

Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Geir Godager

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0312 Oslo

Sverre Grepperud

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0312 Oslo
E-post: sverre.grepperud@medisin.uio.no
Mobil: 92 20 92 97

Kontaktperson: Sverre Grepperud



Rapport fra Helsetilsynet 6/2010

Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om
tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

November 2010

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

ISBN 978-82-90919-27-1 (elektronisk)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

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 frå Statens helsetilsyn	4
0 Sammendrag	5
1 Introduksjon.....	6
2 Materiale	8
3 Beskrivende statistikk.....	10
4 Resultater fra regresjonsanalyser	12
5 Diskusjon.....	13
Čoahkkáigeassu.....	15
English summary.....	16

Rammeregister

Ramme 1: De tre spørsmålene som genererte data til denne studien	9
--	---

Figurregister

Figur 1: Histogram administrative reaksjoner	11
Figur 2: Histogram påpekning av pliktbrudd.....	11

Tabellregister

Tabell 1 Beskrivende statistikk. N=953 og 947.	10
Tabell 2: Regresjonsanalyser: Estimerte effekter av observerbare variable på respondentenes rapporterte hyppighet av administrative reaksjoner og påpekning av pliktbrudd.	12

Forord frå Statens helsetilsyn

I ordskifte om verksemda til Statens helsetilsyn høyrer vi ikkje sjeldan hevda at helsepersonell, og då ikkje minst legar, går i stendig frykt for å få ei åtvaring eller ein annan administrativ reaksjon frå Statens helsetilsyn. Men kva veit legane eigentleg om omfanget av slike reaksjonar?

Det som er viktig for Statens helsetilsyn når vi gjev åtvaring eller ein annan administrativ reaksjon, er å medverke til at pasientane får trygg hjelp ved at helsetenestene blir drivne på ein forsvarleg måte og slik at svikt ved tenesteytinga blir førebygd. Ansvar for dette har i første rekkje dei som eig og driv helsetenestene.

Godager og Grepperud har gjennomført ein studie av kva oppfattingar legar i Noreg har om utbreiinga av administrative reaksjonar. Dei har spurt referansepanelet til Legeforeningens forskningsinstitutt om deira bilete av utbreiinga av administrative reaksjonar. Og dei har fått svar som viser at legane jamt over har eit ganske godt bilete av bruken av slike reaksjonar. Undersøkinga viser at berre ei lita gruppe har monalege misoppfattingar.

For Statens helsetilsyn er det viktig å få fram i lyset ulike sider ved verksemda vår. Den verksemda skal sjølvsagt også vere under jamleg debatt. Men debatten må byggje på eit forsvarleg kunnskapsgrunnlag. Arbeidet til Godager og Grepperud viser at legar flest har det.

Oslo, november 2010

Geir Sverre Braut
assisterande direktør

0 Sammendrag

Bakgrunn

Helsepersonell ilegges ulike administrative reaksjoner av tilsynsmyndighetene. Noen er av den oppfatning at disse reaksjonene brukes for ofte, altså at det personlige ansvaret er for omfattende, mens andre mener slike reaksjoner anvendes i for liten grad. Denne undersøkelsen kartlegger legenes egne oppfatninger om utbredelsen av slike reaksjoner.

Materiale og metode

Spørsmål om utbredelsen av reaksjoner ble inkludert i et spørreskjema til referansepanelet til Legeforeningens forskningsinstitutt høsten 2008. Svarandelen var på rundt 70 %. Legenes oppfatninger om hyppigheten av slike reaksjoner blir beskrevet, og vi undersøker om det er systematiske forskjeller i oppfatninger mellom grupper av leger.

Resultater

I gjennomsnitt overvurderer legene sannsynligheten for administrative reaksjoner mens de undervurderer sannsynligheten for at pliktbrudd blir påpekt, samtidig som et flertall av legene undervurderer det sanne antallet av administrative reaksjoner og påpekte pliktbrudd. Det er en viss variasjon mellom legene når det gjelder rapporterte verdier og det er systematiske forskjeller mellom grupper av leger. Mannlige leger i privat praksis er den

gruppen som rapporterte de høyeste verdiene for utbredelsen av administrative reaksjoner.

