

Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å vurdere forutsigbarhet i behandlingen av klagesaker mot allmennleger og å identifisere medisinske forhold og situasjoner som utløser klager og reaksjoner.

Materiale og metode. Undersøkelsen omfatter saker mottatt av Statens helse-tilsyn fra fylkeslegene i løpet av to år. Halvparten var saker oversendt på grunn av klage på saksbehandlingen, resten saker oversendt der fylkeslegene mente det var grunn for Helse-tilsynet å vurdere reaksjon mot legen. Hvert hendelsesforløp ble sammenholdt med sjekklisten for den medisinske vurderingen.

Resultater. Sjekklisten var fulgt i alle sakene unntatt to. Det var signifikant sammenheng mellom påvist uforsvarlighet og utilstrekkelig grunnlag for utvist klinisk skjønn. Det var likeledes signifikant sammenheng mellom reaksjon etter en vaktkonsultasjon og fremmedspråklig lege. Håndteringen av kvinnelige pasienter førte til signifikant færre reaksjoner enn tilsvarende knyttet til mannlige pasienter. Fylkeslegenes vurderinger stemte i begrenset grad med Helsetilsynets.

Fortolkning. Behandlingen av tilsynssaker mot allmennleger er forutsigbar og kan derfor være en kilde til læring. Sammenhengen mellom reaksjon etter vaktkonsultasjon og leger som ikke har norsk som sitt første språk, tilsier tiltak på flere plan. Manglende samsvar mellom fylkeslegene og Statens helse-tilsyn i vurderingen av sakene indikerer at tottrinnsbehandling er uhensiktsmessig.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Svein Z. Bratland

szb@htil.no
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Steinar Hunsbår

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Det er hevdet at de fleste leger i klinisk praksis må regne med å pådra seg en klagesak i løpet av yrkeslivet (1). Allmennleger får relativt sett flest klager, og mer enn halvparten av mannlige allmennleger pådrar seg en eller flere klager, de fleste utløst i øyeblikkelig hjelp-situasjoner (2, 3). Det kan imidlertid bero på tilfeldigheter om det fremsettes en klage, og klagesaker kan dermed bli oppfattet som urettferdige. På den annen side bør muligheten for å lære av klager og ev. feil også gjelde for legevirksomhet og slik bidra til kvalitetsutvikling (4). Slik læring krever forutsigbarhet i vurderingen av sakene og at resultatet gjøres kjent på en måte som bidrar til åpenhet om klager og kollegabasert læring.

Det har i liten grad vært gjort systematiske analyser av det medisinsk-faglige innholdet i klagesaker, inkludert de vurderinger som ligger til grunn der det blir påvist uforsvarlig legevirksomhet. Undersøkelsene har i hovedsak vært rettet mot det det klages på og årsaksforholdene i klagen (3, 5). I 1999 publiserte Statens helsetilsyn retningslinjer for den medisinsk-faglige vurderingen av tilsynssaker (klagesaker brakt inn for tilsynsmyndighetene) mot allmennleger (6). Disse retningslinjene med sjekkliste gir mulighet for en systematisk gjennomgang av saker som er brakt inn for tilsynsmyndighetene med påstand om at allmennlege har begått medisinske feil. Vi ønsket å identifisere medisinske forhold og situasjoner som utløser klager og reaksjoner og å vurdere graden av konsistens og forutsigbarhet i saksbehandlingen.

Materiale og metode

Undersøkelsen inkluderer saker oversendt fra fylkeslegene til Statens helsetilsyn i en toårsperiode fra juli 2000 til juni 2002. På grunn av lang saksbehandlingstid for enkelte av sakene var ikke materialet klart for analyse før 2004. Saker vedrørende legers rusmisbruk og sykdom, brudd på taushetsplikten

og liknende ble ekskludert (disse utgjorde ca. 40 % av totalmaterialet).

