

# Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse

**HELSETILSYNET**

tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 13/2004  
Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse  
En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten

Desember 2004

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen ble publisert desember 2004, og finnes bare  
på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://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](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Forord

I strategiplanen for 2004 – 2006 har Statens helsetilsyn teke mål av seg til å bruke risikoinformasjon på ein meir systematisk måte som grunnlag for planlagt tilsyn med sosial- og helsetenestene. Dette dokumentet er synleggjeringa av eit steg på denne vegen.

Risikovurderingar er på ingen som helst måte noko nytt for etaten vår. Utfordringa ligg i å gjere dette på ein systematisk og etterprøvbar måte. Utan tvil er det slik at både oppdragsgjevarane våre, tenesteytarane og publikum ventar seg at eit kompetent tilsynsorgan set inn krafta si der risikoen for svikt er størst.

Når ein skal gjere vurderingar av risiko, støyter ein raskt på ulike oppfatningar om sjølve omgrepet risiko. Her har vi lagt til grunn at risiko handlar om uvisse knytt til mogelege feil og negative utfall i framtida; altså ei oppfatning om det som kan kome til å gå gale. Dette krev ikkje berre kunnskap om korleis eit gitt system fungerer under normale forhold, men også godt kjennskap til kva påkjenningar systemet kan bli utsett for i notid og framtid.

Det er dette som ligg til grunn for det relativt omfattande arbeidet som er lagt ned i dette dokumentet. Sjølve teksten kan tykkjast vel omfattande. Slik er den blitt med vilje. Etaten er i ein læreprosess knytt til risikovurderingar og difor har vi av pedagogiske omsyn funne grunn til å gå nokre stiar som andre vil meine er omvegar. For oss har desse ”omvegane” vore nødvendige, og vi trur at det vi der har sett også vil kunne gje impulsar og innsikt til andre.

Risikovurderingar leier fram mot oppfatningar om kva som er rimelege truslar i framtida og korleis desse best kan møtast. Desse oppfatningane byggjer på empirisk grunnlag.

Tilsyn med grunnlag i risikovurderingar er såleis som hand i hanske i forhold til funksjonelle krav til tenesteytinga, slik som vi til dømes kjenner frå den rettslege standarden om fagleg forsvarleg verksemd i § 4 i helsepersonelloven. For å etablere eit relevant og gyldig grunnlag for ei risikovurdering som dette, er det difor påkravd med god kontakt med fagfolk i praktisk teneste. Statens helsetilsyn er difor særst takksam for den innsatsen som ulike allmennlegar har gjort i samband med dette arbeidet. Vi vonar at også dei vil finne nytte i dokumentet. Sjølv om dokumentet i første rekkje er utarbeidd til intern bruk, vonar vi også at det kan falle i smak for praktistarar i feltet, ikkje minst t.d. i gruppeverksemd i spesialistutdanninga.

Til slutt – det er viktig å vere merksam på at ei risikovurdering er eit tidsbilete som gjev grunnlag for handlingsval. I denne samanheng - det vi seinhaustes 2004 ser som relevante risikoforhold som kan tene som grunnlag for val og planlegging av tilsyn med allmennlegeteneste i den næraste framtida. Ingen ting vil glede oss meir om fagmiljøa sjølve går inn i teksten her på ein kritisk måte for sjølve å gjere sine eigne vurderingar. Då kan det vere at vi er på sporet av eit systematisk tryggleiksarbeid som vesentleg del av kvalitetsutviklinga i allmenntjenesten.