Fortolkning

Legene i denne studien må sies å estimere forekomsten av reaksjoner overraskende bra, noe som kan tilsi at de som gruppe er relativt godt informert om hvor vanlig bruken av tilsynsmyndighetenes reaksjonsformer er. Samtidig er det slik at en minoritet av legene har betydelige misoppfatninger når det gjelder utbredelsen av de samme reaksjonene. Mer og bedre informasjon til denne gruppen kan endre deres oppfatninger, men det er uvisst om slike justeringer vil ha konsekvenser for legenes kliniske praksis.

1 Introduksjon

Tilsynsmyndighetenes hovedansvar er å sørge for at helsetjenestene drives på en faglig forsvarlig måte. De har anledning til å gripe inn overfor virksomheter og personell som utøver sin virksomhet i strid med lovgivningen. Virkemidler som anvendes er administrative reaksjoner (advarsel, begrensning/tilbakekalling av autorisasjon, spesialistgodkjenning, og retten til å rekvirere legemidler) og påpeking av pliktbrudd. Disse virkemidlene er ment å fremme pasientsikkerheten ved å: (i) redusere gjentakelsesfaren (frata helsepersonell, midlertidig eller permanent, retten til å praktisere og rekvirere), (ii) informere helsepersonell gjennom vedtaksbegrunnelsene og veiledninger om hva som er faglig forsvarlig praksis (pedagogisk effekt), og (iii) gjennom å forsterke preventive effekter – at bestrebelsene på å unngå sanksjoner gir økt fokus på å utøve en faglig forsvarlig praksis ("avskrekkings-effekt").

Straff og sanksjoner, eller såkalte punitive virkemidler, anvendes i mange samfunnssektorer, og er ment å motivere individer og organisasjoner til å opptre i henhold til vedtatte lover, forskrifter og regler. I litteraturen debatteres det om, og i hvilken grad, slike virkemidler er effektive. Slike problemstillinger er også diskutert av de som er opptatt av helse-tjenester og pasientsikkerhet. Noen er av den oppfatning at legenes personlige ansvar er for svakt og har blitt redusert over tid (1, 2). Andre gir uttrykk for at legene i for stor grad gjøres til syndebukker og at punitive virkemidler er dysfunksjonelle da de kan føre til

praktisering av defensiv medisin samt svekke helsepersonells insentiver til å rapportere om avviksepisoder (3, 4, 5, 6, 7). Det sistnevnte synspunktet bekrefter en tro på at punitive virkemidler påvirker adferd men at slike sanksjoner har adferdsmessige uheldige virkninger.

I hvilken grad punitive virkemidler påvirker adferd vil trolig avhenge av forventet sanksjonsnivå, noe som igjen bestemmes av; (i) hvor sannsynlig det er at det reageres ved regelbrudd, og, (ii) reaksjonenes omfang (konsekvens). Når det gjelder helsemyndighetenes virkemiddelbruk, så er det grunn til å tro at helsepersonell har kunnskap om de reaksjonstypene som faktisk anvendes, mens det nok er mer usikkerhet knyttet til hvor utbredt bruken av dem egentlig er. Oppfatninger om hyppighet kan påvirkes av oppmerksomheten visse hendelser får, i den forstand at mye og vedvarende oppmerksomhet i seg selv kan føre til at mange overvurderer sannsynlighetene for at slike hendelser inn-treffer. Forskning bekrefter eksistensen av systematiske feil når det gjelder oppfatninger av hyppighet. Man overvurderer gjennomgående sannsynligheten for at sjeldne og negative hendelser kan ramme en (8). I en studie fra USA intervjuet man mer enn 3000 personer, for å beregne deres subjektive anslag på økningen i sannsynligheten for å bli rammet av lungekreft ved røyking (9). Man fant at; den gjennomsnittlige sannsynligheten for å bli rammet av lungekreft ble vurdert til å være langt høyere enn den reelle sannsynligheten

(4-8 ganger høyere), langt flere overvurderte sannsynligheten enn de som undervurderte den, og røykere overvurderer denne sannsynligheten i mindre grad enn ikke-røykere.

