes hans hjertesvikt, og han skulle klaffeopereres om en måned. Jeg tok meg god tid og ble enig med han og kona at det ville være forsvarlig å takle dette hjemme, så vi doblet Diural-dosen. Jeg kom på der jeg satt at han hadde hatt et systolisk BT på 105. Hvorfor hadde jeg ikke reagert på at det var så lavt? Hvorfor hadde jeg ikke lagt ham inn? Han må ha dødd like etter at jeg var der? Hva slags lege er jeg? Og konen hans, som nå er blitt enke, hun må hate meg?

Resten av utekontordagen var jeg i en fjern tilstand, men det gikk på et vis. Etter siste pasient rådførte jeg meg med helsesekretæren min og vi ble enige om at jeg både kunne og burde ringe konen. Hun var ordknapp, jeg hørte mange stemmer i bakgrunnen, familie som var kommet, barn og barnebarn. Jeg spurte om jeg kunne komme og snakke med henne, og hun sa det fikk vente til mannen var i jorda. De neste dagene tenkte jeg nesten bare på at jeg var skyld i denne mannens død. Den daglige turen til kontoret gikk over en bro. Vannet langt der nede var mørkt. Hvorfor skulle han være død og ikke jeg?

Jeg trengte hjelp til en tenkemåte, først måtte jeg få klarlagt alt som hadde skjedd. Jeg fant ut at han hadde hatt et nytt legevaktbesøk dagen etter, ble innlagt med lungeødem og døde i mottagelsen. Kardiologen på sykehuset var overrasket over at

hans hjertesvikt hadde forverret seg så fort. Jeg fikk en følelse av at de også tenkte at de hadde fulgt ham opp for dårlig. Det var litt trøst i dette. Andre kunne fanget opp problemet. Men det var ikke til å komme fra at hvis jeg hadde lagt ham inn den dagen hadde han sannsynligvis overlevd. Jeg brukte en god venn og kollega som skriftefar, og han foreslo tenkemåten: ”Du har gjort så godt du kunne. Det var ikke godt nok i den situasjonen, men det var så godt du kunne.”

Med denne tanken i hodet besøkte jeg etter to uker konen. Hun var sint og trist men vi fikk en god samtale. Hun hadde også bebreidet seg selv: ”Hvorfor presset jeg ikke hardere på for å få ham innlagt?” Vi hørte på hverandre. For meg ble dette vendepunktet. Nå var det ikke mer jeg kunne gjøre med dette, nå gjaldt det å se fremover....

Kapittel 5

Læring av feil og klagesaker – kognitiv tilnærming etter en feil

Ingvard Wilhelmsen

Når en lege blir anklaget i en klagesak, vil dette alltid være en belastning for vedkommende. Avhengig av klagens karakter og innhold vil den også kunne bli en belastning for de nærmeste, særlig om saken blir kjent lokalt eller i media. Undersøkelses- eller utredningsfasen, altså ventetiden og tiden etter avgjørelsen er falt, byr på ulike utfordringer.

Ventetiden

Etter at legen har avgitt sin forklaring kan han velge å vente på tilsynsmyndighetens avgjørelse, eller han kan ta initiativ til kontakt med klager (se eget avsnitt). For de fleste vil ventetiden uansett gi rom for ulike typer refleksjoner: Man vil vurdere sannsynligheten for at en eller annen reaksjon kan komme, og tankemessig utprøve de forskjellige alternativene og mulige konsekvensene:

- henleggelse av saken vil være lett å håndtere, bortsett fra mulig irritasjon over at saken ble reist i det hele tatt, med muligheter for hevntanker
- en advarsel vil være hakket verre, men kanskje noe man kan leve med
- den virkelig store utfordringen er å tape rekvireringsretten, å bli suspendert eller i verste fall tape autorisasjon. Hvordan kan/vil/skal jeg takle det? Hva vil andre tenke om meg? Vil noen i det hele tatt stole på meg mer? Hvem er jeg egentlig?

Den følelsesmessige tilstanden i denne tiden vil være avhengig av hvordan man velger å forholde seg. Satser man på henleggelse eller en mild advarsel, vil man være betydelig lettere til sinns enn om man ser for seg en offentlig avrettelse med full publisitet og tap av både autorisasjon, familie og venners aktelse. En god beskyttelse mot uønsket angst eller depresjon i en ventetid kan være å nekte å ta sorgene på forskudd. Man kan nekte seg for mye spekulasjon, nettopp fordi det er spekulasjon. En dag vil man få vite resultatet. Da kan man vurdere

saken i et realistisk perspektiv. Uavhengig av om resultatet er negativt eller positivt sett fra legens synspunkt, er det en fordel om man er uthvilt og i god form når "kjennelsen" endelig foreligger.

Tiden etter kjennelsen

Fokus i dette innlegget er ikke ventetidens utfordringer, men spørsmålet om hva man kan lære av en negativ reaksjon. Man blir faktisk funnet skyldig i å ha gjort en feil. Dersom feilen er så grov at man mister autorisasjonen, er saken av en slik karakter at man nesten uten unntak bør søke støtte og hjelp. Dette er imidlertid en så sjelden foreteelse at jeg ikke tar det opp til nærmere diskusjon her, selv om mye av det følgende også vil komme til anvendelse i en slik ekstremsituasjon. Det vanligste er at reaksjonen er mildere. Det er ønskelig, både fra tilsynsmyndighet, Legeforeningen og legen selv at en slik kjennelse fører til selvrefleksjon og forbedret utøvelse av yrket; med andre ord at man lærer av sine feil. De forskjellige faktorene som kan forstyrre eller fremme en slik læringsprosess vil bli omtalt.

Legens personlighet

Det første jeg vil peke på er betydningen av legens personlighet, og spesielt den delen av personligheten som har å gjøre med selvbilde og selvtillit. Som alle andre er leger ulike, og jeg vil her beskrive tre ulike typer.

En type har en nærmest ubegrenset tro på seg selv. Han er ufeilbarlig i egne øyne, på grensen til perfekt, og bare tanken på å kunne gjøre en feil blir feil. En annen lege har et noenlunde nøkternt og realistisk syn på hvem han er, og aksepterer både sine sterke og svake sider, uten å gjøre for stort nummer av verken det ene eller det andre. Den siste typen i denne grovsorteringen er legen med et lavt selvbilde, som allerede før klagesaken hadde lett for å fokusere på egne mangler og en tendens til å gruble over egen utilstrekkelighet. Hvordan personligheten er skrudd sammen vil bety mye for hvor lett man kan lære av egne feil.

Legens reaksjoner

For den første legetypen blir utfordringen for det første å akseptere at man har gjort seg skyldig i en feil i det hele tatt. For noen blir dette umulig. De vil benekte realiteten og med

nebb og klør kjempe for renvasking. Dette kan føre til angrep på klager, noe som sjelden fører noe godt med seg. Man kan også velge å angripe Helsetilsynet lokalt og betvile deres faglige kompetanse eller juridiske skjønn, eller man kan true med for eksempel å henvise alle pasienter til spesialisthelsetjenesten dersom man får en advarsel. Dersom legen reagerer slik blir muligheten for å lære noe som helst svært begrenset. I en slik situasjon vil ofte bitterhet og sinne være sterkere enn tristhet og oppgitthet.

Dersom man derimot velger å akseptere faktum, gjenstår også en viktig jobb for at læring skal finne sted. Nå skal dette integreres i personligheten på en måte som gjør at man faktisk kan lære noe, uten å bli helt knust, men samtidig uten å beholde sitt tidligere bilde av seg selv som opphøyet og over andre. Dersom man velger å se saken som en nyttig realitetsorientering, kan dette bli et avgjørende og positivt vendepunkt i livet. Men hva om personen faktisk blir helt knust? Det er en viss mulighet for at erkjennelsen av egen feilbarlighet kan føre til så store indre omveltninger at man blir satt helt ut av spill. I tillegg til depressive symptomer med tristhet, pessimisme, selvbebreidelser, redusert selvfølelse og selvtillit, tretthet, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer, kommer de eksistensielle spørsmålene: Hvem er jeg egentlig? Det er selvfølgelig ikke dumt å tenke gjennom dette spørsmålet, men det spørs hvordan og hva som bli konklusjonen.

For den legen som i utgangspunktet er en helt normal person, med et noenlunde realistisk selvbilde, men som gjør en så grov feilvurdering at den betegnes som brudd på helsepersonelloven, er situasjonen også vanskelig. Det vil være unormalt å ikke bli påvirket av dette, og en forbigående fortvilelse, sorg og selvbebreidelse er nesten uunngåelig. Muligheten for at dette likevel skal gå bra er optimal, siden legen ikke behøver å revurdere totalt hvem han er. Han er i utgangspunktet ikke ufeilbarlig, og han vil kunne bearbeide mye av dette internt eller sammen med familie og venner. I hvor stor grad man søker hjelp og støtte vil variere. Noen er av natur utadvendte, sosiale mennesker. De er vant til å søke sosial støtte og snakker seg vanligvis gjennom nye, utfordrende situasjoner sammen med andre. For dem vil det være umulig og unaturlig å ikke ta saken opp med flere. Andre er mer innadvendte, de bearbeider sine gleder og sorger på en mer stillferdig måte. Dette er også helt OK, og kan gå svært bra. Poenget er at man gjør jobben skikkelig og på sin egen måte. Det mest uheldige er som regel å bli gående helt alene. Det er neppe bra for noen.

For de legene som før klagesaken og den negative reaksjonen var usikre på seg selv, vil utfordringen være å komme gjennom dette uten å bli fullstendig paralysert og parkert. De vil uten unntak ta dette svært tungt, men den naturlige tristhet og fortvilelsen vil kunne bli forsterket og forlenget slik at det blir en klinisk depresjon, som kan være behandlingskrevende. Det finnes måter å takle denne situasjonen på som er smarte og som kan forkorte lidelsen, og det er måter å forverre den på. De følgende refleksjoner bygger i det vesentlige på kunnskap fra kognitiv terapi, som ble utviklet av bl.a. Aaron Beck nettopp som terapi for depresjon.

Intervensjoner ved depresjon

Den som er deprimert vil ha en sterk tendens til å se på seg selv, verden og fremtiden med negativt fargete brilleglass. Han vil gjerne gruble over fortiden, med særlig fokus på egne feil og mangler. Klagesaken står naturlig nok i fokus, men også andre episoder kan forsterke selvfordømmelsen. Grublingen og fortvilelsen stjeler krefter, han mister initiativ og energi, blir handlingslammet og han tenker både langsommere og mer uklart enn normalt. Det er et viktig poeng i kognitiv terapi at det ikke alltid er saken i seg selv, men hvordan man velger å forholde seg til den, som i stor grad styrer den følelsesmessige reaksjonen og atferden. Det er derfor viktig å unngå for mye negativ grubling. Istedenfor å sitte alene og analysere seg selv og den nye situasjonen, bør dette gjøres sammen med en god venn eller kollega på et til formålet fastsatt tidspunkt og med en klar tidsramme. Det skal ikke være en kontinuerlig og ustoppelig prosess. Tvert imot må refleksjonen avbrytes av praktiske gjøremål, atspredelse og om mulig til og med litt lystbetonte ting. Aktivisering, ut over det man umiddelbart synes er mulig, er viktig.

Det er også viktig å vinne tid. Tid leger ikke alle sår, men det er en vanlig erfaring at det er mulig å se andre sider av en situasjon klarere når den er kommet mer på avstand, enn når den er fersk, ny og katastrofal. For de legene som før klagesaken var etablert i en trygg kollegagruppe, vil det være både smart og naturlig å utnytte dette nå (kapittel 12). Initiativet til dette kan taes av legen selv eller av kollegene. Ved sorg og depresjon har mange av oss en tendens til å trekke oss og overlate andre til sin egen fortvilelse. Vi vet ikke hva vi skal si, det er ubehagelig osv. Vi behøver ikke si så mye, og ubehag tåler vi. Noen må strekke ut en hånd og komme med en konkret utfordring til å møtes. Dette er ikke ukjente mennesker, det er gode

kolleger. Blir tilbudet avslått kan det eventuelt senere gjentas. I tillegg til kollegagruppene har man alle steder i landet ordning med "leger-for-leger". Det bør vurderes om ikke alle som blir "dømt" i en klagesak rutinemessig skal innkalles til en samtale i denne sammenhengen. Da kan en utenforstående vurdere hvordan personen tar den nye situasjonen og hvilket nettverk som foreligger.

Kortfattet manual for kollegahjelp

Det følgende omhandler prinsipper fra kognitiv terapi ved depresjon, spesielt tilpasset situasjonen hvor en eller flere kolleger skal være i samtalesituasjon med en kollega som er funnet skyldig i tjenesteforsømmelse. Man kan med fordel avtale et visst tentativt antall samtaler, for eksempel 3-5 av 30-45 minutters varighet. Den første samtalen vil være alliansebyggende med mulighet for legen til å forklare sin situasjon, man går gjennom de fakta som foreligger og blir enige om videre opplegg. Deretter bør hver samtale ha en klar struktur, med en agenda som avtales ved innledningen av hvert møte:

- Avtale temaer for dagens samtale
- Reaksjoner på forrige samtale
- Eventuelle hendelser siden sist
- Gjennomgang av et spesifikt tema, hjemmeoppgaver el.l.
- Reaksjoner på dagens time
- Avtale oppgaver til neste gang

Fokus i samtalen vil være på ting som kan endres og påvirkes. Det som har skjedd har skjedd. Ingen kan endre historien. Hvordan man forholder seg til historien kan endres. Har den anklagede erkjent sin skyld? Hvordan tar han det? Hvordan er selvbildet påvirket? Gis hendelsen en rimelig plass i selvvurderingen? Selv om legen i timene både kan gråte, rase eller vise oppgitthet, vil ikke fokuset være på de følelsesmessige reaksjonene, heller ikke selve saken, men på hvordan legen forholder seg til selve saken. Man vil også fokusere på hva legen gjør mellom timene. Kanskje vil han i en innledende fase kunne ha nytte av konkrete aktiviseringsoppgaver? Hvordan utnytter legen sitt nettverk? Har legen evne til å tilgi seg selv? Makter han å lære noe av det hele? I tilfelle hva?

Er det kjønnsforskjeller i legenes reaksjoner?

Det er mye som tyder på at menn og kvinner reagerer forskjellig på å bli utsatt for en klagesak, og spesielt ser det ut til å være forskjeller på hvordan man reagerer og hva man lærer av

slike saker. I en norsk undersøkelse av tilsynssaker mot allmennleger ble det funnet at forholdsvis flere kvinner enn menn erkjente alvor og også hadde et tilstrekkelig grunnlag for sitt kliniske skjønn enn mannlige leger.

Det finnes ikke mye forskning omkring kjønnsforskjeller blant leger, men det er funnet slike forskjeller for andre yrkesgrupper. I en studie som, omfattet en spørreundersøkelse av 100 personer etterfulgt av dybdeintervjuer hos 14, ble det funnet klare kjønnsforskjeller. De undersøkte var sosialarbeidere, lærere og bedriftsledere i alderen 35-50 år. Resultatene viste at kvinner raskere enn menn kom på og kunne referere feil de hadde gjort. Kvinnene var opptatt av relasjonsaspektet ved jobben og av å yte den beste service til sine kunder eller ansatte. Etter feil brukte de mye energi og tid på å gjenvinne selvtillit og verdi, mens mange flere menn kunne rasjonalisere omkring sine feil og på den måten tilsynelatende komme over dem raskere. Mens kvinnene hadde en tendens til å skylde på seg selv, hadde mennene lettere for å skylde på andre eller ytre omstendigheter (stor arbeidsbyrde osv). Forfatteren fremholder at man bør ta hensyn til slike kjønnsforskjeller når vi bygger våre organisasjonskulturer. De beste forutsetninger for positiv læring av våre feil er at miljøet er trygt, åpent og ikke-fordømmende, og at det å snakke om og lære av sine feil blir en naturlig og organisert del av læringsmiljøet, i medarbeidersamtaler, supervisjon eller mer uformelle sammenhenger.

Tilsynsmyndighetens ansvar

Det er en forutsetning at det foreligger et godt faglig grunnlag for den tilsynsmessige reaksjon. Reaksjonen er ment å ha en positiv pedagogisk side, og det er derfor av betydning hvordan den formuleres og begrunnes. Generaliseringer, der man ikke skiller tydelig mellom handling og person, vil sannsynligvis ha mindre sjanse for å kunne føre til positiv endring hos anklagede enn reaksjoner som er mer poengtert og fokusert. Sjansen for at en tilsynsmessig reaksjon skal ha positiv virkning blir større dersom det skinner gjennom at den er skrevet av mennesker som ikke bare sitter ved et skrivebord og veier anklagedes holdninger og handlinger på gullvekt og sammenligner med den optimale utøvelse av legekunsten, men av mennesker som lever i virkelighetens verden. Feil gjøres av og til under ekstremt pressede og stressende situasjoner. Dette vil ikke frata legen for ansvar eller unnskylde det som tross alt er klanderverdig, men det kan være med på å forklare hvorfor

ting skjer, med muligheter for konstruktiv forebygging av lignende hendelser.

Forholdet mellom klager og legen

I noen tilfeller kan det være naturlig at det er kontakt mellom klager og anklagede. Det kan for eksempel være i situasjoner hvor en viss grad av tillit var etablert før den uheldige hendelsen skjedde. Mange saker unngås ved at legen i slike tilfeller raskt erkjenner feilen og kommer med en ærlig og uforbeholden unnskyldning, men også i situasjoner hvor saken blir reist kan slik kontakt opprettholdes og være nyttig. Dersom både anklager og lege er normale mennesker, kan slik kontakt dempe hevnmotivet hos anklager og fortvilelsen hos anklagede.

I andre tilfeller vil det være unaturlig og enkelte ganger direkte skadelig med nærmere kontakt mellom klager og legen som er funnet skyldig i alvorlig tjenesteforsømmelse. I likhet med at leger er forskjellige, vil også de som klager være forskjellige mennesketyper. Det finnes folk med personlighetsforstyrrelse også blant dem som klager. Dersom klagen er mer begrunnet i klagerens personlighet enn i legens atferd, blir ofte saken henlagt. Men det kan være velbegrunnete klagesaker der klager personlighetsmessig ligger utenfor det vi kan kalle ”norsk standard”. Da vil en profesjonell og distansert, men dannet holdning fra anklagede lege, sannsynligvis være å foretrekke fremfor en direkte konfrontasjon. Faren ved nærmere kontakt i slike situasjoner er at nye misforståelser oppstår og man genererer stadig nye ”saker”.

Dersom legen eller klager finner det ønskelig og formålstjenlig med nærmere kontakt, og man blir enige om å møtes, bør følgende refleksjoner gjøres på forhånd:

Hvem skal møte hvem? I krig er det uheldig å være alene. Det kan være godt å ha med seg vitner, som skal være passive observatører til samtalen. Dette gjelder selvfølgelig for begge parter. Hva er formålet med samtalen? Har klager signalisert et behov for en uforbeholden unnskyldning? Er legen rede til å avgi dette? Hvis ikke bør møtet ikke finne sted. Dersom formålet er av mer oppklarende, opplysende karakter, er dette i utgangspunktet mindre betent og truende, og terskelen for å holde møtet blir lavere. Er legen kommet så langt i sin egen bearbeidelse av situasjonen at han makter å se den utenfra og til en viss grad objektivt? Dersom legen fortsatt er deprimert, sint eller bitter og har problemer med å takle sin egen hverdag,

bør møtet vente til han er noenlunde "på plass" i sitt eget liv. Kan partene i utgangspunktet respektere hverandre? Hvis ikke, er møtet dømt til å mislykkes og bør ikke finne sted.

Det beste utgangspunktet for at klager og anklagede skal kunne gå videre i livene sine er at begge har evnen å kunne tilgi. Klager må tilgi legen, og legen må tilgi seg selv. I beste fall kan slike møter mellom klager og lege bli både en god avslutning på en belastende og uheldig hendelse og starten på et videre normalt liv. En viss grad av raushet kan vi alle øve på å ha, både overfor oss selv og andre. Da vil vi selv tåle å gjøre feil uten å gå helt i stykker, og vi kan være gode støtter for andre.

Kapittel 6

Om håndtering av feil som pensum i medisinstudiet

Steinar Hunskår og Per Hjortdahl

Etter en forelesning om utredning av heshet stiller en sisteårs legestudent følgende spørsmål: "Hvor lenge kan jeg se dette symptomet an uten spesialisthenvisning før Fylkeslegen vil dømme meg ved en eventuell klagesak for et oversett tilfelle av strupekreft?"

Under en kollokviediskusjon kommer det fram bekymring omkring besvarelse av en eksamensoppgave i kirurgi. Problemstillingen gjelder en 67 år gammel ellers frisk kvinne som oppsøker fastlegen og ber om råd om avføringsmidler da hun er tiltakende plaget med obstipasjon siste halvåret. Etter et spørsmål om hva som er passende utredning i dette tilfellet, spør oppgaven etter "den mest sannsynlige diagnosen". Kirurgen som har hatt eksamensveiledning med studentene har fastslått at det bare er ett korrekt svar: Tykktarmskreft (Cancer coli). Alt annet er feil, og vil representere dårlig medisin der en eventuell klagesak er helt naturlig.

I et allmennmedisinkurs frustreres studentene over ulike holdninger blant foreleserne når det gjelder medikamentell intervensjon mot framtidig hjerte-kar-sykdom. Gruppeleder har invitert til en diskusjon om multifaktoriell risikovurdering for å få fram poenget om totalrisiko versus individuelle grenser på enkeltfaktorer som blodtrykk og kolesterol og demonstrerer studier som viser at et flertall av den voksne befolkningen vil få medikamentell profylakse om intervensjonsgrensene settes lavt og absolutt på enkeltfaktorer. "Vi vil vite hva som er den eksakte indikasjonsgrensen. En kardiolog sa at det var en kunstfeil å la være å behandle et blodtrykk på 140/90 uansett, og at han ville være nådeløs dersom han var sakkyndig i en slik sak."

Fra kultur til curriculum

Feil og utilsiktede hendelser har vært en del av den medisinske yrkesutøvelse til alle tider. De er imidlertid blitt vanligere, mer

synlige og potensielt mer alvorlige de senere år, da medisinen er blitt mer komplisert og befolkningen har økt bevissthet, forventninger og stiller større krav til medisinen og pasientsikkerhet. Vi kan ikke leve vårt liv i helsetjenesten uten før eller senere å oppleve en slik hendelse. Derfor må leger og andre helsearbeidere ha en mental beredskap for at slikt kan skje også dem. Dette har profesjonene i varierende grad tatt inn over seg. Det er i ferd med å skje en kulturendring i helsevesenet hvor fokus skiftes fra feil, syndebukkmentalitet og straff til i større grad å være opptatt av åpenhet og læring av feil og nesten-feil, samt hvordan forebygge slike hendelser. Kvalitetssikring og pasientsikkerhet er i ferd med å integreres i legers videre- og etterutdanning.

Medisinsk grunnutdanning har tradisjonelt fokusert på basalfag og klinisk medisin, og er i stor grad individrettet. Grunnlaget for den profesjonelle identiteten legges i løpet av studietiden. Helsetjenesten som den nyutdannede legen skal ut i, er kompleks og krever samarbeid mellom mange aktører. Studenten går fra å være solospiller til å bli lagspiller. Man må lære seg å tenke i systemer, grupper og tverrfaglig. Mye av denne kunnskapen er erfaringsbasert og gir mening først når studenten kommer ut i yrkeslivet, men grunnlaget for denne forståelsen legges i studietiden. Det er derfor viktig at studentene får en innføring i kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, ledelse og samhandling som del av grunnutdanningen. Dette har til nå stort sett vært ukjent territorium i studieplansammenheng.

Det er imidlertid vår bestemte oppfatning som erfarne forelesere i medisinstudiet at studentene selv de siste ti årene er blitt mer opptatte av klagesaker og medisinske feil, på godt og vondt. På godt fordi studentene i økende grad vet og forstår at feil og klagesaker er en del dagens helsetjeneste, og at alle helsearbeidere må forholde seg til pasientrettigheter, etiske, juridiske og administrative forhold omkring dette, samt systematisk kvalitetsforbedring for å redusere feil. Videre at feil, uheldige hendelser og nestenulykker kan være gode kilder til egenlæring og kvalitetsforbedring av egen eller andres praksis. På vondt fordi vi opplever studentene reddere for å bli innklaget og reddere for å gjøre personlige feil i allminnelig klinisk virksomhet. De responderer dels med defensive handlingsstrategier og dels med å forsøke å lindre angsten med å forlange absolutte svar på kliniske problemstillinger gjennom undervisningen. For en gruppe av studentene opplever vi at toleranseevnen er lite utviklet for tvil og alternative tilnærmingsmåter til samme problemstilling, og at noen ikke mestrer eller endog

ikke tolererer at klinisk diagnostikk er basert på sannsynligheter og bestemmelser basert på potensiell nytte og avkastning. De utvikler lett en klinisk tilnærmingsmåte med urimelig mange undersøkelser og tester for å dekke over egen klinisk usikkerhet. Medisinske feil handler også i stor grad om over-, under- og feilbruk av medisinske ressurser.

Sammenhengen mellom legeutdanning og senere personlige feil og klagesaker

Mangeårig forskning og mange ulike studier har vist at det er en sammenheng mellom legestudenters kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter og seinere risiko for feil, klagesaker, dårlig pasienttilfredshet og også pasientutkomme. Dette er noe av bakgrunnen for den store satsingen på kommunikasjonsundervisning og kliniske ferdigheter vi ser i legestudiene i hele den vestlige verden.

I en studie publisert i JAMA i 2007 rapporteres resultatene fra en 12 års oppfølging av en kohort av 3424 leger som tok statseksamen i Kanada mellom 1993 og 1996. Det ble registrert minst én klage på 17 % av legene i perioden. Man brukte så resultatene fra statseksamen for å predikere framtidige klagesaker. Statseksamen inneholder testing av kunnskaper og ferdigheter og kan deles i ulike dimensjoner, som kommunikasjonsferdigheter, informasjonsinnhenting, problemløsning og klinisk beslutningsevne. Det ble vist en ganske sterk og statistisk signifikant sammenheng mellom resultatene på statseksamen og senere klagesaker. Størst prediksjonsevne hadde eksamensresultatene fra dimensjonene kommunikasjonsferdigheter og klinisk beslutningsevne samt totalkarakteren, mens det ikke ble funnet sikker sammenheng mellom klagesaker og eksamensresultatene når det gjaldt informasjonsinnhenting og problemløsning. Forfatterne konkluderer med at både undervisning og testing bør fokusere mer på de feltene som hadde sammenhenger med klager.

En kritikk av denne forskningstradisjonen er at den bygger på assosiasjoner, og at evidensen for at tiltak i medisinstudiet kan påvirke framtidig yrkesutøvelse, er svakere. Det kan også reises innvendinger i forhold til hvor mye av de positive egenskapene som er lært under studiet, og hvor mye som er studentens personlighet og dermed til stede ved studiestart. Mange forfattere foreslår derfor at man allerede under opptaket til legestudiet må vektlegge egenskaper som er assosiert med mindre sjanse for feil og klagesaker.

En annen utviklingstendens er den systematiske tilnærmingen til medisinen som en feilbarlig virksomhet, der den erkjente sjansen for feil skal minimaliseres gjennom systemtilnærming – The science of error prevention in health care. Dette fagfeltet har lånt mye av sitt innhold fra næringer som luftfart og shipping, der selv små feil kan ha store konsekvenser. Noen medisinske fagfelt, som anestesiologi og laboratoriemedisin, er kommet lenger enn andre når det gjelder å innføre systematisk risikoanalyse, avvikshåndtering, registrering av uønskede hendelser og læring av begåtte feil. Tradisjonelt har ikke slike tema vært en del av legeutdanningen, den har konsentrert seg om det individuelle kliniske perspektivet, og ikke kunnskaper og ferdigheter i sikring av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Vanligvis er det først som ansatte i en virksomhet at legene møter dette arbeidsområdet. Studier viser at en slik brå overgang fra teori til praksis senere vanskeliggjør legenes motivasjon og medvirkning til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i klinisk arbeid.

Den medisinske kulturen omkring feil har tradisjonelt vært preget av individfeilene og at noen har skylden, den såkalte name, blame and shame − eller syndebukktilnærmingen. Det er først og fremst denne måten å tenke på som preger eksemplene først i kapitlet. Tankegangen og redselen for feil blir bare forsterket hvis rollemodeller og undervisere i mange fag omtaler fenomenet medisinske feil som individfeil. I mange sammenhenger er det derfor nå vanlig å bruke begrepet "utilsiktede hendelser" istedenfor "feil", da feil er negativt belastet og knyttet til syndebukktilnærmingen. Denne tradisjonen er heller ikke særlig fokusert på å lære av feil, for å unngå liknende hendelser både hos den aktuelle personen involvert og for andre i samme situasjon i framtiden. Forskning viser at organisasjoner preget av slik tradisjonell tankegang er sårbare. Selv om læringseffekten kan være stor for den som har gjort feilen, viser det seg også at langtidseffekten kan være en dysfunksjonell endring av praksis. Man bruker ofte mer tid på å bortforklare enn å forbedre. Praksis dreies lett i retning av defensiv medisin. Man mister den gylne muligheten hele organisasjonen har for å lære av feilen og å endre sine generelle og spesifikke systemer med tanke på framtidig ytterligere risikoreduksjon.

Kan alt læres? Og må det skje i grunnutdanningen?

Vi mener at medisinske feil og klagesaker er et så viktig tema i dagens helsetjeneste at det opplagt hører hjemme

på studieplanen. Dette kan imidlertid gjøres i mange ulike sammenhenger og på ulike nivå. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, ledelse, kommunikasjon og samhandling er ulike virksomhetsområder, men med til dels overlappende innhold. Kommunikasjon mellom lege og pasient og mellom helsearbeidere er grunnleggende for utøvelsen av faget, men også en forutsetning for å forebygge uheldige hendelser. Kommunikasjon er en forutsetning for teamarbeide, og svikt i kommunikasjon er antagelig den hyppigste årsak til uheldige hendelser.

I grunnutdanningen må studenten lære seg å lytte til pasienten, øve seg i å observere hva som er riktig og galt, samt å våge å si ifra når det gjøres feil. De trenger hjelp til refleksjon over egen virksomhet og væremåte. Utfordringen er å gjøre studentene tryggere på seg selv, men ikke skråsikre. Det kan dreie seg om ren informasjon om fagområdet, inkludert fakta om jus, klagesaksprosesser og hvordan forholde seg til klager. Det kan være tilsvarende om systematisk kvalitetsarbeid og opparbeiding av kunnskaper og ferdigheter i dette, slik at studentene både kjenner vokabularet og prinsippene når de kommer i stillinger der slikt arbeid foregår. Det meste av klinisk arbeid med pasienter foregår i tverrfaglige grupper. Her er det ikke bare viktig hva vi gjør, men også hvordan vi gjør det. Samhandling og ledelse i slike "mikroenheter" er viktige faktorer i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Og det kan være den kliniske treningen i kommunikasjon med pasienter, inkludert klinisk diagnostikk basert på sannsynligheter og klinisk beslutningsevne. Helst bør en moderne studieplan favne alle disse områdene, og på en integrert måte slik at tenkningen gjennomsyrer de fleste fag. Det vil være et mislykket prosjekt om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet blir sett på som et eget teoretisk fagområde adskilt fra resten, mens motkrefter og gamle feilbarlighetskulturer får fortsette å prege den kliniske hverdagen.

Det engelske helsedepartementet anbefalte i år 2000 at hele helsetjenesten og utdanningssystemet skulle ha systemer for å lære av feil og uønskede hendelser. Fire områder ble identifisert for tiltak. Det skulle utvikles tiltak og systemer for å

- rapportere og analysere når ting gikk galt
- skape en kultur der feil og uønskede hendelser ble rapportert og diskutert
- kunne lære av feil og endre prosedyrer på bakgrunn av erfaringen
- skape en vid anerkjennelse i virksomheten for viktigheten av å forebygge, analysere og lære av feil.

I oppfølgingen av dette omtalte General Medical Council fire områder for undervisning i utredningen Tomorrow's Doctors. I følge disse anbefalingene skulle studentene

- kjenne til og forstå hvordan feil oppstår og prinsippene for risikohåndtering
- mestre kliniske ferdigheter på en sikker måte
- kjenne til og forstå prinsippene for effektiv og trygg forskrivning, inkludert bivirkninger, skadelige interaksjoner, antibiotikaresistens og genetiske faktorer av betydning for legemiddelbehandling
- kjenne til hvordan helsetjenesten anvender risikoanalyse og handlingsstrategier for å hindre feil på en systematisk måte.

Begge disse sett med anbefalinger setter emnet på dagsorden i undervisningen, men de er samtidig lite detaljerte og retningsgivende for hvordan man konkret skal tilnærme seg temaet som undervisningsfelt.

I en artikkel i Academic Emergency Medicine om undervisningstiltak for forebygging av feil, sier forfatterne at fire spørsmål må besvares:

- Hvem skal undervises?
- Hva skal undervises?
- Hvordan skal det undervises?
- Hvem skal undervise?

Selv om artikkelen gjelder akuttmedisin, er spørsmålene relevante for en undervisningsplanlegger i ethvert legestudium. Vi vil i det følgende komme med noen momenter for slik undervisning i de norske legestudiene, der vi forsøker å ivareta både individansvaret og systemansvaret for feil og risikoanalyse, samt at undervisningen skal være så generell at den deretter kan følges opp med spesifikk informasjon, trening og kunnskaper fra de enkelte fagområdene.

Hvem skal undervises?

Undervisning om feil, klager, risikoanalyse og risikohåndtering må være et tilbud for alle legestudenter nå og i framtiden. Det er flere argumenter for at temaet bør inngå som obligatorisk del i grunnutdanningen, og ikke vente til videre- og etterutdanning, eller være en del av et opplæringsprogram for nytilsatte. Å introdusere en ny form for tenkning bør skje hos studenter som har minst mulig av feilbarhetskulturen etablert i eget sinn. Studenter er åpne og interesserte i alt som bedrer deres kliniske og atferdsmessige funksjonsevne som

leger. Men studentene sitt læringspotensial er avhengig av at det ikke er for mye dobbeltkommunikasjon og lite implementert kunnskap om temaet hos rollemodeller i klinikken og blant underviserne.

Hva skal undervises?

Det er mange veier til Rom, og undervisningen kan legges opp på mange måter og med ulikt omfang. Tabell 1 viser noen emner som kan tenkes dekket i et kursopplegg omkring kvalitetsforbedring, medisinske feil, klager og risikohåndtering.