For hvert hendelsesforløp ble det sjekket om retningslinjene for den medisinsk-faglige vurderingen (ramme 1) var fulgt i klagebehandlingen. Det kliniske skjønn ble vurdert ut fra grad av samsvar med god praksis utledet fra anerkjent litteratur for allmennleger (lærebok, kliniske retningslinjer, håndbøker). Ved et vesentlig avvik fra god praksis, ble dette formulert som utilstrekkelig grunnlag. Tilstandens alvorlighet ble på samme måte sammenholdt med det relevant medisinsk litteratur angir som differensialdiagnoser knyttet til henvendelsesårsaken. På tilsvarende måte ble behandlingen vurdert. Med denne tilnærmingen ble det vurdert om sammenliknbare saker var behandlet likt med tanke på reaksjoner etter helsepersonelloven (tidligere legeloven). Selv om ordlyden i helsepersonelloven fra 2001 (7) er mer utfyllende enn i legeloven, er den nye loven lagt til grunn for vurderingene i hele materialet.

Hovedelementene er kravet om forsvarlig legevirksomhet. Brudd på denne plikten skal vurderes i forhold til legens handlingsalternativer og egnethet til å påføre betydelig belastning for pasienter eller medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten (7). Reaksjonene ble inndelt i uformelle og formelle: uformelle reaksjoner er gitt der det er påvist avvik fra god praksis, men ikke pliktbrudd i forhold til § 4 om forsvarlighet i helsepersonelloven. Formelle reaksjoner omfatter alle pliktbrudd inkludert påvist pliktbrudd som ikke førte til advarsel, advarsel og tap av autorisasjon. Variabellisten (tab 1) ble utledet av sjekklisten. Den inneholder dessuten in-



Hovedbudskap

- Risiko for uforsvarlig legevirksomhet i allmennmedisin er særlig knyttet til mannlige leger, vakt situasjoner for leger uten norsk som morsmål, mannlige pasienter og koronar hjertesykdom
- For å unngå advarsel fra tilsynsmyndigheten må allmennleger i sitt kliniske skjønn redusere sannsynligheten for alvorlig tilstand eller uheldig behandlingresultat
- Det må legges til rette for læring av feil ved forutsigbar saksbehandling og åpenhet omkring avgjørelsene

dikatorer knyttet til forekomst av klagesaker (2, 3). Alle aktuelle data ble registrert og bearbejdet på Excel-regneark. Statistiske analyser er gjort med khikvadrattester, og signifikansnivået er satt til 5 % ($p < 0,05$).

Klager hadde klagerett på fylkeslegens vedtak i saker fremmet før 2001. Materialet består således av saker som ble oversendt fra fylkeslegene til Statens helsetilsyn som følge av klage på saksbehandlingen og de sakene der fylkeslegene mente det var grunn for Helsetilsynet å vurdere reaksjon mot legen. Det er ikke kjent i hvilken utstrekning sjekklisten er benyttet hos fylkeslegene. En av forfatterne (SZB) har vært involvert i den medisinsk-faglige vurderingen av alle sakene unntatt to. I gjennomgangen av sakene ble det funnet grunn til å revurdere fem hendelsesforløp tidligere vurdert av SZB. Disse revurderingene ble utført av den andre forfatteren (SH). Revurderingene førte ikke til endret resultat.

Resultater

I alt ble 80 saker inkludert med 85 pasienter og 104 leger involvert. 107 hendelsesforløp fra allmennpraksis var tilgjengelig for medisinsk-faglig vurdering. I saker der klager ønsket vurdering av Statens helsetilsyn, var antall hendelsesforløp 55, mens i saker oversendt fra fylkeslegene for vurdering av reaksjon, var antall hendelsesforløp 52. For to leger var det flere enn fire hendelsesforløp. Disse er fremstilt som ett på hver. Den ene av disse legene tapte sin autorisasjon, den andre hadde benyttet en behandlingsmetode som ikke er godkjent i Norge. Dette førte til veiledning.

