



## ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER

*Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.*

# For tiden uskikket som lege

AV PER STENSLAND

Leger skal yte forsvarlig helsehjelp (1). Likevel godtar helsemyndighetene at det ytes hjelp som skiller seg fra god praksis uten at den straks blir betegnet som uforsvarlig. Det er en gråson mellom det gode og det uforsvarlige som de fleste praktiserende leger nok har stiftet kjennskap med. Som kontorleder i en utkantkommune med mange vikarleger på kortvarig besøk, har jeg fått godt innsyn i disse gråsonene. Jeg har også begynt å interessere meg for hva som definitivt ikke er bra nok praksis og hvordan vi på et legekontor kan forholde oss til det.

Dette er både et juridisk og medisinsk felt, og begrepsbruken er varierende. Det er grunn til å unngå begrepet «medisinsk feil» som fokuserer på personlig skyld, mens «avvik» peker mot handlingene som førte til eventuelle skader (2). Her vil jeg bruke betegnelsen uønsket hendelse.

## Uønskede hendelser

Uønskede hendelser er en del av praktisk medisinsk arbeid som ikke kan fjernes. Målet er å lære av dem for i størst mulig grad å redusere forekomst og uheldige konsekvenser. Hjort har referert til studier som viser at uønskede hendelser forekommer i ca. ti prosent av sykehusinnleggelse,



**Per Stensland**

Kommunelege, dr.med. Erfaring som allmenn- og samfunnsmedisiner fra Hadsel, Botswana og Sogndal. Førsteamanuensis ved Universitet i Bergen og kst forskningsleder ved Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin.

og at ca. fem prosent av disse er dødelige (3, 4). Vi har færre data på omfanget av uønskede hendelser i primærhelsetjenesten. Omfattende engelske studier kan tyde på at det er betydningsfulle feil i ca. sju prosent av konsultasjoner og at disse kan klassifiseres under overskriftene diagnostikk, forskrivning, kommunikasjon og organisering (5, 6).

En kan dele uheldige hendelser 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, og de utgjør nær 1/3 av uønskede hendelser (3). Hendelige uhell har sammenheng med den kalkulerede risiko som ligger i enhver medisinsk prosedyre.

## God nok – Mindre god – For tiden uskikket

Å drive praksis etter allment aksepterte faglige normer forutsetter basiskunnskaper og basisferdigheter. Sentrale basisferdigheter er å gi pasienten trygghet på å bli tatt på alvor, men også å kunne utfordre pasienten ved å yte kvalifisert motstand. Dette kan resultere i at pasienten blir skuffet og ikke synes legen «tok meg på alvor». Noen pasienter vil også klage etter en slik opplevelse. Klager er ikke nødvendigvis uttrykk for dårlig praksis eller en uønsket hendelse. Tvert om, hadde jeg nær sagt: Om du aldri opplever en klage – gir du rimelig grad av motstand?

### BOKS 1

#### Nøkkelbudskap

- Uønskede medisinske hendelser er hyppige, også i allmennmedisin
- Alle praktiserende leger må regne med selv å kunne bli ansvarlig for uønskede hendelser
- Uønskede hendelser kan gi grunnlag for læring og forbedringsarbeid
- Å tilrettelegge for slik læring er et lederansvar
- Ved alvorlig avvikende atferd må legekontoret vurdere om legen for tiden er uskikket til å praktisere

ÅRSTALL	AVSLUTTEDE SAKER	REAKSJON	INGEN REAKSJON
2002	173	103	71
2003	172	125	55
2004	237	148	101
2005	242	168	87
2006	252	184	76
2007	271	181	95
2008	224	155	65

TABELL 1. *Antall tilsynssaker avsluttet av Statens Helsetilsyn og antall reaksjoner 2002–8. (16)*

Mer grunn til å vurdere oss selv i speilet har vi når klagenes repeteres. Er det noe ved kunnskapsgrunnlaget eller praksisen min som ikke holder mål? Er det en tilfeldig opphopning av uønskede hendelser? Mange er sin egen strenge dommer og trenger knapt noen klage for å kjenne på kvalitetssvikt. Men: Vi vil dessverre alle oppleve å gjøre feil som får konsekvenser for en pasient.