Tabell 1 *Emner i undervisningen*

- Basal feilteori, risikoanalyser
- Naturlig og uønsket variasjon
- Klassifikasjon og taksonomi av feil. Definisjoner og vokabular
- Årsaksanalyse
- Systemfeil, ulike teorier og innfallsvinkler
- Kognitiv teori, feilbarlighet
- Klinisk beslutningsteori
- Kvalitetsforbedringsverktøy, som analyse av egen praksis og fagfellevurderinger
- Faktorer som påvirker yteevne (skiftarbeid, tretthet, utbrenthet, rusmidler)
- Feilidentifikasjon, rapporteringssystemer, kontinuerlig kvalitetsarbeid
- Forebyggingsteori og -strategi
- Å jobbe i team for å hindre systemfeil

Målet må være at generelle kurs som tar opp noen eller alle av disse emnene, blir fulgt opp og integrert i den kliniske undervisningen i det enkelte fag. For å ta vårt eget fag, allmennmedisin, som eksempel, er temaet medisinske feil omtalt i et eget kapittel i den norske læreboken, samt omtalt i avsnittene om internkontroll på laboratoriet og ellers på legekontoret. Allmennmedisinundervisningen legger stor vekt på trening i kommunikative ferdigheter og framstiller ofte medisin som en relasjonell virksomhet med få absolutte sannheter. Beslutningsteori og diagnostikk basert på sannsynligheter er vektlagt i den kliniske undervisningen. Det er nylig publisert kortfattede oversikter om internkontroll og avviksregistrering på

legekontoret, som kan inngå i fagspesifikk oppfølging knyttet til praksisutplassering. Gjennom Legeforeningen er det tilgjengelig internkontrollsystemer og forskjellige praktiske hjelpemidler for kvalitetsforbedring i allmennpraksis (KUP), og informasjon om slike kan være aktuelt å gi i undervisningen.

Hvordan skal det undervises?

Undervisningsmetodene må tilpasses innholdet. Faktakunnskaper om jus og klagesaksbehandling og annet teoristoff kan gis som tradisjonelle forelesninger eller som skriftlig lærestoff. Andre elementer egner seg godt for mer aktive og interaktive læringsformer som PBL (Problembasert læring) eller annen gruppeundervisning, rollespill, og kasuistikkdiskusjoner. Den bør også gjøres erfaringsbasert, knyttet opp til kliniske situasjoner studenten selv har opplevd, slik at den oppfattes som relevant for det kliniske arbeidet og for fagområdene og legenes yrkesutøvelse.

Ved Det medisinske fakultet i Oslo er det bestemt at Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er viktige emner som bør inn i studieplanen. Selv om dette er ulike fagfelt, er der til dels overlappende innhold, og det ble derfor vedtatt å lage en plan hvor disse tre er integrert i ett fagområde, benevnt KloK (se Ramme 1). Våren 2006 ble KLoK vedtatt av Fakultetsstyret som et eget fagområde med eget Fagplanutvalg og KloK-undervisningen ble startet. KLoK er obligatorisk for alle studentene og er eksamensfag.

KLoK – et eksempel

- Undervisningen er integrert gjennom hele studiet, men i beskjedent omfang de første ni semestrene. I hovedsak er den da integrert i annen undervisning, slik som i enkelte PBL oppgaver, men også noen enkeltstående seminarer som tar for seg kunnskapshåndtering, forbedringskunnskap og ønsket og uønsket variasjon.
- Hovedfokus av KloK er lagt til de tre siste, integrerende kliniske semestrene av studiet. I 10. semester hospiterer studentene 6 uker på et lokalsykehus og 6 uker hos en allmennpraktiker. Før hospiteringen er det tre halvdagsseminarer hvor KLoK-faget presenteres i en klinisk sammenheng. Denne undervisningen gis av lærere med spesialkompetanse.

- I løpet av de 6 ukene på lokalsykehuset skal studentene løse tre KloK-relaterte oppgaver. Oppgavene veiledes, evalueres og godkjennes av de kliniske lærerne på lokalsykehuset.
- Etter utplasseringen er det to halvdagsseminarer hvor studentene presenterer KLoK-erfaringene og diskuterer oppgavene med hele kullet. I den ene oppgaven skal studenten dokumentere et helt pasientforløp for en inneliggende pasient slik det fortoner seg fra pasientens perspektiv; "Through the patient's eyes". Studenten skal her fokusere på i hvilken grad pasienten opplever å bli sett, hørt og å være tatt med på de beslutninger som gjøres rundt ham eller henne i løpet av innleggelsen. De skal observere i hvilken grad feil eller nestenfeil forekommer, og hvordan dette blir håndtert av avdelingen. Alle skal tegne et flytskjema over sin pasients forløp på sykehuset.
- I den andre oppgaven er fokus på kunnskapshåndtering i praksis og evaluering av faglige retningslinjer. Studenten skal for sin pasient finne frem til en retningslinje som sykehuset oppgir å følge. Studenten skal vurdere hvordan denne lokale retningslinjen harmonerer med nasjonale, "godkjente" retningslinjer, samt observere den behandling pasienten i realiteten får. Oppgaven blir å diskutere forskjeller mellom teori og praksis, med hovedfokus på ønsket og uønsket variasjon.
- I den tredje oppgaven vurderer studenten hvordan avdelingen de hospiterer på fungerer i et mikrosystemperspektiv, hvordan de ulike subgrupper samhandler og kommuniserer. Har avdelingen noe system for håndtering og læring av medisinske feil?
- I 11.-12. semester arbeider 5-6 studenter sammen i et halvt år med å gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt mens de er i klinisk praksis. Dette skjer under veiledning av utdannede universitetslektorer. Oppgavene legges frem for diskusjon for avdelingene hvor prosjektet har vært utført, samt for hele kullet.
- I tillegg er det i siste semester en ukes undervisning spesielt relatert til pasientsikkerhet og medisinske feil. Fokus er her på pasientens, legens og samfunnets perspektiv. Når feilen først er begått, hvordan gjøre skaden minst mulig for alle parter?

Hvem skal undervise?

En del av det fagspesifikke bakgrunnsmaterialet om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet kan med hell undervises av eksperter på området, men igjen vil vi hevde at den praktiske undervisning og applikasjonen av dette stoffet best gis av de vanlige underviserne i klinikken, integrert i den vanlige undervisningen. Det betyr ikke at det ikke finnes kompetente og erfarne personer i foretakene og andre organisasjoner som kan bidra i slik undervisning, inkludert mange ikke-leger. Dette må imidlertid balanseres mot den spesifikke legerelevansen og betydningen av positive rollemodeller vi mener slik undervisning er avhengig av.

Avslutning

Vi tror altså at kunnskaper om og ferdigheter i kvalitetssikring og pasientsikkerhet i vid forstand er en nødvendig del av et oppdatert legestudium. Skal slike emner medføre innvirkning på yrkesatferden, er det ikke nok med avgrensede undervisningsemner. Studentene må oppleve at risikotenkning, avvikshåndtering og systemtenkning faktisk er en del av moderne yrkespraksis. De må ikke oppleve at noe er "teori" for spesielt interesserte, mens enkelte undervisere og kliniske rollemodeller fortsatt skremmer studentene med advokattrusler, og "husk-nå-på!"-pedagogikk med vekt på syndebukktenkning. Vårt håp er at innføring av disse emnene i studiet vil gjøre det lettere for studentene å møte utfordringen som ferdige leger når det gjelder medisinsk usikkerhet, risikovurderinger og frykten for å begå feil.

Kapittel 7

Arbeidet med klagesaker på Legevakten i Oslo

Sverre Lundevall

"Et godt arbeidsmiljø kan både forebygge feil og gjøre det lettere å rette dem opp når de først har skjedd. På Legevakten har vi alltid lagt vekt på at morgenmøtet skal være et trygt sted, ikke et sted man blir hengt ut."

Klagesaksbehandlingen på Legevakten i Oslo

Om denne sier direktør Endre Sandvik:

- Det er viktig at vi tar klagene alvorlig selv om de mange ganger synes urimelige. Klagesaksbehandling er en viktig del av vårt kvalitetsutviklingsarbeid. Uavhengig av graden av alvor i klagene, er det nesten alltid slik at vi kan lære noe av dem. Vi må ha respekt for pasientenes opplevelse. Klagesaker som går videre til behandling hos Helsetilsynet, Pasientombudet eller andre vil samtidig være en ekstern objektiv evaluering av våre tjenester. Et samarbeid med tilsynsmyndigheten er faglig utviklende.

Legevakten har til sammen omkring 120 000 konsultasjoner i året, hvorav 2/3 utføres av fast ansatte leger i Storgaten og resten av privatpraktiserende leger på to mindre legevaktbaser. Dertil kommer omkring 20 000 sykebesøk. Legevakten mottar mellom 100 og 150 klager i året. Det betyr at rundt en av 1000 legekonsultasjoner fører til en klagesak.

Omkring 10 % av klagesakene gjelder mer alvorlige avvik, som behandles videre av fylkeslegen. Resten ferdigbehandles av Legevakten.

Hvordan kommer klagene?

Vi spør tidligere direktør Jan-Henrik Pederstad som ledet arbeidet med klagesaker på Legevakten i mange år og startet en del av de rutinene som senere er videreutviklet:

- Pasienter velger ulike tilnærminger når det er noe de ikke er fornøyd med. I min tid på Legevakten kom de fleste klagene direkte fra pasient eller pårørende, enten skriftlig eller telefonisk, og disse klagene havnet hos meg. Et mindretall av klagene kunne komme via helse- og sosialombudet, fylkeslegen eller organer i kommunen, slik som byrådsavdelingen.

- Klagesaker kunne også starte med presseoppslag, som så kanskje andre tok tak i og henvendte seg til oss, slik at vi kunne få mange henvendelser i samme sak samtidig.

- Noen saker var opphausset fra første øyeblikk. I arbeidet med å kartlegge hva som egentlig hadde foregått var det viktig å ikke basere seg på klager fremsatt direkte i media, men finne fram til kilden. Noen ganger startet klagesaken med en henvendelse fra en advokat, ofte som forespørsel om kopi av journal, med samtykke fra pasienten. På Legevakten har vi i en årrekke praktisert å gi pasienten i hånden utskrift av journalnotatet ved hver konsultasjon. Dette har medvirket til at notatene av våre ansatte leger i utgangspunktet er gjennomtenkte og gode og skrevet på forståelig norsk. Derfor var det greit å sende journalnotatet uten videre når det var hjemmel for dette. Jeg kan heller ikke huske at saker der henvendelsen først kom fra advokat var spesielt vriene.

- Når det gjaldt nesten-ulykker eller kritikkverdige forhold som ikke hadde ført til klage, hendte det at vi meldte slike til fylkeslegen som avvik (”dette bekymrer oss”), før vi arbeidet videre med dem. Slik fikk arbeidet forankring i et overordnet organ og vi fikk selv en forpliktelse til å rapportere om tiltak som var gjennomført.

- Arbeidet med klagesaker har vært pragmatisk hele veien, vi følte oss fram, hadde ikke noen lærebok eller ferdig filosofi. Vi jobbet med hver enkelt sak. Det ble i liten grad tid til å abstrahere, generalisere eller forske på dette materialet.

Hva med saksbehandlingen – den interne prosessen?

- I noen tilfeller kunne jeg avslutte klagesaken der og da i telefonsamtalen med klageren. Jeg leste journalnotatet mens jeg snakket med klageren og kunne oppklare misforståelser, eller komme med presiseringer, og kanskje gi klageren rett i at det måtte ha vært ubehagelig å oppleve dette. Jeg kunne også forsikre om at vi ville ta opp dette på ett av våre morgenmøter hvis jeg fant grunn til det. Hvis jeg i slutten av telefonsamtalen

sjekket ut "Er du fornøyd med dette svaret" og klageren bekreftet det, kunne vi gi oss med det.

- Ved telefonklager der jeg forsto at dette var mer enn en bagatell som lett kunne oppklares, spurte jeg: "Er det mulig for deg å skrive noen ord om dette og sende oss?". Tanken var at et skriv fra klageren ville være til hjelp i den interne prosess. En viktig fordel ved å få det skriftlig er at klageren tenker grundigere over hva det klages over, slik at klagen blir sortert og veldefinert og mulig å forholde seg til. Det var svært få som reagerte negativt når jeg ba dem skrive noe, det kunne jo ha vært opplevd som en avvisning.

- Hver klagesak utløste en todelt oppgave; en intern prosess og formidling av svar til klageren. Den interne prosessen var kanskje den viktigste. Den var forankret i toppen av organisasjonen, altså hos meg som leder. Første spørsmål dreiet seg om klarlegging av saksforholdet – hva er det som har skjedd? Så gjaldt det ivaretakelse av den påklagete. Som regel en lege, men også annet personell. Det neste var det å finne forbedringspotensialet. Hva kunne den påklagete lære? Hva kunne kollegene lære og hva kunne organisasjonen eller systemet lære? Leger som ønsket det kunne selv senere fortelle om klagesaken på et morgenmøte. Da var betingelsen ofte at legen hadde fått et litt distansert og avklaret forhold til klagesaken.

Allmennlegevakten

Vi ber Anne Kathrine Nore som er avdelingsoverlege på allmennlegevakten utdype dette:

- Klagene kommer som regel i form av et brev til Legevakten. Dette går via direktøren og så til meg. Målet for Legevakten er å svare klageren innen 14 dager.

- Jeg leser brevet med klagen, tar utskrift av journalnotatet, og ser på vaktlisten når påklagete lege kommer på jobb. Så tar jeg et møte med vedkommende lege. Siden det er en belastning å få en klage mot seg tar jeg aldri dette møtet rett etter nattevakt, eller før helg. Jeg pleier å gå rett på sak i forhold til legen og si jeg har mottatt en klage, så ber jeg legen lese klagebrevet og sitt eget journalnotat, og komme med en spontan kommentar om hva de tenker. Vi snakker om saksforholdet. Av og til mener legen at klagen er urimelig, mens jeg kanskje mener den er berettiget. Men det viktigste jeg har å formidle i denne samtalen med en påklaget lege er: "Du står ikke alene, du er

en del av et faglig fellesskap. Du har min støtte. Det er lov å vurdere feil."

- Denne emosjonelle støtten, nesten som sjelesorg, er viktig for mange i forbindelse med klager. Hvis du får et angrep fra opprørte pårørende gjelder det å ha en sindig og støttende ledelse, som hjelper til med å skille sak og person. Jeg forklarer saksgangen, og at det ikke er påklaget lege men Legevakten som formelt svarer på klagen. Samtalen ender med at jeg ber legen lage utkast til et brev som skal legges ved svaret sammen med journalnotatet. Hvis mulig foreslår jeg at legen bygger en beklagelse inn i brevet.

- Det varierer en god del hvor raskt legen kommer tilbake til meg med brevet. Vi drøfter innholdet. Noen ganger blir vi enige om at det kan sendes uendret som vedlegg til klageren. Andre ganger foreslår jeg endringer i teksten. Det gjelder særlig hvis teksten er preget av at legen er gått i forsvar, da kan jeg foreslå at de går litt mer inn i pasientens premisser, prøver å se mer nyansert på dette, eller direkte se om det er noe som kan beklages. Slik kan teksten om nødvendig modifiseres, og denne prosessen fungerer positivt i de fleste saker.

- Emosjonelt kreves det en viktig bearbeidelse når en lege har gjort en feil. Noen kan bli for strenge med seg selv når dette går opp for dem. De kan få problem med å se seg selv i speilet, og kanskje tenke litt i svart/hvitt. Det er viktig for oss leger å lære å romme vår egen feilbarlighet, siden vi alle av og til gjør feil eller dårlig arbeid, både medisinskfaglig og i kommunikasjonen med pasienter. Et mål for prosessen internt med den påklagete lege er at vedkommende skal bli i stand til å fortelle om saken til resten av kollegene her, for eksempel på et morgenmøte, det er lærerikt for alle!

Tilbake til Pederstad:
- Når det gjaldt de eksterne vaktlegene, som jeg ikke kjente personlig og ikke hadde arbeidsgiveransvar for, ble det ofte annerledes. Det var vanskelig å få tid til den innledende muntlige samtalen med dem, slik at klagen ofte ble oversendt dem skriftlig og kunne komme nokså bardus på dem. Vi så da også at de eksterne legevaktlegene oftere var steile, og kunne skrive svarbrev som nesten hadde form av motangrep. Jeg opplevde at en del utenlandske kolleger, og noen norske, kunne ha et syn på legerollen som mer opphøyet enn det som er vanlig å tenke nå. Legen har rett "qua lege" og ikke "qua argument". Da blir det vanskeligere å se egne feil eller beklage dem. De

gangene vi fikk til en dialog og en prosess rundt dette var ofte den påklagete legen takknemlig til slutt. Dersom vi ikke ble enige om en omformulering hendte det at Legevakten la ved et følgebrev med mer hensiktsmessige formuleringer.

- Noen ganger, kanskje oftest ved sykebesøk, skjedde det alvorlige feil der vi måtte si oss enige med klageren. Da kunne vi også sende saken til Fylkeslegen som har formelt tilsynsansvar.

- Når jeg nå tenker tilbake ser jeg at ivaretakelsen av de eksterne legevaktlegene som fikk klager burde vært bedre. Klagesaker har viktige læringsaspekter og kan brukes til å fremme sunn selvkritikk. Da er det viktig at leger som får klager føler seg ivaretatt og ikke helt overlatt til seg selv.

Hva med legevaktbasene og privatpraktiserende leger?

Seksjonsoverlege Jon Ørstavik er seksjonsoverlege. Han forteller:

- Som seksjonsoverlege er jeg systemansvarlig for sykebesøksordningen og legevaktbasene utenom Storgata. 350 leger er involvert i dette, mange er fastleger eller driver i allmennpraksis på annen måte, mange er også sykehusansatte eller har andre legejobber. Kommunen har ikke arbeidsgiveransvar for disse legene. Klagene håndteres likevel av Legevakten. Vi må vurdere om det er systemsvakheter som ligger til grunn, og redegjøre for generelle og organisatoriske forhold. Kjennskap til klagene er nødvendig for å avgjøre hvor skoen trykker, med tanke på forbedringer.

- De fleste leger reagerer kraftig på å bli påklaget. Oversett alvorlig sykdom tar legene alltid tungt. Mange av sykebesøkene gjelder pasienter over 60 år, og i den aldersgruppa er det hyppigere alvorlig sykdom. Ved rekontakter, dvs. når pasientene kontakter lege på nytt ved samme sykdomstilfelle, er også sannsynligheten for alvorlig sykdom høyere. De innledende symptomene ved influensa og sepsis kan være nokså like. Ofte er det sånn at da konsultasjonen fant sted var det ikke så lett å foreta noen annen vurdering enn den legen gjorde, selv om det videre forløpet tilsa en annen diagnose.

- Når den skriftlige klagen kommer leser jeg klagebrevet og det aktuelle journalnotatet og sender begge deler til den påklagete lege i posten, med et standard følgebrev herfra:

Vi har dessverre mottatt en klage vedrørende en av dine pasienter. Klagen følger vedlagt.

Som privatpraktiserende lege står man selv ansvarlig for sine vurderinger, men legevakten har et systemansvar. Saksgangen i slike saker er derfor at legevakten innhenter en skriftlig besvarelse fra legen. Legevakten vil så besvare klagen, med kopi til legen. Som regel vil legens redegjørelse bli vedlagt til klager.

Hvis du ønsker å drøfte saken med noen her, ta gjerne kontakt med Ørstavik på tlf... Leger som har ønske om juridisk hjelp henviser vi til Legeforeningen for nærmere råd om dette.

Vi ber deg svare skriftlig til oss innen 14 dager fra du mottar dette brevet

Med vennlig hilsen
Direktør *Seksjonsoverlege*

- Klageren får samtidig følgende brev (som offentlig forvaltningsorgan må vi besvare henvendelsen innen 14 dager, og det er som regel for kort tid for denne saksbehandlingen):

Vi har mottatt deres klage. Saken gjelder ikke en av våre fast ansatte, men en privatpraktiserende lege som deltar i legevaktordningen i Oslo.

Vi har formidlet klagen videre til legen. Når legen besvarer den til oss, vil vi sende et mer utførlig svar. Denne saksbehandlingen tar erfaringsmessig noen uker.

Med vennlig hilsen
Seksjonsoverlege

- Når jeg får brevet fra påklaget lege hender det at noe er uklart, eller at legen går veldig i forsvar og avviser alle anklager. Hvis jeg er utilfreds med brevet ringer jeg legen.

- Det har vist seg tungvint å møtes ansikt til ansikt. Legen må i så fall forlate sin egen praksis, avbestille pasienter og reise hit for å møte meg. Vi gjør det av og til.

Hvordan får klageren svar på klagen?

Nore:

- I mitt svarbrev til klageren redegjør jeg for prosessen vi har hatt internt i sakens anledning. Jeg viser til vedlegget fra påklagete lege og skriver ofte at jeg slutter meg til de vurderinger som er gjort der. Men det hender også at jeg som representant for Legevakten kan gå lenger i min beklagelse enn den påklagete legen har gjort. Et annet vanlig element i svarbrevet er å forklare hvor vanskelig tidlig-diagnostikk er. Det kan være aktuelt i tilfeller der pasienten klager fordi legen har stilt en diagnose mens det senere forløp viste at det var en annen diagnose.

Ørstavik:

- Våre endelige svarbrev til klager er som regel satt opp på denne måten:

Vi viser til tidligere korrespondanse i saken. Vi har nå mottatt svar fra legen som var involvert. Svaret vedlegges i sin helhet.

Bakgrunn

Oslo kommune organiserer sykebesøkstjeneste og legevakt på legevaktbaser. I dette tilfellet er oppdraget utført av en privatpraktiserende lege som ikke er ansatt i kommunen. Den enkelte privatpraktiserende lege bærer selv ansvaret for sine vurderinger og den behandlingen som igangsettes. Når hendelser påklages tar vi dette opp med dem som har vært involvert. Behandlende lege uttaler seg skriftlig. Legevakten vurderer om saken har prinsipielle sider som bør følges opp.

Hendelsesforløp

Legens uttalelse

Legevaktens vurdering

Legevakten anser med dette saken som avsluttet. Vår saksbehandling kan påklages videre til Helsetilsynet i Oslo, Pb 8111 Dep, 0032 Oslo (jf. Pasientrettighetslovens § 7-2). Klagefristen er tre uker fra dette brevet er mottatt (jf. Pasientrettighetslovens § 7-5)

Med vennlig hilsen

Direktør *Seksjonsoverlege*

- Alle klagesaker er forskjellige og svarbrevene bør være balanserte. Som regel er det berettiget og klokt å bygge inn en beklagelse i svarbrevet til pasienten, for eksempel:

"Legevakten vil med dette uttrykke vår beklagelse over hendelsen. Vår erfaring fra liknende klagesaker er at den som blir påklaget tar saken inn over seg og lærer av den. Klagesaker er derfor et viktig verktøy for å forbedre våre tjenester."
"Vi beklager at vi ikke klarte å ivareta dine behov i denne situasjonen,....."
"Vi beklager at kommunikasjonen ble dårlig her.....
"Ansvaret for god kommunikasjon ligger på begge parter, men særlig på legen...."

- Og her er noen andre eksempler på formuleringer som har vært brukt i konkrete svarbrev der vi har ønsket å gi informasjon:

"Denne saken er et godt eksempel på at akuttmedisin er vanskelig, og at alvorlig sykdom kan forekomme uten at man gjør særlig klare funn ved undersøkelse. Dersom din mor hadde klart å følge rådene om å møte opp hos fastlegen eller på Legevakten er det sannsynlig at man hadde tatt blodprøver, og utredningen kunne skjedd raskere. I ettertid er det ikke tvil om at nærmere undersøkelse burde vært utført, men fordi forløpet var langtrukkent og funnene sparsomme var ikke dette opplagt i undersøkelsesøyeblikket".

"Når det gjelder det faktum at du oppfattet legene som arrogante og overflatiske tar vi dette til etterretning. Det påhviler den enkelte lege å ivareta pasientens behov på en omsorgsfull måte, og vi regner med at de involverte tenker igjennom om noe kunne vært gjort annerledes for å sikre en større grad av enighet om vurdering og tiltak."

"Når det gjelder de utsendte fakturaer er det dessverre ikke slik i helsetjenesten at man bare betaler for tjenester som har det ønskede utfall. Man plikter å betale sin egenandel når det er utført en vurdering. Vi finner derfor ikke grunnlag til å frafalle kravene, og legger ved nye fakturaer på de utestående beløpene."

Hva handler klagene om?

Ørstavik:
- Vi som står midt oppe i dette arbeidet har dessverre lite tid til

forske på det. Men ved en opptelling i 2005 kom jeg frem til at omtrent
50 % gjaldt feil diagnose eller behandling
20 % gjaldt kommunikasjon og oppførsel
10 % gjaldt misforståelser eller formelle feil
10 % klaget fordi de ikke fikk sykebesøk eller ble henvist til andre.

- Noen klager gjelder bagateller, mens andre setter fingeren på viktige og kompliserte områder. Følgende svar viser hvordan vi håndterte en klage der pårørende klager etter at en pasient som nektet å la seg undersøke ble funnet død noen dager senere. I vårt svar prøver å vi å redegjøre for de dilemmaer en lege stilles overfor i slike situasjoner.

"Hendelsesforløp
Saken gjelder din far, som hadde sterkt redusert allmenntilstand. Etter anmodning fra hjemmesykepleien ble det utført et sykebesøk (dato). Fire dager senere ble han funnet død i hjemmet. Du klager på at din far ikke ble innlagt i sykehus, og på at du som pårørende ikke ble kontaktet. Den foreløpige obduksjonsrapporten konkluderer med at din far hadde kronisk hjertesvikt, lungeemfysem og uttalt åreforkalkning. Obduksjonsrapporten angir ikke noen dødsårsak, så vi vet lite om hvor alvorlig syk han egentlig var ved undersøkelsestidspunktet. I saksbehandlingen har vi også hatt tilgang til hjemmesykepleiens journal.

Legens uttalelse
Legen har skrevet en grundig redegjørelse, som vedlegges i sin helhet. Der redegjør han for de bakgrunnsopplysninger han hadde. Konsultasjonen ble utført med hjemmesykepleier til stede. Legen forteller at din far nektet ham å utføre en klinisk undersøkelse. Legen konkluderer med at din far burde tilbys innleggelse i sykehus, men det nektet din far også.

Leger har i visse situasjoner anledning til å tvangsinnlegge pasienter. Dette forutsetter at pasienten enten lider av en alvorlig sinnslidelse, at det er umiddelbar fare for liv og helse (nødrett), eller at pasienten ikke har samtykkekompetanse. Legen vurderte det slik at din far ikke fylte noen av disse kriteriene, og at legen måtte respektere din fars rett til å bestemme over sitt eget liv. Han rådførte seg med annen lege og fikk støtte for denne vurderingen. Legen ga hjemmesykepleien et brev til bydelsoverlegen for å sikre at saken ble fulgt opp i dagene fremover.

Legen beklager dødsfallet, men kan ikke se at han kunne handlet annerledes under de forhold som rådet. Legen stiller seg til rådighet for en samtale med deg om hendelsen, hvis du skulle ønske det.

Legevaktens vurdering
Denne saken viser hvilke dilemmaer legevaktstjeneste kan innebære. Legen var ikke i tvil om at det forelå et stort hjelpebehov, men det var ikke lett å si hvor alvorlig din fars kroppslige tilstand var. I slike situasjoner har legen plikt til å gjøre nødvendige undersøkelser for å kartlegge situasjonen. Denne plikten begrenses imidlertid av pasientens rett til selvbestemmelse, og det er vanskelig å avgjøre når situasjonen er så prekær at man er nødt til å tilsidesette denne pasientrettigheten. Medisinske og juridiske vurderinger kan trekke i forskjellige retninger, og skjønn må benyttes.

Etter Legevaktens vurdering har legen i dette tilfellet handlet samvittighetsfullt. Han har undersøkt pasienten så langt han fikk anledning til. Han har vurdert om det finnes hjemmel for tvangstiltak, og veid dette opp mot pasientens selvbestemmelsesrett. Like fullt forstod legen at situasjonen krevde videre oppfølging, og tok skritt for å sikre dette. Ved oppfølging i dagene fremover kunne man håpe å oppnå enighet med din far om en innleggelse, eller situasjonen kunne forverret seg slik at vilkårene for tvangstiltak ble oppfylt.

Legevakten vil med dette uttrykke vår beklagelse over dødsfallet. Vår erfaring fra liknende klagesaker er at den som blir påklaget tar saken inn over seg og lærer av den. Klagesaker er derfor et viktig verktøy for å forbedre våre tjenester.

Legevakten anser med dette saken som avsluttet. Vår saksbehandling kan påklages videre til Helsetilsynet i fylket, (adresse) (jfr. Pasientrettighetslovens § 7-2). Klagefristen er tre uker fra dette brevet er mottatt (jfr. Pasientrettighetslovens § 7-5).

Vennlig hilsen,"

Nore sier:
- Vi har sett en viss økning av klagesaker de siste årene. Nytt er det at noen klager fordi de ikke er blitt bra, uten at dette knyttes til feil eller dårlig behandling. Da må vi informere om at helsevesenet ikke kan garantere at alle blir bra, vi arbeider ikke etter prinsippet "no cure no pay". Det virker også som

flere enn før klager fordi de har ønsket en viderehenvisning til undersøkelse eller spesialist og ikke fått det. Det kan være gode faglige grunner til ikke alltid å etterkomme pasientens ønsker. Men de fleste klagene gjelder likevel konsultasjoner der vurderingene og/ eller kommunikasjonen har vært sub-optimal.

- Av og til kan klagesaker føre til at vi legger om våre rutiner. Et eksempel er en kvinne med åpenbare cystittsymptomer som kom en natt da alt sto på hodet her. Hun måtte vente hele natten på resept for sin cystitt fordi det alltid var noe annet og viktigere legene måtte ta seg av. Etter dette har vi laget rutiner for og delegert håndteringen av akutte cystitter hos ikke-gravide kvinner til sykepleier. Det samme gjelder konjunktivitter hos barn.

Pederstad sier:
- En gang fikk jeg en telefon fra en dame hvis far var uventet død. Klagen handlet om hvordan hun hadde fått dødsbudskapet, som i dette tilfellet var ved en telefon fra politiet. Jeg måtte gi henne rett i at dette var brudd på rutinen, siden det vanlige er at politiet varsler en prest som så oppsøker pårørende og formidler budskapet. I løpet av samtalen, som ble lang, fikk vi en felles forståelse av at det mest sørgelige var at faren var død altfor tidlig. Jeg tok meg god tid og forsøkte å være både nennsom og respektfull. Jeg tror telefonsamtalen i det tilfellet også ble terapeutisk.

Ørstavik sier:
- Noen klager avdekker systemfeil, og sannsynligvis burde vi fått flere klager. Et eksempel på en nyttig klage var pasient som påpekte at det ikke var tilstrekkelig rømningsvei i tilfelle brann på en legevaktbase. Et annet eksempel førte til endring i rutinene på Legevaktsentralen:

- Legene kjører sykebesøk med egne sjåfører. Mens legen var inne i sykebesøket hadde sykepleieren fra vakttelefonen ringt til sjåføren i legevaktbilen og gitt beskjed om neste besøk, som var en pasient som klaget på kraftig hodepine. Legen ringte til pasienten og vurderte det slik at det ikke var nødvendig med noen undersøkelse, det var nok å gi henne smertestillende medisin i døra. I ettertid viste det seg at pasienten hadde subaraknoidalblødning, og opplysninger som sykepleier hadde fått frem ble ikke oppfattet av vakthavende lege.

- Saken ble påklaget, og vi endret vår rutine til at sykepleier

skal utlevere oppdrag direkte til legen, ikke via sjåføren, og at sykebesøk som er lovet fra sykepleier på sentralen ikke skal avvikles uten at pasienten blir undersøkt. Andre steder i landet kan de velge å gjøre dette på en annen måte.

Har dere noen råd å tilføye?

Pederstad:

- Jeg ble kastet nokså direkte inn i klagesaksarbeidet da jeg måtte forklare meg på Dagsrevyen omkring en uheldig hendelse. Jeg var nervøs, men kom på at det gjaldt å fokusere på sak og innhold, bort fra egen person. Senere forsto jeg at det er mange likheter mellom det å møte publikum og det å møte pressen. Vår oppgave er å forklare og redegjøre.

- En annen ting: Hvordan skal man skriftlig innrømme en feil overfor en pasient? Dette kan endre seg over tid. Uttrykket "å legge seg flat" kan kanskje betegne en ydmyk holdning, men gir ikke noen direkte anvisning til hvordan man kan ordlegge seg. "Jeg beklager at du føler det sånn" er en formulering man etter hvert skal være forsiktig med. Den er på en måte oppbrukt og lett gjennomskuelig.

Ørstavik:

- Til kolleger som får ansvaret for å organisere interkommunale legevakter vil jeg si at jeg liker å kalle meg selv systemansvarlig for ordningen. Da blir det klarere hva jeg skal konsentrere meg om når det gjelder klagesaker. Legevaktlegene selv er medisinskfaglig ansvarlige for sine egne vurderinger. Som systemansvarlig lege har jeg ansvar for rutiner, prosedyrer og veiledende retningslinjer. Min hjemmel for å bruke også klagesaker til forbedring er forankret i kommunens plikt til å legge til rette for å forbedre systemene.

- Rutiner og retningslinjer er alltid veiledende. Systemansvarlig lege for legevaktordningen som skriver praktisk informasjon til vaktleger av typen "hvordan gjør vi det hos oss" kan konsentrere seg om situasjoner der man av geografiske eller andre grunner avviker fra det som foreslås i Legevakthåndboka.

- Jeg prøver ellers å tilrettelegge for at lærerike klagesaker blir offentliggjort anonymt i legegruppa som deltar i vaktordningen. Vi sender ut et informasjonsskriv på en A-4 side til vaktlegene noen ganger i året der jeg tar med slike ting. For eksempel "Farlige telefonkonsultasjoner", med mine vurderinger.

- Informasjonen kan også handle om sykdomssituasjonen i byen, for eksempel hadde vi fem tilfeller av epiglottitt hos voksne, og jeg minnet om denne diagnosen i informasjonen. Da er vi mer inne på forebyggelse av feil.