Tabell 1 viser de registrerte variablene samt fordelingen av sakene. Summen blir ikke 107 for alle variablene. For eksempel var ikke angivelse av alvorlighet aktuelt for alle hendelsesforløpene. Opplysninger om legens spesialitet og tilknytning til kommunehelsetjenesten var ikke alltid tilgjengelig.

Sjekklisten var fulgt i alle sakene unntatt to. Disse to var tidligere ikke vurdert av allmennlege, og revurderingen av sakene førte til at den første vurderingen ble oppfattet som feil i en av sakene. Pasientens kliniske tilstand var ikke vektlagt og det ble ikke funnet grunn til reaksjon, siden pasientens diagnose ble ansett som sjelden og vanskelig å stille. Hadde dette hendelsesforløpet blitt vurdert i henhold til sjekklisten, ville legen sannsynligvis fått advarsel.

Det er statistisk signifikant sammenheng mellom påvist uforsvarlighet definert som brudd på § 4 i helsepersonelloven både i forhold til utilstrekkelig grunnlag for utvist klinisk skjønn og ikke-erkjent alvor. Det samme gjaldt sammenheng mellom fremmedspråklig lege og vaktkonsultasjoner som førte til oppretting av klagesak, og mellom reaksjon etter en vaktkonsultasjon og det at legen var fremmedspråklig. Det var også signifikant flere fremmedspråklige enn norskspråklige leger som ble tildelt advarsel,

mens dette ikke var tilfelle for reaksjoner totalt eller klinisk skjønn på utilstrekkelig grunnlag. Manglende eller utilstrekkelig journalføring forekom i liten grad.

Det var signifikant flere mannlige enn kvinnelige leger som pådrog seg reaksjon og advarsel, og det var en tendens til at forholdsvis flere kvinnelige leger erkjente alvor og hadde et tilstrekkelig grunnlag for sitt kliniske skjønn enn mannlige leger. Saker som gjaldt kvinnelige pasienter, førte til signifikant færre reaksjoner enn tilsvarende knyttet til mannlige pasienter.

Det ble ikke påvist signifikant statistisk sammenheng mellom å pådra seg klage eller formell reaksjon og kontaktttype (vaktssituasjon eller ordinær konsultasjon). Ved ytterligere signifikantesting etter at hendelsesforløp som ikke førte til reaksjon var tatt ut, ble det heller ikke påvist signifikante sammenhenger, selv om forskjellen mellom gruppene var store. Fordelingen mellom vaktssituasjon, telefonkonsultasjon under vakt, ordinær utredning og oppfølging der det ble gitt reaksjoner, var henholdsvis 45 %, 9 %, 11 % og 34 %. Leger uten sikker tilknytning til kommunehelsetjenesten var likt representert blant leger med og uten reaksjon. Det var en tendens til at mannlige og fremmedspråklige leger som pådrog seg reaksjoner, oftere undersøkte pasientene utilstrekkelig eller begikk medisinske feil enn henholdsvis kvinner og norskspråklige leger. Det var også en tendens til at ikke-erkjent alvor var av større betydning enn utilstrekkelig undersøkelse.

Sakkyndig ble oppnevnt i ti tilfeller. En av disse ble oppnevnt av Statens helsetilsyn. Uttalelsen fra denne ble lagt til grunn for vurderingen. Av de ni uttalelsene som ble innhentet av fylkeslegene, ble fire oppfattet som utilstrekkelige. To av disse var ikke utferdiget av allmennleger. Av de gjenværende fem uttalelsene ble to oppfattet som for strenge og en for mild.

Tabell 1 viser også samsvaret i vurderingene mellom fylkeslegene og Statens helsetilsyn. Der fylkeslegene mente det ikke var grunn for reaksjon, var Helsetilsynets oppfatning den samme for 42 av 55 hendelsesforløp (76 %), mens det var hel eller delvis uenighet om fire og ni tilfeller. Der fylkeslegene mente at det var grunn til reaksjon, var det samsvar for 23 av 52 hendelsesforløp (44 %) og uenighet eller delvis samsvar i 22 og sju tilfeller.