Oslo, desember 2004

Geir Sverre Braut  
assisterande direktør

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Metodisk tilnærming til ROS</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Beskrivelse og avgrensning av allmennlegetjenesten</b> .....	<b>9</b>
3.1 Rammer for allmennlegetjenesten .....	9
3.2 Allmennpraksis (beskrivelse) .....	9
3.2.1 Legens faglige virksomhet .....	10
3.2.2 Legens holdninger og kommunikasjon .....	12
3.2.3 Organiseringen av virksomheten .....	13
3.3 Kommunens ansvar for allmennlegetjeneste .....	15
3.3.1 Kommunens plikter rettet mot allmennlegetjenesten .....	15
3.3.2 Allmenntillegens offentlig legearbeid .....	16
3.3.3 Allmenntillegens ansvar .....	16
<b>4 Tilgjengelig kunnskap om uønskede hendelser og områder for svikt</b> .....	<b>17</b>
4.1 Erfaringer fra tilsyn med små virksomheter .....	17
4.1.1 Avvik og merknader .....	17
4.2 Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 .....	18
4.3 Helsetilsynets erfaringer fra hendelsesbasert tilsyn .....	18
4.4 Hendelsesbasert tilsyn i fylkene .....	19
4.5 Styringsdata for fastlegeordningen .....	19
4.6 Statsbudsjettet 2005 for Helse- og omsorgsdepartementet (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) .....	19
4.7 ”Når hjelpen kan vente litt” .....	20
4.8 ”Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003” (Hordaland) .....	20
4.9 Rapport om tilgjengeligheten hos fastleger i Østfold .....	21
4.10 Pasientombudenes erfaringer .....	21
4.11 Norsk Pasientskadeerstatning .....	21
4.12 Den norske lægeforenings kvalitetssikringsfond .....	22
4.13 Erfaringer fra andre statlige tilsynsorganer .....	23
4.14 Litteraturstudier vedr. pasienterfaringer og uønskede hendelser .....	23
4.14.1 Pasienterfaringer .....	23
4.14.2 Klassifikasjon av uønskede hendelser .....	24
<b>5 Aktuelle tilstander / uønskede hendelser</b> .....	<b>25</b>
5.1 Identifisering av problemområder (scenario) .....	25
5.2 Gradering og vurdering av uønskede hendelser .....	27

<b>6 Sammenfatning</b> .....	<b>30</b>
6.1 Mangelfull refleksjon rundt egen praksis.....	31
6.2 Svikt i utredning og behandling.....	31
6.3 Svikt i håndteringen av øyeblikkelig hjelp tilstander.....	32
6.4 Sviktende oppfølging av ”utsatte pasientgrupper”.....	33
6.5 Mangelfull tilgjengelighet.....	34
<b>7 Referanser</b> .....	<b>36</b>
<b>Vedlegg 1</b>	
Hendelsesbasert tilsyn i fylkene.....	38
<b>Vedlegg 2</b>	
Helsetilsynets eksempelliste som grunnlag for drøfting med ekspertpanel.....	40
<b>English summary:</b>	
<b>Primary Physician Services – a Risk Analysis</b> .....	<b>43</b>

# 1 Innledning

Helsetilsynets virksomhetsplan for 2003 satte fokus på metodeavklaringer og la opp til at det skulle utredes rammer og forutsetninger for tilsyn med små virksomheter. Dette arbeidet skulle bli bygge på risikovurderinger når det gjelder svikt i helsetjenesten.

Helsetilsynets policy er at kvalifiserte risikovurderinger skal legges til grunn for alle tilsynsaktiviteter. Kriterier og normer for hva som anses for forsvarlig virksomhet i tilsynet må ta utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av virksomhetens aktiviteter. Risikovurdering må bygge på faglig kvalifiserte vurderinger og ta hensyn til en viss grad av risikoaksept. Kunnskap oppnådd gjennom hendelsesbasert tilsyn og områdeovervåking bør også vektlegges.

En rekke helsepersonell som etter helsepersonellovens § 48 har fått autorisasjon, har etablert egne selvstendige helsetjenestetilbud, organisert i små enheter. Vi har valgt å begynne med ROS-analyse av allmennlegetjenesten. Allmennlegene er en stor gruppe helsearbeidere som har kontakt med bredden av befolkningen. Samtlige driver alene eller i mindre fellesskap. Variasjon i praksisutøvelsen kan være stor, noe som i seg selv øker risiko for svikt. Konsultasjonen finner sted i et lukket rom hvor pasienten er prisgitt den enkelte leges vurderinger og avgjørelser.

Denne utredningen beskriver allmennlegenes hovedoppgaver. I tillegg omtales kommunenes ansvar for tjenester som på forskjellige måter griper inn i allmennlegenes aktiviteter. Dette gjelder kommunens tilbud til befolkningen om allmennmedisinske tjenester gjennom fastlegeavtaler, samt helsetjenestens øyeblikkelig hjelp plikt og kommunale legevaksordninger. Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver er kort omtalt i kap.