Nore:
- Hvis du er i en konsultasjon der du kjenner at det skjærer seg mellom deg og pasienten, men ikke greier å rette det opp der og da, ta kopi av journalnotatet og føy til for hånd hva du tenker. Det kan være til hjelp hvis nettopp denne konsultasjonen fører til en klagesak.

- En sjelden gang avsluttes konsultasjoner ved at pasientene går i sinne. Da kan det være klokt å ringe dem opp, kanskje dagen etter, gjerne under påskudd av spørsmål omkring det medisinske.

Kapittel 8

Klagesaker fra legevakt – hvilke forhold kan føre til behandlingsfeil?

Svein Zander Bratland og Gunnar Tschudi Bondevik

Ved henvendelser til legevakt vil det relativt ofte foreligge alvorlige tilstander der feil kan føre til en alvorlig forverring av sykdom eller skade. Det samme gjelder for situasjoner i allmennlegens kontortid når legehjelpen haster. Det er derfor ønskelig å identifisere forhold som kan føre til behandlingsfeil i slike situasjoner.

Legevakttjeneste kommer for de fleste deltakende leger i forlengelse av den ordinære kontortiden og ofte med base utenfor legens kontor. Dette krever en strukturell og organiseringsmessig tilrettelegging. De deltakende legene må selv være bevisste på faglige utfordringer, risikosituasjoner og eventuelle mangler i støttefunksjoner for å kunne motvirke at feil begås.

Basert på en gjennomgang av samtlige klagesaker til Helsetilsynet i Hordaland i perioden juli 2001 – desember 2006 beskriver denne artikkelen ulike forhold som kan tenkes å øke risikoen for behandlingsfeil på legevakt og i situasjoner i kontortid der legehjelpen haster.

Materiale og metode

På grunn av organiseringsmessige endringer som følge av fastlegeordningen, valgte vi å gjennomgå alle klagesaker til Helsetilsynet i Hordaland fra ordningens innføring 1. juli 2001 og fram til 31. desember 2006. I tillegg til klagesaker fra legevakt inkluderte vi klager på hendelser i vanlig kontortid som bar preg av at legehjelpen ikke kunne utsettes. Hordaland fylke var hensiktsmessig på grunn av fordelingen med storbykommune og landkommuner med både kommunale og interkommunale legevaktordninger. Hordaland har ca 466 000 innbyggere. Nasjonale tall fra NAV tilsier at det i denne undersøkelsesperioden kan ha funnet sted mer enn 130 000 konsultasjoner pr. år knyttet til legevakt. Legehjelp som har hastet i allmennlegens kontortid, kan stipuleres til ca 300 000 – samlet

for undersøkelsesperioden på 5 ½ år blir dette henimot 2,3 mill. konsultasjoner.

Klagesakene ble gjennomgått av begge forfatterne hver for seg. Vi inkluderte de hendelsene der vi i vår gjennomgang konkluderte med at en annen håndtering fra legens side ville ført til et gunstigere resultat for pasienten. To eksempler på inkluderte saker:

1. Kutt i to tær med gressklipper ble suturert. Senere ble det påvist fraktur med osteomyelitt, og pasienten ble innlagt for operasjon og intravenøs behandling med antibiotika. Høyenergiskader tilsier at det bør gjøres røntgenundersøkelse. I dette tilfellet anså vi at komplikasjoner ville kunne vært unngått ved umiddelbar henvisning.

2. Rusmisbruker med insulinkrevende diabetes ble funnet ute og brakt til legevakten av politiet. Vedkommende samarbeidet ikke ved undersøkelsen, og ble lagt til avrusing uten at det ble tatt blodsukker. Ved vaktskifte antok påtroppende lege at pasienten var undersøkt og vurdert. Pasienten ble påtruffet død nær to timer etter vaktskifte. Vi anså at måling av blodsukkeret ville vært livreddende.

Eksempel på klage som ikke ble ansett som berettiget, og ikke ble inkludert:
Mann kom til legevakta dagen etter at han hadde hatt klemmende smerter i brystet som varte i 20 minutter. Han var smertefri undersøkelsesdagen og EKG/transaminaser anga ikke patologi. Seks uker senere ble han innlagt med ferskt infarkt. I dette tilfellet anså vi det ikke sannsynlig at en annen håndtering ville endret forløpet.

For 69 av hendelsene (83 %) vurderte vi at en annen håndtering ville gitt et gunstigere forløp for pasienten. De 14 ekskluderte hendelsene skilte seg ikke fra resten av materialet når det gjaldt legens kjønn, alder eller opprinnelse – norsk eller utenlandsk. Vi registrerte detaljer angående påklaget lege, pasient, tidspunkt for hendelse, type kontakt (konsultasjon, sykebesøk, utrykning, telefon), grunnlag for klage, pasientjournalens innhold, samt systemsvikt. Systemsvikt knytter seg til kommunenes generelle tilretteleggingsplikt etter kommunehelsetjenesteloven eller at det forelå svikt i henhold til internkontrollforskriften.

Fra Helsepersonellregisteret registrerte vi opplysninger om legens alder, eventuell spesialitet på hendelsestidspunktet, år for

autorisasjon, studieland og statsborgerskap. Helsepersonellregisteret ble også benyttet til å framskaffe opplysninger om andel kvinnelige leger og leger med utenlandsk statsborgerskap i Hordaland fylke. Dessuten ble det hentet inn opplysninger fra Folkeregisteret om innflytting/bosted. Likeledes ble NAVs fastlegeregister benyttet. Vi har ikke detaljert kjennskap til vaktorganisering eller -ordning på hendelsestidspunktene.

Resultater

Materialet utgjøres av 69 hendelser som involverte 59 forskjellige leger – 43 mannlige og 16 kvinnelige. Ni leger var involvert i mer enn én hendelse, én lege i tre og åtte leger i to hendelser. Alle disse var menn. Av disse var 8 av utenlandsk opprinnelse.

Tjuefire leger (41 %) var enten uten norsk statsborgerskap eller hadde på hendelsestidspunktet bodd kortere tid i Norge enn utenfor (tre leger). Disse 24 legene var involvert i 32 hendelser (47 %).

Tabell 1

Påklagde legers alder, kjønn og opprinnelse, klagesaker fra legevakttjeneste og haste-situasjoner i kontortid, Helsetilsynet i Hordaland, 2001-2006 (69 hendelser)

Alder (år)	*Antall (%)*	*Kjønn*		*Norsk opprinnelse*	
		Menn (n)	*Kvinner (n)*	*Ja (n)*	*Nei (n)*
≤ 30	5 (7)	2	3	3	2
31-35	10 (14)	6	4	9	1
36-40	13 (19)	9	4	4	9
41-45	12 (17)	11	1	6	6
46-50	11 (16)	8	3	7	4
51-55	8 (12)	7	1	6	2
56-60	6 (9)	6	0	1	5
≥ 61	4 (6)	4	0	1	3
Totalt	**69 (100)**	**53**	**16**	**37**	**32**

Siden hver hendelse involverer én lege og ni leger var involvert i flere hendelser, blir summen av leger i denne tabellen lik summen av hendelser.

Eksempler på de hyppigste kliniske problemstillingene:

Tungpust (14 hendelser):

1. Lege som ble oppringt vedrørende kvinne med akutt anfall med åndenød, valgte å sende drosje for å hente pasienten. Da sjåføren prøvde å få kontakt med legekontoret for å varsle at pasienten var blitt verre, fikk han ikke svar og pasienten døde. På grunnlag av opplysningene som forelå, burde legen selv ha rykket ut eller sørget for å være tilgjengelig.

2. Mann med smerter i venstre side av brystet ved inspirasjon, rødflammet utslett øvre del av kroppen, og frostanfall, ble ikke innlagt. Han døde samme dag av septisk pneumoni. Pasienten burde vært innlagt.

3. Mann med astma som fikk økende pustebesvær. Pasienten ble sendt hjem etter inhalasjonsbehandling og døde utpå natten. Anamnese og undersøkelsen var mangelfull med tanke på annen årsak til pustebesvær.

4. Mann med tung pust og CRP 88 ble tilsett av lege A første dag og det ble startet behandling med penicillin. Dagen etter ble pasienten tilsett av lege B. Pasienten følte seg bedre. Legen hørte knatring over begge lunger. CRP på 123. Dagen etter var pasienten kald og klam. Lege C mente det forelå symptomer på apoplexi og la pasienten inn. Det ble påvist hjerteinfarkt og pasienten døde. Vi anså at håndteringen av lege B var utilstrekkelig på grunnlag av stigende CRP under behandling med penicillin.

5. Kvinne som forut hadde vært på legevakten etter å ha falt og slått høyre side av brystet, hadde fått hoste og var redd for å puste pga smerter. Legen fant krepitasjoner over begge lunger. Det ble ikke påvist ømhet tilsvarende brystkassen. CRP ikke målt. Hun ble behandlet med Klacid og Cosylan. Noen timer senere ble hun bevisstløs. Hun ble innlagt og døde 8 dager senere. Måling av CRP ville kunne ha endret legens diagnostiske og derved terapeutiske tankegang. En tilnærmet normal CRP ville kunne bringe tanken bort fra pneumoni og henimot for eksempel lungeemboli.

Skade (12 hendelser):

6. Kvinne som ble utsatt for bilkollisjon ble undersøkt av lege. Dagen etter ble hun innlagt av annen lege, det ble påvist fractura processus spinosus C6 og hun ble operert. Legen tok ikke hensyn til opplysningene som forelå om hastighets-forandring på over 50 km/t.

7. Mann med hodesmerter ble undersøkt av fire leger etter fall ned trapp i beruset tilstand. Skademekanismen ble først klarlagt av tredje lege, men han ble ikke innlagt før to dager etter at fjerde lege hadde undersøkt ham. Det ble påvist intrakraniell blødning. Opplysninger om skademekanisme burde vært innhentet ved første konsultasjon, og burde tilsagt videre utredning.

8. Hos kvinne uten språk med psykisk utviklingshemming, oppdaget pleiepersonalet hoven ankel. Legen undersøkte pasienten med henblikk på DVT, men fant ikke tegn på denne tilstanden. Ankelskade ble ikke vurdert. Senere viste det seg å foreligge ankelbrudd. Vi anså at pasienten ikke var tilstrekkelig undersøkt.

Brystsmerter (8 hendelser):

9. Hos mann med sterke brystsmerter, kvalme og tungpust overså legen iskemiforandringer på EKG. Kardial årsak ble ansett som lite sannsynlig, men legen la pasienten likevel inn til slutt uten å igangsette behandling. EKG-forandringen burde vært erkjent og behandling etter gjeldende retningslinjer burde vært startet.

10. Mann som hadde oppsøkt annen legevakt et par uker tidligere med svært sterke smerter i bryst og mageregion, oppsøkte legevakt på ny med samme plager. Smertene hadde da gitt seg, og det hele ble oppfattet som sykdom i spiserør/magesekk. Pasienten ble ikke spurt om risikofaktorer, EKG ble likevel tatt og tolket som normalt. Pasienten døde samme dag av hjerteinfarkt. EKG ble av spesialist senere beskrevet som patologisk.

11. Kvinne våknet med høy feber og smerter i brystet. Legen lyttet på henne med normale funn. Det ble ikke gjort andre undersøkelser. Pasienten ble innlagt fire dager senere med pneumokokksepsis. Hadde legen foretatt en grundigere undersøkelse, og sørget for oppfølging dagen etter, kunne det ha ført til en tidligere behandling/innleggelse.

Psykisk lidelse (5 hendelser):

12. Kvinne med depresjon fikk skrevet ut 100 tabletter Sarotex 10 mg. I journalen var det anført ni innleggelser pga legemiddelintoksikasjon med inntak av potensielt dødelig dose. Fire dager senere ble hun innlagt med Sarotex-intoksikasjon.

Magesmerter (5 hendelser):
13. Ung kvinne med tiltakende magesmerter og Hb 7,6 mmol/L, fikk råd av legen om jerntilskudd og hun ble henvist til røntgenundersøkelse. Senere samme dag ble hun innlagt av annen lege og det ble påvist ekstrauterin graviditet.

14. Gutt med akutte magesmerter og smerter i lysken. Ved undersøkelsen var han smertefri, men gutten gikk bredbent. Legen undersøkte bare abdomen med normale funn. Dagen etter igjen økende plager. Han ble så innlagt og operert for testistorsjon. Sykehistorien og bredbent gange burde ført til grundigere undersøkelse.

15. Gravid i uke 6 med sterke magesmerter på natt og oppkast og flere besvimelser. Pårørende ringte legevakten uten å få snakke med lege, men sykepleier formidlet opplysninger til legen. Legen valgte å ikke tilse pasienten. Det ble ikke skrevet journalnotat. Pasienten ble innlagt senere samme natt og operert for ekstrauterin graviditet. Med de symptomene som forelå burde legen ha sikret seg førstehåndsopplysninger og undersøkt pasienten.

I alt døde elleve pasienter kort tid etter kontakten med legen. I alle disse tilfellene kunne dødsårsaken settes i sammenheng med symptomer og funn som hadde vært presentert for legen (se eksemplene ovenfor).

I bare to av hendelsene ble det klaget på andre forhold enn legens tiltak. I en firedel av hendelsene ble det klaget på legens atferd. I disse tilfellene klaget pasienten over at legen: ”lo av meg” (truende abort), ”sa jeg måtte roe meg ned” (pneumoni med pustevansker), ”spurte hvorfor jeg ikke hadde sluttet med det tullet” (selvskading), ”var rasende fordi han ble vekket”, ”svarte uforskammet”, ”tok meg ikke på alvor”, ”var sur og sint”, ”oppførte seg arrogant”. Ingen av disse klagene rettet seg mot kvinnelig lege. Det var relativt noe flere slike klager mot leger uten norsk opprinnelse (15 % vs. 9 %).

Tabell 2 viser våre vurderinger av opplysningene i pasientjournalene. I ett tilfelle var det ikke ført journal. For ni hendelser forelå det ikke opplysninger om undersøkelse av pasienten. Det var ingen tydelig forskjell mellom legenes kjønn eller opprinnelse og nødvendig dokumentasjon av tilstrekkelig anamneseopptak eller klinisk undersøkelse i pasientjournal. Det samme gjelder for systemsvikt. Det var ingen klare kjønnsforskjeller når det gjaldt feil legemiddelvalg, feil diagnose i forhold til

funn eller feil tiltak i forhold til diagnose. Det var en forholdsmessig noe lavere forekomst av slike feil blant leger uten norsk opprinnelse enn blant norske leger.

Systemsvikt ble påvist ved 14 hendelser (20 %) og utgjøres i hovedsak av forhold som knytter seg til manglende ressurser og rutiner for videreformidling av opplysninger og opplæring, for eksempel:

- Opplysning gitt ved henvendelse til sykepleier/vaktsentral ikke videreformidlet
- Legen ikke kjent med hvor legemidler etc. ble oppbevart
- Uklare rutiner for samhandling
- Adekvat transport ikke tilgjengelig
- Travelhet

Samtidighetskonflikt ble angitt ved bare to hendelser.

Mangelfull kommunikasjon mellom lege og pasient ble ansett som vesentlig i forbindelse med seks hendelser. Det var flere tilfeller hvor kommunikasjonen med pårørende og pleiepersonale var mangelfull. Språkvansker var begrunnelse for bare to av klagene.

Tabell 2

Journalopplysninger, medisinskfaglige feil, formildende omstendigheter og systemsvikt relatert til legenes kjønn og opprinnelse, klagesaker fra legevakttjeneste og haste-situasjoner i kontortid, Helsetilsynet i Hordaland, 2001-2006 (69 hendelser)

			Kjønn		*Norsk opprinnelse*	
		Totalt n (%)	*Menn n (%)*	*Kvinner n (%)*	*Ja n (%)*	*Nei n (%)*
Tilstrekkelig anamnese[a]	Ja	49 (72)	36 (69)	13 (81)	28 (78)	21 (66)
	Nei	19 (28)	16 (31)	3 (19)	8 (22)	11 (34)
Tilstrekkelig undersøkelse[b]	Ja	33 (55)	25 (56)	8 (53)	16 (48)	17 (63)
	Nei	27 (45)	20 (44)	7 (47)	17 (52)	10 (37)
Medisinskfaglige feil	Ja	35 (51)	28 (53)	7 (44)	23 (62)	12 (38)
	Nei	34 (49)	25 (47)	9 (56)	14 (38)	20 (62)
Systemsvikt	Ja	14 (20)	10 (19)	4 (25)	6 (16)	8 (25)
	Nei	55 (80)	43 (81)	12 (75)	31 (84)	24 (75)

[a]Ved 1 hendelse var det ikke ført journal

[b]For 9 hendelser forelå ikke opplysninger om undersøkelse av pasienten

Diskusjon

Erfaringsbasert læring forutsetter bruk av eksempler innhentet ved studier av feil, og forholdene som førte til at feil ble begått. Det er tidligere vist at det relativt oftere blir begått medisinskfaglige feil under legevakt enn i løpet av en vanlig praksisdag. Det er stipulert at det forekommer fra 7-10 ganger flere pasientkontakter i vanlig allmennpraksis enn under legevakt. Dette antyder at det opprettes 3-4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn det forholdstallet skulle tilsi. Når det gjelder andelen med reaksjon fra tilsynsmyndigheten i disse sakene, ligger den omkring tre ganger høyere. Forholdsmessigheten kan imidlertid også knyttes til forholdstallet for antall diagnoser i vanlig allmennpraksis – opp mot tilsvarende tall fra legevakt. Da vil andel klager fra vanlig allmennpraksis ligge vesentlig høyere.

For 83 % av hendelsene i Hordaland ble det vurdert slik at annen håndtering ville gitt et gunstigere utfall for pasienten. Forekomsten av "uberettigede" klager må således karakteriseres som lav. Det stipulerte antall konsultasjoner for perioden på 5½ år knyttet til legevakt og legehjelp som hastet i allmennlegens kontortid, var 2,3 millioner. Dette gir en beregnet forekomst av klager på fire pr. 100 000 konsultasjoner.
Ved Oslo legevakt er tallet tilsvarende lavt (kapittel 7). Vi kan ikke angi andel hendelser fra legevakttjeneste i forhold til haste-hendelser i vanlig kontortid. Den siste typen var imidlertid i et klart mindretall. Det kan således se ut som om risikoen for feil øker når legen ikke arbeider under vante forhold.

Nærmest alle klagene rettet seg mot legens tiltak. Sett på denne bakgrunn, oppfattes ikke klage på legens atferd i knapt en firedel av hendelsene som spesielt høy. Mangelfull eller utilstrekkelig kommunikasjon forekom ikke bare i forhold til pasienter, men også pårørende og annet helsepersonell. Der det var minst ett kommunikasjonsledd mellom pasient/pårørende og legen, var det i flere tilfeller uklart om all informasjon ble videreformidlet. Dette tilsier behov for klare rutiner for slik samhandling. Det er legens ansvar å innhente relevante og nødvendige opplysninger om pasienten. Det var imidlertid vanskelig å bedømme i hvilken grad den mangelfulle kommunikasjonen innvirket på utfallet. Kommunikasjonens betydning for et gunstig forløp, rokkes imidlertid ikke ved dette. Det kreves spesiell aktpågivenhet ved å håndtere telefonhenvendelser når det kan haste med legehjelpen.

For ingen av variablene vedrørende diagnostisk eller

terapeutisk tankegang, ble det funnet åpenbare forskjeller som kunne knyttes til legens kjønn eller opprinnelse – norsk eller utenlandsk. Det er grunn til bekymring knyttet til antall dødsfall som oppsto kort tid etter kontakt med lege. De anførte eksemplene antyder manglende kunnskaper og sviktende klinisk skjønn. Likeledes er det grunn til å bemerke forekomsten av feiltolkninger av EKG sett på bakgrunn av at det ikke lenger stilles spesifikke utdanningskrav til allmennleger.

Vi vurderte at det forelå elementer av systemsvikt i en femdel av hendelsene. Det som er funnet av slik svikt i vår undersøkelse knytter seg i hovedsak til ordninger som stiller spesielle krav til organisering og prosedyrer, som for eksempel legevaktlokale og rutiner for samhandling lege og legevaktsentral. Kommunene har et stort ansvar for å tilrettelegge forholdene slik at denne typen svikt motvirkes. Det er ellers grunn til å bemerke at hendelsene i liten grad lot seg relatere til avstand til sykehus og at samtidighetskonflikt bare ble angitt ved to hendelser.

En undersøkelse fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin viste at vaktdeltakelsen for fastleger er lik for kvinner og menn (66 vs. 64 %). I vårt materiale utgjorde kvinneandelen 23 %, men andelen kvinnelige fastleger som deltok i legevakttjeneste i undersøkelsesperioden er ikke kjent. Tallet for vaktdeltakelse sier ikke noe om vakthyppighet som det er grunner til å tro kan være høyere for menn enn for kvinner. Når kvinneandelen likevel er så lav i vårt materiale, kan dette muligens tilskrives at kvinner har en mer egnet kommunikasjonsform enn menn. En studie fra de fire norske medisinske lærestedene publisert i 2008, styrker denne antakelsen. Den viste at kvinnelige medisinstudenter scorer høyest når det gjelder kognitive og affektive holdninger til klinisk kommunikasjon.

Av Helsepersonellregisteret fremgår det at 14 % av legene i Hordaland er uten norsk statsborgerskap. For leger med utenlandsk opprinnelse er verken vaktdeltakelse eller vakthyppigheten kjent. Å fastslå vaktdeltakelse byr på betydelige metodologiske problemer. Det kan antas at utenlandske leger deltar hyppigere enn norske leger. Likeledes kan det tenkes at terskelen er lavere for å klage på andre leger enn kommunens fastleger. At medisinskfaglige variabler ikke avdekket tydelige forskjeller knyttet til legenes opprinnelse, oppfatter vi som uttrykk for at eventuelle forskjeller i medisinske kunnskaper ikke var vesentlige.

Selv om vi må ta forbehold om utenlandske legers vaktdeltakelse, er det i vårt materiale en betydelig overrepresentasjon av denne legegruppen (47 % av hendelsene). Dette kan muligens relateres til funn angående kommunikasjon og klinisk beslutninger. Funnene i Bratlands og Hunskårs studie fra 2006 antydet at utenlandske leger hadde problemer med å erkjenne tilstandens alvorlighet (kapittel 1). I den foreliggende studien knytter behandlingsfeilene seg nettopp til å treffe de gode beslutningene. Dette kan være relatert til kommunikasjonsproblemer forårsaket av begrenset norskkulturell og lokal kompetanse. To tredeler av legene i vårt materiale som ikke ble oppfattet som bofaste, var av utenlandsk opprinnelse. Vi avdekket ikke mangelfulle språkkunnskaper i vesentlig grad.

Å lære av feil vil kreve tilrettelegging på flere arenaer. Det må skapes åpenhet i fagmiljøet omkring det å begå feil. Instanser som vurderer om feil er begått må gjøre vurderingene tilgjengelig som læringsmateriale for undervisere, veiledere og legegrupper. Økt forskningsinnsats er nødvendig for å finne den beste pedagogiske tilnærmingsmåten. Dessuten bør kommunale myndigheter i større grad legge vekt på rekruttering og å tilrettelegge opplæringen av leger som skal delta i legevakt.

Dette vil kreve mer enn språkundervisning. Det store skadepotensialet som foreligger når legehjelpen haster, bør føre til at opplæringen tar utgangspunkt i de risikoforholdene som denne studien har avdekket. Det vil være nødvendig med tiltak i form av retningslinjer og sterkere bistand fra Helsedirektoratet. Likeledes bør det være en oppgave for Legeforeningen sentralt og lokalt å delta i systematisk sosialisering av leger med utenlandsk opprinnelse inn i de respektive fag for å oppnå norskkulturell og lokal kompetanse (kapittel 9) ved blant annet tilbud om deltakelse i kollegagrupper (kapittel 12).

Kapittel 9

Hvordan kan legens språkforståelse og kulturelle bakgrunn påvirke risikoen for feil?

Edvard Hauff og Bernadette Kumar

I USA har det vært hevdet at leger med medisinsk utdannelse fra andre land yter kvalitativt dårligere helsetjenester enn leger som er utdannet i USA. Det er imidlertid ikke funnet empirisk belegg for denne påstanden.

Hva vet vi?

Det er ikke avklart i hvilken grad leger med innvandrerbakgrunn gjør flere feil i tjenesten enn innfødte norske leger. I en studie av tilsynssaker mot allmennleger i en toårs periode (2000-2002) fant Bratland og Hunskår at det i disse klagesakene var en sammenheng mellom legens morsmål (dvs. ikke norsk) og tildeling av advarsel. I det foregående kapitlet omtales en studie av klagesaker fra legevakt mottatt av Helsetilsynet i Hordaland. Forfatterne fant at utenlandske leger var involvert i nærmere halvparten av de hendelsene der det ble vurdert at en annen håndtering fra legens side ville ført til et gunstigere resultat for pasienten. Det blir imidlertid påpekt at det ikke er kjent i hvilken grad leger med innvandrerbakgrunn er overrepresentert blant de legene som fungerer som legevaktleger. Videre kan det tenkes at leger med innvandrerbakgrunn er mer utsatt for å utløse klager enn innfødte norske leger.

I en stor kanadisk undersøkelse som er drøftet av Hunskår og Hjortdahl i kapittel 6, ble det påvist sammenheng mellom eksamensresultater og senere klagesaker der avvik fra god praksis ble påvist. Sammenhengen var størst med eksamensresultatene i kommunikasjon og kliniske beslutninger. Det er derfor naturlig å se på hvordan legers språkforståelse og kulturelle bakgrunn kan påvirke risikoen for å begå feil – eller ikke handle i samsvar med god praksis. Dette vil i hovedsak være feil forårsaket av kunnskapsmangel, kommunikasjonssvikt eller mangelfullt beslutningsgrunnlag.

Klagesaker oppfattes ofte som urettferdige, og fremmedspråklige leger kan også oppfatte klagene som diskriminerende.

Vi vil her omtale både leger som er utdannet i Norge og som er innvandrere, og leger som er utdannet i utlandet og som har innvandret til Norge eller som arbeider midlertidig her. Kapitlet omhandler særlig de siste to kategoriene.

Kultur, etnisk identitet, migrasjonsteori

Globalisering, bedre kommunikasjon, handel, reiser og migrasjon fører til store utfordringer for helsepolitikken, leverandører av helsetjenester og helsepersonell som skal sikre helsetjenester for alle på en effektiv måte. For å kunne gjøre dette er en grunnleggende forståelse for begrepene flerkulturell/tokulturell, og etnisitet nødvendig. Det kreves også forståelse for sammenhenger knyttet til disse begrepene, og kjennskap til hvordan denne forståelsen kan anvendes for å bedre helsetilbudet som ytes av etniske minoriteter/innvandrere.

En etnisk gruppe kan kjennetegnes ved felles historie, språk og kultur. Etniske grupper har blitt utsatt for diskriminering i det norske samfunnet og det har foregått en politisk kamp for å styrke en felles norsk identitet. Etnisk identitet er viktig for alle – også for leger med en annen bakgrunn.

Migrasjon er synonymt med forandring, noe som både kan være positivt og negativt, og som både har fysiske og psykososiale aspekter. For mange er migrasjonen et stort sprang og ofte representerer de fysiske omgivelsene de mest tydelige og håndgripelige forandringene. På noen måter vil en utvandring øke hastigheten på forandringsprosesser som kanskje allerede hadde startet før de dro hjemmefra og som er nær fullbyrdelse ved ankomst i vertslandet.

Fysiske forandringer blir også fulgt av psykososiale forandringer. Selv om psykososiale forandringer er reelle, er de både vanskeligere å observere og å sette ord på. Psykososiale forandringer er forandringer som er relatert til tap, tap av kulturell identitet og yrkesstatus, tap av evne til å forstå de sosiale normene, tap av slektninger og tap av kjent miljø (lokalmiljø). Alle tap fører til økt stressnivå.

Leger som praktiserer i Norge med en annen kulturell bakgrunn har klart alle eksamener for å få norsk autorisasjon, og det betyr at deres teknisk-faglige kunnskaper skal være

tilfredsstillende. Dette er i tråd med at de feilene som er vist til i kapittel 8 i hovedsak ikke er medisinske feil. Men de innvandrede legene vil tilpasse seg det norske samfunnet på ulike måter. I Norge er det en offisiell politikk å vektlegge integrering av etniske minoriteter, det vil si å skape en helhet samtidig med at man anerkjenner de enkelte kulturene. Den tidligere politikken overfor den samiske befolkningen var tuftet på assimilering, det vil si at alle skulle bli like. En tredje tilpasningsprosess er segregering, å leve atskilt fra majoriteten i samfunnet. Denne måten å forholde seg til det nye samfunnet på er nok nærmest fraværende blant leger med innvandrerbakgrunn som praktiserer i Norge. Når man er godt integrert i forhold til mer enn en kultur, og har godt kjennskap til kodene i begge, brukes ofte betegnelsen to- eller flerkulturell.

Integrering

Integreringsprosessene i forhold til det norske samfunnet vil hemmes av etnosentrisme. Det vil si at man har en tendens til å se på verden først og fremst ut fra eget kulturelt perspektiv, og at man bruker sin egen kultur som en positiv standard, som man vurderer andre i forhold til. Det kan føre til at man opplever sin egen kulturelle bakgrunn som overlegen i forhold til andres bakgrunn. For å unngå dette må leger ha en bevissthet om sin egen kultur og respekt for andres verdier og holdninger. Det er åpenbart at det kan skape kommunikasjonsproblemer å komme fra en majoritet inn i en minoritetsgruppe i Norge. For leger fra minoritetsgrupper vil det være en større utfordring å vurdere handlinger ut fra den konteksten de skjer i og sette seg inn i historiske, sosiale og politiske forhold i samfunnet, og hvordan disse påvirker maktforhold i relasjoner mellom helsepersonell og pasienter/brukere av helsetjenester.

Ofte er leger med fremmedspråklig bakgrunn vant til å ha en høyere status, større autoritet og i mindre grad fungere som konsulenter for pasienten. I mange land har det dessuten tradisjonelt vært lite vanlig å fremme formelle klager mot leger. Norske pasienter og samarbeidspartnere er derimot vant til en mer likestilt konsulentmodell. Leger som er vant til en overordnet posisjon pga. deres utdanning og rolle i hjemlandet, kan nå samtidig oppleve seg som underordnede på grunn av sin innvandrerstatus. Endring i sosial status eller posisjon i samfunnet etter migrasjon kan øke usikkerheten blant fremmedspråklige leger. På den måten kan legen og pasienten som møtes ha temmelig ulike oppfatninger om status og rollefordeling. Når partene i en samtale har ulike forklaringsmodeller,

kan det være nødvendig å "oversette" dem for å oppnå en felles forståelse. Det skjer i en dialog hvor begge samtalepartnere får komme fram med sine synspunkter. Her er det imidlertid viktig å minne om at forklaringsmodeller knyttet til kultur kan være individuelle og variere mellom medlemmer av en etnisk gruppe, blant annet i forhold til kjønn, alder og sosial og økonomisk status.

I Norge og andre vestlige land har det vært skolemedisinen eller den forskningsbaserte medisinen som har vært regnet som det profesjonelle helseomsorgssystemet. I noen land har alternative medisinske systemer, som også regnes som profesjonelle, eksistert ved siden av skolemedisinen, slik som Ayurveda i India, Unanimedisin i Pakistan og tradisjonell kinesisk medisin i Kina. I disse ulike sektorene forholder folk seg til hverandre på forskjellige måter og de kan ha ulike forklaringsmodeller på hva som gir sykdom og helse. Når folk skal kommunisere på tvers av sektorene, kan det derfor oppstå problemer. I møter i helsevesenet er det snakk om hvilke forklaringsmodeller, eller virkelighetsforståelser, som skal gjøres gjeldende. Dette har med makt å gjøre. I det profesjonelle helseomsorgssystemet er det ofte helsearbeideren som i kraft av sin yrkesrolle har størst makt til å definere virkeligheten.

Kommunikasjon og kommunikasjonsmodeller

Samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/brukere må bygge på en gjensidig respekt for hverandres oppfatninger og væremåte. I et flerkulturelt samfunn kan det finnes mange ulike oppfatninger av sykdom og helse. Forskning har vist at et utstrakt fokus på kulturelle forskjeller blant helsepersonell (sykepleiere) kan føre til at de opplever økt usikkerhet og maktesløshet. Det kan være nyttig for helsepersonell å fokusere på kulturell bevissthet (cultural awareness) og kultursensitivitet (cultural sensitivity) i arbeidet sitt. En kultursensitiv helseomsorg vil kunne identifisere både kulturelle forskjeller og likheter, og tilpasse helsetjenestene til pasientenes behov ved å ta hensyn til individuelle verdier og trosforestillinger. Kulturell bevissthet og sensitivitet danner grunnlaget for begrepet kulturell kompetanse (cultural competence) som ofte blir brukt om evnen til å forstå og fungere effektivt i møter med en annet kultur.

Den semiotiske kommunikasjonsmodellen ser på kommunikasjon som en prosess som skaper mening. Det blir altså skapt mening av budskapene, enten av senderen eller avsenderen, og

konstruksjon av mening blir dermed en aktiv prosess. Ved bruk av denne modellen understreker man behovet blant helsearbeidere for å forhandle med, heller enn å bare overføre eller diktere mening til sine pasienter. Semiotikere legger vekt på helsearbeiderens behov for samarbeidende kommunikasjonsprosser i å gi helseomsorg, særlig når det finnes kulturelle barrierer.

Norske leger har sine egne koder og atferd som er akseptable for innfødte norske pasienter. For de fleste norske leger er det for eksempel vanlig å håndhilse på pasienter når de er på legebesøk. I mer tradisjonelle samfunn er det derimot ikke så vanlig, og særlig ikke i forhold til kvinner. Det er ikke alltid at leger med fremmed morsmål klarer å beherske/tolke disse kodene og bruke dem i kommunikasjon med norske pasienter. I en presset arbeidssituasjon på en legevakt eller i annet akuttmedisinsk arbeid vil stressnivået oftest være økt både hos legen, pasienten og pårørende. Selv om legen med innvandrerbakgrunn vanligvis kommuniserer språklig godt på norsk, vil mer stress kunne føre til det vi vil kalle en språklig regresjon, noe de fleste av oss opplever når vi skal bruke et fremmedspråk og er trette eller stressede. Legen klarer ikke å uttrykke seg så differensiert som han ellers kan, og blir lettere misforstått. Dette kan også øke risikoen for at legen ikke oppfatter alvorlighetsgraden i pasientens tilstand.