Koronar hjertesykdom var den sykdom som hyppigst førte til advarsel (tab 2). Kreftsykdom og hjerneslag var hyppigst hva gjaldt veiledningsreaksjon, og mage-tarm-sykdommer og slagtilfeller der det ikke ble funnet grunn for reaksjon.

Det ble påvist uforsvarlig legemiddelhåndtering i fem tilfeller. I tre av disse tilfellene ble legen gitt advarsel: en for forveksling av legemiddel, en for pasientstyrt forskrivning av legemiddel i gruppe A og en for høyt antall injeksjoner av kortikosteroid.

Ramme 1

Vurderingstema i tilsynssaker – sjekkliste

Journalopplysninger

- Pasientens bestilling – plager, symptomer, sykehistorie, potensielt alvorlig tilstand?
- Undersøkelser som legen legger til grunn
- Tiltak – er igangsatt behandling adekvat i forhold til prognosen for tilstanden ubehandlet?

Type kontakt

- Konsultasjon: utredning, oppfølging, sykebesøk
- Legevakt: kontor, utrykning, telefonkonsultasjon
- Samtidighetskonflikt

Tilleggsopplysninger

- Klager, påklaget lege, annen lege, LV/AMK-sentral, sykehus/poliklinikk

Hva er vurdert?

- Avvik fra god praksis? – Foreligger det aktuelle retningslinjer?
- Er sannsynligheten for alvorlig tilstand redusert i tilstrekkelig grad?
- Er utfallet vektlagt – i tilfelle hvordan?
- Er det tatt stilling til sykdomsutvikling i intervallet mellom kontakt med påklaget lege og neste lege?
- Er det tatt høyde for at allmennlegen ikke skal utelukke diagnoser, men vurdere sannsynligheten?
- Legens kliniske skjønn og grunnlaget for dette

Diskusjon

Det foreligger ikke norske studier som har sett på effekten av reaksjoner gitt til leger som har begått medisinske feil, men tilsyns-etatens inntrykk er at leger ønsker å rette seg etter vedtakene (3). Dersom reaksjonene er forutsigbare eller kan forventes, burde klagesaker være egnet som grunnlag for å lære av feil. Forutsigbarheten i behandlingen av tilsynssaker er avhengig av konsistent saksbehandling i henhold til publisert sjekkliste (6) og at anerkjent medisinsk litteratur legges til grunn for vurderingene. I vår undersøkelse var det bare to hendelsesforløp som ikke var vurdert i henhold til sjekklisten. I tillegg gav den medisinsk-faglige revurderingen de samme utfallene for alle hendelsesforløpene der sjekklisten var benyttet. Vi mener derfor at behandlingen i Statens helsetilsyn av tilsynssaker mot allmennleger er preget av forutsigbarhet og at tilsynssaker derved kan være en kilde til læring både for påklaget lege og for andre leger.

Tilfeldigheter er bestemmende for fordelingen av enhetene i det foreliggende materialet. Vi har derfor ikke funnet det hensiktsmessig å relatere tallene til «normaldata» fra

Tabell 1 Oversikt over registrerte variabler og fordeling av saker i undersøkelsen