Noen av oss vil oppleve tyngre tider. Personlige vansker, privatliv i uorden, opphopning av problemer i jobb kan alle sette oss ut slik at det mentale overskuddet blir mindre enn det som trengs for å kunne fungere som praktiserende lege. Vi er *for tiden* uskikket som lege. TABELL 1 og 2 gir inntrykk av omfanget av saker som fører til reaksjon fra Helsetilsynet og hva slags saker dette dreier seg om. Rusmisbruk og atferdskontroll er gjengangere. Vi må anta at det bak hver lege som fanges opp og får slik reaksjon, står mange andre som for tiden er uskikket til å praktisere.

Økende innvandring av leger med annen kulturell bakgrunn og språk har aktualisert en type uskikket basert på kommunikasjonssvikt, manglende kulturell kompetanse og til tider manglende basiskunnskaper. Antall underkjennelsessaker fra turnustjenesten har økt ikke minst på grunn av språkproblemer og vurdering av egnethet. Turnusveiledere har tidligere brukt å slippe turnuslegene

TABELL 2. *Årsak til tilbakekall av autorisasjon fordelt på helsepersonellgruppe 2002–8. (16)*

	SYKEPLEIER	HJELPEPLEIER	LEGE	ANDRE	SUM
Rus	15	7	10	5	37
Sykdom			1		1
Seksuell utnyttning av pasient	1		1	2	4
Atferd	2	3		3	8
Uforsvarlighet	1		2		3
Ikke innrettet seg etter advarsel			3		3
Mistet i utlandet	2		2	2	6
Annet			1		1
<b>SUM</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>63</b>

2008: 18  
2007: 17  
2006: 15  
2005: 10

- Økningen er liten fra år til år, men trenden er økende
- Terskelen er senket for å lage en sak
- De siste årene økende tendens til underkjennelsessaker. Alt i sykehusturnus

TABELL 3. *Underkjennelsessaker turnus. (17)*

gjennom nåløyet nærmest uansett yteevne, men dette er i endring (TABELL 3).

Noen eksempler kan tydeliggjøre hva jeg snakker om.

#### «For tiden nede for telling»

Det tok på Johan å gå gjennom en skilsmisse. Han valgte likevel å bli igjen på utposten sin da kona og ungene flyttet. Alkoholbruken økte uten å være faretruende, men overskuddet var borte. Av alle ting var det akkurat da katastrofen rammet på jobb. Han feiltolket en meningitt og sendte den 17 år gamle jenta hjem. Hun døde der neste dag i morgentimene. Formelt var lite gjort feil. Journalnotatene var klare, undersøkelse og vurdering dokumentert. Men den kliniske vurderingen var gal. Fylkeslegen ga ham ingen refs. Kollegene var greie, men litt flakkende i blikket? Verst var det å lure på om det var egen distraksjon som var årsak til feilvurderingen. Tre uker etter begravelsen ba han om en sykmelding og kontaktet en kollega han kjente i støttegruppa i den lokale legeföreningen.

Et halvår etter var Johan tilbake i jobb.

#### «Medisinsk nomade» – Den populære sjarlatan

En sentral utkantkommune hadde i lengre tid slitt med legereskuttering. Et velrennomert norsk vikarbyrå skaffet

legen Seb med fremmedkulturell bakgrunn og mangeslungen arbeidserfaring fra Danmark. Han fremstod som en forekommende, arbeidsom og blid kollega. Etter noen måneder begynte et mønster å avtegne seg. Seb holdt kortene tett til brystet og sa lite i felles faglige diskusjoner. Ukentlig mottok han blomster og gaver fra henrykte pasienter. Flink og snill lege. Samtidig meldte andre pasienter overgang fra den samme legen for å få second opinion på behandlingen. Det ble diskusjon på arbeidsplassene når mange personer med ulike plager alle fikk samme diagnose og samme bredspektrede antibiotika. Kommunen avviklet vikarkontrakten. Siste halvåret mottok fylkeslegen ni velbegrunnede klager på legen. Da hadde han fått seg jobb i en annen verdensdel og svarte ikke på brev fra noen.