Under en samtale vi hadde med en lege med innvandrerbakgrunn om dette, påpekte han at det ofte er vanskelig å etablere en god allianse med pasientene i en vanskelig situasjon hvis man ikke behersker språket fullt ut. Han mente at norske leger vil kunne roe ned situasjonen lettere og unngå klagesaker i en slik situasjon. Pasienten og de pårørende kan på sin side bli mer på vakt hvis de opplever kommunikasjonsvansker med legen, og bli direkte eller indirekte kritiske. På denne måten vil stressnivået og utryggheten kunne øke i en selvforsterkende prosess.

Tiltak

Hvilke tiltak vil kunne være nyttige for å motvirke problemer knyttet til disse forholdene? En tilstrekkelig språkkompetanse i norsk er en forutsetning. Dette gjelder nok ikke minst leger som skal arbeide i Norge i kortere vikariater. Av og til behersker vikarene dansk eller svensk, men lite norsk, og kan i tillegg ha liten kjennskap til norske kultur- og samfunnsforhold. Kommunikasjonen kan være spesielt vanskelig når

pasienten snakker dialekt. Og selv når man behersker et fremmedspråk meget godt, kan det være vanskelig å forstå slang, kroppsspråk og mer subtile språkuttrykk. Det er viktig at språkundervisningen tar utgangspunkt i det som er nevnt om kommunikasjonsmodeller, og at problemstillinger knyttet til etnosentrisme og språklig regresjon erkjennes som sentrale.

Leger har videre et behov for kontinuerlig etterutdanning og profesjonell utvikling, men disse behovene vil variere på bakgrunn av utdanning, erfaring og interesser. For en del leger med innvandrerbakgrunn kan det være viktig å vektlegge visse aspekter ved etterutdanningen i retning av å utvikle en enda bedre sosiokulturell kompetanse, og at behovene ikke først og fremst dreier seg om å utvikle bedre praktisk-kliniske ferdigheter. Leger utdannet utenfor Vest-Europa og Nord-Amerika kan ha hatt lite undervisning i medisinske atferdsfag, og vil kunne ha nytte av å tilegne seg mer eksplisitte begreper og forståelsesformer som vil kunne være til hjelp i møtet med pasienten.

Som omtalt innledningsvis fant kanadiske undersøkere at legenes resultater ved eksamen i lege-pasient kommunikasjon og kliniske beslutninger, predikerte senere berettigede klager på deres medisinske praksis. Kommunikasjonsferdighetene korrelerte lavest med de skriftlige eksamensresultatene. En større vektlegging av trening i kliniske kommunikasjonsferdigheter i medisinerstudiet, så vel som i tilleggskurs for utenlandske leger som skal praktisere i Norge, vil således være tiltak som kan bidra til å redusere feilhandlinger. Andre tiltak vil kunne ha enda større betydning. Vi tenker da særlig på deltakelse i fora hvor legene kan utveksle erfaringer og eventuelt også med gjensidig rådgiving, som kollegagrupper og veiledningsgrupper (kapittel 12). Mange leger med innvandrerbakgrunn har hatt god nytte av veiledningsgrupper i allmennmedisin for eksempel.

Vår erfaring fra vårt arbeid som universitetslærere er at etnisk blandede grupper i Norge fungerer best hvis alle deltakerne har en viss tokulturell erfaring, noe mange innfødte norske leger har tilegnet seg ved å arbeide eller studere i andre land. Slike kollegagrupper vil kunne representere en gjensidig læringsmulighet hvor innfødte og innvandrede leger vil kunne lære noe om hverandres erfaringer og tilnærmingsmåter.

Et annet tiltak er individuelle veilednings- eller mentorordninger. Det ville vært en fordel om leger som har begått mer

alvorlige feil i tjenesten kunne få tilbud om en slik ordning, gjerne organisert gjennom Legeforeningen, eller eventuelt fra arbeidsgivers side.

Selv om vi i dette kapitlet først og fremst har fokusert på leger i allmennpraksis, vil vi også knytte noen bemerkninger til leger som arbeider i psykiatrien. Etter hvert er dette blitt en spesialitet som mange leger med innvandrerbakgrunn ønsker å utdanne seg i. I den psykiatriske spesialistutdanningen legges det stor vekt på individuell veiledning – både psykoterapiveiledning og vanlig klinisk veiledning. Her har man meget gode muligheter til å arbeide med å bistå kandidaten i å utvikle bedre sosiokulturell kompetanse. Men da er det nødvendig at veileder også tør å påpeke kandidatens begrensninger – ikke minst å konfrontere ham med hans eventuelle språklige feil og misforståelser av kulturelle koder. Vi opplever at en del innvandrede leger stopper opp i sin språklige utvikling når de har nådd et visst kompetansenivå, men uten å beherske språket tilstrekkelig godt. I slike tilfeller ville det være en fordel om dette kunne drøftes åpent, og at arbeidsgiver kunne tilby ytterligere språkopplæring.

Ellers påvirkes jo forholdet mellom lege og pasient og andre involverte også av den tilliten aktørene har til helsetjenestesystemet. Det er grunn til å tro at et system som inngir liten tillit også øker risikoen for feilhandlinger og klager, noe som igjen i større grad kan gjelde utenlandske leger av de grunnene vi har anført ovenfor.

Det er behov for forskning omkring fremmedspråklige legers opplevelser av de utfordringene de stå overfor i kontakt med norske pasienter. I kjølvannet av klagesaker er det viktig å få deres synspunkter og en forståelse av de utfordringene de møter i sin kliniske praksis. Det er også viktig å kartlegge de erfaringene legene opplever som positive. Leger med to- eller flerkulturell bakgrunn gjør nok allerede en stor innsats for å utvikle helsevesenet i mer kultursensitiv retning, og bidra til at helsepersonell i Norge utvikler større kulturell kompetanse.

Vi har i dette kapitlet fokusert på kulturforskjeller som forklaringer for vanskeligheter i kommunikasjonen. Men selv om leger er opplært i forskjellige land med til dels ulik medisinsk praksis, sosialiseres de også inn i en medisinsk kultur som har globale fellestrekk. Til syvende og sist er det kanskje utviklingen av denne felles medisinske kulturen som vil ha størst betydning for å redusere feilhandlinger og klager. Pasienter vil

i økende grad forvente at leger informerer dem om de potensielt skadelige feilene vi begår. En medisinsk kultur og en profesjon som klarer å møte disse forventningene på en åpen måte, vil kunne skape økt tillit til legenes og helsevesenets kvalitet og integritet – uavhengig av vår nasjonale opprinnelse.

Kapittel 10

Allmennlegekontoret som arena for faglig forsvarlig praksis

Kirsti Malterud

Henning Mankell skriver i romanen 'Italienske sko' om kirurgen Fredrik, som skulle amputere armen til tjueårige Agnes. Agnes var konkurransesvømmer og hadde fått påvist chondrosarkom. Det var legens ansvar å kontrollere at personalet hadde forberedt riktig arm. Han valgte å stole på personalet, men amputerte feil arm. Fredrik visste godt at han var ansvarlig, men opplevde det likevel som en stor urett hadde rammet ham da han ble anmeldt til Helsetilsynet. Han valgte å slutte i jobben og flyttet til en avsidesliggende øy i den svenske skjærgården.

Allmennlegen kan også bli ansvarlig for katastrofale faglige feil med alvorlige konsekvenser for både pasienten og for legen. Derfor er det en god investering å vurdere hvordan uheldige hendelser kan forebygges. I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i egne erfaringer rette søkelyset mot allmennlegekontoret som arena for faglig forsvarlig praksis.

Hvem har ansvaret for hva?

Norske allmennleger har et selvstendig ansvar for faglig forsvarlig praksis. Et mindretall er ansatt hos en arbeidsgiver som de rapporterer til. De fleste er selvstendig næringsdrivende, med kommunal fastlegeavtale som regulerer rammebetingelsene for virksomheten. Ved kvalitetssvikt er det Helsetilsynet, og ikke kommunen, som er ansvarlig instans for vurdering av legens virksomhet.

Norske allmennleger har organisert seg i ulike driftsformer, ofte med DA (selskap med delt ansvar) eller AS (aksjeselskap) som driftsansvarlig for store og små legekontor der legene samarbeider med ansatte medarbeidere som kan være helsesekretærer, bioingeniører, sykepleiere eller annet. Driftsselskapet har økonomisk ansvar, men ikke faglig ansvar. Det er den enkelte lege som i samarbeid med kolleger og

medarbeidere må sørge for at den medisinske virksomheten ved allmennlegekontoret er organisert og gjennomføres på forsvarlig vis. Medarbeiderne har vekslende grad av selvstendig faglig ansvar, og arbeider også med utstrakt delegering fra legene. De fleste steder har legene fordelt ansvaret for ulike sider av legekontorets daglige drift mellom seg. På denne måten er også systemansvar delegert, med ulik grad av eksplisitt formalisering.

Stensland skriver at uheldige hendelser kan inndeles i systemfeil, menneskelige feil og hendelige uhell, men grensene er ikke alltid klare. Systemfeil skyldes organisering og tilrettelegging av arbeidet, og antas å være hyppigste årsak til uheldige hendelser. Menneskelige feil skyldes utilstrekkelig kompetanse eller personlige forhold som hindrer forsvarlig praksis, mens hendelige uhell har sammenheng med den kalkulerte risikoen som ligger i enhver medisinsk prosedyre.

Det er derfor mange grunner til at ansvaret for faglig forsvarlig praksis på allmennlegekontoret kan oppleves som uoversiktlig. Til hverdags behøver ikke dette være så farlig. Men den dagen noen gjør en feil som får alvorlige konsekvenser, blir ansvarsforholdene betydningsfulle, slik Fredriks historie illustrerer. Derfor er det viktig at vi vet nok om når vi skal stole på andre, når vi må stole på oss selv, og i hvilken grad systemet vi er en del av, gir risiko for utilsiktede uheldige hendelser. Allmennlegen kan være bedre beskyttet mot å forårsake menneskelige feil når allmennlegekontoret er velorganisert, med oppmerksomheten rettet mot prosedyrer og hendelser som erfaringsmessig kan gå galt.

Internkontroll – en strategi for faglig forsvarlige tjenester

Internkontroll er myndighetens uttrykk for å holde orden i eget hus. Dette er et sentralt satsningsområde for helsemyndighetene. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige tjenester og at lovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Internkontroll innebærer at utøveren pålegges å kontrollere seg selv. Tilsynet skal da sikre at de riktige tingene gjøres riktig, men også at utøveren selv kontrollerer at hun gjør de riktige tingene riktig. Enhver som yter helsetjeneste – også allmennlegen – har plikt til å etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lover og forskrifter. Internkontrollsystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse,

egenart, aktiviteter og risikoforhold og dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Opplegget skal omfatte beskrivelse av virksomhetens oppgaver, mål, organisering og ansvarsforhold, tilgang til aktuelle lover og forskrifter, kompetanse og medvirkning fra arbeidstakerne, inkludere pasienterfaringer, oversikt over områder med fare for svikt og sikre overholdelse av lovgivningen. Den som har faglig ansvar for virksomheten, skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av systemet (kvalitetsgjennomgang) for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Ved allmennlegekontoret er det svært vanskelig og også uhensiktsmessig å ha oversikt over alle pågående prosesser. Kvalitetsarbeidet må derfor ta utgangspunkt i en prioritering som sikrer oppfølging av de viktigste områdene på en overkommelig måte. Fjellsiden legesenter, der jeg selv driver min fastlegepraksis, har organisert dette ved å delegere ansvar for daglig drift av kvalitetssikring til en av legene. Dette innebærer at de øvrige må være tilstrekkelig involvert i utforming av legesenterets internkontrollsystem til å akseptere at deres eget systemansvar ivaretas på denne måten.

Samtidig fritar ikke systemansvaret den enkelte fra plikten til å drive faglig forsvarlig praksis. Det var ingen tvil om at Fredrik skulle ha sjekket hvilken arm som skulle amputeres, selv om personalet forberedte operasjonen. Balansen mellom individuelt ansvar, systemansvar og delegert ansvar er krevende, men kan tydeliggjøres ved at prosedyrer og rutiner i rimelig grad formaliseres og gjøres eksplisitte, og at uheldige hendelser underkastes refleksjon som grunnlag for læring. Kvalitetssikring kan aldri gjøres unna en gang for alle – det handler om en kontinuerlig prosess der alle er delaktige i å bidra med egne erfaringer.

Kvalitetssikring i en travel hverdag

Mange ulike elementer inngår i kvalitetssystemet ved Fjellsiden legesenter, som prosedyrebok, registrering og gjennomgang av rutinesvikt (’obs-saker’), gjennomgang av NOKLUS-resultater, samt regelmessige brukerundersøkelser. Med på listen hører også de ukentlige praksismøtene som inkluderer gjennomgang av faglige retningslinjer, trening på hjertelungeredning, samt samarbeid med andre instanser.

Praksismøtene brukes også til audit og HMS-gjennomgang en gang i året. Mye av dette drev vi med også før vi begynte å organisere kvalitetssystemet vårt for snart ti år siden. Men betydningen av disse aktivitetene i forhold til forebygging av faglige feil ble tydeligere for oss da vi forsto at vi måtte prioritere og operasjonalisere disse elementene for å bygge opp et system som var gjennomførbart til hverdags, og som innebar en forbedring.

I følge internkontrollforskriftene skal den som har faglig ansvar for virksomheten foreta gjennomgang av internkontrollsystemet for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten. Ved Fjellsiden legesenter har vi systematisert denne kvalitetsgjennomgangen ved hjelp av en enkel sjekkliste som omfatter et utvalg av prioriterte tema og problemstillinger som gjennomgås ved fastsatte intervaller i forhold til kravspesifikasjoner som vi i fellesskap har utarbeidet og revidert lokalt. Vi har valgt tema som vi mener avspeiler relevante og sentrale forhold, og som lar seg operasjonalisere og vurdere på en enkel måte. For hvert tema angir sjekklisten hvem som er hovedansvarlig, hvilken enhet vi bruker for vurdering, og hvilket mål som gjelder for det enkelte tema. Materiale, dvs. spesifikasjon og resultat, innsamles i desember fra hver av de temaansvarlige og sammenfattes og gjennomgås på et praksismøte innen utgangen av januar hvert år.

Som indikatorer for faglig oppdatering registrerer vi for tiden antall praksismøter og møter med samarbeidspartnere, spesialistandelen blant legene, kursdeltakelse blant leger og medarbeidere, deltakelse i praktisk hjerte-lunge-redningsøvelse og gjennomgang av audit og nye retningslinjer. Under nesten-feil registrerer vi antall obs-saker i løpet av året. Aktiviteter innen helse, miljø og sikkerhet (HMS) har hittil vært registrert i form av medarbeidersamtaler og vernerunde. Datasikkerhet kartlegges i form av årlig endring av hovedpassord, daglig backup i henhold til logg, samt gjennomgang av siste versjon av TrinnVis.

Indikator for medisinsk-teknisk utstyr er årlig gjennomgang av medisiner og felles legekoffert, samt EMU-kontroll og teknisk-medisinsk utstyrskontroll etter egen prosedyre hvert femte år. Kvalitet på hygiene og laboratorium har vi valgt å overvåke med sporekontroller og NOKLUS-prøver. Vi sender prøver fra sterilisatoren til sporekontroll på Rikshospitalet-Radiumhospitalet to ganger årlig, som biologisk indikator på

hygienekvalitet. Kvaliteten av laboratoriearbeidet overvåkes kontinuerlig gjennom deltakelse i ekstern kvalitetskontroll organisert av NOKLUS. Årlig gjennomfører vi ca. 15 tester, og målet er at > 90% av testene skal konkludere med god eller akseptabel kvalitet. Inkludering av brukererfaringer vurderes gjennom årlig gjennomført brukerundersøkelse.

Den årlige kvalitetsgjennomgangen omhandler utvalgte og enkle forhold som kan telles og måles. Systemet representerer lite emosjonelt ubehag og minner mer om en selvangivelse. Refleksjonen omkring de enkelte postene reiser erfaringsmessig alltid nyttige diskusjoner, men har begrenset nytteverdi som arena for læring og refleksjon over egne uheldige erfaringer.

Obs-registrering

Internkontrollen skal blant annet skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. De ansvarlige for virksomheten skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for disse formål. I kvalitetsspråket kalles dette for avviksbehandling. I dagligtale betyr avvik handlingsformer som statistisk og/eller normativt fraviker hovedmønsteret i samfunnet. Begrepet brukes ofte i en negativ betydning, f.eks. om asosialitet og kriminalitet.

Myndighetene sier imidlertid at avviksbehandling ikke behøver å avgrenses til lov- og forskriftsbrudd, men gjerne kan omfatte mindre alvorlige hendelser eller svikt som kan brukes til å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser. Sosial- og helsedirektoratets veileder for internkontroll sier at kartlegging av tjenestens sårbare områder og prosesser kan gjennomføres ved systematisk gjennomgang, for eksempel som en idédugnad, eventuelt ved hjelp av mer avansert analyseverktøy for risikovurdering.

Allmennlegen har altså plikt til å etablere systemer som skal minimalisere avvik, selv om slike hendelser verken kan eller skal elimineres helt i medisinsk virksomhet. Ved Fjellsiden legesenter har vi valgt å satse på avviksforebygging ved hjelp av et enkelt opplegg som vi har kalt for obs-registrering. Obs-registreringen bygger på en forståelse av at faglige feil kan forebygges gjennom en åpen kultur der det å dele erfaringer fra feil og nesten-feil er vår viktigste kunnskapskilde til kvalitetsforbedrende prosedyrerevisjoner. Derfor skal melding av

nesten-feil belønnes, og ikke straffes. Alle har det travelt, og vi har satset på enkle rutiner for melding og refleksjon som har god gjennomførbarhet til hverdags. Stensland framholder at det er et lederansvar å skape møteplasser der den som har gjort en feil, kan få støtte og oppfølging. Kirurgen Fredrik opplevde imidlertid at alle omkring ham forsvant da han hadde amputert feil arm. Selv forsvant han fra legeyrket etter dette.

Obs-registrering innebærer at vi noterer stikkord om alle tilfeller av rutinesvikt som kan tenkes å fortjene gjennomgang – obs-saker. Obs-saker kan være feil på utstyr, prøver, uhell, girofeil, personlige feil fra lege eller medarbeidere, eller klager fra pasienter uansett årsak. Den som først blir oppmerksom på obs-saken skal sørge for registrering. Obs-sak som ikke har gitt skade, men kunne ha gjort det, skal også registreres. Derfor har vi mange poster i obs-boken som kan se ut som småtterier. Det kan tenkes at de små sakene er med på å skape et rom der det også vil være plass til de store sakene, når de en dag kommer. Registrering gjøres fortløpende på skjema i egen perm – obs-permen, som kun er tilgjengelig for internt bruk. Hver sak omtales kort og stikkordsmessig, dateres og signeres.

Tiltak for å rette på det som obs-saken indikerer, iverksettes straks der det er naturlig, ellers avventes gjennomgang på driftsmøtet, der obs-permen regelmessig gjennomgås og oppdateres. Det er ikke et mål å holde antall obs-saker lavt – tvert imot ser vi håndtering av rutinesvikthendelser som et positivt symptom på aktsomhet og endringsvilje ved legesenteret. Vi prøver derfor hvert år å overgå fjorårets antall registrerte obs-saker. På denne måten viser vi oss selv og hverandre at det ikke er feil å rapportere feil.

Flertallet av sakene er knyttet til prøvetaking, samhandling eller sikring av pasientopplysninger. Noen få av sakene representerer hendelser der formell klagesaksbehandling har vært gjennomført. De fleste av våre obs-saker har relativt lav alvorlighetsgrad og kvalifiserer ikke som avvik i betydningen 'mangel på oppfyllelse av myndighetskrav'. Utfallet har som regel heldigvis vært ubetydelig, men i flere saker kunne andre omstendigheter ha ledet til et mer uheldig forløp. Derfor bidrar obs-registreringen til å rette søkelyset mot svake punkter i prosedyrene som skal gjelde for virksomheten ved Fjellsiden legesenter.

På driftsmøtet har møteleder ansvar for at gjennomgang av nye saker fra obs-permen står på dagsorden. Den som har

signert en sak, redegjør kort for hendelsesforløpet. Deretter følger en kort diskusjon som fokuserer på hvorvidt saken er en systemfeil eller en individuell glipp, hva vi kan lære av dette, og hvordan tilsvarende saker kan forebygges i fremtiden. Alle saker avsluttes med en kort konklusjon som føres inn i rubrikken for tiltak. Denne typen konklusjoner kan ha alle former, fra 'ingen ytterligere tiltak' via 'alle skjerper seg' til mer konkrete og spesifikke prosedyreendringer på systemnivå.

Å lære av nesten-feil er bedre enn å gjøre alvorlige feil

I begynnelsen måtte vi anstrenge oss spesielt for å motarbeide en stemning der den som ble identifisert som ansvarlig for en meldt sak, ble gjort til syndebukk. Det var ikke lett, fordi meldingene selvsagt også førte til identifisering av en eller flere ansvarlige. Vi oppdaget at i et slikt klima ville vi bare komme til å melde harmløse saker, og det ville være helt umulig å melde saker der andre enn melderen var ansvarlig. Fortsatt er det ikke lett å registrere en sak der noen vil få skylden, men det hjelper hvis vi klarer å holde fast ved at det er feilene vi sammen kan lære av.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten legger vekt på trygge og sikre tjenester der sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum, ved at organisasjonene lærer av å identifisere de underliggende årsakene til uheldige hendelser, og utnytter denne kunnskapen til å eliminere eller redusere faren for gjentakelse. Dette betyr at systemfokus må balanseres i forhold til den enkelte yrkesutøvers ansvar. Veilederen anbefaler kartlegging av risiko ved registrering av uheldige hendelser og å identifisere årsaker og bakenforliggende forhold. Kanskje en slik kartlegging kunne avdekket årsaken til at det gikk galt med Fredrik og Agnes?

Selv den beste kan gjøre feil

Ved Fjellsiden legesenter har vi i årenes løp sett at de fleste tilfellene av individuell rutinesvikt er jevnt fordelt blant oss alle. Vi har høy grad av gjenkjennelse i at mange saker like godt kunne ha vært forårsaket av hvem som helst av oss. Selv om vi i mange saker konkluderer med at det ikke dreier seg om systemfeil som bør lede til prosedyreendring, har vi opplevd at diskusjonen og refleksjonen omkring disse individuelle uheldige hendelsene bidrar til et økt nivå av felles aktsomhet og refleksjon.

Kapittel 11

Ung mor bytter fastlege – brev til pasientombudet

”Hei. Jeg lurer på en ting som jeg håper dere kan svare på.

Det gjelder min fastlege, det vil si min tidligere fastlege, for jeg har nå byttet pga misnøye. Det jeg lurer på er om jeg bør informere ham om min misnøye eller skal han leve videre i den tro om at han stiller de riktige diagnoser?

Det irriterer meg nemlig litt at når jeg opplever dårlig medisinsk behandling fra fastlegen så kan jeg enkelt bytte men han får aldri vite at han har tatt grundig feil.... Min far er lege og han mener det er liten vits i å gi tilbakemelding til fastlegen. Jeg er usikker.

Saken gjelder min 1 år og 9 mnd gamle datter som har vært svært mye syk det siste året. Jeg prøver å ikke være overnervøs men to ganger har jeg dratt til fastlegen med mistanke om bronkitt. Første gangen hadde en annen lege lyttet og hørt rusk i bronkiene, men fastlegen hørte ingenting etter å ha lyttet kjapt og gav diagnosen urinveisinfeksjon umiddelbart. Jeg synes dette var litt rart, for datteren min hostet hardt og mye og hadde grønt snørr.

Men vi startet på utskrevet antibiotikabehandling og fullførte den. Da urinprøveresultatet kom etter dyrkning var svaret negativt, men det var ikke noe å snakke om virket det som da jeg ringte legekontoret. De ble egentlig litt irritert i tonen da jeg spurte om vi nå skulle begynne forfra igjen med å finne ut hva som egentlig feilte datteren min. Damen på forværelset svarte surt at jeg måtte nesten velge om jeg ville stole på fastlegen eller ei. Men når han tar feil handler det jo ikke om å stole på... jeg har gjerne tillit til en som tar feil om han er enig i at han tar feil...

I mai i år skjedde det samme igjen. Datteren min var dårlig og han mente det var urinveisinfeksjon. Men denne gangen hadde

jeg så dårlig magefølelse at vi dro til Volvat og der konstaterte de kraftig bronkitt, som de mente hadde vært der lenge, og dobbel ørebetennelse.

Så igjen var fastlegen kjapp og tok feil i sin konklusjon.

Jeg synes rett og slett det er provoserende å komme dit, ha følelsen av å ikke bli hørt og deretter motta en diagnose som viser seg å være feil. Han snakker og snakker og holder foredrag med tonnevis av fremmedord, legeuttrykk og tips, men stort sett på områder jeg ikke har nevnt som problematisk, og tar visst ikke med i beregning at jeg er moren, jeg kjenner barnet mitt og er i tillegg ganske oppegående når det gjelder hva som kan være problemet.

Det jeg derfor lurer på er om jeg skal/bør si ifra til ham? ”

Spørsmål det er verdt å stille:
Hva handler misnøyen om og hva kunne fastlegen gjort annerledes?
Har hennes legefar rett i at det er liten vits i at hun gir legen tilbakemelding?
Hvordan ville jeg selv reagert hvis en av mine pasienter sa fra til meg om årsaken til at hun skiftet lege i et slikt tilfelle?

Kapittel 12

Samtaler om feil i kollegagrupper

Sverre Lundevall

Man kan godt lære i ensomhet, både av egne og andres feil. Men som regel vil det være en hjelp å snakke om slike saker i en trygg kollegagruppe, som de fleste allmennleger er medlem av. Læringsutbyttet avhenger mye av hvordan man forteller, og hvordan fortellingen blir tatt i mot. Dette krever en møteleder.

Spontan veiledningssamtale

Hvis det dreier seg om en nyoppstått eller pågående hendelse som en av deltakerne ønsker hjelp til å drøfte, må møtelederen i samråd med gruppen først bli enige om å sette dette på dagsorden for møtet, noe som kan gå utover andre forberedte innlegg.

Når dette er klart må møtelederen styre samtalen etter en tydelig prosedyre. Hensikten er å unngå at de andre deltakerne i gruppa for raskt begynner å gi råd eller komme med kritikk, eller egne anekdoter. I steden skal fortellingen utvikles ved at de andre deltakerne stiller åpne spørsmål. Dette kan gjøres ved at møtelederen først lar den deltakeren som eier opplevelsen fortelle uten å bli avbrutt. Hvis det er nødvendig kan møtelederen spørre hvilke spørsmål denne deltakeren selv stiller seg eller hvilke valg han/hun står oppe i (kapittel 5).

Deretter er det en runde hvor de andre deltakerne etter tur kan stille et åpent spørsmål, som deltakeren kan svare på. Et åpent spørsmål kjennetegnes ved at det ikke kan besvares med ”ja” eller ”nei”. Eksempler på åpne spørsmål:

- Hvordan tenkte du da du tok den beslutningen?
- Hvordan tror du pasienten vil reagere hvis du ringer og beklager hendelsen?

Etter noen runder med slike åpne spørsmål kan møtelederen som en avslutning spørre denne deltakeren:

- Hva har du fått ut av dette? Hvilke råd vil du nå gi deg selv?

Etter dette kan gruppa fortsette med sin opprinnelige dagsorden.

Ett planlagt møte

Alle deltakerne forbereder seg:

- Velg en feil eller klagesak du selv har opplevd.
- Hvis du ikke har noen egen sak som passer kan du velge ett av eksemplene i dette heftet. Velg noe du kan kjenne deg igjen i.
- Prøv å formulere for deg selv hva du har lært eller kan lære av det eksempelet du har valgt.

Møtet gjennomføres ved at gruppen deles i "triader" der hver deltaker får 15 -20 minutter til å fortelle om sitt eksempel i en samtale med de to andre. De to andre forsøker å hjelpe fram fortellingen med åpne spørsmål. Noen ganger kan det være lurt at de to andre har ulike roller, den ene er "samtalepartner" eller "kritisk venn" mens den andre er "observatør" som kommenterer til slutt.

Etter at rollene har gått på omgang i 3x20 minutter avsluttes triadene og gruppen kan samles for en felles samtale, for eksempel om:

- Ut fra dine egne opplevelser; hvilken kultur har leger for å snakke om og lære av feil?
- Hvordan er det der du jobber nå og hvordan ville du foretrekke at det var?
- Hva kan du gjøre for å få det til å bli litt mer som du ønsker?

Fast innslag i en møteserie

Siden veiledningsgrupper og smågrupper har en serie av møter over tid, kan læring av feil og klagesaker også gjøres til et fast innslag, for eksempel på 10-15 minutter. Ansvaret for dette innslaget går på omgang mellom deltakerne, som kan velge ett av eksemplene i denne boka.

Hendelsen presenteres og gruppedeltakerne kan snakke om i hvilken grad de kjenner seg igjen i eksemplet og hva de kan lære av det. Man kan selvsagt også velge en egen opplevelse, men av hensyn til tidsrammen bør denne da være mer avklaret, og ikke noe man står midt oppe i.

Når dette faste innslag har "satt seg" i gruppen kan det varieres. Isteden for eksempler på feil kan den som innleder ta utgangspunkt i en av de andre artiklene i denne boka.

Kapittel 13
Saker fra tilsynsmyndigheten

Svein Zander Bratland

Brudd på helsepersonelloven betegnes som pliktbrudd. Påviser lokal tilsynsmyndighet (Helsetilsynet i fylket) pliktbrudd, kan saken sendes Statens helsetilsyn for vurdering av advarsel

Saker som ble avsluttet av lokal tilsynsmyndighet – uten videresending til Statens helsetilsyn

1. Jente 16 år – oversett urinveisinfeksjon
Pasienten konsulterte allmennlegen fulgt av sin mor på grunn av smerter i høyre flanke fra samme morgen. Hun opplyste at hun nylig var behandlet for blærebetennelse, men hadde ikke lenger vannlatingsbesvær. Det var uklart om hun hadde feber. Hun hadde tatt angrepillen fire dager tidligere. Ved undersøkelsen var pasienten ikke smertepreget, abdomen var bløt og uøm, ingen bankeømhet over nyrene. Det ble påvist trykkømhet langs bakre del av hoftekammen tilsvarende muskelfester. Tilstanden ble oppfattet å ha myofascial årsak, neppe sammenheng med urinveisinfeksjon. Hun ble tilrådet fysisk aktivitet, ev. bruk av Ibumetin mot muskelsmerter. Det ble ikke tatt urinprøve for å utelukke urinveisinfeksjon. To dager senere oppsøkte pasienten annen lege som gjorde urinfunn og påviste CRP på 143 og hun ble innlagt med nyrebekkenbetennelse.
I ettertid beklaget legen det inntrufne og han innså at det burde vært tatt urinprøve siden pasienten nettopp hadde hatt urinveisinfeksjon.

Helsetilsynet i fylket mente at sykdomsbildet var såpass uklart under den første konsultasjonen at det var vanskelig å stille korrekt diagnose ut fra de opplysningene som da forelå. Legen var kjent med at pasienten kort tid i forveien hadde fått behandling for urinveisinfeksjon og at hun få dager før konsultasjonen hadde hatt samleie. Dette burde medført at det ble foretatt undersøkelse av urinprøve for å utelukke ny infeksjon

i urinveiene som ville være en differensialdiagnose til muskelsmerter. Helsetilsynet mente således at det må tas urinprøve i situasjoner der sykehistorien til pasienten indikerer en forhøyet risiko for at det kan foreligge en behandlingstrengende urinveisinfeksjon, selv om de typiske symptomene på slik infeksjon mangler. Legen ble veiledet i forhold til dette, men det ble ikke funnet at det forelå brudd på helsepersonelloven.

Hva kan læres?
Hos kvinner med urinveisinfeksjon i anamnesen, bør ny infeksjon mistenkes ved uklare flankesmerter.

2. Mann 37 år – hjerteinfarkt, legen var i tvil om innleggelse pga feiltolking EKG

Pasienten kontaktet legevakten med 12 dagers mellomrom for anfall med rask puls og knyting i brystet med halvt minutts varighet, etter hvert hyppigere. Pasienten røykte, hadde familiær forekomst av hjerterytmeforstyrrelser, far døde relativt ung antakelig av hjerteinfarkt. Ved første konsultasjon viste EKG supraventrikulær takykardi – noen minutter senere normalisert. Tilrådet oppfølging hos fastlegen og ny kontakt ved økende besvær.

12 dager senere våknet pasienten på natten av intense smerter midt i brystet uten utstråling. Han hadde vært kvalm uten oppkast. I telefonsamtale med legen oppfattet pasienten det slik at legen ikke fant grunn til transport til legeundersøkelse med ambulanse. Han besørget derfor transporten selv. Ved undersøkelsen anga pasienten store smerter, men legen oppfattet ham ikke som smertepåvirket. Det ble ikke gjort spesielle funn. EKG ble tolket som normalt. Legen ga pasienten nitroglycerin 0,5 mg sublingualt uten effekt. Han skrev i journalen at han ikke fant sikre tegn verken ved anamnese eller undersøkelse som tyder på kardiologisk genese til smerten. Fordi pasienten fortsatt hadde smerter så han ”ingen andre alternativer enn å legge pasienten inn til observasjon”. Pasienten opplevde usikkerheten som ubehagelig og at det var ham selv som måtte presse på for å bli innlagt.

Ved innleggelsen ble det konstatert fremreveggsinfarkt og det ble utført angioplastikk med blokking og implantasjon av stent. Medbrakt EKG fra legevakten ble tolket som forenlig med allerede oppstått fremreveggsinfarkt.

Legen beklaget at pasienten hadde oppfattet at han ikke ville sende ambulanse og innrømmet manglende kompetanse hva gjelder tolking av EKG. Han beklaget videre usikkerheten som pasienten hadde oppfattet knyttet til innleggelsen. Helsetilsynet i fylket påpekte at sykehistorien i seg selv ga grunnlag for mistanke om alvorlig hjertesykdom, og at god praksis ville være straks å rekvirere ambulanse til utrykning for transport av pasienten til legevakten. Det ble videre påpekt at hvis legen ønsker å ta i bruk EKG i diagnostikken, må han sørge for tilstrekkelige kvalifikasjoner til å kunne tolke EKG. Behandlingen av pasienten før innleggelse i sykehus med så sterke indisier på hjerteinfarkt, burde ha vært å gi acetylsalicylsyre og surstoff under transporten. Helsetilsynet konkluderte at legen hadde et forbedringspotensial vedrørende diagnostikk og behandling av akutt hjertesykdom, men at det ikke forelå brudd på helselovgivningen.