3.3, men er ellers holdt utenfor denne utredningen. Det er ikke satt fokus på kommunens ivaretagelse av samfunnsmedisinsk arbeid og medisinsk faglig rådgivning.

## 2 Metodisk tilnærming til ROS

En aktuell tilnærming til risikovurdering er redegjort for i Utposten nr 1 2002, "Risikovurderingar i samfunnsmedisinsk arbeid" av Geir Sverre Braut og Ove Njå (1). Denne er bygget på anerkjent metodisk tilnærming og i tråd med Direktoratet for sivilt beredskaps veileder for kommunene i ROS-analyser. Tilpasningen fra samfunnsmedisinsk til allmennmedisinsk virksomhet er gjort med en viss frimodighet ved å forenkle de avsluttende trinnene.

### *Trinn 1 – Skal risikovurdering utføres?*

Risikoanalyse handler om å skaffe til veie oversikt over ulike uønskede utfall sammen med en vurdering av sannsynligheten for at slike uønskede hendelser vil inntreffe. Dersom vi legger risikovurdering til grunn for tilsyn med allmennelegetjenesten, vil vi lettere kunne fokusere på muligheten for reell svikt. Synliggjøring av alvorlighetsgrad vil styrke troverdigheten av tilsynet.

Helsetilsynet har bestemt at ROS-analyser skal ligge til grunn for planlagt tilsyn, og mandatet er derfor gitt, jf innledningen. En drøfting av begrunnelsen er derfor utelatt i det videre arbeidet.

### *Trinn 2 – Avgrensninger*

Det er viktig å ha kjennskap til virksomhetens egenart og oppgaver for å kunne foreta en risikovurdering. Tjenesten må beskrives. Avgrensninger må synliggjøres, slik at en vurderer forhold som er sentrale for virksomheten. Avgrensningen må ta hensyn til at påvirkninger utenfra som får konsekvenser for virksomheten, blir tydelig.

Dersom en virksomhet er sammensatt, må de enkelte ledd i systemet beskrives. Det er

viktig å få fram hvordan de enkelte ledd, undersystemer eller deltjenester er avhengige av hverandre for å kunne fremstå som en helhetlig tjeneste utad. Sårbare punkter i samhandlingen må synliggjøres.

Allmennelegetjenestens virksomhet må beskrives når det gjelder oppgaver, organisering og ansvarsforhold, samt hvordan arbeidet utføres. Samarbeidspartnere må synliggjøres og sårbare områder avdekkes.

### *Trinn 3 – Aktuelle tilstander, kvalitetsproblem eller svikt*

Når en kjenner hvordan et definert system skal utføre oppgavene og fungere i samhandling med andre, må en på en systematisk måte søke å identifisere muligheter for avvik eller rutinesvikt i forhold til det en kan forvente. Særlig viktig vil det være å finne uønskede hendelser hvor en er avhengig av samhandling med andre. De enkelte undersystemer, tjenestekomponenter eller deltjenester må analyseres med tanke på mulig svikt og årsaker til dette. En slik gjennomgang vil gi oss en oversikt (liste) over mulige uønskede hendelser.

Det foreligger ingen oversikt over registrerte uønskede hendelser i allmennelegetjenesten og heller ingen registreringsordning av avvik eller meldinger slik en har i sykehussektoren. Vi har ikke kjennskap til prosjekter her i landet som har foretatt slike registreringer. Det finnes likevel kilder i form av klager på enkelthendelser som kan benyttes for å synliggjøre mer alvorlige hendelser. Slike observasjoner gir en vesentlig kunnskap om svikt i allmennmedisinsk virksomhet.

*Trinn 4 – Gradering og vurdering av uønskede hendelser*

Hendelser kan graderes etter alvorlighetsgrad og hyppighet (sannsynlighet for at de vil oppstå). Der hvor absolutte tall ikke finnes, må en benytte kvalifiserte vurderinger ("ekspertvurderinger") av hendelsene. Idedugnad med basis i kunnskap om systemet kan være svært nyttig for å få fram prioriterte aktivi-

teter og uønskede hendelser. Gjennom risikobasert (proaktiv) tenkning skal en konsentrere seg om forhold med potensiell høy risiko, slik at en får belyst kritiske forhold i et praksisområde. Det er viktig at en har deltakelse fra representative personer og miljøer i slike vurderinger, samtidig som en må ha en viss kjennskap til sannsynlighetsteori.