Seb hadde faktisk mye medisinsk kunnskap, men han var ikke villig til verken å innse eller diskutere at kunnskapen hans også hadde huller.

#### «Medisinsk rekved»

En perifer kommune fikk ny turnuslege som var utdannet ved et militærakademi, men med seinere tilleggsutdannelse som ga norsk autorisasjon. Den lokale kulturen på utdanningsstedet var sterkt kjønnssegregert og den medisinske

undervisningen han hadde fått, viste seg knapt å ha innbefattet kvinner. Etter kort tid fikk kontorlederen muntlig klage fra en kvinne som syntes hun hadde måttet kle av seg mer enn rimelig var for å vise fram en vond rygg. Snart etter kom en som hadde måttet ta av seg alt for å bli undersøkt for vond hals. Kontorlederen konfronterte turnuslegen med dette. Turnuslegen mente at en grundig undersøkelse forutsatte full sjekk. Han fikk klar beskjed om å endre praksis. Det skjedde ikke. Stadig nye kvinner ble bedt om å kle seg nakne med utgangspunkt i banale plager. Kontorlederen fulgte en tilsvarende prosedyre som anbefales i denne artikkelen. Turnuslegen ble meldt til fylkeslegen, men ble omplassert og fikk ny sjanse i et annet fylke der han satte i gang samme praksis. Han ble igjen meldt til fylkeslegen og denne gang også til politiet. Han mistet autorisasjon som lege og fikk en dom som siden ble rettskraftig.



## Skriftens ubarmhjertige budskap

Det er en ubehagelig distriktsprofil på den systematiske medisinske uskikketheten. Jeg har fått innsyn i flere ulike legekontor i utkant-Norge. De fleste drives forsvarlig. Men ved gjennomgang av journaler går det også fram at skiftende vikarer til tider tilbyr farlige og utilfredsstillende legetjenester. Kvalitetssvikten er slik at du aldri hadde kommet unna med det om du praktiserte i en sammenheng der det var bedre innsyn i aktiviteten. I skyggen av en gjennomprøvd nomadestrategi er det rom for sjarlataner med godt over en million i årslønn. Matteus 25.29 har et velkjent budskap: «For den som har, skal få, og det i overflod. Men den som ikke har, skal bli fratatt selv det han har.» De som rammes er en utkantbefolkning som noen steder har lite, dyr og dårlig legetjeneste.

## Hva gjør jeg når det er jeg som har et problem?

Johans situasjon kan ramme enhver. Tenk gjennom de erfaringene du har med å gjøre medisinske nesten-feil eller feil. Hvordan valgte du å handle da?

Er det forhold ved din spesielle bakgrunn som kan hjelpe deg eller gjøre det vanskelig når/dersom du kommer i denne situasjonen? Kunnskap om deg selv og dine egne reaksjonsmønstre kan være en hjelp i en kognitiv forberedelse. Hvem tror du kan være til hjelp?

Når situasjonen har oppstått har mange hatt hjelp av å snakke med en kollega de har tillit til eller en venn fra studietiden. Legeforeningen har støttekolleger i alle fylker.

BOKS 2

### *En prosedyre for kontoret når en kollega viser tegn til uskikkethet*

- Informer legen om klagen du har mottatt
- Diskuter med kontorleder
- Før logg over klager og observasjoner som kan belyse påstanden
- Kontorleder innkaller formelt til en samtale der legen tydelig blir konfrontert med hvilke punkter kontoret ikke er fornøyd med. Legen får kopi av referat fra møtet.
- Kontorleder informer helsesjefen i kommunen. Planlegg ut fra alvoret. Innhente Fylkeslegens råd? Er permittering aktuelt?
- Kontorleder fører logg over klager og observasjoner.
- Om bekymringen fortsetter: Kontorleder kaller legen inn igjen og informer ham om hva han/hun har kjennskap til.
- Kontorleder kontakter Fylkeslegen for å få råd i saka
- Fortsett å føre logg
- Meld saken skriftlig til fylkeslegen. Vurder permittering av legen.