Hva kan læres?
Ved brystsmerter er ikke alltid tolkningen av EKG avgjørende. Undersøkelsen bør ikke utføres uten at legen har den nødvendige kompetansen.

3. Mann 45 år – påvisning av alvorlig hypertensjon uten innleggelse – ikke pliktbrudd

Pasienten søkte lege fordi han i noen dager hadde hatt diaré. Han var blitt bra av dette men ønsket helsesjekk. Det ble målt blodtrykk systolisk mellom 202 og 190 og diastolisk mellom 136 og 120 – pulsfrekvens mellom 82 og 90. For øvrig normale funn ved klinisk undersøkelse. Legen valgte å tilråde kontroll etter 2 uker. Blodprøvene viste intet spesielt.

Pasienten ringte dagen etter og ønsket innleggelse for utredning. Han ble imidlertid anbefalt second opinion hos annen lege noe som førte til at han oppsøkte legevakten hvor blodtrykket ble målt til 221/125. Han ble innlagt samme dag. Ved klinisk undersøkelse ble det ikke gjort spesielle funn. Det ble ved CT og MR påvist lite hjerneinfarkt som ikke virket ferskt. Som årsak til hypertensjonen ble det påvist atrofisk høyre nyre med okkludert arterie. Det ble startet behandling med tre forskjellige antihypertensiva.

Helsetilsynet i fylket påpekte at det er vanlig praksis å legge pasienter inn på sykehus tiltrengende øyeblikkelig hjelp ved systolisk blodtrykk over 220 mm Hg, diastolisk blodtrykk

over 125 mm Hg. I dette tilfellet var en av tre målinger så forhøyet at indikasjon for akutt innleggelse forelå. God praksis i dette tilfellet ville ha vært å ta pasienten inn til ny kontroll dagen etter og vurdert behovet for akuttinnleggelse på nytt. Ved funn av så forhøyet blodtrykk som ble gjort ved legevakten, skal pasienten innlegges akutt, hvilket også ble gjort. Helsetilsynets vurdering var at legens handlemåte var på grensen til det faglig uforsvarlige, men uten at pliktbrudd kunne påvises.

Hva kan læres?
NEL: Konferer med indremedisiner ved særlig høye blodtrykk, f.eks. > 220-250 mm Hg systolisk eller > 125-130 mm Hg diastolisk.

Saker vurdert av Statens helsetilsyn

Etter at feilen var begått – gjorde legen alt riktig

4. Jente 1 år – feildosering som følge av uoppmerksomhet – pliktbrudd, men ikke advarsel
Pasienten kom til legevakten mai 2006 på grunn av utslett, antatt som allergisk reaksjon, og ble undersøkt av turnuslege. Etter undersøkelsen ble det i samråd med vakthavende ved barneavdelingen besluttet øyeblikkelig innleggelse. Før avreise skulle pasienten få 50 mg Solu-Cortef og 0,1 mg adrenalin intramuskulært.

Legen ga en lapp med doseringen til helsesekretæren på legevakten. Om det videre hendelsesforløp har legen opplyst:

"Vi hadde en ampulle med Solu-Cortef som inneholdt 2 ml og totalt 100 mg Solu-Cortef. Sykepleieren konfererte med meg og vi trakk sammen opp 1 ml. Jeg satte medikamentet på pasienten. Deretter fortsatte jeg skrivingen av henvisningen. Sykepleieren trakk opp adrenalinet og la sprøyten sammen med ampullen ved siden av meg. Jeg må ha "tatt for gitt "at vi fulgte samme resonnement som ved forrige opptrekking (at riktig dose blir trukket opp). Jeg sjekket på ampullen at det sto adrenalin og injiserte dette. Jeg fortsatte med henvisningen, men etter ca 30 sekunder stusset jeg og følte at noe ikke stemte. Jeg sjekk ampullen igjen. Da så jeg at styrken var 1 mg/ml. Jeg skjønte da at jeg hadde satt 1 mg/ml adrenalin, og ikke 0,1 mg som var intensjonen."

Pasienten ble øyeblikkelig transportert til nærmeste sykehus hvor situasjonen ble stabilisert. Det fremgår at legen og pasientens mor fulgte med under transporten. Etter det opplyste kom pasienten fra hendelsen uten sekvele.

Legen opplyste til Helsetilsynet at han har forklart og beklaget hendelsen overfor pasientens foreldre, og at han har diskutert hendelsen med turnusveileder og kolleger ved legekontoret. I tillegg sendte legen skriftlig rapport til leder ved legevakten. Han uttalte seg slik om hendelsen*: "Dette er en hendelse som er svært beklagelig og som har gått tungt inn på meg. Det har gitt meg en skikkelig vekker med tanke på nøyaktighet og kontrollering av medisinering. Den som injiserer medikamentet må alltid dobbeltsjekke at alt er riktig."*

Det fremgår av legens redegjørelse at han på tidspunktet for hendelsen trodde at samarbeidende hjelpepersonell på legevakten var sykepleier, men at han i ettertid fikk vite at vedkommende var helsesekretær. Han ga uttrykk for at han ville ha vært mer kritisk i kontrollen dersom han visste at vedkommende ikke var sykepleier.

Vedkommende vakt var på en helligdag, og legen opplyste at vakten var svært travel.

Statens helsetilsyns vurdering

Statens helsetilsyn vurderte om legen under feilmedisineringen av pasienten har handlet i tråd med kravet til faglig forsvarlig virksomhet, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd, jf. lovens § 5.

Helsepersonelloven § 4 første lyder:

"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig."

Helsepersonells bruk av medhjelpere reguleres av helsepersonelloven § 5 første ledd som lyder:

"Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgning som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn."

Pasienten fikk 1 mg adrenalin i stedet for 0,1 mg adrenalin. Gitt dose var altså 10 ganger høyere enn den hun skulle ha. Dosen ble injisert intramuskulært uten at legen forsikret seg om at doseringen var riktig. Det fremgår at legen før injeksjonen forvisset seg om at riktig legemiddel ble injisert.

Statens helsetilsyn ser svært alvorlig på at leger ikke påser at legemidler til injeksjon klargjøres og administreres på en forsvarlig måte. Dette gjelder særlig ved intravenøs administrasjon, men også når injeksjonen skal settes intramuskulært, er det nødvendig med aktsomhet. Legemidler som benyttes i denne sammenhengen, er som regel svært potente og feil dose kan dermed få fatale konsekvenser for pasienten.

Bruk av medhjelpere innebærer at det overlates til andre å utføre oppgaver på vegne av en selv. Bruk av medhjelpere forutsetter at den som brukes som medhjelper har nødvendige faglige kvalifikasjoner i forhold til oppgavens art, slik at pasienter sikres forsvarlig helsehjelp. Medhjelpere har et selvstendig ansvar etter helsepersonelloven § 4. Dette vil imidlertid ikke frita helsepersonell som benytter medhjelpere ansvar etter helsepersonelloven.

Statens helsetilsyn fant at legens handlemåte under medisineringen var i strid med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, jf. § 5.

Legen oppdaget feilmedisineringen raskt, og håndterte situasjonen på en god måte. Legen fulgte pasienten til sykehuset, og kommuniserte løpende med pasientens foreldre. Legen erkjente at håndteringen av medisineringen ikke var forsvarlig, og meldte selv fra om hendelsen til Helsetilsynet og tok den opp med kolleger.

Statens helsetilsyn fant derfor at legens handlemåte ikke var av en slik karakter at den kvalifiserer til advarsel i henhold til helsepersonelloven § 56. Det ble vist til forarbeidene til helsepersonelloven som angir formålet med reaksjonen advarsel til *"å reagere på en alvorlig overtredelse av pliktregler og bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av denne art"*.

Hva kan læres?
Legen må selv sørge for korrekt dosering av riktig legemiddel.

Eksempler der tilsynsmyndigheten ikke ga reaksjon, men hvor det er sørgelig likevel

5. Mann 56 år – langvarig sykehistorie der legen mistenker kreft hos pasient med endokarditt – ikke pliktbrudd
I følge pasientens journal oppsøkte pasienten legen 25. mai 2004 pga plager med korsryggen. Det ble påvist muskulær ømhet lumbalt, mest høyre side, uten utstrålende smerter. Tilstanden ble oppfattet som et ryggsyndrom, og pasienten fikk forskrevet Somadril (muskelavslappende) og Cataflam (NSAID). Det ble skrevet henvisning til spesialist og rekvisisjon for transport. I følge uttalelse fra pasientens ektefelle i ettertid, hadde pasienten vært dårlig ca. en uke og hadde i tillegg til de journalførte symptomene en svekket allmenntilstand og vedvarende mild febertilstand.

Pasientens neste konsultasjon var 8. juni 2004. Det fremgår av journalen at Cataflam hadde hjulpet på ryggplagene, men at pasienten hadde fått feber og hostekuler etterpå. Dette ble oppfattet som at Cataflam hadde maskert en lungebetennelse. Ved lytting på lungene ble det ikke hørt fremmedlyder, men CRP var forhøyet (63 mg/l). Likeledes ble urinen undersøkt uten at det ble påvist noe galt. Legen antok at det hadde foreligget en lungebetennelse og skrev ut sykmelding for tre uker med 24. mai 2004 som startdato. Tre dager senere ble det skrevet ut antibiotikum (Amoxicillin) fordi pasienten fortsatt hadde feber. Pasientens ektefelle hevdet senere at mannen skal ha bedt om å bli sendt til mer kvalifiserte undersøkelser ved legebesøket 8. juni 2004. Videre skal han i følge klagen ha nevnt at han hadde problemer med å gå opp bakker.

Det ble tatt ny CRP av pasienten 14. juni 2004. Denne var falt til 35 mg/l. Sykmeldingen ble forlenget med en uke. 16. juni 2004 skrev legen ut ny resept på Cataflam begrunnet i effekt av ryggplagene på høyre side.

Ved konsultasjon 18. juni 2004 fremgår det at legen skrev rekvisisjon til røntgenundersøkelse av ryggen og at sykmeldingen ble forlenget til 25. juni 2004. Det ble tatt CRP som nå nærmest var normal, 18 mg/l. Hemoglobin-verdien var normal. Ved røntgenundersøkelse ble det påvist forandringer

som ved morbus Scheuerman og noe reaktive påleiringer. I følge pasientens ektefelle skal legen fortsatt ha nektet å sende pasienten til mer kvalifisert utredning og undersøkelser.

21. juni 2004 henviste legen pasienten til fysikalsk behandling. Tre dager senere ringte pasienten og fortalte at han fortsatt var plaget. 12. juli 2004 ringte pasienten igjen og anga at han var litt bedre. Tre dager senere ble det skrevet sykepengeattest med friskmeldingsdato 26. juli 2004. Ved konsultasjonen 27. juli 2004 fremgår det at pasienten hadde stadig litt framgang. Det ble imidlertid skrevet ny sykmelding fra den 26. juli 2004 fram til 14. august 2004.

Neste konsultasjon var 14. september 2004. Pasienten hadde i mellomtiden blitt behandlet ved legevakten 9. august 2004 for mulig flåttbitt under høyre arm. Det fremgår av journalnotatet fra legevakten at han ble behandlet med Apocillin. Pasienten fortalte at kvalmen han hadde hatt forsvant i august, men at *"venstre side av ryggen henger igjen"*. Det ble rekvirert en rekke blodprøver, samtidig som det ble skrevet ut ny rekvisisjon på fysikalsk behandling. Ved klinisk undersøkelse ble det ikke påvist unormale lymfekjertler på halsen eller i armhulene og det var normale forhold ved undersøkelse av buken. Laboratorieprøvene viste forhøyet SR (60 mm) og CRP (59 mg/l). Hemoglobin-verdien hadde sunket til 11.2 g/dl. Ved elektroforese ble det påvist akuttfasereaksjon med gammaøkning.

Ut over dette fremkom det ikke patologiske prøvesvar. Det ble ikke påvist infeksjonstegn ved blodutstryk og antall hvite blodlegemer. Det ble også rekvirert røntgenundersøkelse av brystet og CT-undersøkelse av buken. Journalnotatet er knapt og gir ingen informasjon om hvorfor det igangsettes bred utredning av pasienten. I følge pasientens ektefelle oppsøkte pasienten legen på dette tidspunktet fordi de samme symptomene var kommet tilbake med fornyet styrke. I tillegg var pasientens allmenntilstand betydelig forverret og han var blitt avmagret.

Ved telefonkonsultasjon 23. september 2004 fremgår det av journalen at pasienten er *"stadig lettere"*. Ved konsultasjon 1. oktober 2004 var CRP steget til 88, hemoglobin-verdien var uforandret. Svar på røntgenundersøkelsene forelå 4. oktober 2004. Det ble påvist noe stor milt med uoversiktlige forhold omkring bukspyttkjertelens hode. Det ble ikke påvist noe spesielt med hjerteskyggen.

Ved neste konsultasjon den 11. oktober 2004 ble pasienten henvist til medisinsk poliklinikk med anmodning om å bli innkalt med høy prioritet. Det foreligger et lengre journalnotat hvor sykdomsforløpet gjennomgås. Ved denne konsultasjonen var hemoglobin-verdien uforandret og CRP 76. Det fremgår bl.a. at vedvarende høye infeksjonsparametre og lav hemoglobin kombinert med vekttap har gitt mistanke om mer alvorlig bakenforliggende sykdom.

14. oktober 2004 forelå svar på ny CT-undersøkelse av øvre abdomen som viste at milten var noe større. 18. oktober 2004 var hemoglobin-verdien falt til 10,4 og CRP økt til 87.

Pasienten ble 25. oktober 2004 innlagt medisinsk avdeling for utredning. I følge journalnotat ved innkomst fremgår bl.a.: *"Fra mai –04 har han følt seg syk. Det tilkom kramper, stivhet og smerter i muskulaturen i overkroppen, forhøyet feber, forstyrret søvn, gått ned 6-7 kg. Disse plagene ble vedvarende gjennom sommeren. Etter august har han blitt mindre plaget av muskelsmerter. Begynte å føle seg slapp og trøtt utover i september. Fra 25.09 følt seg forkjølet, øm i halsen, tørr hoste, neseblødning. Nattesvette, jevnt feberbilde (38.5 om kvelden) i 2-3 uker."* Det ble hørt en systolisk bilyd over hjertet grad I til II. De første undersøkelsene rettet seg likevel mot den påviste miltforstørrelsen og det ble bestilt skjelettscintigrafi.

Ved undersøkelse av pasienten 26. oktober 2004 ble allmenntilstanden oppfattet som god, men *"virker kanskje litt blek og tynn"*. Pasienten ble henvist til gastrologisk undersøkelse. Neste dag ble han henvist og vurdert ved kardiologisk laboratorium og pasienten ble behandlet med antibiotikum på grunn av mulig endokarditt som senere ble verifisert.

Statens helsetilsyns vurdering

Statens helsetilsyn vurderte om undersøkelser og behandling legen foretok i den aktuelle perioden var i samsvar med forsvarlighetskravet. Helsetilsynet i fylket hadde lagt til grunn sakkyndige uttalelser. Statens helsetilsyn bemerket at de sakkyndige som har uttalt seg til saken i stor grad har vurdert saken i lys av uttalelser fra pasientens ektefelle om at opplysningene som pasienten ga under konsultasjonene skulle peke i retning av en mer alvorlig tilstand.

Behandlingen legen ga frem til 14. september 2004 knyttet seg til pasientens ryggplager. Legen fulgte opp pasientens plager med røntgenundersøkelse som påviste forandringer som ga en

plausibel forklaring på plagene. Videre ble pasienten henvist til fysioterapeut som etter det vi kan se av sakens dokumenter ikke gjorde funn som kunne trekke årsaksforholdet i tvil. Det ble bemerket at det ikke er uvanlig med en nær tre måneders sykmelding for ryggplager. Journalføringen i perioden mai – august 2004 er imidlertid sparsom, både når det gjelder anamnestiske opplysninger og kliniske funn.

Når det gjelder pasientens hoste med feber, ble dette etter Statens helsetilsyns vurdering utredet på en forsvarlig måte med lytting på lungene og oppfølging av CRP til verdien ble normalisert. Normaliseringen av CRP sannsynliggjorde effekt av behandlingen med antibiotikum. Det er i litteraturen beskrevet at bare 4 % av pasientene med endokarditt har normal CRP. Det ble senere kjent at pasienten fikk tannbehandling i februar/mars 2004 og dette ble så sett i sammenheng med endokarditten som ble påvist i oktober. Dette ligger utenfor det en med rimelighet kunne forvente at legen burde ha fått mistanke om på det aktuelle tidspunktet.

Pasientens ektefelle mener at pasienten skal ha nevnt at han hadde problemer med å gå opp bakker. Etter Statens helsetilsyns vurdering er det lite sannsynlig at legen ikke ville ha vurdert dette symptomet dersom det var blitt presentert. Imidlertid er dette et forhold der påstand står mot påstand, noe som gjør det vanskelig for Statens helsetilsyn å vurdere dette.

Statens helsetilsyn vurderte legens behandling av pasienten frem til 14. september 2004 som forsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4.

Journalnotatet av 14. september 2004 er knapt. Imidlertid bærer de diagnostiske tiltak klart preg av at legen vurderte malign sykdom som en mulighet for pasientens plager. På bakgrunn av tidligere funn anser vi ikke at denne vurderingen av sykdomsutviklingen var uforsvarlig. Det ble ikke ansett som uforsvarlig at en allmennlege ikke oppdager en systolisk bilyd over hjerte grad I til II. Videre ble det bemerket at det er vanlig å forvente meget høy CRP ved alvorlige bakterielle infeksjonssykdommer. Ved endokarditt er det rapportert verdier langt over 300. Det er således ikke urimelig at legen i sin videre utredning tok utgangspunkt i å avdekke muligheten for malign sykdom.

Da det ble påvist forstørret milt hos pasienten i begynnelsen av oktober 2004 burde legen imidlertid etter Statens helsetilsyns vurdering ha tatt telefonisk kontakt med sykehuset for

snarlig innleggelse av pasienten. Etter vår vurdering var legens handlemåte på dette tidspunktet ikke i tråd med god praksis, men den ble ikke oppfattet som uforsvarlig i henhold til helsepersonelloven § 4.

Pasientens ektefelle hevdet at pasienten ved innleggelsen i sykehus var i svært dårlig forfatning. Dette er imidlertid ikke i samsvar med hvordan tilstanden ble oppfattet av legene ved sykehuset. I journalen fra innleggelsesdagen er det beskrevet at pasienten begynte å føle seg slapp og trøtt utover i september. Ved undersøkelsen andre dag på sykehuset er allmenntilstanden beskrevet som god, men at pasienten virket kanskje litt blek og tynn. Videre ble det bemerket at endokarditt fremsto som en tentativ diagnose først på sykehusoppholdets tredje dag.

På bakgrunn av de opplysningene som fremgår av pasientens journal fra sykehuset, var det etter Statens helsetilsyns vurdering ikke uforsvarlig at legen ikke vurderte pasientens plager til å være forårsaket av hjertesykdom. Statens helsetilsyn fant imidlertid grunn til å påpeke at det hadde vært god praksis å søke spesialistbistand medio september 2004 på grunn av den langvarige sykdomstilstanden med uavklarte symptomer og vedvarende forhøyet CRP.

Hva kan læres?
Ved vedvarende plager fra flere organsystemer, bør legen også vurdere sjeldnere infeksjonstilstander.

6. Mann 63 år – oppfølging av pasient med mulig cancer prostata – ikke pliktbrudd

Det framgår av saksdokumentene at pasienten fikk påvist tumor/knute i prostata i 1988. Årlige biopsier viste godartet svulst eller betennelse. I desember 1994 anbefalte sykehuset regelmessige PSA-kontroller av pasienten. Legen tilskrev pasienten og ba ham sørge for å oppsøke lege to ganger i året for kontroller.

Den første PSA-prøven av pasienten ble tatt i januar 1995. Inntil slutten av 1998 var pasientens PSA-nivå stabilt på 10 – 12 ng/ml. I 1999 var PSA-verdien 22 ng/ml, men falt senere samme år til 10 ng/ml igjen. Pasienten ble innkalt til nye PSA-målinger, men ingen andre forholdsregler ble tatt. Juni 2000 var PSA-verdien 28 ng/ml, og pasienten ble bedt om å ta ny kontroll om seks måneder.

Neste journalnotat er fra november 2001, men PSA-prøver er ikke nevnt. Denne konsultasjonen skjedde imidlertid hos annen lege ved senteret. Ny PSA-prøve ble tatt mai 2002, og da var verdien steget til 39 ng/ml. Pasienten ble deretter innkalt til kontroll med tanke på videre utredning. Nye prøver 16. januar 2003 viste en PSA på 54 ng/ml. Ved klinisk undersøkelse i februar 2003 antok legen at det forelå en cancer, og pasienten ble henvist til urolog. Det var ikke vesentlige endringer i pasientens vannlatingsmønster. Pasienten fikk time hos urolog samme måned, men møtte ikke. Etter at pasienten ble kontaktet kom han til undersøkelse i mars 2003. Biopsier fra prostata viste utbredt cancer i prostatakjertelen, og røntgen viste sterk mistanke om spredning til skjelettet. Tilstanden ble vurdert som inoperabel. Pasienten døde i mars 2004.

Legen pekte i ettertid på at da PSA-verdien i juni 2000 ble målt til 28 ng/ml, fikk pasienten beskjed om å komme til kontroll om seks måneder. Han møtte imidlertid ikke til PSA-prøvetaking før mai 2002. Da var PSA-verdien 39 ng/ml og han ble innkalt til ny kontroll med henblikk på ny utredning. Han møtte ikke opp før 7. februar 2003. På dette tidspunkt ble pasienten henvist til urolog.

Statens helsetilsyns vurdering

Det sentrale vurderingstemaet i saken er om legen fulgte opp pasientens prostataproblemer på en forsvarlig måte. Journalnotatene ga et godt grunnlag for Statens helsetilsyns vurderinger.

Etter at legen overtok ansvaret som behandlende lege i 1995 fulgte legen opp anbefalingen fra spesialist om PSA-prøvetaking 1 – 2 ganger i året.

Innledningsvis i drøftelsen ble det bemerket at PSA ikke er kreftspesifikt. Det betyr at mange med forhøyet verdi ikke har kreft. I nærværende sak var det klinisk mistanke om cancer fra 1988, og bruken av PSA i oppfølgingen av pasienten må antas å være adekvat.

PSA-verdier mellom 10 og 30 representerer en sterk økning av faren for kreft. Imidlertid kan det også påvises slike verdier ved godartede tilstander som prostatitt og benign hyperplasi. PSA-verdier over 30 tyder på at kreft er sannsynlig. Økt PSA er imidlertid ikke alene avgjørende for hva slags behandling pasienten skal få. PSA-verdien må sees i sammenheng med pasientens helsesituasjon for øvrig.

Legen iverksatte ikke spesielle tiltak når PSA-verdien kom over 10 ng/ml med tanke på prostatakreft. Det kan diskuteres om dette burde vært gjort. Imidlertid ble det lagt vekt på at det rent medisinsk ikke finnes gode holdepunkter for at en PSA-verdi med en så beskjeden økning som i nærværende tilfelle har klare diagnostiske/prognostiske implikasjoner. Da PSA-nivået nærmet seg 30 ng/ml, ble pasienten innkalt. Siden PSA-verdien tidligere hadde "normalisert" seg, var det rimelig å ta ny prøve før beslutning om henvisning til spesialist ble tatt. Da PSA-nivået kom opp på 54 ng/ml henviste legen pasienten til urolog. God praksis ville vært å henvise pasienten i mai 2002 da verdien var 39 ng/ml. Avviket kan ut fra en helhetsvurdering ikke anses som uttrykk for uforsvarlig legevirksomhet.

Det medisinske vurderingsgrunnlaget for bedømmelsen av legens oppfølging av pasienten, er at pasienten over 14 år hadde hatt jevne og ikke alarmerende høye PSA-verdier. I de første seks årene ble det påvist forhøyede verdier opp mot 10 ng/ml uten at det ble påvist kreft i prostata. Deretter ble det registrert en noe brattere stigning av PSA-nivået inntil dette falt tilbake til et mer normalt nivå før PSA-målingene igjen ga for høye verdier. Med kildehenvisning til Norsk elektronisk legehåndbok bemerket Statens helsetilsyn at i en oppfølgingsstudie av pasienter med unormale PSA-verdier der det ikke ble utført medisinske eller kirurgiske intervensjoner, normaliserte verdien seg hos halvparten i løpet av 1 – 4 år. Det innebærer at det i forhold til mange pasienter vil være riktig å avvente ved mindre endringer i PSA over tid, og følge opp med nye målinger før eventuelle ytterligere tiltak settes i verk. Det er videre vist at raskt stigende PSA er forbundet med klart dårligere prognose enn der økningen skjer langsomt. Med dette medisinske utgangspunktet la Statens helsetilsyn til grunn, som et moment i vurderingen av legens oppfølging av pasienten, at sykdomsutviklingen var klart atypisk.

Statens helsetilsyn har i vurderingen også lagt vekt på at pasienten selv klart bidro til at den medisinske oppfølging trakk ut i tid slik det er redegjort for ovenfor. Ved pasientens besøk på legekontoret i november 2001 er det ikke i journalnotatet anført noe om PSA-prøvetaking. Dette kan imidlertid ikke bebreides legen siden legen ikke ble konsultert ved dette besøket.

På denne bakgrunn fant Statens helsetilsyn ikke at legen opptrådte uforsvarlig i forhold til oppfølging av pasienten.

Hva kan læres?
Enkelte pasienter trenger tettere oppfølging enn andre.

7. Gravid – 21 år – preeklampsi – systemsvikt i svangerskapsomsorgen – pålegg til kommunen
Ved svangerskapskontroll hos jordmor i svangerskapsuke 34, ble det påvist proteinuri (3 +) og forhøyet blodtrykk (160/98 mm Hg). Det ble sett lett hevelse i føtter, og vektøkning ble tilskrevet graviditeten og arbeidet pasienten hadde ved et sykehjem. Jordmor mistenkte begynnende svangerskapsforgiftning og noterte dette og funnene i helsekortet. Hun vurderte det slik at pasienten burde sykmeldes. Dette ble tatt opp med lege som jordmor og pasienten møtte på gangen i helsesenteret. Pasienten ble ikke sykmeldt av legen på dette tidspunktet, og hun ble heller ikke undersøkt av ham. Samtalen ble ikke journalført.

Etter dette gikk jordmor sammen med pasienten til resepsjonen for å informere om at pasienten skulle komme tilbake dagen etter (fredag) for ny kontroll av blodtrykk og urinprøve. Hun ble bedt om holde seg i ro, og dersom hun skulle føle seg dårlig med for eksempel synsforstyrrelse, hodepine eller lignende skulle hun umiddelbart kontakte lege.

Det går fram av saksdokumentene at pasienten ikke møtte til prøvetaking dagen etter. Imidlertid kom pasientens samboer med urinprøve som ble levert i ekspedisjonen på helsesenteret. Prøven var bestilt i legens navn. Prøven ble undersøkt og stiks viste proteinuri 3 +. Prøvesvaret ble skrevet inn i datajournalen og prøveresultatet ble automatisk sendt til legens meldingsboks. Annen form for meddelelse om prøven eller pasienten fikk ikke legen. Det er ut fra opplysningene i saken ikke mulig å slå fast om legen fikk se resultatet før mandagen.

Sykepleier ved helsesenteret ringte pasienten og orienterte henne om prøvesvaret og spurte hvordan hun følte seg. Hun fortalte at hun hvilte, og hun ble bedt om å ringe legevakten ved behov. Jordmor hadde fri denne dagen, og deltok således ikke i oppfølgingen av pasienten.

Mandagen kom pasienten til avtalt legetime klokka 14.00. Hun var først på laboratoriet for veiing, urinprøvetaking og blodprøve. Blodtrykket var 198/130, det ble påvist proteinuri og ødemer. Legen la henne umiddelbart inn på sykehus. Etter innleggelsen fikk hun et eklamptisk anfall. Et levende barn ble

forløst ved akutt sectio, men pasienten fikk hjertestans og døde. Det framgår av obduksjonsrapporten etter rettsmedisinsk undersøkelse at dødsårsaken antas å være svangerskapsforgiftning (eklampsi).

I ettertid uttalte jordmor at tiltakene og instruksjonene gitt til pasienten var riktige under de rådende omstendigheter. Pasientens søster uttalte blant annet at pasienten hadde hatt rask vektøkning den siste tiden, og at hun hadde ødemer allerede torsdagen. Av brev fra legen går det fram at han ikke kunne se at han hadde et behandleransvar overfor pasienten før konsultasjonen som fant sted mandagen.

Statens helsetilsyns vurdering
Det sentrale vurderingstemaet i saken var om helsehjelpen jordmor og lege ga torsdagen, var forvarlig med utgangspunkt i symptomene på preeklampsi.

Resultatene av prøvene og målingene foretatt torsdagen indikerte etter jordmors oppfatning mistanke om begynnende svangerskapsforgiftning (preeklampsi). Dette ble notert i pasientens helsekort. Jordmor opplyste at hun ikke fant tegn til ødemer.

Typiske symptomer på svangerskapsforgifting er høyt blodtrykk, proteinuri og eventuelt ødemer. Blodtrykket ble målt til 160/98 og det ble påvist betydelig proteinuri. Etter alminnelig medisinsk vurdering, befant pasienten seg således i en tidlig fase av preeklampsi.

Ut i fra pasientens tilstand forelå det flere handlingsalternativer. Det mest nærliggende var å sørge for at pasienten fikk helsehjelp fra lege eller obstetrisk poliklinisk oppfølging. Jordmor hevdet i sine tilleggsopplysninger at hun ved å be legen om sykmelding for pasienten, og i den forbindelse orienterte ham om hennes tilstand, hadde oppfylt kravet om å søke hjelp hos annet helsepersonell. Legen på sin side hevdet at han ikke oppfattet det slik, og at han anså at hans oppfølgingsansvar først inntraff da pasienten kom til ham mandagen. Legen oppfattet jordmor ikke slik at det i anmodningen om sykmelding lå et behov eller ønske om at han skulle ta over oppfølgingen.

For Statens helsetilsyn framsto således opplysningene i saken som motstridende, der jordmor og legen hadde ulike oppfatninger. Det er få holdepunkter ellers i saken som bidrar til å klargjøre hva som faktisk fant sted. I helsesenteret var det

legen som hadde det overordnende helsefaglige ansvar for senterets virksomhet. Det er enighet om at han ble bedt om å skrive ut en sykmelding, og det antas at han i denne sammenheng måtte ha tilstrekkelig kunnskap om pasientens tilstand til videre oppfølging også etter torsdagen. På bakgrunn av sakens dokumenter står det imidlertid påstand mot påstand med hensyn til jordmors informasjon til legen.

Statens helsetilsyn framhevet viktigheten av at det blir kommunisert tydelig hvilket behov det er for bistand videre i oppfølgingen av pasienter.

Jordmor hadde mistanke om preeklampsi underbygget av blodtrykksmålinger og urinprøve. Selv om hun hadde sørget for oppfølging med ny kontroll dagen etter, burde hun ha forsikret seg om at legen var orientert om dette. Statens helsetilsyn la videre til grunn at legen hadde en særlig plikt til å ta det helsefaglige ansvaret når han visste at jordmor ikke var til stede dagen etter. At spesialisthelsetjenesten ikke ble kontaktet allerede torsdagen, var etter Statens helsetilsyns vurdering ikke god praksis, men ikke medisinsk uforsvarlig på bakgrunn av pasientens tilstand på dette tidspunkt.

Selv om det kan hevdes at kommunikasjonssvikten er unnskyldelig på bakgrunn av at rutinene for ansvarsfordelig og intern kommunikasjon mellom helsepersonell på helsesenteret var utilstrekkelige, er ikke dette tilstrekkelig til å frata helsepersonellet et individuelt ansvar for å sikre pasientens behov for forsvarlig behandling. Mangelfulle rutiner satte etter vår vurdering ikke skranker for en forsvarlig yrkesutøvelse fra helsepersonellets side.

Det er altså gitt motstridende opplysninger fra jordmor og legen om sentrale deler av sakens faktum, og på bakgrunn av dette finner ikke Statens helsetilsyn grunnlag for å konkludere med at det enkeltes helsepersonells helsehjelp var uforsvarlig.

Kommunen ble pålagt å lage gode retningslinjer for ansvarsfordeling og oppfølging av gravide.

Hva kan læres?
Tydelig kommunikasjon for å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter.

8. Kvinne 24 år – lungeemboli med symptomer på luftveisobstruksjon – ikke pliktbrudd

Pasienten oppsøkte legevakt etter å ha vært tungpustet en ukes tid. Hun hadde ingen feber, men følte seg tungpustet og hadde smerter i brystet. Vakthavende lege anførte i journalen at han ved auskultasjon hørte rikelig med krepitasjoner og enkelte pipelyder. Han oppfattet dette som forenlig med bronkitt, og fant at hun etter inhalasjon av bronkolytika (Ventoline og Atrovent) ble betydelig bedre. Ved fornyet auskultasjon hørtes bare enkelte krepitasjoner. Det er ikke anført noe om hoste og oppspytt, at temperaturen ble målt eller at det ble tatt blodprøver. Det ble heller ikke omtalt at pasienten brukte p-piller. Legen forskrev Dumoxin og ga råd om ny kontakt ved behov. Neste natt ble lege tilkalt til hjemmet. Legen fant pasienten blek, smertepåvirket og kortpustet. Etter kort tid ble hun bevisstløs med hjertestans. Til tross for utvendig hjertemassasje og opplivningsforsøk i sykebil var hun død ved ankomst sykehus. I obduksjonsrapporten er blodproppdannelse i venstre ben beskrevet som årsaken til blodproppvandring til lungepulsårene. De lokale utvendige funnene ble beskrevet som sparsomme.

Pårørende klaget over mangelfull helsehjelp ved at diagnosen bronkitt ble stilt på manglende grunnlag, og at alternativ forklaring ikke ble undersøkt, særlig siden avdøde brukte p-pille.