<i>Konsekvens</i>	<i>Liten</i> <i>F.eks. skade uten behov for behandling</i>	<i>Middels</i> <i>F.eks. skade med behov for behandling</i>	<i>Stor</i> <i>F.eks. alvorlig eller dødelig skade</i>
<i>Sannsynlighet</i>			
<i>Liten</i> <i>F.eks. sjeldnere enn hvert 10. år</i>			
<i>Middels</i> <i>F.eks. mellom årlig og hvert 10. år</i>			
<i>Stor</i> <i>F.eks. årlig eller oftere</i>			

Uønskede hendelser med stor konsekvens kan aldri aksepteres, men er konsekvensen liten, vil en måtte vurdere hvor ofte hendelsen inntreffer før en karakteriserer risiko som uakseptabel. Samme metode benyttes av andre tilsynsetater som f.eks. Arbeidstilsynet som opererer med risikoklassifisering (2).

medisinen) som skal avdekkes, eller rettere - hvilke forhold i tjenesten det evt skal føres tilsyn med.

Ekspertvurderinger kan foretas av potensielle fagrevisorer eller ressurspersoner i sentrale fagmiljø. Til å vurdere sårbarhet og risiko for tjenestesvikt i allmennmedisinen vil det være naturlig å benytte ressurspersoner i allmennmedisinsk miljø.

*Trinn 5 – Sammenfatninger. Fokus for tilsyn*

Erfaringene under trinn 2-4 må sammenfattes. Egenskapene ved ulike system må fremstilles samlet, slik at det kan danne grunnlag for etterfølgende valg. Internkontroll har som formål å forebygge svikt i helse-tjenesten, og tilsyn skal påse at slik forebyg-gende virksomhet skjer.

Det er vesentlig å skille ut hva det er verdt å føre tilsyn med i forhold til reell risiko for belastning på pasientpopulasjonen. Medfører svikt i allmennlegetjenesten en reell helse-risiko for pasienter, eller ønsker vi adferds-ending hos tjenesteyterne på et felt som ikke får direkte konsekvenser for brukerne? For vårt behov dreier det seg om beslutninger om hvilken sårbarhet i helsetjenesten (allmenn-



## 3 Beskrivelse og avgrensning av allmennlegetjenesten

### 3.1 Rammer for allmennlegetjenesten

Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (3). Kommunens helsetjeneste omfatter både offentlig organisert helsetjeneste og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen. For å løse sine oppgaver, skal kommunen sørge for flere deltjenester, bl a allmennlegetjeneste (herunder fastlegeordning) og legevaktordning. Selv om allmennlegetjenestens oppgaver primært omfatter individrettet forebyggende arbeid, diagnose og behandling, er faggruppen involvert i flere kommunale oppgaver, beskrevet i kap. 3.3.

Allmennlegetjenesten kan enten utøves som kommunalt organisert virksomhet eller gjennom avtaler med fastleger som driver privat legevirksomhet. I tillegg til kommunens helsetjeneste, driver noen få leger privat allmennlegevirksomhet uten offentlig avtale med rett til offentlig refusjon. Selv om utgangspunktet for virksomheten er forskjellig, vil den foreliggende utredning som berører det faglige innhold og gjeldende regelverk, gjelde alle former for allmennmedisinsk virksomhet.

Regelverket (helsepersonelloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, journalforskriften, fastlegeforskriften, internkontrollforskriften etc) legger en stor del av premissene for virksomheten. Som eksempel kan nevnes

- krav om forsvarlig legevirksomhet (4)
- pasientens rett til å bli prioritert av fastlegen og få legetime innen rimelig tid (5)

- planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling (5)
- henvisning til andre tjenester etter behov, skrive ut helseattester og gi legeopplysninger ved søknad om helse- trygde- og sosialtjenester (4, 5)
- samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (4, 6, 7)
- dokumentasjon (journalføring) (4, 8)
- taushet og informasjon, opplysningsplikt, meldeplikt (4, 9)
- rekvirering av legemidler (4, 10)

### 3.2 Allmennpraksis (beskrivelse)

Allmennlegetjenesten tar seg av pasienter med et vidt spekter av sykdommer, plager og behov som brukerne forventer å få hjelp for. Sykdomsspekteret allmennlegen møter er ”uten grenser”. Allmennlegen forventes å kunne imøtekomme de fleste behov for kontakt og legehjelp. Det forventes ikke organspesialistkompetanse innen kliniske områder. Allmennlegetjenesten har sin styrke i kontinuitet og tilgjengelighet, og forventes å ha kompetanse innen samhandling, pasientflyt og prioritering (11).