## Hva gjør jeg når en kollega har problem?

Det starter med at du mottar muntlige klager fra pasienter eller observerer en praksis du stiller spørsmål ved. I de aller fleste tilfelle vil oppgaven være å tilby kollegaen støtte med sikte på å fungere bedre, ved samtale, ved å informere om støtteordninger, andre ressurser eller støtteinstanser (7).

Så langt er alt greit. Men noen ganger er alvoret og avviket i de faglige eller menneskelige handlingene så utpreget at du mener dette ikke er nok. Du har mistanke om alvorlig avvik uten at du på dette tidspunktet har mulighet til å få oversikt over omfanget. Hva gjør du da? (BOKS 2)

Like viktig som å veilede legen kan det nå være å verne befolkningen mot en potensielt skadelig kollega.

Det er rimelig å starte med å informere legen om klagen du har mottatt i en fortrolig samtale. Terskelen kan føles betydelig, men det må gjøres. Det er et alvor over slike saker som tilsier at du noterer deg dato for samtalen og lager et kort referat.

Mistenker du alvorlig avvik bør du samtidig informere kontorleder. Hva mener hun? Hvordan skal dere gå videre i gråsonen? Tiden er inne for å loggføre klagen, når de ble mottatt, eventuelt hva du selv har observert og når du har observert det.

Dersom lite endrer seg, må du igjen kople inn lederen på kontoret og gi henne tilgang på ditt materiale. Det er et lederansvar å rydde opp i denne typen saker. Dersom saka er alvorlig nok må kommunen eller kontoret permittere legen før han gjør mer skade. Fylkeslegens reaksjon vil ta tid og i spesielle saker må en handle raskt.

## Vurdering og rapportering – det enkle er en god start

Helsetilsynet er kritisert av allmennleger for ikke å bidra til en fornuftig faglig samtale om feilhandlinger gjennom de arbeidsmetodene de bruker i systemtilsyn og klagesaker. Tilsynsmetoder basert på systemrevisjon har introdusert et fremmedgjørende maktspråk (systemrevisjon, tilsynsobjekter osv) som setter fokus på avvik og dermed underkommuniserer at en virksomhet i hovedsak kan fungere godt. Praktikere har etterlyst nedtoning av formelle reaksjoner ved mindre avvik og et større rom for tilsyn og veiledning i dialog (8, 9).

Norske anestesileger har erfaring med å bruke enkle rapporteringssystemer for avvik under anestesi som lærestykker for å forbedre praksis (10). Det er mulig å innføre

rutinemessig registrering av uheldige hendelser i en virksomhet dersom systemet er så enkelt at det kan integreres i den daglige driften. I anestesifaget er en tillitsbasert rapporteringskultur vist å fungere bedre enn systemer basert på inspeksjon og kontroll. Offentlige meldesystemer har liten oppslutning. Dette kan være uttrykk for at de ikke oppfattes som gode utgangspunkt for faglige diskusjoner. En rekke studier viser at allmennleger er interessert i å delta i meldesystemer som vektlegger forebyggende arbeid og læring fremfor ikke disiplinerende tiltak (4).

Det fins undervisningsmaterieell basert på gjennomgang av andre kollegers uheldige hendelser som har ført til klagesaker. Deltakerne kan diskutere forløp og saksgang med sikte på å forstå hvor de medisinske vurderingene svikter og hvor kommunikasjonen om klagesaken eventuelt skar seg (7, 11). Fylkeslegen i Sogn og Fjordane har også vist metoder for å drive læringsnettverk i primærhelsetjenesten basert på registrering av aktivitet og avvik (12).

Et støttende kollegialt miljø kan være det som hjelper en over kneika når det blir ens egen tur til å føle at alt kunne vært gjort bedre. Dersom en greier å snakke sammen om de små tabbene (ukas tabbe) er en på god vei til å senke skuldrene sammen. Opplever jeg å bli hørt av mine kolleger, vil jeg ha lettere for å høre på pasienten (13).