Statens helsetilsyns vurdering

Blodpropp hos unge kvinner forekommer svært sjelden. Blodpropp i lungene er en vanskelig diagnose å stille klinisk. De vanligste symptomer kan være hoste og tungpustethet. Dette er symptomer som også forekommer ved lungebetennelse og andre luftveisinfeksjoner. Hos de fleste kommer symptomene brått, hos andre mer snikende. Ved lungeemboli er det oftest ingen eller ukarakteristiske funn over lungene. Ved lungebetennelse er det oftest krepitasjoner, men pipelyder utelukker ikke diagnosen. Feber og hoste er vanlig ved luftveisinfeksjoner, det samme er hoste ved lungeemboli. Fravær av symptomene utelukker ikke diagnosene. Det må understrekes at ingen kombinasjoner av symptomer og funn har særlig høy positiv prediksjonsverdi.

Symptomene hos pasienten var ikke typiske for lungeemboli. Symptomatologien var imidlertid heller ikke entydig i forhold til den diagnosen som ble satt. Ved tungpust i kombinasjon med smerter i brystet og rikelig med krepitasjoner og enkelte pipelyder, burde allmennlegen ha overveid diagnosen lunge-

betennelse. Han har imidlertid i situasjonen valgt å oppfatte pasientens tungpust som betinget i bronkial obstruksjon, og fått støtte i det ved den observerte positive responsen på behandlingen med legemiddel som virker krampeløsende på muskulaturen i luftrørene i lungene. Dette har klart medvirket til at andre diagnoser ikke ble vurdert. Dette er legens vurdering i situasjonen basert på klinisk skjønn.

Ut fra symptomer og funn og forekomsten av de aktuelle tilstander, burde lungebetennelse vært vurdert som den mest sannsynlige, dernest obstruktiv lungelidelse. På grunnlag av det som er nevnt ovenfor om symptomer og funn ved − og forekomsten av − lungeemboli, var sannsynligheten for denne diagnosen redusert i tilstrekkelig grad. Dessuten er det journalført at pasienten ble bedt om å ta ny kontakt ved fortsatt besvær.

I allmennmedisinsk virksomhet kan det ikke stilles som krav at rett diagnose alltid blir stilt. Men det skal stilles som krav at legen har gjort adekvate medisinsk-faglige vurderinger, herunder differensialdiagnostiske overveielser.

Legen observerte oppnådd bedring ved gitt behandling, og informerte pasienten om å ta kontakt igjen ved fortsatt besvær. Statens helsetilsyn fant således ikke grunnlag for å hevde at legen hadde opptrådt uforsvarlig.

I vurderingen av alvorligheten av legens handlinger er det viktig å påse at sakens utvikling etter at legens kontakt med pasienten er avsluttet, ikke skal ha innflytelse på vurderingen. Det tragiske dødsfallet skal derfor ikke vektlegges, kun den risiko som forelå på undersøkelsestidspunktet for at en alvorlig utvikling kunne skje. Forekomsten av tilstanden er meget lav i angjeldende befolkningsgruppe og forløpet hos den aktuelle pasienten meget uvanlig.

Hva kan læres?
Ved uklare symptomer og funn fra luftveiene hos kvinner som bruker p-piller, bør lungeemboli tas med i den diagnostiske tankegangen.

Eksempler der tilsynsmyndigheten ga advarsel

9. Mann 36 år – typiske symptomer på hjerneblødning som legen unnlot å forhøre seg om – advarsel
Pasientens samboer ringte legevakten om natten fordi han hadde sterke hodesmerter. Det ble ringt to ganger til legevakten, og den første henvendelsen fra pasientens samboer ble håndtert av sykepleier ved AMK-sentralen ca. kl. 02. Denne samtalen er ikke registrert i akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) og heller ikke lydlogget. Den andre henvendelsen fra pasientens samboer ca en halv time senere, ble mottatt av annen sykepleier ved AMK-sentralen. Denne samtalen er registrert i AMIS og er lydlogget. Legevakten ble varslet og ca. 10 minutter senere ble samboer satt i telefonkontakt med legen. Denne samtalen ble ikke lydlogget. Legen hadde ikke kontakt med pasientens samboer mer enn denne ene gangen. Han kjente heller ikke til hennes første henvendelse til AMK-sentralen.

Av utskrift fra lydlogg fremgår følgende av samtalen mellom samboer og AMK-sykepleier:

"Ja, hei jeg ringte for en liten stund siden om min samboer angående intense smerter i hodet .... Disse smertene vil ikke avta, så går de ned i nakken når de er som verst.

-Jaha, feber?

-Han har nettopp kastet opp, nei jeg tror ikke det

- Jeg spør lite grann for jeg vet at det har gått litt sånn der, skulle jeg til å si hodesmerter ja, men det er og da gjerne i forbindelse med forkjølelser litt sånne ting, fordi der har du den som går nedover litt i nakken og skjønner du.

-Ja, men det er ikke det, jeg forklarte i stad at vi hadde hatt samleie og det var idet han fikk orgasme at det skjedde.

- Javel.

- At det var en reaksjon som kom da og da svartnet det litt for han og han følte han falt vekk og det ringte i hodet på han og ja, vanskeligheter for å fokusere og sånt. Det fortalte jeg i stad da, så jeg trodde at dere hadde fått…..

-Ja.

- Det er litt ekkelt for det har pågått i 3 timer nå med, ja han føler han har en bryter som skrues av og på, eller skulle til å si at det jevn smerte, så tiltar det så avtar det."

Av lydloggen fremgår at samtalen ble satt over til legen. Etter telefonkonsultasjonen med legen var journalnotatet som følger:

"Influensalignende plager. Slapphet, hodepine. Råd mot influensa – evt. ny kontakt."

Journalnotatet var ført på et ark der også øvrige telefonkonsultasjoner fra samme vakt var nedtegnet.

Pårørende henstilte til legen å rykke ut. Han imøtekom ikke anmodningen, hvorpå pårørende tilbød seg å kjøre pasienten til legen. Hun opplevde da legen som avvisende også til dette. Helsetilsynet fant det ikke dokumentert hvorvidt legen under samtalen var orientert om den første henvendelsen til AMK-sentralen, og det legges derfor til grunn at han var uvitende om denne.

Til tross for vedvarende hodesmerter møtte pasienten på jobb etter tre dager. Han kollapset imidlertid to uker senere og ble innlagt på sykehus hvor det ble påvist subaraknoidalblødning (hjerneblødning) og utposing på en av hjernens pulsårer.

Statens helsetilsyns vurdering
På bakgrunn av opplysningene i saken har Helsetilsynet vurdert om det var forsvarlig at legen ikke rykket ut på legevaktbesøk, og om kravene til føring av journal er oppfylt, jf. helsepersonelloven. Under forsvarlighetsvurderingen inngikk også vurdering av hvorvidt legen overholdt plikten til å yte øyeblikkelig hjelp, jf. § 7.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov.

Det sentrale i saken var hvorvidt det var forsvarlig av legen å velge ikke å tilse pasienten. Leger som har legevakt plikter straks, det vil si så snart som mulig, å gi helsehjelp til pasienter hvis det står om livet eller det er fare for alvorlig forverring av helsetilstanden om medisinsk undersøkelse ikke gjennomføres eller utsettes. Vurderingen av hvorvidt det er behov for

øyeblikkelig hjelp må skje etter et konkret medisinsk skjønn mht. hva som er forsvarlig ut fra foreliggende opplysninger.

Helsetilsynet finner at et sentralt spørsmål er hvordan legen innhentet opplysninger om pasientens sykdomstilstand. I Allmennmedisin – Klinisk arbeid (red. S. Hunskår) er det anført:

"Plutselig innsettende sterk hodepine hos en pasient som tidligere ikke har hatt slike plager, kan ofte indikere akutt, alvorlig sykdom (subaraknoidalblødning, intrakraniell blødning eller meningitt.)"

Helsetilsynet oppfatter det slik at opplysningen om dette symptomkomplekset var tilgjengelig. Legen forhørte seg imidlertid ikke om dette. Lege har ansvar for at opptak av anamnese blir tilstrekkelig omfattende til at faglig forsvarlige vurderinger kan foretas. Helsetilsynet fant at det gjennom lydloggen ble bevist at det var tilgjengelig opplysninger om symptomer forenlig med livstruende tilstand.

Det er legens ansvar å få fram slike opplysninger i tilfelle der det som det fremgår i legens journalnotat, gjøres henvendelse om hodepine på natt. Helsetilsynet fant det ved legens journalnotat ikke sannsynliggjort at telefonhenvendelsen på dette tidspunkt hadde influensa som årsak. Legen hadde for eksempel ikke anført noe om feber eller andre symptomer knyttet til influensa. I legens tilleggsopplysninger ca 9 måneder senere fremkom det at pasienten hadde følt seg litt tufs siste døgnet forut for telefonhenvendelsen. Det ble ikke funnet holdepunkter for denne anførselen i sakens øvrige dokumenter, og den ble derfor ikke tillagt vekt.

Statens helsetilsyn fant at legen feilvurderte situasjonen da han gikk ut fra at pasienten hadde fått utbrudd av influensa og ikke var i behov for øyeblikkelig hjelp. Etter Helsetilsynets vurdering ble det ikke innhentet tilgjengelige opplysninger om symptomer som tilsa at det forelå en alvorlig sykdomstilstand som for eksempel begynnende hjerneblødning. Helsetilsynet finner dette uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4. Helsetilsynet finner at legens unnlatelse av å tilse pasienten representerer både brudd på kravet til forsvarlighet og på plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Helsetilsynet var av den oppfatning at legen burde ha sørget for at han fikk sett pasienten for å vurdere videre utredning av differensialdiagnoser, eventuelt henvise ham videre til

spesialisthelsetjenesten. Legen burde ha innhentet tilgjengelig informasjon for å kunne avgjøre om pasientens tilstand var alvorlig. Helsetilsynet fant ut fra sakens dokumenter at det var uaktsomt at legen ikke oppfattet at pasienten var i behov for øyeblikkelig hjelp.

Plutselig innsettende sterk hodepine hos pasienter som ikke tidligere har hatt slike plager, kan indikere akutt alvorlig sykdom. Å innhente informasjon som kan avdekke om det foreligger alvorlig sykdom, er derfor av stor viktighet, herunder om nødvendig tilse pasienten. Legen sikret seg ikke i tilstrekkelig grad de opplysningene som var tilgjengelige om en alvorlig tilstand. Dette medførte at sykdomsutviklingen ikke ble fulgt opp slik man skulle kunne forvente. Dette førte til at tilstanden fikk et alvorligere forløp enn hvis alarmsignalet var blitt oppfattet. Helsetilsynet fant således at legens mangelfulle anamneseopptak var egnet til å påføre pasienter betydelig belastning.

Journalføringen

Leger plikter å føre fortløpende journal for den enkelte pasient, dvs. at journalnotatene må holdes atskilt. Helsetilsynet viste til at pasientjournaler også om nødvendig skal brukes som et verktøy av andre leger i pasientbehandlingen. Videre skal journalen kunne brukes av tilsynsmyndigheten i forbindelse med en etterfølgende vurdering av behandlingen som har blitt utført. Det ble således vurdert om hvorvidt mangelfull journalføring førte til at legens pasientrettede virksomhet var uforsvarlig.

Legens fortløpende nedtegnelser på et ark for samtlige pasienter tilfredsstiller ikke lovens krav mht. atskilt journal for hver pasient.

Av lovens forarbeider fremgår at en enkelt hendelse hvor journalføringen ikke er innen lovens rammer, i seg selv ikke kvalifiserer for administrativ reaksjon.

Statens helsetilsyn ila legen advarsel i hht. helsepersonelloven § 56 for å ha overtrådt plikten til forsvarlig virksomhet og unnlatelse av å gi øyeblikkelig hjelp på en måte som var uaktsom og egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning.

Statens helsepersonellnemnd

Legen klaget på vedtaket til Statens helsepersonellnemnd fordi han mente at det var pasientens versjon av det aktuelle handlingsforløpet som var lagt til grunn. Han mente at det var tatt

for gitt at all den informasjon som fremgikk av AMKs lydlogg også ble gitt til ham.

Nemnda påpekte at den ikke tok stilling til denne uoverensstemmelsen da den uansett ikke var avgjørende for saken. Det ble vist til at det var innhentet utskrift av lydlogg mellom pasientens samboer og sykepleier ved AMK-sentralen den aktuelle natten, og at den ga utfyllende og detaljerte opplysninger om pasientens plager; hvordan de oppsto, art og intensitet. Spørsmålet i saken var om legen stilte de nødvendige spørsmål for å avklare pasientens helsetilstand.

Nemnda bemerket for øvrig at journalføringen ikke var i samsvar med de krav som stilles i loven til atskilt journal for hver enkelt pasient, jf helsepersonelloven § 39. Nemnda kom til at klagers opptreden i foreliggende sak var så kritikkverdig at den kvalifiserte for en advarsel etter helsepersonelloven § 56. Legens klage førte således ikke fram, og det påklagede vedtak ble stadfestet. Vedtaket er enstemmig.

Hva kan læres?
Det må sørges for at anamneseopptaket er tilstrekkelig, før det tas stilling til om pasienten har behov for øyeblikkelig hjelp.

10. Mann 57 år – manglende oppfølging av stigende PSA – advarsel

Det fremgår av dokumentasjonen at pasienten oppsøkte legen i oktober 2001 fordi han ikke følte seg i form. Under konsultasjonen anførte han at han hadde problemer med vannlatingen, og undersøkelsen ble derfor komplettert med PSA-prøve. Pasienten ble fortalt at han skulle få beskjed dersom prøvene viste noe unormalt. I følge pasientjournalen viste resultatet av PSA-prøven 7,7 mmol/l på dette tidspunktet.

Pasienten fikk ingen tilbakemelding fra legen, og slo seg til ro med at alt var i orden. Etter to år bestilte pasienten ny time for undersøkelse pga økende vannlatingsproblemer og ryggsmerter. Det ble tatt nye prøver, og resultatet av PSA-prøven viste da 341,6 mmol/l. Fra og med dette tidspunktet ble det handlet adekvat og i november 2003 fikk pasienten vite at han hadde utviklet en aggressiv form for prostatakreft.

Legen uttalte seg til saken i brev til Helsetilsynet i fylket i

desember 2004 med oversending av kopi av pasientens journal. Han uttalte at han innså at PSA-prøvesvaret burde vært fulgt opp, og beklaget at så ikke hadde skjedd. Han ga imidlertid uttrykk for usikkerhet om PSA-verdien på 7,7 i oktober 2001 avspeiler den begynnende kreftutviklingen.

Statens helsetilsyns vurdering
Det sentrale vurderingstemaet er om det var uforsvarlig å ikke følge opp PSA-prøvesvaret i oktober 2001.

Kravet til forsvarlig legevirksomhet i helsepersonelloven § 4 innebærer blant annet at en lege skal utøve sin virksomhet i tråd med faglige normer og lovbestemte krav. Hva som er å regne som forsvarlig virksomhet må avgjøres etter en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. Det følger bl.a. av forsvarlighetskravet at legen må forholde seg til prøveresultater og tilleggsundersøkelser, og disse må følges opp på en adekvat måte. Videre skal pasienter henvises videre dersom dette er nødvendig og mulig.

Statens helsetilsyn bemerket, slik legen også uttalte, at forhøyet PSA-verdi ikke nødvendigvis betyr kreft. I den aktuelle saken viste PSA-prøven 7,7. Normalverdien for friske menn er i medisinsk litteratur angitt til 3,5 for pasientens aldersgruppe, og prøver over 4 skal derfor følges opp. Etter Statens helsetilsyns vurdering ville god praksis være å utføre rektal eksplorasjon. Handlingsalternativet ville være å ta pasienten inn til ny prøve, noe legen ikke gjorde.

Sett hen til pasientens alder, at han oppga urinveissymptomer og at PSA-prøven viste avvik fra referanseområdet, skulle legen fulgt opp pasienten med tiltak som kunne bidratt til en avklaring. Ved at han ikke iverksatte tiltak i form av ytterligere undersøkelser eller henviste pasienten videre, fant Statens helsetilsyn at legen handlet i strid med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn fant videre at det å ikke følge opp pasientens PSA-prøvesvar var en unnlatelse som er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning. Legen ble gitt advarsel.

Hva kan læres?
Blodprøveverdier utenfor referanseområdet må følges opp.

11. Kvinne 54 år – manglende oppfølging av funn ved bildediagnostikk – advarsel

Statens helsetilsyn fikk i 2004 oversendt til vurdering en tilsynssak vedrørende legens manglende oppfølging av en pasient med malignitetssuspekte patologiske funn.

Av de mottatte dokumenter fremgår det at pasienten ble operert for brystkreft i 1998, og at hun deretter fikk strålebehandling og ble medikamentelt behandling med Tamoxifen for å forebygge spredning. Hun gikk til årlige kontroller ved sykehuset og var siste gang forut for den aktuelle saken til kontroll i juni 2002. Det ble da tatt røntgen av lungene samt blodprøver. Det ble ikke funnet tegn til spredning. Det ble avtalt ny kontroll ett år frem i tid, og det ble sendt brev til Radiumhospitalet for å purre på plastisk operasjon, som hun var henvist for tidligere.

Det fremgår av pasientjournalen at hun i oktober 2002 henvendte seg til påklaget lege som var hennes fastlege, med smerter i ryggen. Legen skrev i journalen at hun ble operert for brystkreft i 1998 uten kjent spredning. Pasienten ble henvist til røntgenundersøkelse. Røntgen av korsrygg og bekken viste ikke spredning.

To uker senere er det anført i journalen at smertene var blitt bedre, og at det skulle rekvireres scintigrafi dersom pasienten ikke var bedre om 14 dager. To uker senere ble pasienten henvist til scintigrafi da hun fortsatt hadde smerter.

Svar på scintigrafi forelå ca 1 måned senere: "Patologiske prosesser i hø. iliosacralledd, malignsuspekt. Foreslår MR undersøkelse og gjentatt scintigrafi om ca. 3 mnd." I journalnotatet tilvarende dette ble det under "vurdering" anført: "Scintigrafi, ta MR nå og kntr scintigrafi om 3 mnd. ... Henvisning sendt nukleærmedisinsk avdeling".

Det neste journalnotatet er fra mars 2003 – tre måneder senere – og inneholder svaret på scintigrafi tatt noen dager tidligere: "Nærmest uendret funn sammenliknet med undersøkelse i des. 02, muligens med en svak tilbakegang. Malignitetsmistanken må opprettholdes, men er kanskje noe svekket? ".

Kopi av denne beskrivelsen ble av sykehuset sendt til Radiumhospitalet.

I mellomtiden var det gjort MR i januar. Det er knyttet

usikkerhet til om legen mottok svaret på denne undersøkelsen. Det er ikke ført inn i journalen og legen uttalte at den ikke ble mottatt. Resultatet av MR-undersøkelsen er beskrevet slik: ”Betydelige signalforandringer på høyre SI-rot i nær relasjon til det patologiske vevet”.

Legen skrev i sin redegjørelse til saken:

“Det ble grunnet lite bedring og at ca. mamma metastaserer, bestilt scintigrafi i november 2002. Denne har jeg fortsatt ikke fått svar på, men under en konsultasjon i desember 2002, ringte jeg og fikk lest opp svaret. Da sa vedkommende på nukleærmedisinsk avdeling at han skulle bestille MR. I samme konsultasjon bestilte jeg kontrollscintigrafi og jeg har også bestilt en undersøkelse ved røntgenavdelingen, men fra journalen framgår det ikke hvilken undersøkelse. Jeg tror det var en MR. Senere i mars fikk jeg epikrise på kontrollscintigrafi som viser uendrede forhold, mulig en svak tilbakegang. Da var jeg ikke bekymret fordi MR var bestilt”.

Det fremgår videre av journalen at legen i mars 2003 rekvirerte fysioterapi på grunn av ryggsmerter, og igjen i mai for lymfedrenasje. I mai ble det fjernet sting etter plastisk operasjon på Radiumhospitalet. Legen skriver i sin redegjørelse at kontakten ved disse anledningene gikk gjennom kontorpersonalet og at legen ikke snakket med pasienten selv.

Pasienten fikk først høre om at det var funnet spredning av kreften til skjelettet ved en årlig rutineundersøkelse ved onkologisk poliklinikk i juni 2003.

Pasienten har for øvrig forklart at hun gjentatte ganger telefonisk hadde etterlyst svaret på MR-undersøkelsen av januar 2003. Hun fikk stadig beskjed fra kontorpersonalet at svaret ikke hadde kommet. Det fremkommer ikke i legens journal at det har vært kontakt med pasienten der svar har vært etterlyst.

Pasienten klaget på unnlatelsen av å følge opp funnene ved scintigrafi og MR.

Statens helsetilsyns vurdering

Den første scintigrafien, som ble tatt 2. desember 2002, viste patologiske prosesser i bekkenet som angis som malignitetssuspekte. Legen fulgte dette opp ved å henvise pasienten til MR undersøkelse som ble foretatt 14. januar 2003. Denne undersøkelsen viste i hovedsak det samme som scintigrafien –

forandringer høyst sannsynlig forenlig med metastatisk vev.

Den andre scintigrafien, som legen fikk svar på 20. mars 2003, svekket riktignok malignitetsmistanken noe, men gir ingen avklaring. Legen forklarte at han slo seg til ro med dette, fordi han antok at det ville komme svar fra MR-undersøkelsen fra januar som kunne gi en endelig avklaring på situasjonen. Sett hen til scintigrafisvarets innhold to måneder senere, kan denne holdningen etter Statens helsetilsyns oppfatning ikke forsvares. Legen burde da scintigrafisvaret forelå, etterlyst svaret på MR-undersøkelsen to måneder tidligere.

Legen har forklart at han ikke fikk svar på MR-undersøkelsen i januar, mens sykehuset påstår at svaret ble sendt til legen. Det er ikke mulig for Statens helsetilsyn å klarlegge hva som har skjedd med svaret.

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven tilsier at pasienten må kunne ha tillitt til at lege sikrer oppfølging av eventuelle patologiske funn ved undersøkelser. Dette gjelder særlig om funnene gir grunn til mistanke om prosesser som kan være livstruende. MR-resultatet burde således vært etterlyst av legen da siste scintigrafisvar forelå i mars 2003. Dessuten har pasienten i ettertid ved flere anledninger kontaktet legekontoret, og blant annet opplyst om sine ryggplager. Således ble det rekvirert fysioterapi ved to anledninger i 2003. Det må antas at legen gjennomgikk journalen i den anledning. At legen ved disse anledningene fortsatt ikke reagerte på at svaret på MR-undersøkelsen ikke hadde kommet, og at malignitetsmistanken dermed ikke var avklart, anser vi å være uforsvarlig og et brudd på helsepersonelloven § 4.

Det å sikre at eventuelle funn ved undersøkelser blir fulgt opp på en adekvat måte oppfattes å være en grunnleggende oppgave i legevirksomhet. Dette tilsier etter Statens helsetilsyn oppfatning at legen burde ha opptrådt på en mer aktiv måte og søkt å avklare pasientens helsetilstand. Derfor ble det ansett å foreligge brudd på helsepersonelloven § 4.

Som følge av legens handlinger fikk pasienten diagnostisert sin helsetilstand på et senere tidspunkt. Hun måtte dermed leve i usikkerhet i lengre tid enn det som var nødvendig. Statens helsetilsyn mener at slik handling er egnet til å påføre pasienter en belastning. Da det i dette tilfellet i tillegg gjaldt potensielt alvorlige og livstruende prosesser, anser vi denne belastningen til å være betydelig.

I vurderingen av om en reaksjon skal ilegges eller ikke, vil det blant annet kunne tas hensyn til om saken har blitt gammel og til sakens alvorlighet. I dette tilfelle ligger hendelsen mer enn 2 år tilbake i tid. På den andre siden mener vi at pliktbruddets skadepotensial er stort, og at hendelsen dermed er av en slik alvorlighetsgrad at det er riktig å gi legen advarsel.

Hva kan læres?
Legen må sikre seg at rekvirerte undersøkelser blir fulgt opp, og at det ved patologiske funn umiddelbart tas stilling til den videre utredningen.

Systemsvikt ved legevakt og i gruppepraksis

12. Mann 23 år – oversett patologisk prøvesvar – pliktbrudd, men ikke advarsel, pålegg til legevakten
Klagen gjaldt at pasienten ikke ble orientert om og fulgt opp fra legevakten i forbindelse med patologisk svar på blodprøver.

Det fremgår av sakens dokumenter at pasienten oppsøkte legevakten i desember 2003 med symptomer på bronkitt. CRP var 65 mg/L. Det ble tatt blodprøver for analyse ved eksternt laboratorium, og han ble bedt om å ringe tilbake neste dag for å få svar på disse. Laboratoriesvarene viste blant annet CRP på 89 og hvite blodlegemer på 37,4 x 109/L. Det fremgår at legen som besvarte telefonhenvendelsen var en annen enn den som hadde undersøkt pasienten. Denne legen reagerte ikke på blodprøvesvarene og det ble ikke gitt råd utover at pasienten skulle ta kontakt ved forverret tilstand. Pasienten oppsøkte deretter sin fastlege som ved blodprøver i februar 2004 oppdaget at pasienten hadde akutt leukemi. Pasienten ble lagt inn på sykehus og døde etter få dager.

I legens uttalelse til saken skriver legen at hun ikke husker telefonsamtalen med pasienten. Hun skriver at hun i etterkant ikke kan forstå annet enn at hennes fokus har vært på CRP-verdien og spørsmålet om eventuell behandling med antibiotika. Dette anså legen som grunnen til at hun ikke hadde tatt inn over seg det høye leukocytt-tallet og reagert på dette. Hun anså imidlertid ikke dette som noen unnskyldning for den alvorlige feilen som ble gjort ved å overse prøvesvaret.

Statens helsetilsyns vurdering

Statens helsetilsyn viste til den viktige oppgaven det er å sikre adekvat oppfølging av prøvesvar. Når legen som skal formidle prøvesvaret selv ikke har hatt pasienten til konsultasjon, kreves det en særlig aktsomhet for å sette seg inn i rekvirerende leges diagnostiske tankegang. Det forutsettes derfor at legen leser journalopplysningene med tilhørende prøvesvar.

I journalnotatet fremgår det at pasienten blant annet har hatt feber, tørrhoste og respirasjonsavhengige stikninger på høyre side av brystkassen i to dager. Det ble vurdert at pasienten hadde bronkitt med feber, eventuelt influensa.

I påklagde leges journalnotat fra telefonkonsultasjonen, er det anført at pasienten følte seg litt bedre og at han skulle ta kontakt ved forverring. Videre ble det journalført "Avventer ab beh". På bakgrunn av at legen oppfattet det slik at pasienten var under behandling med antibiotikum, hvilket pasienten ikke var, antar Statens helsetilsyn at legen ikke har hatt tilgang til journalnotatet fra desember 2003.

Ved å ikke se prøvesvaret i sammenheng med journalopplysninger, og overse tallet 37,4 x 109/L for hvite blodlegemer, finner Statens helsetilsyn at legen overså alvorlig sykdomstegn og derved bidro til å forsinke en livsnødvendig behandling hos pasienten. Statens helsetilsyn viste til at diagnosen akutt leukemi burde vært mistenkt ved det aktuelle prøvesvaret, og på bakgrunn av dette burde pasienten vært henvist til utredning og behandling. Ved å overse prøvesvaret har legen ikke fanget opp viktige opplysninger om pasientens tilstand, og dermed ikke vært tilstrekkelig aktsom.

Statens helsetilsyn finner etter dette at legen opptrådte i strid med kravet til forsvarlig virksomhet i helsepersonelloven § 4.

Det er et vilkår for å kunne ilegge advarsel etter helsepersonelloven § 56 at pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten, eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.

Statens helsetilsyn fant det utvilsomt at dette vilkåret var til stede. Det ble vist til at pasienten hadde behov for livsnødvendig behandling for akutt leukemi, og at denne behandlingen ble utsatt som følge av at prøvesvaret ble oversett.

Vilkårene for å tildele legen en advarsel var således tilstede.

Ved vurderingen av om legen skal ilegges advarsel, har Statens helsetilsyn sett hen til at legens handling var en enkeltstående feil som ble innrømmet og beklaget. Videre ga legen råd om ny kontakt ved forverring. Statens helsetilsyn viser også til at legevaktens og laboratoriets rutiner for behandling av patologiske prøvesvar har vært mangelfulle eller sviktet, og derved vært medvirkende til at pasienten ikke ble meddelt prøvesvaret da dette forelå. Etter en helhetsvurdering av saken fant Statens helsetilsyn ikke å gi legen en advarsel etter helsepersonellovens § 56.

Legevakten og angjeldende laboratorium ble pålagt å skjerpe sine rutiner for å sikre seg mot gjentakelser. Likeledes ble det påpekt at råd som knytter seg til oppfølging hos fastlegen, tilsier at det sendes opplysninger til fastlegen for å sikre adekvat oppfølging.

Hva kan læres?
Årvåkenhet og gode rutiner ved formidling av patologiske prøvesvar. Pasienter som oppsøker legevakt og som har behov for oppfølging, bør henvises til fastlegen med tilstrekkelige opplysninger.

13. Mann 73 år – hyperglykemi – forsinket behandling – advarsel til legen – systemsvikt
Pasienten hadde kjent lungefibrose og hjertesvikt. Sønnen klaget på at lege A ikke tok kontakt med pasienten, pårørende eller hjemmesykepleien da legen ble kjent med pasientens høye blodsukkerverdi.

Pasienten var til konsultasjon hos lege A 17. oktober 2003. Bakgrunnen for konsultasjonen var rutinekontroll av blodprøver etter sykehusinnleggelse i forbindelse med pasientens grunnlidelse. I tillegg ble det tatt prøve til blodsukkeranalyse.

Pasienten var igjen til konsultasjon hos lege A tre dager senere. Fra denne konsultasjonen er det intet journalnotat, men pasienten skal ha vært slapp og utilpass. Han ble fraktet hjem i drosje. Svaret på blodsukkerprøven tatt den 17. oktober ble gitt telefonisk til legekontoret den 21. oktober. Blodsukkerverdien var 27,6 mmol/L. I journalnotatet fra 21. oktober 2003 noterte lege A følgende: "Legevakt: Telefon. Brev til pasienten: Beskjed om time. Diagnose(r). B63 Kontroll/oppfølging INA."

Det fremgår ikke av journalen at lege A tok kontakt med pasienten samme dag han mottok prøvesvaret, men legen innkalte pasienten pr. brev til ny kontroll den 28. oktober 2003. Lege A har uttalt at han hadde det veldig travelt den dagen resultatet av blodsukkermålingen kom. Videre uttalte han at det skjedde en misforståelse mellom ham og annen lege (B) ved senteret, som han oppfattet som pasientens fastlege. Lege A hevdet at han hadde en samtale om blodsukkersvaret samme dag, og at han oppfattet at hun skulle informere pasientens hjemmesykepleier dagen etter. For øvrig skulle han utrede pasienten på normalt vis. Lege A skal ha prøvd to ganger å få kontakt med pasienten pr. telefon uten å lykkes.

Den 22. oktober hadde lege B møte med hjemmesykepleien. I følge hennes uttalelse oppdaget hun da ved gjennomsyn av pasientens journal at blodsukkerert var høyt. Hun ba derfor hjemmesykepleien om å kontrollere blodsukkeret, da hun trodde at det var en feilmåling. Videre uttalte hun: "Normalt sett pleier hjemmesykepleien å samvittighetsfullt notere ned slike beskjeder i en bok de har, men ved dette tilfellet kan ikke sykepleieren som var på dette samarbeidsmøtet huske å ha fått denne beskjeden og ingenting er notert i boken så vidt jeg har fått opplyst."

Videre uttaler lege B at hun hadde en samtale med lege A etter møtet med hjemmesykepleien angående blodprøvene og blodsukkeret. Hun hevdet at det da ble avtalt at lege A skulle følge opp dette videre. Hun benektet at hun hadde en samtale med lege A angående blodsukkeret den 21. oktober 2003. Hun hevder videre at hun ikke var pasientens fastlege, da legekontoret som enhet fungerte som gruppepraksis. På tidspunktet for hendelsen var hun tilsynslege for hjemmesykepleien.

I henhold til journalnotatene hadde lege A den 23. oktober 2003 en samtale med vakthavende hematolog ved sykehuset vedrørende blodprøvene. Det ble avtalt å ta nye blodprøver, spesielt trombocytter.

Den 24. oktober 2003 ble pasienten innlagt sykehus som øyeblikkelig hjelp. Det var hjemmesykepleien som fant pasienten liggende på gulvet, kontaktbar med usammenhengende tale. Blodsukker ble målt, men var over målbart nivå. Ved sykehuset ble tilstanden oppfattet å være non-ketotisk hyperosmolært diabetisk precoma.

Pasienten døde den 30. oktober 2003. I tillegg til et non-ketotisk hyperosmolært coma diabeticum, hadde pasienten utviklet bilateral pneumoni.

Statens helsetilsyns vurdering
Spørsmålet i denne saken var om lege A opptrådte uforsvarlig i perioden etter at han 21. oktober mottok prøveresultatet på blodsukkermålingen.

Statens helsetilsyn mente at det var grunn til å berømme lege A for at han var den første legen som tenkte på sannsynligheten for at pasienten kunne ha diabetes. Det er vanlig praksis at det er den legen som rekvirerer en prøve som har oppfølgingsansvaret. Det var således lege A sitt ansvar at prøveresultatet ble gjort kjent for pasienten og at pasienten ble adekvat fulgt opp så snart som mulig. Det er på det rene at prøveresultatet var så høyt at det krevde rask intervensjon eller avklaring. En innkalling til kontroll én uke etter at prøveresultatet forelå, og uten noen oppfølging i mellomtiden, er et så klart avvik at det må anses som faglig uforsvarlig. Særlig sett på bakgrunn av at pasienten oppsøkte lege A tre dager senere for slapphet.

Lege A påpekte misforståelsen med lege B hvor han forsto det slik at hun skulle følge opp pasienten i forhold til det høye prøveresultatet. Til tross for dette, forsøkte lege A to ganger å ringe til pasienten om prøveresultatet uten å lykkes. Lege B bestrider grunnlaget for misforståelsen. Det er videre journalført samtale med sykehusets vakthavende lege, hvor det ble avtalt å ta nye blodprøver av pasienten. På bakgrunn av ovennevnte, finner Statens helsetilsyn det ikke godtgjort at lege B hadde overtatt ansvaret for oppfølging av pasienten i forhold til det høye prøveresultatet.

Lege A sin mangelfulle oppfølging av pasienten etter at prøveresultatet forelå representerer et så vidt stort avvik at det anses å være i strid med kravet til faglig forsvarlig virksomhet etter helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn vurderte om legen skal gis en advarsel for uforsvarlig virksomhet, jf. helsepersonelloven § 56.