I denne studien ønsker vi å kartlegge hvorvidt leger har realistiske forventninger om sannsynligheten for å bli sanksjonert av tilsynsmyndighetene. Vi er spesielt interessert i legers oppfatninger vedrørende bruk av såkalte *administrative reaksjoner*. Vi forventer en viss overrapportering av slike sanksjoner fordi de oppfattes negativt av helsepersonell, er relativt sjeldne, og får en del oppmerksomhet blant annet i media. Som en referansesituasjon har vi også kartlagt legenes sannsynlighetsoppfatninger når det gjelder såkalte *påpekte pliktbrudd*. Denne type av reaksjoner oppfattes som mindre negative av helsepersonell, bruken er noe vanligere, og de får mindre oppmerksomhet. Vi vil også undersøke hvorvidt deres oppfatninger avhenger systematisk av kjennetegn som kjønn, alder og hvorvidt legen arbeider i privat praksis.

2 Materiale

Et representativt utvalg av norske yrkesaktive leger, det såkalte referansepanelet, mottar annethvert år spørreskjemaer som tar opp ulike helsepolitiske og arbeidsrelaterte temaer. Referansepanelet er anonymt. I november 2008 fikk de 1399 medlemmene av panelet et spørreskjema i posten og de som ikke besvarte innen fastsatte frister ble purret 2 ganger. 1069 av 1399 mulige respondenter svarte helt eller delvis på spørreskjemaet, noe som betyr en svarprosent på 76.4 %.

Det følger av spørsmålene, slik de er formulert (se ramme), at vi er ute etter en vurdering av sannsynligheten for legene som gruppe, og ikke en vurdering av respondentens egen sannsynlighet. Vi har heller ikke oppgitt svaralternativer til de to første spørsmålene og bedt respondentene besvare med antall reaksjoner heller enn å oppgi sannsynligheter. På denne måten lar vi respondentene stå friere samtidig som man unngår de kognitive problemene som ofte oppstår når man ber respondenter rapportere sannsynligheter heller enn frekvenser. Før dataene ble analysert fjernet vi de respondentene som hadde unnlatt å svare på noen av spørsmålene. For å unngå at resultatene preges av noen få ekstreme rapporteringer, valgte vi å trunkere alle rapporteringer lavere enn første percentil og høyere enn nittiende percentil. Dette gav et komplett materiale for oppfatninger om administrative reaksjoner og påpekning av pliktbruk for henholdsvis 953 og 947 leger. Spørsmålet om hovedårsaker til

tilbakekalling av autorisasjon ble besvart av 1026 leger.

Det sanne antallet leger som årlig ilegges en administrativ reaksjon er 80 – basert på gjennomsnittet for perioden 2006 til 2008 (10, 11, 12). Når vi antar ca 15.000 yrkesaktive leger skulle dette bety en årlig sannsynlighet for denne gruppen på noe i overkant av en ½ prosent (0,53 %). Det sanne antallet påpekte pliktbrudd er funnet ved å summere det gjennomsnittlige antallet påpekte pliktbrudd av Statens helse-tilsyn for perioden 2006-2008 (23 stykker) med det gjennomsnittlige antall påpekte pliktbrudd av Helse-tilsynet i fylkene i samme periode (160 stykker). Dette gir et årlig totalt gjennomsnitt på 183 og en årlig sannsynlighet lik 1,22 %. Alle tall hva angår påpekte pliktbrudd er oppgitt av Helsetilsynet. Når det gjelder de fire oppgitte årsakene (rettslig grunn) for en tilbakekalling av autorisasjon, så er de beregnede gjennomsnittandelene for hver årsakstype i perioden 2006-2008 som følger (10, 11, 12): Rusmisbruk (48,5 %), Adferd (26,9 %), Faglig svikt (5,4 %) og til sist Sykdom (3,5 %). Disse fire representerer til sammen i gjennomsnitt 85 % av de årsakene som oppgis.