### Et lederansvar

Yngre leger bør forvente av en god leder at hun kan samtale om feil – egne og andres. Interne samtaler vil gjøre terskelen lavere for å kunne snakke med pasient og pårørende når uhellet er ute. Og den vil gjøre det mindre belastende for leger å leve med risikoen for egne feilvurderinger.

I tillegg må lederen rapportere alvorlige uønskede hendelser til tilsynsmyndighetene etter fastsatte regler. Uforvarlig medisinsk praksis må kunne fanges opp slik at utøveren kan få veiledning, behandling eller andre tiltak. Det er et kollegialt ansvar å se til at legen det denne gangen gjelder blir ivaretatt personlig og på arbeidsplassen. Praksis viser derimot at ledelsen ved enkelte avdelinger fremdeles reagerer på anklager om feil ved å støte ut enkeltpersoner.

### Åpenhet mangler fremdeles

De fleste amerikanske leger oppgir at de vil rapportere uønskede hendelser som kan forårsake pasientskader, men bare et lite antall har faktisk rapportert feil (14). En norsk studie fant at leger i Norge og Australia i hovedsak var enige om hva som er hensiktsmessige reaksjonsmåter etter slike hendelser. Norske leger var likevel mindre åpne enn de

australske for å dele alvorlige avvikerfaringer (15). I kjølvannet av Hjort's artikkel om uønskede hendelser i Tidsskriftet fulgte en diskusjon med spydig undertone om hans habilitet og «objektivitet» i behandlingen av stoffet fordi han både var lege og pårørende. Er norske leger modne for å lese om, enn si diskutere, egne uønskede hendelser?

### Ubehaget

Leger må lære seg ikke å gå i forsvar når de møter pasienter som har vært utsatt for uønskede hendelser (13). Pasienter som har opplevd et tap, av helse eller av en pårørende, må få en anledning til å presentere sin fortvilelse uten snev av motstand – i første omgang. Først senere bør legen også kunne legge fram sitt syn på hendelsesforløpet. Men der og da, i det øyeblikket den såre fortellingen legges fram, må legen kunne møte pasienten med et nakent: Jeg beklager.

Det er et ubehag forbundet med å gjøre dette. På samme måte som det oppleves strevsomt å konfrontere en kollega med klager på hans/hennes praksis. Men det må gjøres.

### Litteratur

1. Molven O, Holmboe J, Cordt-Hansen K. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:643–4
2. Syse A. Medisinske feil – begrepsbruk, perspektiver og utsyn. I: Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000: 17–43.
3. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
4. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære-, tenke- og fakta-bok. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
5. Rubin G, George A, Chinn D, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and a pilot study of a method for detecting errors. Qual Saf Health Care 2003; 12:443–7.
6. Wilson RM, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. BMJ 2002; 324: 584–7.
7. Bratland SZ, Lundeval S (red). Læring av feil og klagesaker. Helsetilsynet, Rapport nr 7, 2009.
8. Braut GS. Fylkeslegen – helsepersonells venn eller fiende. I: Syse A, Førde R, Førde OH, red. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000: 109–22.
9. Stensland P, Bråtveit A, Fosse A. Kvalitetssikring, revisorholdning og rettsikkerhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 704.
10. Fasting S. Routine based recording of adverse events during anaesthesia. Application in quality improvement and safety. Doktorgradsavhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2003.
11. Nilsen GE, Berg E, Eskerud J et al, red. Kollegabasert læring av klagesaker. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 29–34.
12. Pedersen OB, Hovlid E. Læringsnettverk for bedre kvalitet i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 146: 1046–9.
13. Malterud K, Nessa J, Stensland P, Thesen J. Legekunst i praksis. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
14. Riska O. Rapportering av uønskede hendelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 552.
15. Aaraas IJ, Jones B, Gupta TS. Norske og australske legers holdninger til medisinske avvikshendelser. Tidsskrift Nor Lægeforen 2005; 125: 2204–6.
16. Statens Helsetilsyn. Tilsynsmelding 2008.
17. SAFH. Personlig meddelelse 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
[Per.Stensland@isf.uib.no](mailto:Per.Stensland@isf.uib.no)