Det var åpenbart uaktsomt av lege A å ikke iverksette umiddelbar oppfølging av pasienten. Videre fant Statens helsetilsyn at manglende rask oppfølging av et meget høyt blodsukkernivå både er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse-

tjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning. Statens helsetilsyn fant med dette at vilkårene for å gi en advarsel etter helsepersonelloven § 56 var til stede.

Lege A hevdet at han var offer for dårlige rutiner i den lokale helsetjenesten, i tillegg til at han hadde det svært travelt i den aktuelle perioden. I følge uttalelse fra kommunelegen ble det bekreftet at legekontoret hadde fellesliste, slik at pasientene var knyttet til hele kontoret. Videre ble det opplyst at tilsynslegen for hjemmesykepleien ble regnet som "fastlege" for pasienter tilknyttet hjemmesykepleien, og at rutiner vedrørende bruk av hjemmesykepleie som formidlere ikke var godt nok kjent for lege A. Legekontoret har som følge av hendelsen gjennomgått rutinene med hensyn til formidling av beskjeder til pasienter, når postgang anses som dårlig egnet. Statens helsetilsyn påpekte at slik legevirksomheten var organisert i kommunen, var det grunn til å fremheve behovet for en god samarbeidsform og en tydelig dialog mellom samarbeidende leger.

Statens helsetilsyn anser at det i den situasjonen lege A befant seg i, var det hans ansvar å foreta riktige prioriteringer og sørge for nødvendig oppfølging av et så alvorlig prøveresultat. Det ble derfor funnet nødvendig å gi legen en advarsel etter helsepersonelloven § 56.

Kapittel 14

Selvmord – hva kunne vært gjort annerledes?

Unni Rønneberg

Det følgende er et konstruert eksempel, satt sammen av elementer fra virkeligheten. Hendelsene gjennomgås på et detaljeringsnivå vi bare av og til tar oss tid til i det virkelige liv. Ved hjelp av kommentarer holder forfatteren hendelsene opp mot lover, regler og retningslinjer. Gjennom denne vekslingen mellom det deskriptive og det normative, mellom "er" og "bør", blir læringspunktene gjort tydelige. Selv om dette eksempelet i hovedsak handler om samhandlingene mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten, angår det i like høy grad primærhelsetjenesten.

1. Selvmordet

En 43 år gammel mann, gift, med to barn på 5 og 8 år, har vært akuttinnlagt etter selvmordsforsøk med tabletter, og har senere vært i kontakt med DPS. Han fremstår tre måneder etter akuttinnleggelsen som mindre nedtrykt, men lite meddelsom i hjemmet. Han lar kona og søsteren tro at han får hjelp fra poliklinikken, og at kona vil bli bedt om å delta i en samtaletime når han er ferdig med utredningsfasen.

Han kommer ikke hjem til avtalt tid etter en ettermiddagstur i skogen. Ektefellen blir bekymret, varsler politiet og det iverksettes leteaksjon. Han blir funnet hengt i et tre ikke langt fra hjemmet. Han har hengt seg med et nyinnkjøpt tau, og etterlatt seg et avskjedsbrev. Av brevet fremgår det at han sliter med store selvbebreidelser og fortvilelse, at han har mistet håpet om å bli bedre og at han føler familien vil få det bedre uten ham.

2. Den etterlatte kontakter DPS

Pasientens kone ringer DPS, forteller om selvmordet og forlanger innsyn i pasientens journal. Den ansvarlige nekter henne dette og viser til taushetsplikten. Kona opplever svarene

hun får som avvisende og arrogante. Samtalen blir lite konstruktiv og pasientens kone får verken beklagelse, orientering om sine rettigheter eller tilbud om egne samtaler for å bearbeide hendelsen. Den ansvarlige opplever også samtalen som vanskelig. Han kontakter umiddelbart etterpå lederen for DPS, og denne velger å kartlegge hele hendelsesforløpet som ledet fram til selvmordet (se punkt 3 og videre).

Kommentarer
Pårørende til pasienter i psykisk helsevern må sees på som en potensielt viktig ressurs, og er tillagt en serie rettigheter i helselovgivningen. De har rett til medvirkning, til informasjon og til å komme med opplysninger, i samsvar med gjeldende regelverk for taushetsplikt. De har, med få unntak, rett til innsyn i journal etter pasientens død (jf. helsepersonelloven § 24).

Pårørende/etterlatte må møtes på en god måte, tilpasset sakens omstendigheter. De bør informeres om bruker- og støtteforeninger, ordninger for pasientskadeerstatninger, samt om deres mulighet for å anmode Helsetilsynet i fylket om en vurdering av mulig pliktbrudd i forbindelse med behandlingen av pasienten. Dersom pårørende fremstår som sinte, kverulerende eller aggressive, må helsepersonellet være bevisste på at de er den profesjonelle part, og har ansvaret for at pårørendes reaksjoner høres og bearbeides på faglig forsvarlig vis.

3. Første møte på DPS

Mannen møtte drøyt tre måneder tidligere motstrebende på DPS, sammen med sin søster. Han har vært behandlet hos sin fastlege det siste halve året med antidepressiv medikasjon og innsovningsmedisin. Han var allerede henvist DPS og hadde hatt sin første samtale der. Søsteren hadde samme dag ringt fastlegen og fortalt om sin bekymring for pasienten. Hun hadde merket seg at han virket svært nedtrykt i det siste, alkoholforbruket hadde økt og han hadde ved flere anledninger gitt uttrykk for at det var tungt å leve, at han ikke orket mer, at alt virket håpløst. Søsteren hadde, i samråd med fastlegen, overtalt ham til å oppsøke DPS for en øyeblikkelig hjelpvurdering.

Pasienten blir tatt imot av sykepleier i vaktteamet på DPS. Ved opptak av anamnese fremkommer det at pasienten har følt seg lite verdsatt på jobben, og at han for ca. to måneder siden opplevde å bli forbigått av en kollega med kortere ansettelsestid. Han har ikke villet snakke om dette i hjemmet, der

forholdet til ektefellen har vært turbulent over lengre tid. Kona har nylig sagt at hun vurderer separasjon. De har barn på 5 og 8 år, og han er fortvilet ved tanken på at han da ikke vil kunne se dem hver dag.

På direkte spørsmål om selvmordstanker eller -planer, sier pasienten at han ser på selvmord som en mulig løsning for å slippe unna dersom ting blir for vanskelige, men at han ikke har, eller har hatt, konkrete planer om hvordan han kunne ta sitt liv.

Sykepleieren konkluderer med at pasienten ikke er suicidal nå, men at han trenger videre behandling. Søsteren mener innleggelse på psykiatrisk avdeling ville vært det riktige, men pasienten ønsker ikke dette. Sykepleieren vurderer at vilkårene for en tvungen innleggelse ikke er til stede. Hun tilbyr en avlastningsseng på DPS'et, men pasienten sier han ønsker å være i eget hjem. Han ønsker heller ikke oppfølging fra kommunens psykiatritjeneste. Det avtales at sykepleieren bringer saken inn til poliklinikkens åpningsmøte, og at pasienten vil bli kontaktet pr. telefon av behandler han tidligere har snakket med. Han oppfordres til å ta kontakt med fastlegen for å få sykemelding. Han kan ringe vaktteamet ved DPS dersom han skulle få mer påtrengende selvmordstanker. Sykepleieren kontakter ingen andre i vaktteamet for å drøfte saken. Hun skriver et kort vaktnotat om samtalen, og legger kopi av notatet sammen med andre nylig innkomne saker som skal fordeles til behandler ved poliklinikken. Hun sender ikke kopi av notatet til fastlegen.

Kommentarer

Selvmordsrisikovurderingen

Pasienten fremviser flere risikofaktorer for selvmordsadferd, og pårørende og fastlege er bekymret med rette. I dette tilfellet finner vi en psykisk lidelse (depresjon), følelse av krenkelse i yrkessammenheng, problemer i private relasjoner og bruk av alkohol. En av de alvorligste risikofaktorene for selvmord er tidligere selvmordsforsøk, noe denne pasienten ikke har hatt. Følelse av håpløshet er imidlertid et symptom som må tas meget alvorlig. Pasienten har benektet selvmordsplaner, men bagatellisering og benektning er ikke uvanlig i slike tilfelle, og bør tas i betraktning ved vurderingen. Sykepleieren drøfter ikke denne muligheten i sitt notat. Hun har ikke spurt om pasienten har tilgang på våpen, farlige medikamenter e.l. i hjemmet. For en komplett kartlegging burde hun også forhørt seg om mulige beskyttende faktorer: har pasienten et godt nettverk, religiøse motforestillinger mot selvmord, m.v.

Kompetanse hos den som foretar vurderingen
En sykepleier kan *kartlegge* selvmordsrisikofaktorene, men det er en oppgave for lege eller psykolog å *vurdere,* altså veie risikofaktorene opp mot beskyttelsesfaktorene, bruke klinisk skjønn, og konkludere med om selvmordsrisikoen er lav, middels eller høy. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer at helsepersonellet har plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand der dette er nødvendig. Sykepleieren burde kontaktet lege eller psykolog for en forsvarlig vurdering av selvmordsfaren.

Forsvarlighetskravet etter spesialisthelsetjenesteloven innebærer at arbeidsgiver har plikt til å sørge for at de rutiner som etableres er forsvarlige. I dette tilfellet burde det vært implementert rutiner for at helsepersonell uten tilstrekkelig kompetanse skal kontakte lege eller psykolog når de møter en pasient med selvmordsproblematikk. Unntak kan være der arbeidsgiver har utpekt en konkret person med særskilt kompetanse på feltet, uavhengig av yrkestittel.

Behandling, oppfølging
Ansvaret for å kontakte fastlegen burde ikke vært lagt til pasienten, uavhengig av grad av selvmordsfare. En pasient som er i ferd med å bli dypt deprimert kan oppleve stor grad av initiativløshet og likegyldighet, og helsepersonellet må forsikre seg om at vedkommende får nødvendig bistand og blir ivaretatt på en god måte. Sykepleieren burde ha sørget for, enten gjennom søsteren eller ved selv å kontakte fastlegen, at pasienten fikk oppfølgingssamtale hos fastlegen inntil han fikk time på DPS. Hun burde videre bedt om pasientens samtykke til å sende kopi av vurderingsnotatet til fastlegen.

Sykepleieren sørget ikke for en konkret timeavtale og et navn å forholde seg til på poliklinikken. Dette er for så vidt kongruent med at hun hadde vurdert pasienten til å ikke være suicidal, men det bidro også til at han forlot poliklinikken i omtrent samme tilstand, uten å føle at han hadde fått et hjelpeapparat å støtte seg til.

Oppfølging fra kommunehelsetjenesten var ikke aktuelt i dette tilfellet, ettersom pasienten uttrykkelig hadde motsatt seg å bli henvist dit.

4. Pasienten gjør et selvmordsforsøk

Pasienten var til vaktsamtale en torsdag, og fordeling av nye

saker finner ikke sted før tirsdagen uken etter. Vaktnotatet fra sykepleieren er ikke spesielt alarmerende når det gjaldt selvmordsrisiko, og behandleren sender pasienten et brev med tilbud om time 10 dager senere.

Pasienten har i mellomtiden blitt tiltakende deprimert, og han makter ikke å ta kontakt med sin fastlege. Hans søster føler seg beroliget av vaktvurderingen fra spesialisthelsetjenesten, og er for tiden bortreist. Fastlegen har dermed ikke mottatt informasjon verken fra DPS, pasienten selv eller hans søster, og foretar seg ikke noe i sakens anledning. To dager før den oppsatte timen ved DPS, inntar pasienten ca. 30 tabletter av sin antidepressive medikasjon og 10 innsovningstabletter, kombinert med alkohol. Han blir funnet somnolent og forvirret av sin kone, som får ham til legevakten. Han blir ventrikkelskyllet, og det blir utferdiget papirer for innleggelse til tvungen observasjon på psykiatrisk avdeling.

Kommentarer
Pasienten klarte ikke å ivareta det praktiske på egen hånd, og hans forverring ble ikke fanget opp av helsetjenesten. Han burde bl.a. vært spurt om han hadde tilgang på farlige medisiner, våpen e.l. i hjemmet. Legevakten burde sendt epikrise til fastlegen.

Rettslig grunnlag for helsehjelpen
Når det gjelder innleggelse på tvungen observasjon eller tvungent vern, vil det sentrale spørsmålet være hvorvidt hovedvilkåret om mistanke om alvorlig sinnslidelse er oppfylt. Når pasienten ikke har en psykosetilstand, må det gjøres en helhetsvurdering der en alvorlig depresjon og/eller funksjonsfall sammenholdes med alvorlighetsgraden av tilleggskriteriet (pasienten er til fare for seg selv).

5. Pasienten legges inn på psykiatrisk avdeling

Pasienten blir kl. 21 om kvelden mottatt på døgnavdelingen av en lege i underordnet stilling og en sykepleier. Under innkomstsamtalen gjøres det en god selvmordsrisikovurdering, som blir korrekt journalført av legen. Selvmordsfaren betegnes som middels/høy. Legen forordner intervallobservasjon, med tilsyn hvert 15. minutt i våken tilstand, og hvert 30. minutt ved søvn. Dette følges opp av pleiepersonalet, som ser til pasienten punktlig hvert kvarter inntil han sovner.

Morgenen etter vurderes innleggelsespapirene av overlege,

som konkluderer med at pasienten ikke fyller kriteriene for tvungen observasjon. Pasienten overtales til å bli på avdelingen på frivillig basis, og motta behandling. Selvmordsforsøket tolkes som et rop om hjelp, uten egentlig dødsønske. Overlegen opphever intervallobservasjonen, men ber personalet om å følge litt ekstra med på pasienten.

Verken i sykepleier- eller legedokumentasjonen fremkommer det at pasienten har blitt spurt om, eller blitt undersøkt for, potensielt farlige gjenstander.

Kommentarer

Rutiner for forebygging av selvmord i døgnenheter

Assistentlegen som mottok pasienten hadde, før hun begynte i vaktarbeid, gjennomgått opplæring i vurdering av selvmordsrisiko. Virksomheten hadde gode rutiner for undervisning av de ansatte, og prosedyrene var tydelige på hvilke ansvarsområder som var tillagt de ulike profesjonsgruppene.

Intervallobservasjon er et korrekt tiltak, kongruent med graden av selvmordfare som legen kom frem til. Det er svært viktig at avdelingen har gode prosedyrer på observasjon av pasienter med selvmordsrisiko, og at de ulike profesjonene har en felles oppfatning av betydningen av begrepene som brukes.

Det er fortrinnsvis en *spesialist* i psykiatri eller klinisk psykologi som skal oppheve beskyttelsestiltak, noe som ble gjort i dette tilfellet.

Farlige gjenstander, fysisk miljø

Når en pasient legges inn på en døgnavdeling med suicidalfare, må han spørres om han har potensielt farlige gjenstander med seg. Hengning er en utbredt selvmordsmetode, og det må være prosedyrer for fjerning av belter, skjerf, slips m.v. Prosedyrene må være klare på hvilken profesjonsgruppe som skal ha ansvar for å spørre etter og fjerne farlige gjenstander. Virksomheten skal også ha rutiner for å identifisere og utbedre mulige fysiske farer i miljøet, og kontrollere disse minst en gang i året. Dusjopplegg, gardinstenger osv. bør ikke tåle vekten av en person; vinduer må sikres mot utsprang, dører mot rømning osv.

6. Permisjon i helgen

Pasienten ble innlagt onsdag kveld. Han deltar i avdelingens aktiviteter og har samtaler med sykepleier og lege torsdag og

fredag. I samtalen fredag tar han opp at han ønsker permisjon til hjemmet, og at han ikke skal "gjøre noe dumt". Ettersom pasienten er frivillig innlagt, finner man ingen grunn til å avslå dette, og man avtaler at han skal komme tilbake mandag kl. 10. Ved behov kan han ringe avdelingen, eventuelt komme tidligere tilbake. Det blir ikke gjort en ny selvmordsrisikovurdering, og det blir ikke tatt kontakt med pasientens kone før han forlater avdelingen. Det blir heller ikke ved denne anledningen spurt om han har potensielt farlige medisiner, eventuelt våpen, i hjemmet.

Kommentarer

I løpet av to dagers innleggelse er det vanskelig å gjøre en grundig vurdering av pasienten og bygge et tillitsforhold mellom behandlere og pasient. Pasienten kan være både tildekkende og benektende, og behandler bør ikke legge for stor vekt på en pasients uttalelse om at han ikke skal skade seg selv. I dette tilfellet har pasienten tilleggsbelastninger i form av en vanskelig hjemmesituasjon og tidvis høyt inntak av alkohol. Begge faktorene kan øke faren for impulspregede handlinger. Avdelingen burde ha gjort en grundig selvmordsrisikovurdering før permisjonen, og iverksatt tiltak i tråd med farerisikoen. Ved høy risiko måtte man vurdert å fraråde permisjonen, holde ham tilbake på nødrett, eventuelt konvertere den frivillige innleggelsen til tvungent vern. Ved lavere risikonivå burde man sikret at han var sammen med personer han hadde tillit til og som kunne ta ansvar ved en eventuell forverring av tilstanden. Det burde vært tatt opp med ham at kona skulle kontaktes før han dro fra avdelingen. Hans tidligere selvmordsforsøk med tabletter er en risikofaktor for nye selvmordsforsøk, og han burde vært spurt om han hadde flere tabletter i hjemmet.

7. Utskrivelse

Pasienten kommer tilbake som avtalt mandag morgen. Han forteller om en vanskelig helg. På tur til kiosken med en av pleierne forteller han at alt fortoner seg svart og at han for alvor begynner å miste håpet om å bli bedre. Søsteren besøker ham på avdelingen, og gir uttrykk for stor bekymring overfor pleiepersonalet. Opplysningene synes ikke å bli videreformidlet til behandlende lege. Pasienten har begynt med ny antidepressiv medikasjon og deltar på vanlige aktiviteter. Han oppfattes som noe mindre tiltaksløs, og mot slutten av uken tar legen opp mulighet for utskrivning. Det gjøres en avtale om at han reiser hjem på fredag, for så å komme tilbake til en utskrivningssamtale mandag.

Mandag morgen møter pasienten som avtalt. Han sier han føler seg sliten og oppgitt, men er fortsatt innstilt på utskrivelse. Han benekter selvmordsplaner, men angir at han fortsatt tenker på selvmord som en mulig løsning. Dette journalføres, men det gjøres ikke ytterligere selvmordsrisikovurdering. Man avtaler at epikrise sendes til fastlege og DPS, og at det bes om psykiatrisk oppfølging fra DPS. Pasienten vil heller ikke denne gangen ha kontakt med kommunehelsetjenesten. Han får med seg medisiner for en kort periode, men skal kontakte fastlegen for videre resepter. Han får to ukers sykemelding og blir hentet av sin søster.

Kommentarer

Kommunikasjon på avdelingen

Sykepleier mottar viktige opplysninger fra både pårørende og pasienten selv, men dette synes ikke å ha blitt registrert av legen. Avdelingen må ha gode rutiner for informasjonsutveksling, enten gjennom tverrfaglige møter, journalorganisering eller lignende.

Ny medisinering

Det er nødvendig med tett oppfølging ved oppstart av ny antidepressiv medikasjon. Noen pasienter kan reagere med økte selvmordtanker. Dersom pasienten oppfattes som mindre tiltaksløs, må man følge nøye med og sikre at dette ikke innebærer at han nå har overskudd til å ta sitt liv.

Selvmordsrisikovurdering ved utskrivelse

Når selvmord har vært et tema ved innleggelse, må det utføres en ny risikovurdering ved behov. Det er særlig viktig å gjenta vurderingene i de sårbare overgangsfasene: bytte av behandler, permisjoner, utskrivelser m.m. I dette tilfellet gjøres det ikke en forsvarlig vurdering ved utskrivelse.

Kontinuitet i behandlingen

Mange selvmord begås kort tid etter utskrivning fra døgnavdeling. Det er svært viktig at avdelingen sikrer kontinuitet og beskyttelsestiltak i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer. Dette innebærer konkrete timeavtaler med DPS, fastlege, psykiatritjenesten i kommunen, eller andre som er relevante for oppfølgingen. Det er en fordel at pasienten blir kjent med sin nye behandler før utskrivning, eventuelt med følge av personell fra akuttavdelingen. Ambulante team kan være en god mellomløsning, eller pasienten kan møte til polikliniske samtaler ved døgnavdelingen inntil annet behandlingstilbud er igangsatt. Ved behov for sammensatte og langvarige tjenester,

og kronisk suicidalitet, skal det utarbeides en individuell plan. Pasienten må gis informasjon om hvilke instanser som kan bistå ved behov for øyeblikkelig hjelp.

8. Etter utskrivelsen

Pasienten går hjemme, sykemeldt, og venter på innkalling til sitt DPS. Hans kone bestemmer seg for at hun ikke kan gjennomføre en separasjon slik hans tilstand er nå, og forsøker å støtte pasienten. Både søster og kone oppfatter ham som hjelpetrengende og ringer til DPS for en snarlig time. Der får de opplyst at epikrise/henvisning fra akuttavdelingen ennå ikke er mottatt, og at pasienten således ikke er registrert for tildeling av ny behandler. DPS merker seg imidlertid alvorlighetsgraden, og pasienten får time neste uke. På søsterens oppfordring har pasienten fått en hastetime hos fastlegen. Fastlegen har heller ikke mottatt epikrise, og det er pasienten selv som må fortelle om selvmordsforsøket og hvilke nye medisiner han skal ha. Etter avtale med fastlegen blir det nå pasientens ektefelle som tar hånd om medisinene. Det avtales oppfølgingssamtale samme uke.

Pasienten møter til time på DPS og blir tatt imot av en psykolog. De avtaler ukentlige timer, og pasienten synes å være fornøyd med tilbudet. Etter fire behandlingstimer blir imidlertid psykologen langtidssykmeldt. Pasienten blir fordelt til ny behandler, men det trekker ut i tid før han får tilsendt en timeavtale. Han forsover seg så til den første timeavtalen kl. 9 om morgenen. Han ringer for en ny time, men møter heller ikke til denne. Den nye behandleren skriver et brev der hun ber ham ta kontakt dersom han ønsker videre oppfølging. I motsatt fall vil saken bli avsluttet.

Kommentarer

Akuttavdelingen har ikke sørget for at fastlege og DPS mottar snarlig epikrise. Dette øker risikoen for at pasienten kan falle ut av behandlingsopplegget, og særlig dersom vedkommende ikke har støttende nettverk eller pårørende.

Ved psykologens sykemelding opplever pasienten et nytt brudd i behandlingskontinuiteten. Hans uteblivelse fra to avtaler med ny behandler burde ha medført aktive tiltak for å hente ham inn igjen. Hans tidligere behandler burde også dokumentert i journalen hvorvidt pasienten samtykker til at pårørende kontaktes dersom han uteblir.

9. Selvmordet og det som skjer etterpå (leser vi det annerledes i lys av det vi nå vet?)

En 43 år gammel mann, gift, med to barn på 5 og 8 år, har vært akuttinnlagt etter selvmordsforsøk med tabletter, og har senere vært i kontakt med DPS. Han fremstår tre måneder etter akuttinnleggelsen som mindre nedtrykt, men lite meddelsom i hjemmet. Han lar kona og søsteren tro at han får hjelp fra poliklinikken, og at kona vil bli bedt om å delta i en samtaletime når han er ferdig med utredningsfasen. Fastlegen kjente til mannens depresjon og hadde startet den antidepressive behandlingen. Hun ble imidlertid ikke holdt orientert under behandlingsforløpet. Epikriser ble ikke sendt henne eller sendt for sent til hun var orientert ved henvendelsen etter selvmordsforsøket.

Når mannen ikke kommer hjem til avtalt tid etter en ettermiddagstur i skogen, blir ektefellen bekymret, varsler politiet og det iverksettes leteaksjon. Han blir funnet hengt i et tre ikke langt fra hjemmet. Han har etterlatt seg et avskjedsbrev hvor fortvilelsen fremgår.

Når pasientens kone ringer DPS for å fortelle om selvmordet, krever hun å få innsyn i mannens journal. Hun opplever imidlertid svarene hun får av den ansvarlige ved DPS som avvisende og arrogante. Den ansvarlige opplever også samtalen som vanskelig. Han kontakter umiddelbart lederen for DPS, og denne velger altså å kartlegge hele hendelsesforløpet som ledet fram til selvmordet.

Lederen sørger for at behandleren som har vært i kontakt med pasientens kone blir godt ivaretatt på sitt arbeidssted. Virksomheten har gode rutiner for at helsepersonell involvert i en slik sak skal ha oppfølging. Hun får samtaler med sin leder og mye støtte fra sine kolleger.

Kommentar

Virksomheten bør også ha skriftlige prosedyrer for at de involverte behandlere ivaretas på en god måte etter at en pasient har begått selvmord.

10. Rapportering av unaturlig død

DPS er kjent med at de i egenskap av å være spesialisthelsetjeneste er pliktige til å rapportere unaturlige dødsfall og alvorlige personskader til Helsetilsynet i fylket, når pasienten er under behandling (jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-3).

De er imidlertid usikre på om de skal gjøre det i dette tilfellet, ettersom pasienten uteble og saken var i ferd med å bli avsluttet fra deres side.

Kommentar
Helsedepartementet har i rundskriv I-54/2000 skrevet følgende: "Det vil være helseinstitusjonen som i det enkelte tilfelle må vurdere om hendelsen har slik sammenheng med ytelse av helsetjeneste at meldeplikten inntrer. Ved dødsfall som skyldes selvmord eller ulykker mens en pasient er under psykisk helsevern vil det kunne være vanskelig i vurdere hvorvidt hendelsen skjer på grunn av ytelse av helsetjeneste, for eksempel på grunn av manglende tilsyn eller oppfølgning, eller om hendelsen skyldes pasientens sykdom alene. **Innen det psykiske helsevernet skal derfor alle dødsfall som skyldes ulykker eller selvmord, samt alvorlige personskader meldes".**

Departementet er her tydelige på at alle alvorlige hendelser med personskade eller død innen psykisk helsevern skal meldes. Det at saken var i ferd med å bli avsluttet kan i noen tilfelle nettopp være et uttrykk for manglende oppfølging fra helsetjenesten. Hendelsen bør derfor rapporteres videre i linjen. Hensikten med meldeplikten er å avklare hvorfor hendelsen skjedde, og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Det tilligger både avdelingsledelse og kvalitetsutvalg å gjennomgå hendelsen og vurdere om det må iverksettes korrigerende tiltak.

Ved selvmord eller mistanke om selvmord skal det krysses av på meldeskjemaet IK-2448, for *unaturlig død,* og dødsfallet skal meldes til politiet. Del én av skjemaet fylles ut av melder, del to av avdelingsledelsen (årsaksforhold, forebygging), del tre av virksomhetens kvalitetsutvalg, og del fire av Helsetilsynet i fylket. Alle slike meldinger samles til en nasjonal oversikt i en database (Meldesentralen) i Statens helsetilsyn.

Kapittel 15

Saker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Sverre Lundevall og Mette Willumstad Thomsen

Vi antar det er mest å lære av de sakene der pasientene har fått fullt eller delvis medhold.

Nedenfor presenterer vi et utvalg av slike saker, anonymisert og redigert ut fra NPEs saksdokumenter. NPEs vurderingstemaer er ellers omtalt i artikkelen om saksgangen ved klagesaker (kapittel 1).

1. Skade etter forsinket diagnostisering av blodpropp i lungene

Kvinne 33 år

Pasienten krever erstatning på grunn av forsinket diagnostisering av blodpropp i lungene. Hun hadde hatt allergi og astma i flere år i tillegg til episoder med bronkitt og lungebetennelse.

Ved konsultasjon hos fastlegen hadde hun følt seg mer tungpustet de siste seks dagene. Hun hadde tydelig nytte av Ventoline-inhalasjon. PEF økte fra 470 til 520 L/min. Hun fikk flere inhalasjonsmedisiner mot astma.

Hun oppsøkte legevakten fire dager senere på grunn av plager fra halsen og hoste, samt pustevansker. Tilstanden ble oppfattet som astmaplager og hyperventilasjon.

Under en utenlandstur ble hun innlagt på sykehus på grunn av forverring av plagene. Det ble ikke funnet noen sikker årsak til pustevanskene. Hun kontaktet legevakten på nytt etter hjemkomst. Det ble konkludert med hyperventilasjon.

Etter ytterligere to dager kontaktet hun fastlegen på nytt. Hun var da gråblek og hyperventilerte. Hun hadde rask puls og pustevansker og ble innlagt som øyeblikkelig hjelp.

Undersøkelser på sykehuset avdekket alvorlig lungeemboli. Hun har senere hatt økte plager med tungpust ved belastning.

På bakgrunn av sakens dokumenter, herunder vurderingene fra rådgivende lege (spesialist i allmennmedisin) og sakkyndig spesialist i lungesykdommer, legger NPE til grunn at det foreligger forsinket diagnostisering av blodpropp i lungene som har ført til varige plager i form av tungpust ved belastning. Den sakkyndige lungespesialisten uttaler at pasienten tidlig fikk diagnosen astma uten at hun ble utredet etter gjeldende praksis. Lungespesialisten savner undersøkelse med spirometri, eventuelt ny henvisning til lungelege som tidligere ikke fant sikre holdepunkter for diagnosen astma. Han mener også at man ved den første konsultasjonen hos fastlegen burde ha vurdert andre årsaker til den akutte forverring av hennes pustevansker. Rådgivende allmennlege finner imidlertid at håndteringen da var i tråd med retningslinjene, men ikke ved legevaktkontakten etter utenlandsturen.

NPE vektlegger her den sakkyndige lungespesialisten og konkluderer: Det foreligger en mangelfull utredning av pasienten i en treårs periode. Også ved den første konsultasjonen hos fastlegen og ved legevaktskonsultasjonen etter utenlandsturen burde man ha tenkt på differensialdiagnoser. Den sakkyndige uttaler at forsinkelsen av blodproppdiagnosen er årsaken til de plagene pasienten har i dag. Det foreligger dermed en fysisk skade som følge av mangelfull diagnostisering og behandling, og pasienten har krav på erstatning fra NPE.

2. Forsinket diagnostisering av hjerte- og karsykdom

Mann 39 år

Pasienten krever erstatning på grunn av forsinket diagnostisering av hjerte- og karsykdom. Han hadde de siste årene vært plaget med diffuse symptomer som unormal slitenhet og anstrengelsesrelaterte smerter i nakke og høyre skulder. Dette ble oppfattet av allmennlegen som smerter fra sener og muskler. Han fikk betennelseshemmende og smertestillende behandling. I en periode på to år var han ikke i kontakt med allmennlegen, men tok så kontakt igjen for samme type plager som tidligere. Legen forordnet betennelseshemmende og smertestillende, samt fysioterapi. Det ble påvist høyt blodtrykk, høy kolesterol og overvekt. Pasienten opplyste at det var hjertesykdom i slekten. Han fikk kostholds- og livstilsendringsråd fra legen.

Etter noen måneder var blodtrykket blitt normalt. Han hadde fortsatt anstrengelsesrelaterte plager. Året etter var han noe bedre av plagene. Neste kontakt med legen var tre år senere. Han ønsket da en attestasjon på sine skulder- og nakkeplager. Han byttet til ny allmennlege etter ytterligere to år. Han hadde da fått diagnostisert sukkersyke. Han ble henvist til hjerte- og karsykdomsutredning og det ble påvist langtkommet koronarsykdom som medførte omfattende bypass-operasjoner.

Saken ble vurdert av spesialist i allmennmedisin og av spesialist i hjerte- og karsykdommer. Etter en gjennomgang av sakens dokumenter, herunder de medisinske uttalelsene, legger NPE til grunn at det foreligger sannsynlig årsakssammenheng mellom manglende utredning og behandling hos allmennlegen i en tiårs periode, og forsinket diagnostisering av hjerte- og karsykdom. Dette medførte at pasienten gikk med ubehandlet hjerte- og karsykdom med påfølgende plager i skulder og nakke samt slitenhet i denne perioden.

Når det gjelder pasientens plager de første fire årene, var disse ikke typiske for karsykdom/angina pectoris. I følge rådgivende lege er det vanligste symptombildet trykk eller klem i brystet bak brystbenet og opp til halsen eller kjeven samt til venstre skulder og arm – ofte ledsaget av tungpust. Trettheten og de anstrengelsesrelaterte smertene i nakken og høyre skulder var ukarakteristiske og kunne godt skyldes andre tilstander, for eksempel muskel-/senerelaterte tilstander. Hvorvidt plagene i denne perioden skyldes hjerte- og karsykdom er usikkert, men NPE har kommet til at det er sannsynlig. Når det gjelder allmennlegens utredning og vurderinger og behandling i denne perioden, finner NPE at denne må anses å være adekvat ut i fra den viten legen hadde da diagnosen ble stilt.

Når det gjelder de siste årene, finner NPE at pasienten burde blitt utredet med henblikk på hjerte- og karsykdom (henvisning til AEKG og/eller hjertespesialist) allerede seks år tidligere. Legen hadde tidligere forsøkt vanlig behandling mot muskel- og seneplager uten sikker varig bedring. Det ble på dette tidspunktet kjent at pasienten hadde flere risikofaktorer i forhold til hjerte- og karsykdom, og at plagene var spesielt relatert til anstrengelser. Det forhold at pasienten ikke ble henvist til utredning anses å være inadekvat. Pasienten er således påført en forlenget sykdomsperiode på seks år.

En tidligere diagnose ville medført tidligere behandling av pasientens hjerte- og karsykdom og således gitt mulighet for å

forsinke utviklingen av sykdommen med kolesterolsenkende medisin. Det er ikke mulig å si hvorvidt pasienten, dersom sykdommen hadde blitt diagnostisert seks år tidligere, ville gjennomgått mindre omfattende operasjoner enn de omfattende bypass-operasjoner som senere ble utført.

Det ble fattet vedtak om at pasienten har krav på erstatning fra NPE for seks års forsinket diagnostisering av hjerte- og karsykdom og for eventuelle følger av dette. Pasienten har ikke krav på erstatning fra NPE for forsinket diagnostisering av hjerte- og karsykdom i perioden før dette.

3. Forsinket diagnostisering av endetarmskreft

Kvinne 45 år

Pasienten krever erstatning for forsinket diagnostisering av endetarmskreft. Da diagnosen ble stilt hadde hun spredning til ti av elleve lymfeknuter. Hun mener at prognosen for overlevelse ville ha vært betraktelig bedre dersom kreftsykdommen hadde blitt oppdaget ett år tidligere.