Den allmennmedisinske konsultasjon foregår i et lukket rom med pasient og lege alene tilstede. Kvaliteten på utfallet av dette møtet avhenger i stor grad av hvordan pasienten gis mulighet til å legge fram sine behov og hvordan legen responderer på dette og trekker sine konklusjoner. Legens kontakt med pasienter skjer også gjennom direkte

telefonkontakt, indirekte kontakt via pårørende, praksismedarbeidere eller faglige samarbeidspartnere. Mange indirekte kontakter kan være svært raske og flyktige, men avgjørelser som faller kan få de samme konsekvenser for behandlingsforløp som konsultasjonen. Allmennlegens hverdag preges av mange kontakter og krever årvåkenhet for stadige omstillinger til nye sykdommer, problemstillinger og menneskelige behov.

Kvaliteten på legens møte med pasient (direkte eller indirekte) er avhengig av en rekke forhold, ikke minst samspill med andre. Faglige kvalifikasjoner hos legen finnes i form av medisinsk basisutdanning. Denne kompetansen er likevel sårbar hvis en ikke holder seg oppdatert om ny viten. Alt helsepersonell må ha oppdatert kunnskap om regelverket som regulerer virksomheten og som gir pasientene rettigheter. Allmennlegen må kjenne lokale spilleregler for pasientflyt i helsevesenet og ha et aktivt forhold til andre faggrupper som pasientene også er avhengige av.

Ikke minst er legen avhengig av et smidig internt samarbeid hvor en sikrer tilgjengelighet og rett pasienthåndtering av medarbeidere, kompetanse hos de en har delegert oppgaver til, samt at annen lege ivaretar behandlingsansvar i eget fravær.

Allmennmedisinsk praksis kjennetegnes ved kontinuitet i et lege-pasientforhold og behandlingsforløp. Allmennlegen gis anledning til å følge pasienten over lang tid. I større grad enn spesialisten får han eller hun innblikk i hele menneskets liv og livssituasjon, dets fysiske og psykiske sider. Allmennpraktikeren møter pasienten i flere sykdoms- og livssituasjoner og kan ha andre familier-medlemmer i sin pasientpopulasjon. Dette gir en unik mulighet til å få øye på risikoforhold og observere samspill med nære relasjonspersoner.

Et utgangspunkt for en kvalitetsvurdering av allmennlegetjenesten vil være et kvalitetsperspektiv basert på pasienttilfredshet/pasienterfaringer. Pasienttilfredshetsundersøkelser er imidlertid preget av subjektive opplevelser av praksis og gir sparsom systematisk informasjon i forhold til forsvarlighetsvurderinger. Slike undersøkelser er likevel nyttige når det gjelder å identifisere hva brukere av tjenesten er opptatt av. En inndeling av kvalitetsperspektivet i 3 kategorier går igjen i flere undersøkelser (12):

- legens faglige virksomhet ("teknisk kvalitet", faglige prosedyrer)
- legens holdninger og kommunikasjon
- organiseringen av virksomheten

Denne inndelingen som inkluderer både klinisk virksomhet og praksisorganisering synes å være en hensiktsmessig innfallsvinkel når allmennmedisinsk virksomhet skal beskrives. De tre perspektivene er nært knyttet sammen og griper inn i hverandre. Virksomhetens aktiviteter må ses på prosessuelt, enten det dreier seg om legens egne faglige vurderinger eller handlingsmønstre, alene eller i samhandling med andre. Handlinger som utføres må ses på som prosesser som kan beskrives og evalueres.

### 3.2.1 Legens faglige virksomhet

Allmennlegens virksomhet består først og fremst i å diagnostisere og behandle sykdom og skade. Som andre aktører i helsevesenet baserer legen sine avgjørelser på faglig viten og søker nødvendig kunnskap for å fatte sine beslutninger. Legen henviser til andre behandlere og aktører når egen kompetanse og muligheter ikke er tilstrekkelig til å ivareta pasientens behov.