Ramme 1: De tre spørsmålene som genererte data til denne studien

Helsetilsynet har myndighet til å ilegge helsepersonell to hovedtyper av reaksjoner:

- (i) Påpeking av pliktbrudd – dvs. en skriftlig bekreftelse på at man har brutt de regler og forskrifter man er pliktig til å følge*
- (ii) Administrative reaksjoner – som omfatter både advarsler og begrensning/ tilbakekalling av autorisasjon/spesialistgodkjenning, samt retten til å rekvirere legemidler.*

Det er omlag 15.000 leger i Norge som arbeider innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten.

- I) Hvor mange av disse 15.000 tror du årlig ilegges en administrativ reaksjon?*
- II) For hvor mange av disse 15.000 tror du det årlig påpekes pliktbrudd,*
- III) Hva tror du er de viktigste årsakene til tilbakekalling av autorisasjon?*

Her ble respondentene bedt om å rangere de fire følgende oppgitte årsaksforhold:

Adferd (kriminelle handlinger og seksuelle overgrep), Faglig svikt, Rusmisbruk og Sykdom.

3 Beskrivende statistikk

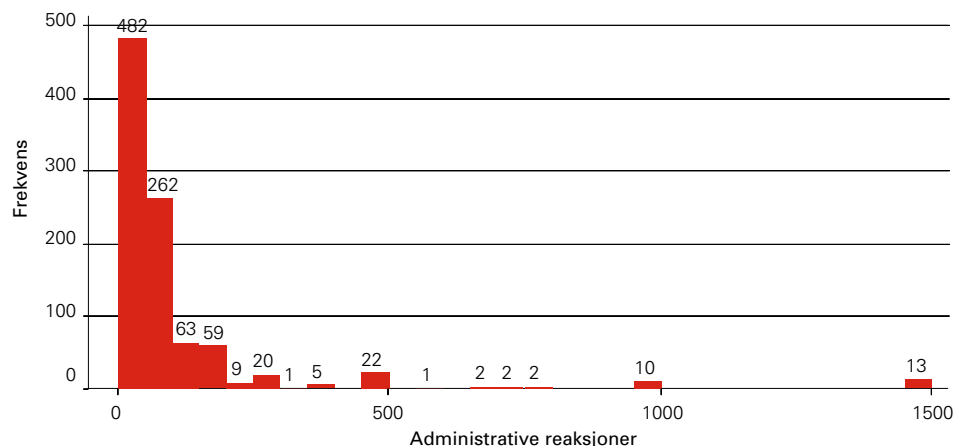
I gjennomsnitt oppgav respondentene at 120,6 leger årlig ilegges en administrativ reaksjon, noe som betyr en gjennomsnittlig overvurdering av den reelle sannsynligheten på 50 % (den sanne er 80). Den hyppigst valgte verdi var 100 (23,6 av respondentene oppgav denne verdien). Fordelingen er skjev med en median på 50, noe som betyr at et flertall av respondentene undervurderte den årlige hyppigheten av administrative reaksjoner. 54,3 % av respondentene oppgav verdier lavere enn 80. Det var kun 24 respondenter (2,5 %) som oppgav en frekvens svært nær eller lik

(mellom 70 og 90) det sanne antallet administrative reaksjoner. Hvis vi ser på graden av feilvurderinger, så kan 58,9 % av respondentene sies å ha begått en moderat feilvurdering (definert som en feilmargin høyere enn +/- 50 %, altså verdier lavere enn 40 eller høyere enn 120). Betydelige feilvurderinger, definert som oppgitte verdier lik eller lavere enn 25 % av den sanne verdi (20 eller mindre) eller 4 ganger større enn den sanne verdi eller høyere (320 eller mer), ble begått av 34,2 % av respondentene.