Det fremgår av sakens dokumenter at hun tok kontakt med sin fastlege fordi hun hadde kjent seg slapp og sliten en tid, og også var noe mer andpusten enn vanlig. Det ble tatt en blodprøve, som viste Hb på 6,4 g/100mL. Fastlegen konfererte med lege ved universitetssykehuset, som mente at det ikke var nødvendig med øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Det ble anbefalt at hun skulle få jerninjeksjoner for å få blodprosenten noe opp. I følge fastlegen steg blodprosenten adekvat de neste dagene. Videre opplyser fastlegen at han tok seks hemofectester før oppstart med jern, og at disse var negative. I følge fastlegen var det således ingen pågående blødning fra tarmen. Pasienten ble henvist til videre utredning på hematologisk avdeling ved universitetssykehuset.

Henvisningen ble sendt videre til lokalsykehuset der hun ble undersøkt poliklinisk fire uker senere. Sykehuset kan imidlertid ikke finne journalnotat fra denne konsultasjonen. Henvisningen ble vurdert, og det ble forhåndsbestilt blodprøver, røntgen av lungene og ultralyd av magen. Med unntak av litt lavt serumjern var alle undersøkelser i følge sykehuset normale. Sykehuset opplyser at det ikke er grunn til å tvile på pasientens beskrivelse av den polikliniske undersøkelsen: ”Alle undersøkelser var da normale. Tarmen ble ikke undersøkt, videre oppfølging egen lege.” Årsaken til pasientens

anemi ble antatt å være hennes vegetarkost. Fastlegen hørte ikke noe mer fra henne etter dette. Han fikk imidlertid svar på røntgen- og ultralydundersøkelsen, som ikke viste patologi. Ett år senere fikk hun diagnosen endetarmskreft med spredning til ti av elleve lymfeknuter. Diagnosen ble stilt på et sentralsykehus et annet sted i landet. Her ble hun operert samme måned.

NPE har forelagt saken for to av sine rådgivende leger. Den ene er spesialist i allmennmedisin og den andre er spesialist i generell kirurgi og gastrokirurgi. På bakgrunn av sakens dokumenter, herunder de medisinske uttalelsene, legger NPE til grunn at diagnosen endetarmskreft kunne ha vært stilt ett år tidligere. Det foreligger således en forsinket diagnostisering av kreftsykdommen med ca. ett år. På bakgrunn av uttalelsen fra spesialisten i kirurgi legger NPE til grunn at denne forsinkelsen har hatt stor betydning for det videre sykdomsforløp og prognosen.

Spesialisten i allmennmedisin uttaler at primærlegen påviste jernmangelanemi, og etter avtale overlot den videre utredningen av dette til annenlinjetjenesten. Han er av den oppfatning at denne håndteringen er i tråd med alminnelige retningslinjer.

Spesialisten i kirurgi er imidlertid av den oppfatning at en Hb på 6,4 g/100mL krever full utredning før man iverksetter terapeutiske tiltak. Videre opplyser hun at jernmedisinering uten eksakt diagnose maskerer årsaken til anemien. Hun er av den oppfatning at det er lite sannsynlig at man klarer å få en anemi i dette omfanget kun ved ensidig kosthold, og at blødningsanemi er langt mer sannsynlig. I følge henne er det allmennlegens plikt å utføre de nødvendige kliniske undersøkelser samt henvise til nødvendige spesialistundersøkelser. Hun opplyser at jernmedisinering først kan iverksettes når man har funnet årsaken til anemien. Videre opplyser hun at sykehuset mottok en henvisning hvor problemstillingen ble definert. Det ble bestilt blodprøver, røntgen thorax og ultralyd før konsultasjonen. Disse undersøkelsene ble utført, og billeddiagnostikken var negativ. Pasienten hadde imidlertid fortsatt anemi. Det foreligger ikke journalnotat fra denne konsultasjonen, og sykehuset kan ikke dokumentere at de fullførte utredningen.

Etter NPEs oppfatning foreligger det flere uheldige omstendigheter knyttet til kommunikasjon og samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten. Henvisningen fra primærlegen er svært knapp, journalen fra medisinsk poliklinikk på

sykehuset er kommet bort, og henvisende lege har ikke fått epikrise. Etter en samlet vurdering, finner NPE at det her foreligger en svikt ved ytelsen av helsehjelp. Etter NPEs oppfatning må hovedansvaret for svikten som oppsto legges på sykehuset. NPE legger til grunn at sykdommen mest sannsynlig ville ha blitt oppdaget dersom sykehuset hadde fullført utredningen, herunder utført en endoskopisk undersøkelse. Pasienten har krav på erstatning.

4. Forsinket diagnostisering av klamydia som har medført mulig infertilitet

Kvinne 29 år

Hun krever erstatning for skade påført som en følge av forsinket diagnose av klamydiainfeksjon. Hun er av den oppfatning at årsaken til at hun og hennes mann nå ikke lykkes med å bli gravid er at hun har gått med infeksjon i over fire år før den ble behandlet. Årsaken er at legesenteret på grunn av rutinesvikt ikke har gitt beskjed til henne etter at hun tok prøver der.

Hun oppsøkte lege på grunn av periodevise smerter i underlivet, blødninger utenom menstruasjon og etter samleie. Det ble tatt klamydia- og gonoréprøve ved vanlig gynekologisk undersøkelse, hvor man konkluderte med normale forhold til tross for at pasienten anga ømhet og at venstre eggstokk var noe forstørret. Forut for dette hadde hun fått påvist positiv svangerskapsprøve ved et apotek. Ved undersøkelse hos legen var denne negativ. Klamydiaprøven var positiv. Av legekontorets uttalelse fremgår at den aktuelle legen, som var vikar, hadde signert prøvesvaret med positiv klamydiatest. Senere journalnotater omtaler ikke dette nærmere.

Tre år senere ble hun planlagt gravid. Hun ble operert på grunn av graviditet utenfor livmor, og høyre eggleder måtte fjernes. Det ble påvist sammenvoksninger under operasjonen. Ved senere undersøkelse ble det bekreftet at hun hadde klamydia. Hun har senere ikke lyktes med å bli gravid og har gått videre med prøverørsbehandling.

Det er innhentet en spesialisterklæring i saken, og hovedpunktene er:

Hun hadde symptomer på klamydiainfeksjon da hun oppsøkte legen, og prøvesvaret viste dette. Informasjonen ble ikke

formidlet til henne, hvilket selvfølgelig skulle ha blitt gjort. Det synes overveiende sannsynlig at forandringene i egglederne og sammenvoksningene i bukhulen, som beskrevet i operasjonsbeskrivelsen tre år senere, skyldtes klamydia-infeksjonen. Det er umulig å ta stilling til hvor lenge hun hadde hatt klamydiainfeksjonen da den første prøven ble tatt hos legen. Symptomene kunne tyde på at hun hadde hatt infeksjonen over flere måneder. Dersom de patologiske pro-sessene allerede var i gang på dette tidspunktet eller før dette, ville ikke behandling av klamydiainfeksjon i livmorhalsen ha påvirket sluttresultatet etter gjennomgått infeksjon med arr-dannelser og sammenvoksninger i egglederne, rundt buk-hulens organer osv. Behandlingen ville da ha kommet for sent til å stoppe de patologiske prosessene som infeksjonen alle-rede hadde satt i gang.

Da det foreligger normal sædprøve fra ektemannen og tilfreds-stillende prøver for normal eggløsning hos henne, er det over-veiende sannsynlig at forandringene i egglederne og sammen-voksningene rundt egglederne forklarer parets problemer med å bli gravid.

På bakgrunn av sakens dokumenter, herunder vurdering fra sakkyndig allmennlege og gynekolog, legger NPE til grunn at det har skjedd en rutinesvikt ved legekontoret som medførte at pasienten ikke fikk beskjed om at hun hadde klamydiainfek-sjon etter prøvetakingen. NPE legger til grunn at dersom hun hadde mottatt informasjonen ville hun umiddelbart blitt be-handlet. Hun gikk altså med en infeksjon helt frem til denne ble oppdaget og behandlet fire år senere.

NPE legger til grunn at infeksjonen er den mest sannsynlige årsaken til de sammenvoksninger som har tilkommet. Denne har ført til forandringene i egglederne og sammenvoksningene rundt egglederne, og er grunnen til at paret nå har problemer med å bli gravid.

Spørsmålet er om behandling fire år tidligere ville forhindret sammenvoksninger og infertilitet. Symptomene tilsa at hun hadde hatt infeksjonen i noen måneder og at det hadde opp-stått en oppadstigende infeksjon. Behandlingen ville da ha kommet for sent til å ha effekt på infeksjonsprosesser i egg-lederen og bukhulens organer. Det er imidlertid ikke mulig å stadfeste når infertilitet oppsto.

NPE legger til grunn at behandling fire år tidligere ville ha ført

til et bedre resultat. Da dette utgjør en fysisk skade forårsaket av forsinket diagnose og således mangelfull behandling, har hun krav på erstatning.

5. Forsinket diagnostisering av hypotyreose

Kvinne 47 år

Hun krever erstatning for forsinket diagnostisering av hypotyreose, som har medført økte plager frem til hun fikk diagnosen etter tre år.

Hun fikk tatt blodprøver hos fastlege som viste TSH på 18 mIE/L, Fritt T4 på 11,6 pmol/L og TPO AS på 1656 kIE/L. Hun ble informert om at verdiene var forenlig med litt lavt stoffskifte. Dette ble ikke fulgt opp fra fastlegens side med senere laboratorieprøver. To år senere fikk hun økende symptomer med svimmelhet og kaldsvette, senere slapphet og generelt redusert allmenntilstand. Ved konsultasjon hos fastlege etter ytterligere et halvt år ble det tatt stoffskifteprøver som viste TSH > 100 mIE/L og Fritt T4 < 3 pmol/L.

Allmennlegen der første blodprøve ble tatt viser i sin uttalelse til journalnotat som omtaler ”info om prøvesvar”. Man har ikke satt prøvesvarene i klar sammenheng med de symptomene pasienten da hadde, og videre utredning av pasienten omfattet ikke kontroll eller oppfølging av stoffskifteprøvene. Det fremgår ikke at man har gjort klare avtaler om slik oppfølging.

NPEs rådgivende spesialist i allmennmedisin finner at det allerede ved den første konsultasjonen forelå svar på blodprøver som indikerte at pasienten hadde etablert hypotyreose. Det ble anført fra laboratoriet at dette er verdier som bør føre til vurdering av substitusjonsbehandling.

NPE viser til at det ved første konsultasjon forelå svar på blodprøver som indikerte at pasienten hadde etablert hypotyreose. NPE finner at dersom man skulle velge å se tilstanden an, måtte fastlegen selv ta ansvar for å følge opp tilstanden med nye laboratorieprøver etter noen måneder. NPE finner etter dette at hun ikke har fått en håndtering i tråd med vanlige retningslinjer, og at det foreligger en forsinket diagnostisering. Dette har medført tiltagende symptomer og plager frem til diagnosen ble stilt og korrekt behandling igangsatt tre år senere. Det foreligger etter dette en fysisk skade som følge av forsinket diagnostisering. Hun har krav på erstatning fra NPE.

6. Anført mangelfull og feil behandling etter nakkeslengskade

Kvinne 32 år

Hun krever erstatning for feil og mangelfull behandling etter en nakkeslengskade. Det anføres at hun fikk morfininjeksjoner, morfinplaster og smertestillende legemidler i en slik grad at hun ble avhengig av legemidlene, og således måtte "avvennes". Det anføres videre at hun skulle ha vært henvist til behandling hos spesialist i nevrologi på et tidligere tidspunkt. Hun hadde store plager ved nedtrappingen av legemidlene, og sliter fremdeles med ettervirkninger i form av blant annet kramper, svettetendens og psykiske plager.

Det fremgår av journalnotat fra legesenteret at hun hadde vært utsatt for en trafikkulykke, der bilen hadde havnet i grøfta på grunn av glatt føre. Hun anga nakke-, rygg- og skuldersmerter. Det ble skrevet resept på antiflogistika og smertestillende legemidler. Neste journalnotat vedrørende smerteplagene er datert fire måneder senere, og det fremgår at hun ble henvist til røntgenundersøkelse. Det ble også ved denne konsultasjonen forskrevet antiflogistika og smertestillende legemidler. Etter ytterligere en måned forelå resultatet av røntgenundersøkelsen, som ikke viste noe unormalt. Dagen etter oppsøkte pasienten legesenteret på nytt. Hun ble da henvist til fysioterapi, og det ble ifølge journalnotatet forskrevet antiflogistika og smertestillende. Det ble videre bemerket at det var mistanke om nakkeslengskade.

Et halvt år senere ble hun henvist til ortoped ved sykehuset, og hun var til konsultasjon der tre uker etter. Ifølge epikrisen ville man koble inn spesialist i smertebehandling. Det fremgår av journalnotater de følgende årene at det med jevne mellomrom ble forskrevet smertestillende legemidler og antiflogistika, senere også Durogesic plaster. MR-undersøkelse tre år etter ulykken viste intet unormalt. Av journalnotat fire år etter ulykken fremgår det at pasienten skulle ha vært til konsultasjon hos nevrolog, men at hun ikke hadde kunnet møte opp. Det fremgår av epikrise fra nevrologisk avdeling at pasienten ble henvist til ny MR-undersøkelse, og at man anbefalte fysioterapi- og varmebehandling. Pasienten sto også på venteliste til smerteklinikk. MR-undersøkelsen viste kun beskjedne slitasjeforandringer.

Ifølge epikrise fra smerteklinikken fem år etter ulykken foreslo man et rehabiliteringsopphold for å prøve å bedre

hennes smerteplager og funksjon. I følge journalnotat kort etter dette fra legesenteret presenterte man en eventuell behandling med Subutex for pasienten. Subutex ble forskrevet få dager etter. En uke senere er det bemerket at pasienten hadde fått abstinensreaksjon, men at dette bedret seg etter hvert. Tre måneder etter oppstart diskuterte man ifølge journalnotatet nedtrapping av Subutex, og man iverksatte nedtrappingen noen dager senere. Ut fra senere journalnotater synes nedtrappingen å være gjennomført på to måneder. Det fremgår av journalnotat to måneder senere at pasienten hadde kontakt med psykiater. Det fremgår av senere journalnotater at det har blitt forskrevet Somadril og Paralgin forte.

Det foreligger en uttalelse fra legesenteret, ikke fra den legen som sto for den aktuelle behandlingen, men fra en annen lege som stiller seg kritisk til håndteringen.

NPE har innhentet erklæring fra spesialist i allmennmedisin som peker på at behandling av kroniske smerter er vanskelig og byr på ulike utfordringer. I denne saken savnes bedre dokumentasjon av hvilke vurderinger og avveininger som er foretatt. Han finner at forskrivningen ikke har vært i tråd med retningslinjene. Det er forskrevet for mye og for sterke smertestillende legemidler.

Saken er også blitt forelagt to av NPEs faste medisinske rådgivere, den ene er spesialist i psykiatri og klinisk farmakologi og den andre er spesialist i nevrokirurgi.

Når det gjelder eventuelle morfininjeksjoner, viser psykiateren til at det ikke fremgår av journalen at dette skal ha blitt gitt. Han stiller seg videre tvilende til om dette ville hatt vesentlig effekt. Han uttaler videre at det ved flere anledninger er gitt en behandling som ikke har vært korrekt, blant annet har det vært stor forskrivning av smertestillende legemidler. Det var imidlertid korrekt å behandle pasientens nakkeplager med antiflogistika. Pasienten utviklet legemiddelavhengighet. Etter hans mening skulle pasienten dessuten ha vært henvist til spesialist i nevrologi på et tidligere tidspunkt. Dersom pasienten ikke hadde fått forskrevet smertestillende legemidler i så stor grad, er han av den oppfatning at hennes smerteplager ville ha vært mer fremtredende, og således ville ha medført en tidligere henvisning til spesialist. Han kan imidlertid ikke uttale seg om hvilken betydning en tidligere henvisning ville hatt for det videre forløp, valg av videre behandling og/eller sluttresultatet.

Rådgivende nevrokirurg uttaler at han er enig i psykiaterens vurdering om at pasienten har fått en uheldig behandling av sin nakkeskade, og at hun nok burde ha vært undersøkt av nevrolog på et tidligere tidspunkt. Behandlingen har ført til at pasienten utviklet avhengighet av smertestillende legemidler, som måtte behandles. Nevrokirurgen uttaler videre at pasienten ikke er påført noen varig merskade som følge av behandlingen ved legesenteret, herunder heller ikke en nakkeskade.

På bakgrunn av sakens dokumenter, herunder den eksterne sakkyndiges og de rådgivende legenes vurderinger, legger NPE til grunn at legesenterets behandling ved flere tilfeller mest sannsynlig ikke har vært i samsvar med alminnelige prinsipper og retningslinjer. Herunder har det ved flere anledninger blitt forskrevet store mengder av smertestillende legemidler, og spesialist i allmennmedisin har påpekt begrenset journalføring. NPE finner det likevel ikke sannsynliggjort at det er blitt gitt injeksjoner med morfin, idet dette ikke fremgår av løpende journal på legesenteret eller journalnotater/epikriser fra sykehus eller andre behandlende instanser. NPE viser også til rådgivende nevrokirurgs uttalelse om at det er tvilsomt om slike injeksjoner ville hatt vesentlig effekt.

Den store forskrivningen av smertestillende legemidler har mest sannsynlig ført til at pasienten utviklet en forbigående legemiddelavhengighet. Pasienten måtte følgelig gjennom en nedtrappingsperiode for å fri seg fra denne avhengigheten, med de plager det medførte. Dette utgjør en fysisk skade. Med bakgrunn i den eksterne sakkyndige og rådgivende psykiaters uttalelse legges det imidlertid til grunn at pasienten ikke er påført noen varig merskade som følge av behandlingen ved legesenteret, herunder heller ingen nakkeskade.

Pasienten har krav på erstatning fra NPE for forbigående plager i forbindelse med avhengighet og nedtrapping av smertestillende legemidler. Hun har ikke krav på erstatning fra NPE for vedvarende nakkeskade som følge av behandlingen ved legesenteret.

Sluttkommentar

For allmennlegetjenesten er den vanligste årsaken til medhold feil eller forsinket diagnose. Dette utgjør 60 % av sakene. Forsinket eller feil behandling er begrunnelsen i 27 % av medholdssakene. For somatiske sykehus er fordelingen motsatt. De fleste medholdssakene blir begrunnet med forsinket eller

feil behandling, mens mellom 15 og 20 % av sakene blir begrunnet med forsinket eller feil diagnose. Forskjellen er ikke overraskende ut fra at allmennlegetjenesten har en annen rolle enn sykehusene. En av hovedoppgavene for allmennlegetjenesten er å avgjøre i hvilken grad pasientens symptomer skal føre til videre utredning og viderehenvisning til spesialister eller sykehus.

På hjemmesiden www.npe.no publiseres temaartikler basert på opplysninger fra databasen, for eksempel om primærhelsetjenesten, anestesi, psykiatri, fødselsskader og brystkreft. Temaartiklene inneholder også eksempler på medholds- og avslagssaker. Utover temaartiklene publiseres anonymiserte eksempler på saker som har vært behandlet i NPE.

Litteratur

Referanser som er benyttet i flere kapitler, er i opplistingen bare tatt med én gang.

Kapittel 1

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64.
http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html (16.3.2009).

Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) av 15. juni 2001 nr. 53.
http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-053.html (16.3.2009).

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63.
http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html (16.3.2009).

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15.
http://www.lovdata.no/all/hl-19840330-015.html (16.3.2009).

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) av 6. desember 1996 nr. 1127.
http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19961206-1127.html (16.3.2009).

Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Veileder IS-1183. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1183_1061a.pdf (16.3.2009).

Bratland SZ, Hunskår S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 126(2): 166-9.

Kapittel 3

Aasland OG, Førde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. Qual Saf Health Care 2005; 14: 13-17. http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=105006&subid=0 (16.3.2009).

Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO, Aasland OG. The communication atmosphere between physician colleagues: competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Social Science and Medicine 1997; 44(4): 519-526.

Løvseth L, Aasland OG, Götestam KG. Professional secrecy as a stressor among Norwegian physicians. Eur J Psychiat 2005; 19(3): 159-164.

Kapittel 5

Beck AT, Rush JA, Shaw BF et al. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press, 1979.

Bryans P. What do professional men and women learn form making mistakes at work? Research in Post-Compulsory Education 1999; 4(2): 183-93.

Kapittel 6

Croskerry P, Wears RL, Binder LS. Setting the educational agenda and curriculum for error prevention in emergency medicine. Acad Emerg Med 2000; 7: 1194-1200.

Doing less harm. London: Department of Health: The Stationary Office, 2001.

Tomorrow's doctors recommendations of undergraduate medical education. London: The General Medical Council, 2003.

Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.

KUP – Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg. http://www.kup.no/?id=12097 (16.3.2009).

Syse A, Førde R, Førde OH. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. JAMA 2007; 298: 993-1001.

Aaron DC, Headrick LA. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. Qual Saf Health Care 2002; 11: 168-73.

Aaraas IJ, Jones B, Gupta TS. Norske og australske legers holdninger til medisinske avvikshendelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2204-6.

Aaraas IJ. Å leve med usikkerhet, avvik og feil. I: Hunskår S. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 791-6.

Kapittel 8

Price J, Haslam J, Cowan J. Emerging risks in out-of-hours primary care services. Clinical Governance: An International Journal 2006; 11: 289-98.

Fischer MA, Mazor KM, Baril J et al. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. J Gen Intern Med. 2006; May 21(5): 419–23.

Sandvik H, Zakariassen E, Hunskår S. Fastlegenes deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2513-6.

Anvik T, Grimstad H, Bærheim A et al. Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills – a nationwide cross-sectional study. Medical Teacher 2008; 30(3): 272-9.

Mick SS, Comfort ME. The quality of care of international medical graduates: How does it compare to that of U.S. medical graduates? Medical Care Research and Review 1997; 54:379-413.

Morris AL, Phillips RL, Fryer Jr GE et al. International medical graduates in family medicine in the United States of America: an exploration of professional characteristics and attitudes. Human Resources for Health 2006; 4: 17.

Salsberg E, Nolan J. The posttraining plans of international medical graduates and US medical graduates in New York State. JAMA 2000; Apr 5 283(13): 1749-50.

Fiscella K, Frankel R. Overcoming cultural barriers: International medical graduates in the United States. JAMA 2000; Apr 5; 283(13): 1751.

Kapittel 9

Austveg B. Kulturforståelse, migrasjonskunnskap og rasisme-forståelse. I: Ahlberg N, Aambø A, Gihle I (red). Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 1/2005. Oslo: NAKMI, 2005.

Cunningham PB, Foster SL, Henggeler SW. The elusive concept of cultural competence. Children's Services: Social Policy, Research & Practice 2002; 5(3): 231-43.

Dahl Ø. Interkulturelle møter i helsesektoren. I: Hugaas JV, Hummelvoll JK, Solli HM (red). Helse og helhet. Etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis. Oslo: Unipub Forlag, 2004.

Dibben MR, Davies HTO. Trustworthy doctors in confidence building systems. Quality and Safety in Health Care 2004; 13: 88-9.

Dysart-Gale D. Clinicians and medical interpreters. Family & Community Health 2007; 30(3): 237-46.

Eriksen TH., Sørheim TA. Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.

Feld AD. Culture and medical malpractice: lessons from Japan. Is the "reluctant plaintiff" a myth? American Journal of Gastroenterology 2006; 101: 1949-50.

Fiscella K, Frankel R, Hauff E et al. Establishing social contact in exile: a prospective community cohort study of Vietnamese refugees in Norway. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32(7): 408-15.

Kai J, Beavan J, Faull C et al. Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: a qualitative study. PLoS Medicine 2007; 4(11): e323-1775.

Leishman J. Perspectives of cultural competence in health care. Nursing Standard 2004; 19(11): 33-8.

Mello MM, Hemenway D. Medical malpractice as an epidemiological problem. Social Science and Medicine 2004; 59: 39-46.

Wikan U. Mot en ny norsk underklasse. Innvandrere, kultur og integrasjon. Oslo: Gyldendal, 1995.

Kapittel 10

Stensland P. Uheldige medisinske hendelser – om å ha gjort og å gjøre feil. I: Malterud K, Nessa J, Stensland P, Thesen J, editors. Legekunst i praksis. Oslo: Universitetsforslaget, 2006: 197-203.

Malterud K (red.). Prosedyrebok Ulriksdal legesenter 2003. Bergen: Ulriksdal legesenter, 2003.

Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2239-41.

Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2236-8.

Hjertholm R, Thesen J, Sandvik H et al. TrinnVis datasikkerhet. KUPs programvare for datasikkerhet på legekontor. http://www.kup.no/index.gan?id=39332&subid=0 (16.3.2009).

Roksund G. Fastlegen: praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontor. Oslo: Universitetsforl., 2002.

Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial-og-helsedirektoratet, 2005. http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf (16.3.2009).

Kapittel 14

Rønneberg U, Walby FA. Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:180-3.

Om redaktørene

Svein Zander Bratland
Født 1943. Cand.med. 1970. Spesialist og veileder i allmennmedisin, spesialist i samfunnsmedisin. Allmennpraksis på Dokka 1974-1989, i Bergen fra 1989 og bydelshelsesjef 1989-1998. Fra 1998 i tillegg til allmennpraksis seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Pris for forskning i allmennpraksis 1985, styreleder for SATS (utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennpraksis) 1994-1998. Publisert flere vitenskapelige artikler, medforfatter til læreboka Allmennmedisin, Norsk elektronisk legehåndbok, Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten og monografier om allmenmedisinske emner.
szb@helsetilsynet.no

Sverre Lundevall
Født 1950. Cand.med. 1976. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Allmennpraksis i Tromsø 1983–1989, i Oslo fra 1989. Nå allmennlege ved Fagerborglegene i Oslo. Deltidsstilling som veilederkoordinator i Legeforeningen. Allmennmedisinsk Utdanningsutvalg i NFA. Hovedforfatter av to håndbøker for veiledningsgrupper i allmennmedisin (To år sammen og Allmennmedisinske gruppereiser), og skrevet en rekke artikler i Utposten.
sverre.lundevall@legeforeningen.no

Forfattere

Olaf Gjerløw Aasland
Instituttsjef Legeforeningens forskningsinstitutt, Oslo og professor ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, lege
olaf.aasland@legeforeningen.no

Gunnar Tschudi Bondevik
Førsteamanuensis, dr.med., Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen, og fastlege, Bømlo
gunnar.bondevik@isf.uib.no

Svein Zander Bratland
redaktør

Siri Fosse
Assisterende fylkeslege i Finnmark 1985 – 1997 og assisterende fylkeslege i Østfold fram til 2008
siefosse@online.no

Reidun Førde
Professor, dr.med., Seksjon for medisinsk etikk, Universitet i Oslo
reidun.forde@medisin.uio.no

Gorm Are Grammeltvedt
Avdelingsdirektør, Statens helsetilsyn, Oslo, jurist
gag@helsetilsynet.no

Edvard Hauff
Professor, dr.med., Institutt for psykiatri, Universitet i Oslo, og seksjonsoverlege, Oslo universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon, Ullevål
edvard.hauff@medisin.uio.no

Per Hjortdahl
Professor, dr.med., Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo og seniorrådgiver, Den norske legeforening
per.hjortdahl@medisin.uio.no

Steinar Hunskår
Professor, dr.med., Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, leder Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen, og fastlege i Lindås
steinar.hunskar@isf.uib.no

Bernadette Kumar
Forsker ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, lege
b.n.kumar@samfunnsmed.uio.no

Sverre Lundevall
redaktør

Kirsti Malterud
Seniorforsker, dr.med., Allmennmedisinsk forskningsenhet, Unifob helse, Bergen og fastlege i Bergen
kirsti.malterud@isf.uib.no

Unni Rønneberg
Seniorrådgiver Statens helsetilsyn, Oslo, psykiater
unr@helsetilsynet.no

Mette Willumstad Thomsen
Seniorrådgiver Norsk pasientskadeerstatning, Oslo
mette.willumstad.thomsen@npe.no

Ingvard Wilhelmsen
Professor, dr.med., Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen og overlege Medisinsk Klinikk, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Bergen, indremedisiner, gastroenterolog og psykiater
ingvard.wilhelmsen@med.uib.no

Oahppat boasttuvuoðain ja váiddaáššiin

Svein Zander Bratland ja Sverre Lundevall (doaimmaheaddjit)

Dearvvašvuoðageahču Raportta 7/2009 čoahkkáigeassu

Girji lea joatkkan gihppagii ”Kollegabasert læring av klagesaker”(*Bargoguimmiid olis oahppan váiddaáššiid vuoðul*) man Legeforeningen (*Doaktáriid searvi*) almmuhii 1995:s, ovttasráđiid Stáhta dearvvašvuoðageahčuin. Dan maŋŋel leaba sihke Stáhta dearvvašvuoðageahču direktora ja Doaktáriid searvvi presideanta deattuhan dárbbu oahppat boasttuvuođain mat dahkkojuvvojit dearvvašvuođabálvalusas.

Danne leat mii atnán deatalažžan ráhkadit ovdamearkačoakkáldaga. Dás gávnnat ollu ovdamearkkaid sihke duođalaš ja smávit dáhpáhusain ja buozanvuođamannolagain mat leat vižžojuvvon váidagiin maid geahččoeiseválddit ja Norsk pasientskadeerstatning (Norgga divššohasvahátbuhtadus) leat gieđahallan. Áššit leat sihke dábálaš doaktárdoaimmas ja doavttervávttas – ja leat dieđusge anonymiserejuvvon.

Teorehtalaš beali ulbmilin lea addit dieđuid boasttuvuođaid birra dábálašmedisiinnalaš doaimmahagas, váiddaáššiid birra, doaktáriid reakšuvnnain dasa go dahket boastut ja movt váiddadilálašvuohta buoremusat sáhttá gieđahallojuvvot. Pedagogalaš hástalusat ja vejolašvuođat čilgejuvvojit ja guorahallojuvvojit. Maŋemus jagiid leat guovddážis leamaš boasttuvuođat maid olgoriikkalaš doaktárat leat dahkan. Dát áššečuolbma lea namuhuvvon girjjis, ovttas dainna movt dábálašdoavtterdoaibma sáhtášii organiserejuvvot, nu ahte buoremusat eastadivčči boasttuvuođaid. Čállit leat buohkat guovddáš olbmot iežaset fágasurggiin oahpahusas, dutkamis ja bearráigeahččodoaimmas.

Mii háliidit ahte girji bovttášii ságastallamiid medisiidnastudeanttaid, turnusdoaktáriid, dábálašdoaktáriid geat leat spesialistaoahpus ja dábálaš doaktáriid gaskkas geat leat lassioahpu váldime. Juste diekkár bargoskihpárvuođustuvvon proseassain láve olmmoš buoremusat oahppat.

Learning from mistakes and complaints
Svein Zander Bratland and Sverre Lundevall (editors)

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 7/2009

This book is a follow-up of the pamphlet "Colleague-based learning from cases of complaint" ("Kollegabasert læring av klagesaker") from 1995, published by the Norwegian Medical Association in cooperation with the Norwegian Board of Health Supervision. Later, on several occasions, both the Director General of the Norwegian Board of Health Supervision and the President of the Norwegian Medical Association have pointed out the need for learning from errors that are made in the health services.

Therefore, we have produced a collection of examples. We present a broad range of serious and less serious events and case histories, based on complaints that have been dealt with by the supervision authorities and the Norwegian System of Compensation for Injuries to Patients. The cases are from general practice and the emergency services, and are, of course, made anonymous.

The theoretical part presents information about the following: errors in general medical practice, dealing with cases of complaint, doctors' reactions to making errors, and how complaints can best be dealt with. Pedagogical challenges and possibilities are described and discussed. During the last few years, focus has been directed towards errors made by doctors from other countries. This issue is discussed in the book, including a review of how general practice can be organised in order to prevent errors. The authors are all authoritative persons in the fields of teaching, research and supervision of services.

We hope that the book will provide the basis for discussion among medical students, junior doctors, and general practitioners undergoing specialist training or further education. It has been shown that the potential for learning is greatest in such processes with colleagues.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2008

1/2008 Meldesentralen – årsrapport 2006

2/2008 "Mens vi venter …" – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste

3/2008 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

4/2008 Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven

5/2008 Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007

6/2008 Oppsummeringsrapport etter tilsyn med smitteisolering ved 10 helseforetak i 2006. Statens helsetilsyn og Arbeidstilsynet

7/2008 Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgivelser 2009

1/2009 Hans Petter Schjønsby: Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge

2/2009 Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

3/2009 Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

4/2009 DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktspsykiatriske sentre

5/2009 Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn

6/2009 "Sikker som banken…" – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften

7/2009 Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (red.): Læring av feil og klagesaker

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.
De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles
funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn
med sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på
www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 7/2009

Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (red.):
Læring av feil og klagesaker

Boka er en oppfølger av heftet "Kollegabasert læring av klagesaker" fra 1995, utgitt av Legeforeningen i samarbeid med Statens helsetilsyn. Senere har både direktøren i Statens helsetilsyn og Legeforeningens president i flere sammenhenger påpekt behovet for å lære av feil som begås i helsetjenestene.

Vi har derfor lagt vekt på å utarbeide en eksempelsamling. I denne finnes et bredt spekter av alvorlige og mindre alvorlige hendelser og sykdomsforløp som er hentet fra klager behandlet av tilsynsmyndighet og Norsk pasientskadeerstatning. Sakene skriver seg fra allmennpraksis og legevakt – og er selvsagt anonymisert.

Den teoretiske delen tar sikte på å gi kunnskap om feil i allmennmedisinsk virksomhet, klagebehandling, legers reaksjoner på å begå feil og hvordan klagesituasjonen best kan håndteres. De pedagogiske utfordringene og mulighetene blir beskrevet og drøftet. Det har de senere årene vært satt fokus på feil gjort av leger uten norsk opprinnelse. Denne problemstillingen er omtalt i boka, sammen med en gjennomgang av hvordan allmennlegevirksomhet kan organiseres for å unngå feil.

Forfatterne er alle toneangivende innenfor sine fagfelt innen undervisning, forskning og tilsynsvirksomhet.

Vi ønsker at boka skal gi grunnlag for diskusjoner blant medisinske studenter, turnusleger, allmennleger under spesialistutdanning og i smågrupper for allmennleger i etterutdanningen. Det er i en slik kollegabasert prosess at læringspotensialet er vist å være størst.