Variabel	Kategori	Antall	Reaksjon	
			Uformell	Formell
Opprinnelse	I Klage på fylkeslegens vedtak	55	9	7
	Klager: pasient/pårørende	52	7	6
	påklaget lege	3	2	1
	II Oversendt for vurdering av reaksjon	52	19	18
Pasientens kjønn	Kvinne	54	13	8
	Mann	51	14	16
Pasientens alder	0–16	5	0	2
	17–70	95	26	21
	> 70 år	5	1	1
Legens kjønn	Kvinne	16	3	1
	Mann	91	25	24
Legens morsmål	Norsk	71	20	12
	Ikke norsk	36	8	13
Situasjon	Legevakt/øyeblikkelig hjelp	45	11	13
	Telefonkonsultasjon under vakt	10	1	4
	Ordinær utredning	16	2	4
	Oppfølging	36	14	4
Erkjent alvor	Ja	43	5	2
	Nei	45	20	22
Klinisk skjønn, grunnlag	Tilstrekkelig	77	9	17
	Utilstrekkelig	27	14	12
Journalnotat	Ja	96	23	19
	Nei	2	1	1
	Utilstrekkelig	9	4	5
Reaksjon	Ingen	54		
	Kritikk/veiledning	28		
	Pliktbrudd etter helsepersonelloven § 4	25		
Sammenfallende vurdering fylkeslege/ Statens helsetilsyn	I Ja	42		
	Nei	4		
	Delvis	9		
	II Ja	23		
	Nei	22		
	Delvis	7		
Vurdering av systemfeil	Ingen	95		
	Kritikk påklaget lege	2		
	Kritikk legevakt	4		
	Kritikk andre	6		

Tabell 2 Fordeling av diagnosegrupper

Diagnose	Reaksjon			Sum
	Ingen	Formell	Uformell	
Koronar hjertesykdom	6	1	9	16
Cerebrovaskulær sykdom	10	5	1	16
Gastrointestinal sykdom	11	4	1	16
Kreft	6	6	1	13
Psykatri/legemiddelavhengighet	7	3	2	12
Infeksjoner	4	2	2	8
Svangerskap/endokrin sykdom	2	1	3	6
Tromboemboli	4	2	0	6
Muskel- og skjelettsykdom	2	2	2	6
Luftveissykdom	0	1	3	4
Andre	2	1	1	4
Sum	54	28	25	107

norsk allmennpraksis. Selv om vi ikke kjenner fordelingen av de ulike legegruppene som blir analysert i artikkelen, kan undergruppeanalyser og statistiske sammenlikninger likevel være gyldige og gi viktige indikasjoner om hva og hvem som er utsatt for klager og hvor det kan forventes reaksjoner.

Fylkeslegenes og Statens helsetilsyns vurderinger var sammenfallende i bare 44 % av hendelsesforløpene der fylkeslegene mente det var grunn til formell reaksjon. Dette er bekymringsfullt. Om lag en firedel av hendelsesforløpene som av fylkeslegene ikke ble ansett som pliktbrudd, ble vurdert som alvorlige i Statens helsetilsyn. Det er ikke å forvente at 18 lokale helsetilsyn med varierende kompetanse blant saksbehandlerne skal kunne foreta ensartede faglige vurderinger i tilsynssaker. Når imidlertid resultatene spriker så vidt mye i begge retninger, bør det føre til en vurdering av om tottrinnsbehandling av tilsynssakene er hensiktsmessig.

Det foreligger flere studier av hva som fører til at det fremsettes klager mot allmennleger. Stokstad og medarbeidere publiserte et materiale fra Helsedirektoratet i 1992 (3). Hvilke situasjoner og hvilke medisinske forhold som fører til uforsvarlig legevirksomhet har imidlertid ikke vært undersøkt systematisk før de siste årene. Ved litteratursøk fant vi to studier. I Nederland fant de Melker ved gjennomgang av 76 saker der han hadde vært oppnevnt som sakkyndig, utilstrekkelig oppfølging som bakgrunn i 40 % av tilfellene (8). Utilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot alarmsignaler (alvor) var årsaken til uforsvarlig legevirksomhet i 29 % av tilfellene, mens feil diagnose ble angitt i 9 % av tilfellene. Han fant videre at når allmennleger opptrådte som stedfortreder for fastlegen, forekom dobbelt så mange uforsvarlige handlinger som når det gjaldt egne pasienter.