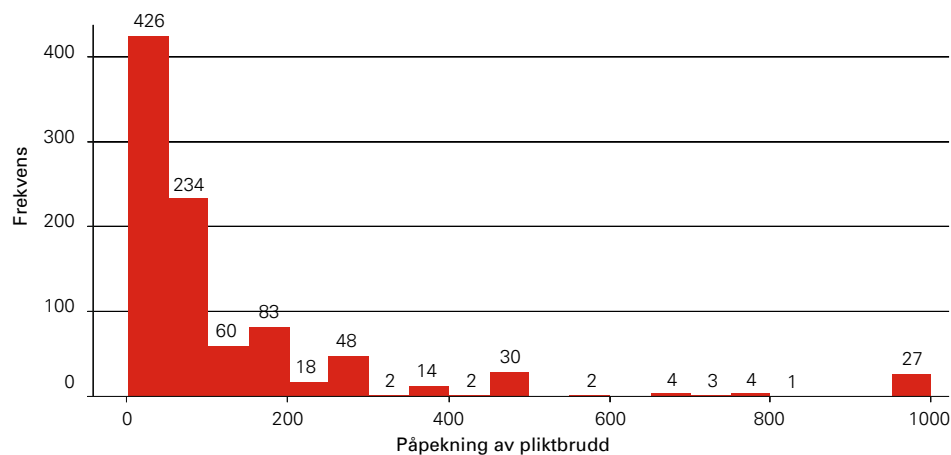
Tabell 1 Beskrivende statistikk. N=953 og 947.

Variabel	Gjennomsnitt (median)	Minimum	Maksimum
Administrative reaksjoner (N=953)	120,6 (50)	2	1500
Påpekning av pliktbrudd (N=947)	143,5 (100)	2	1000
Alder 2008	47,5 (48)	24	77
Privatpraksis	30 %	0	1
Kvinne	36 %	0	1
Født før 1960	47 %	0	1

Figur 1: Histogram administrative reaksjoner



Figur 2: Histogram påpekning av pliktbrudd



Når det gjelder antall påpekte pliktbrudd, oppgav respondentene i gjennomsnitt 143,5 årlige tilfeller, som betyr en gjennomsnittlig undervurdering på 22 %. Også her er fordelingen skjev med en median lik 100, og 75,4 % av respondentene undervurderte det sanne antallet av denne reaksjonstypen. Moderate feilvurderinger (mellom 92 og 275) ble begått av 61,8 % av respondentene, mens betydelige feilvurderinger (lavere enn 47, høyere enn 732) ble begått av 34,0 % av respondentene. En Spearman's rho test gav en koeffisient lik 0,372 ($p=0.000$), noe som tilsier en positiv korrelasjon mellom antall rapporterte administrative reaksjoner og antall rapporterte påpekte pliktbrudd.

Med utgangspunkt i den enkelte respondents rangering av de fire oppgitte årsakene, så ble, for den enkelte respondent, den høyeste rangerte årsaken gitt verdien 1, den nest høyeste gitt verdien 2 osv. Deretter ble den gjennomsnittlige skåren for hver av de fire årsakskategoriene beregnet, noe som gav: 1,64 (Rus), 2,33 (Adferd), 2,98 (Sykdom) og 2,99 (Faglig svikt). Disse verdiene antyder at respondentene i gjennomsnitt hadde en god forståelse av den relative betydningen av årsakene (rangering). Videre så rangerte 56,8 % av respondentene Rus som den viktigste årsaken, 34,9 % rangerte Adferd som nummer to, 33,4 % rangerte Faglig svikt som nummer tre, og 38,3 % rangerte Sykdom lavest.

4 Resultater fra regresjonsanalyser

Tabell 2: Regresjonsanalyser: Estimerte effekter av observerbare variable på respondentenes rapporterte hyppighet av administrative reaksjoner og påpekning av pliktbrudd.

	Administrative reaksjoner			Påpekning av pliktbrudd		
	Estimat	95 % konfidensintervall		Estimat	95 % konfidensintervall	
Privatpraksis	0,34***	0,16	0,52	0,17*	-0,01	0,35
Kvinne	-0,17**	-0,34	-0,00	-0,22**	-0,40	-0,05
Født før 1960	0,07	-0,10	0,24	-0,22**	-0,39	-0,04
Konstant	3,93	3,79	4,07	4,36***	4,21	4,51
N	953			947		

* Den estimerte koeffisient er statistisk signifikant på 10 prosent nivå i en tosidig t-test.