Resultatene fra denne undersøkelsen kan ikke uten videre sammenliknes med våre. Først fordi hendelsesforløpene ikke er vurdert etter fastlagte kriterier, dernest fordi grad av uforsvarlighet ikke er angitt. Resultatene er likevel i stor grad sammenfallende ved at de påviser ikke-erkjent alvor i situasjonen eller tilstanden og utilstrekkelig oppfølging. Stedfortredersituasjonen kan sammenliknes med den norske legevaktssituasjonen. Mens norske primærleger i vår undersøkelse ser ut til å opptre uforsvarlig like hyppig i ordinær kontortid som under legevakt, skjer dette altså dobbelt så hyppig i Nederland. Mens det i Norge kan anslås et forholdstall på ca. sju mellom ordinære konsultasjoner og vaktkonsultasjoner (9), er tilsvarende tall for Nederland ikke kjent.

I en amerikansk undersøkelse ble 5 921 klagetilfeller vurdert (10). Koronar hjertesykdom var også her den diagnose som hyppigst forelå der allmennlegen hadde opptrådt uforsvarlig. Det ble benyttet fagfelle-vurdering av forsvarlighet ved handling. Der handlingen ble oppfattet til å være uforsvarlig, ble underliggende årsak vurdert til å være

feil diagnose i 34 % av tilfellene og utilstrekkelig oppfølging i 16 % av tilfellene.

Fellestrekkene i disse to undersøkelsene og vår egen er feil diagnose der alvorligheten ikke erkjennes og utilstrekkelig oppfølging av pasientene. Vår undersøkelse skiller seg ved at vi også har sett på grunnlaget for utvist klinisk skjønn og journalnotatens innhold. Vi fant signifikant sammenheng mellom forsvarlig pasienthåndtering og tilstrekkelig grunnlag for utvist klinisk skjønn samtidig som utilstrekkelige journalnotater ble påvist i meget liten grad. Det samme ble påvist i forhold til å erkjenne alvorligheten i pasientens tilstand.

Å erkjenne alvor vil ikke uten videre kunne læres, for mye av legekunsten ligger i legens mulighet for å utvise godt klinisk skjønn. Derimot kan det å legge et tilstrekkelig grunnlag for slikt skjønn læres og oppøves ved strukturering av symptomstyrt og problemorientert utredning av pasientene. Det har tidligere vært antatt at klinisk skjønn utvist på tilstrekkelig grunnlag ikke ville føre til reaksjoner fra tilsynsmyndighetene. Men vi fant at tilstrekkelighet i utredningen på langt nær er noen garanti for at forsvarlige tiltak igangsettes. Det er i denne sammenhengen tilsynssaker etter vår oppfatning kan legges inn som et nyttig verktøy i kollegabasert læring (4).

Det ble ikke gitt formell reaksjon for utilstrekkelig eller manglende journalføring. I allmennpraksis vil mangelfull journalføring sjelden være egnet til å påføre pasienter betydelig belastning. Et eksempel kan imidlertid være utelatt anførsel av penicillinallergi. Det vanlige er at journalen er mangelfull fordi symptomer ikke er etterspurt og undersøkelser ikke foretatt. Dette vil naturlig nok ikke bli journalført.

Undersøkelser fra USA og Canada har vist at leger med utdanning fra disse landene pådrar seg færre klagesaker enn leger med utdanning fra andre land (11). Vi har ikke slik kunnskap om legene i vår undersøkelse. Vi tok utgangspunkt i legens journalføring og skriftlige tilleggsopplysninger. Der legens språkføring avdekket unorsk ortografi

og setningsbygning, ble det antatt at legen ikke har norsk som sitt morsmål. Vi fant slik en sterk sammenheng både med å pådra seg klagesak og reaksjon etter vaktkonsultasjon og det at legen (antakelig) ikke har norsk som sitt første språk. Dette er urovekkende og en utfordring for kommuneledelse og legevaktsjefer når vi vet at antall fremmedspråklige leger øker i Norge og at det ikke umiddelbart kan settes inn tiltak for å bedre språksituasjonen ved ansettelse. Tilsynssaker vil kunne være et utgangspunkt for kollegabasert læring ved å avdekke behov og foreslå tiltak for endring og bedring.