** Den estimerte koeffisient er statistisk signifikant på 5 prosent nivå i en tosidig t-test.

*** Den estimerte koeffisient er statistisk signifikant på 1 prosent nivå i en tosidig t-test.

I tabell 2 presenteres resultater fra lineære regresjonsanalyser. Den avhengige variabel er det rapporterte antall administrative reaksjoner og antall påpekninger av pliktbrudd. Vi har log-transformert de avhengige variable. De estimerte koeffisientene angir dermed prosentvis endring i den avhengige variabel ved en (marginal) endring i tilhørende forklaringsvariabel. Vi ser i tabellen at privatpraktiserende leger rapporterte et 34 prosent høyere anslag på administrative reaksjoner og et 17 % høyere anslag på antall påpekte pliktbrudd, sammenliknet med leger

utenfor privat praksis. Kvinnelige leger rapporterte et lavere anslag på antallet sanksjoner enn mannlige leger. Forskjellen mellom kjønnene utgjør 17 prosent for administrative reaksjoner og 22 prosent for påpekning av pliktbrudd. Dette betyr for eksempel at mannlige privatpraktiserende rapporterer et 51 % høyere anslag enn hva kvinnelige sykehusleger når det gjelder administrative reaksjoner. For påpekning av pliktbrudd påvirkes anslaget også av alder, og de eldste legene rapporterte et 22 prosent lavere tall.

5 Diskusjon

Respondentene var relativt godt orientert om at Rus er den viktigste årsaken til tilbakekalling av autorisasjon, mens kunnskapen synes mindre når det gjaldt den relative betydningen av adferd, sykdom og faglig svikt. Hvorvidt legene i denne studien kan sies å overvurdere sannsynligheten for administrative reaksjoner eller ei, avhenger av hvilket tallmateriale man bruker. I gjennomsnitt overvurderte legene som gruppe den årlige sannsynligheten for administrative reaksjoner (+ 50 %), samtidig som et knapt flertall (54 %) av legene undervurderte den samme sannsynligheten. Det er betydelig variasjon i legenes rapportering og mer enn 5 % av dem rapporterte verdier høyere enn 400 som betyr en sannsynlighet 5 ganger høyere enn den faktiske. Det er også betydelig variasjon mellom grupper, når vi kontrollerer for ulike bakgrunnsfaktorer, hvor mannlige fastleger er de som i gjennomsnitt overvurderte sannsynligheten mest, mens eldre mannlige sykehusleger og kvinnelige fastleger gjorde dette i minst grad. Når det gjelder påpekning av pliktbrudd så undervurderte legene i denne studien forekomsten av denne reaksjonen uavhengig av om man ser på den rapporterte gjennomsnittsverdien (22 % lavere enn den samme verdi) eller andelene (75,4 % underrapporterer).

Våre resultater samsvarer med annen litteratur, som finner systematiske variasjoner når det gjelder oppfatning av sannsynligheter i forbindelse med sjeldne negative hendelser (8). Vi finner en overvurdering av sannsynligheten

for administrative reaksjoner, målt ved den gjennomsnittlige rapporterte verdien, selv om den ikke kan betegnes som dramatisk. Dette funnet var som forventet både tatt i betraktning av at bruken av slike reaksjoner er relativt sjeldne, oppfattes svært belastende av helsepersonell, og gis mye oppmerksomhet i media. Det var imidlertid overraskende at et flertall av respondentene samtidig underrapporterte forekomsten av administrative reaksjoner, et resultat som avviker fra konklusjoner i litteraturen. Påpekninger av pliktbrudd er en reaksjonsform som anvendes oftere, som i mindre grad oppleves som belastende, og som ofres mindre oppmerksomhet. For denne reaksjonen finner vi en underrapportering uavhengig av om den måles ved gjennomsnittlig rapportert verdi eller ved andelene som rapporterer. En annen mulig medvirkende årsak til den observerte underreporteringen i forbindelse med påpekte pliktbrudd kan være at informasjon om hyppigheten av denne type reaksjon ikke er fullstendig beskrevet i Helsetilsynets årlige Tilsynsmelding.

Denne studien viser at legene i gjennomsnitt har relativt realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner. Samtidig er det også en gruppe av individer som har urealistiske oppfatninger om utbredelsen av de samme reaksjonene, og mer informasjon fra tilsynsmyndighetene kan derfor gi disse et riktigere bilde av virkeligheten. Et interessant spørsmål blir da hvorvidt eventuelle endrede oppfatninger får adferdsmessige konsekvenser.

Referanser

1. Halvorsen P. Svart jakt på hvite synder. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120: 748-9
2. Aarvig S. Svært få dømmes for feilbehandling. Dagens Medisin 2006; 9: 14-15.
3. Jacobsen BJ. Leger er sårbare. Intervju med J.H. Solbakk. Legemidler og samfunn 1997; 4:20-2.
4. Gulbrandsen P. Sørg for gode systemer, ikke jakt på syndebukker. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120: 742.
5. Pasienter ikke tjent med skremte leger. Dagens Medisin 13.04.2000:8.
6. Førde R, Aasland OG. Krigen mellom lege og pasient. Dagbladet 1997. <http://www.dagbladet.no/kronikker/970610-kro-1.html>
7. Lysebo DE. Forskyvning og forsterking av ansvar, Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121:1391-4.
8. Viscusi K, Magat A. Learning about risk, consumer and workers responses to hazard information. Cambridge Massachusettes: Harvard University Press, 1987.
9. Viscusi K. Do smokers underestimate risk? Journal of Political Economy 1990;98:1253-69.
10. Tilsynsmelding 2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2007.
11. Tilsynsmelding 2007. Oslo: Statens helsetilsyn, 2008.
12. Tilsynsmelding 2008. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009.

Geir Godager ja Sverre Grepperud:

Leat go doaktáriin realistalaš áddejumit bearráigeahččoeiseválddiid ránggáštusgeavahemiide?

Dearvvašvuodageahču Raportta 6/2010 čeahkkáigeassu

Dearvvašvuodabargit ožžot iešgudetlágan hálddahaslaš cuiggode-miid bearráigeahččoeiseválddiin. Muhtimiin lea dat oaidnu ahte eiseválddit cuiggodit menddo dávjá, namalassii oaiivildit sii ahte persovnnalaš ovddas-vástádus lea menddo stuoris, muhto earát fas oaiivildit ahte cuiggoduvvo menddo hárve. Dát iskkadeapmi čájeha doaktáriid iežaset oainnuid diekkár cuiggodemiid hárrái.

Gažaldat cuiggodemiid birra lei mielde gažaldatskovis Doaktáriid dutkaninsti-tuhta referánsajovkui 2008 čavčča. Vástádusoassi lei birrasiid 70 %. Doaktáriid oaidnu cuiggodemiide váld-dahallojuvvo, ja mii iskat leat go systemáhtalaš erohusat iešgudet doaktárjoavkkuid gaskka.

Gaskamearálaččat navdet doaktárat stuorát vára oážžut hálddahaslaš cuiggodemiid, muhto fas unnit vára go duohtavuodas lea, dasa ahte geatnegasvuodaid rihkkun cuiggo-uvvo, ja seammás eanetlohku doaktáriin navdá ahte leat unnit hálddahaslaš cuiggodeamit ja čujuhuvvon rihkkumat, go mat duohtavuodas ledje. Leat dihto erohusat doaktáriid gaskka diedihuvvon loguid dáfus ja doaktárjoavkkuid gaskka leat systemáhtalaš erohusat. Dievdo doaktárat priváhta doaimmahagáin lea dat doaktárjoavku mii navddii eanemus hálddahaslaš cuiggodemiid addojuvvot.

Sáhtta daddjot ahte doaktárat dán iskkadeamis imaštahtti bures máhtte meroštallat cuiggodemiid logu, mii fas mearkkaša ahte doaktárat oalle bures dihtet man dábálaš dat lea ahte bearráigeahččoeiseválddit cuiggodit. Seammás lea doaktáriid gaskkas unnit-lohku geain leat stuora boasttuáddeju-mit das man dábálaččat diekkár cuiggo-deamit leat. Eambo ja buoret diehtujuhkin sin guovdu sáhtášii rievdadit sin oainnuid, muhto lea eahpesihkar livččii go das váikkuhus doaktáriid klinalaš geavadii.