Det var forholdsmessig flere menn som pådrog seg reaksjoner enn kvinner. En delforklaring er at kvinnelige leger i mindre grad deltar i legevaktarbeid. Det kan også tenkes at kvinnelige leger opptre mindre konfliktskapende enn sine mannlige kollegaer, mens man må kunne anta at kunnskapsnivået er det samme. Det er bekymringsfullt at håndteringen av klagesaker som gjaldt mannlige pasienter førte til signifikant flere reaksjoner enn der kvinnelige pasienter var involvert. Det er vanskelig å finne forklaringer for dette i vurderingssystemet, da sjekklisten er kjønnsnøytral. Det kan ikke utelukkes at kvinnelige pasienter i større grad har sammensatte kliniske problemstillinger som skaper vansker for den medisinske faglige vurderingen. Det var imidlertid ikke mulig å påvise at legene i mindre grad erkjente alvorlighet hos kvinnelige pasienter eller at utredningen av dem i større grad var utilstrekkelig i forhold til mannlige pasienter.

Systemfeil ble som ventet i meget liten grad påvist knyttet til allmennlegens virksomhet. Allmennlegen står stort sett alene i sitt møte med pasientene. I noen tilfeller ble det påvist svikt ved legevakttjenestenes videreformidling av vesentlige pasientopplysninger.

Det er mange som argumenterer for at selvrapportering av feil i større grad vil kunne føre til kvalitetsutvikling. I en undersøkelse der videoopptak ble benyttet viste det seg imidlertid at feil bare ble rapportert i åtte av 25 tilfeller (12). Selvrapportering av feil er

hovedsakelig knyttet til legemiddelhåndtering (5), som av legen ofte vil bli oppfattet som mindre alvorlig enn å stille feil diagnose, ikke erkjenne alvorlige tilstander og ikke følge opp pasientene på forsvarlig måte. I vår undersøkelse ble det påvist uforsvarlig legemiddelhåndtering i et fåtall tilfeller.

Både med hensyn til pasientrettigheter og muligheten til å lære av påviste feil, bør arbeidet med å kvalitetssikre saksbehandlingen av tilsynssaker styrkes og resultatene systematiseres for bruk i kollegabasert læring.

Manuskriptet ble godkjent 14.10. 2005.

Litteratur

1. Kristiansen IS. Hver tredje lege har fått klage. Dagens Medisin 1999; nr. 3.
2. Fosse SE. Klage fra fylkeslegen – trussel eller kvalitetssikring. Legers synspunkter på fylkeslegens klagebehandling. Spesialoppgave i folkehelsevitenskap. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1998.
3. Stokstad I, Eskerud J, Jordal H et al. Klager på leger i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 863–6.
4. Nilsen GE, Berg E, Eskerud J et al. Kollegabasert læring av klagesaker. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
5. Rubin G, George A, Chinn DJ et al. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. Qual Saf Health Care 2003; 12: 443–7.
6. Andersen JF, Raastad H, Bratland SZ. Tilsynsmyndighetene og klagesaker – refs eller tilbakesending til ettertanke. Utposten 1999; nr. 3: 8–11.
7. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html (1.3.2005).
8. de Melker RA. Analyse van expertiserapporten van één huisarts-deskundige bij tuchtzaken en schadeclaims tegen huisartsen (1994–2000): lessen voor de praktijk. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145: 1019–23.
9. Grimsø A, Hagman E, Lorentzen EF et al. Patients, diagnoses and activities in general practice in the Nordic countries. Health statistics in the Nordic countries. København: Nordic Medico Statistical Committee, 1998.
10. Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM et al. Learning from malpractice claims about negligent adverse events in primary care in the United States. Qual Saf Health Care 2004; 13: 121–6.
11. Hurwitz B. Learning from primary care malpractice: past, present and future. Qual Saf Health Care 2004; 13: 90–1.
12. Xiao Y, Mackenzie CF. Stress and decision-making in trauma patient resuscitation. <http://hfrp.umm.edu/onrep> (8.3.2005).