Geir Godager and Sverre Grepperud:

Do doctors have realistic beliefs about the supervision authorities' use of administrative reactions?

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 6/2010

Health care personnel can be given different administrative reactions by the supervision authorities. The different types of administrative reaction are:

- warning
- limiting, suspension or withdrawal of authorization as health care personnel
- suspension or withdrawal of licence, or the right to prescribe addictive medication, or of certificate of completion of specialist training.

The legislative basis for these reactions is found in Chapter 11 of the Health Personnel Act.

Some people believe that these are given too often, in other words, that too much emphasis is placed on personal responsibility. Other people believe that they are given too infrequently. In this study, doctors' beliefs about the level of use of administrative reactions were investigated.

Questions about the use of administrative reactions were included in a questionnaire given to the reference panel of the Norwegian Medical Association's research institute in the autumn of 2008. The response rate was about 70 per cent. We described doctors' beliefs about the level of use of administrative reactions, and we investigated whether there are systematic differences in the beliefs of different groups of doctors.

In general, doctors overestimate the probability for doctors to be given an administrative reaction, and they underestimate the probability for breach of duty being pointed out. At the same time, a majority of the doctors underestimated the actual number of administrative reactions, and the number of times breach of duty was pointed out. There is some variation between doctors with regard to their estimations, and there are systematic differences between groups of doctors. Male doctors in private practice reported the highest estimates for the use of administrative reactions.

It must be said that the doctors in this study estimated the number of administrative reactions surprisingly well. This indicates that as a group they are relatively well informed about how often administrative reactions are given by the supervision authorities. At the same time, there are a few doctors who have very unrealistic beliefs about how often administrative reactions are given. More and better information to this group may cause a change in their beliefs, but is not certain whether such changes would lead to changes in their clinical practice.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2009

1/2009 Hans Petter Schjøsby: 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 distriktpsikiatriske 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

8/2009 Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning.

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 2010

1/2010 Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper

2/2010 Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

3/2010 Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

4/2010 Risikobildet av norsk kreftbehandling

5/2010 Meldesentralen – årsrapport 2008-2009

6/2010 Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for barnevern og 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 barnevern og sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på
www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 6/2010

Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

Helsepersonell ilegges ulike administrative reaksjoner av tilsynsmyndighetene. Noen er av den oppfatning at disse reaksjonene brukes for ofte, altså at det personlige ansvaret er for omfattende, mens andre mener slike reaksjoner anvendes i for liten grad. Denne undersøkelsen kartlegger legenes egne oppfatninger om utbredelsen av slike reaksjoner.

Spørsmål om utbredelsen av reaksjoner ble inkludert i et spørreskjema til referansepanelet til Legeforeningens forskningsinstitutt høsten 2008. Svarandelen var på rundt 70 %. Legenes oppfatninger om hyppigheten av slike reaksjoner blir beskrevet, og vi undersøker om det er systematiske forskjeller i oppfatninger mellom grupper av leger.

I gjennomsnitt overvurderer legene sannsynligheten for administrative reaksjoner mens de undervurderer sannsynligheten for at pliktbrudd blir påpekt, samtidig som et flertall av legene undervurderer det sanne antallet av administrative reaksjoner og påpekte pliktbrudd. Det er en viss variasjon mellom legene når det gjelder rapporterte verdier og det er en systematiske forskjeller mellom grupper av leger. Mannlige leger i privat praksis er den gruppen som rapporterte de høyeste verdiene for utbredelsen av administrative reaksjoner.

Legene i denne studien må sies å estimere forekomsten av reaksjoner overraskende bra, noe som kan tilsi at de som gruppe er relativt godt informert om hvor vanlig bruken av tilsynsmyndighetenes reaksjonsformer er. Samtidig er det slik at en minoritet av legene har betydelige misoppfatninger når det gjelder utbredelsen av de samme reaksjonene. Mer og bedre informasjon til denne gruppen kan endre deres oppfatninger, men det er uvisst om slike justeringer vil ha konsekvenser for legenes kliniske praksis.