Allmennlegen må innhente nødvendige og tilstrekkelige opplysninger knyttet til pasientens presentasjon av et problem eller behov og foretar kliniske og laboratoriemessige undersøkelser før diagnose settes og behandling startes. Dette foregår som innlærte prosesser i en rekkefølge som legen er vant til å følge. For at denne prosessen skal foregå på en faglig forsvarlig måte, må prosessen følge faglig anbefalt praksis. Videre må innholdet i de enkelte ledd i prosessen være basert på tilgjengelig viten om diagnostikk og behandling av sykdom. Når slike prosesser følges, vil det være en viss forutsigbarhet i handlinger som forventes. I motsatt fall vil tilfeldigheter råde og variasjon i praksis kunne føre til at behandlingens kvalitet varierer.

En trussel mot dette vil være en overfokusering på sykdom og sykdeliggjøring i samfunnet. Helsetjenesten forventes å skulle ta hånd om symptomer og andre forhold som burde regnes som tilværelsens normale og forventede variasjoner. En risikerer å blokke for individets mulighet til selvhelbredelse. Denne medikaliseringen understøttes av forskning og industri som har muliggjort medikamentell behandling av risikoforhold hvor behandlingsterskelen

stadig senkes. Behandling av risiko vil bety at en rekke friske personer behandles uten at de vil ha nytte av den, samtidig som en ikke slipper unna bivirkning og kostnad. Det kreves kunnskap og klokhet i denne balansengangen hvor legen i gitte situasjoner kan velge fra flere behandlingsprogrammer.

Fokus på prosess og tenkemåte som beskrevet i det følgende vil gjelde håndteringen av hele spekteret av allmennlegens pasientpopulasjon. En for formålet nyttig inndeling av arbeidsfeltet kan være:

- Store folkesykdommer som hjerte-/karsykdommer, kroniske lungesykdommer, kreft, muskel-/skjelettlidelser, psykiske lidelser, diabetes, etc.
- Sjeldne sykdommer med store konsekvenser for pasienters liv og helse, eksempelvis allmennfarlig smittsom sykdom, sjelden kreftsykdom og invalidiserende neurologiske lidelser.
- Andre behandlingssituasjoner hvor samhandling mellom forskjellige aktører står sentralt: Behandling av alvorlige kroniske sykdommer med deltakelse i ansvarsgrupper og bidrag til individuell plan, oppfølging av sosialmedisinske og geriatriske problemstillinger, palliativ medisin etc.
- I begrenset grad mindre alvorlige sykdommer eller "episoder og vondter" av forbigående natur. Behov for attester og legeerklæringer for syke og friske, hvor samfunnet krever dokumentasjon fra lege.

Fokus for behandling må ikke ta all oppmerksomhet fra det forebyggende aspektet. Faglige beslutninger og samhandling inkluderer primær forebygging for å redusere risiko hos friske via sekundær forebygging hos syke og rehabilitering for å vedlikeholde funksjoner hos kronikere.

**Kjerne kvaliteten på en allmennpraktikers virksomhet må vurderes ut fra om sykdom fanges opp, utredes og behandles i tråd med oppdatert og tilgjengelig medisinsk viten uten unødig forsinkelse.**

#### *Faglige beslutninger*

I en beslutningsprosess og behandlingsforløp vil legen bevisst eller ubevisst følge sine innlærte handlingsmønstre, beskrevet ovenfor som prosesser.

Legen vil

- handle på basis av faglig kunnskap og erfaring. Gjennomgående vil handlingene styres av innlært viten, hvor legen har en faglig referanse til aktivitetene. Medisinsk og annen praksisrelevant forskning er i kontinuerlig utvikling, og medisinsk praksis endrer seg i tråd med denne. En dynamisk allmennpraksis kjennetegnes ved at allmennlegen søker stadig ny kunnskap i beslutningsstøtte og relevante informasjonskilder.
- ikke så sjelden likevel måtte lete forgjeves etter dokumentert viten for planlagte aktiviteter (diagnostikk og behandling). Det vil være situasjoner hvor nytten av aktiviteter ikke er dokumentert, eller hvor forskningen har vært mangelfull, men hvor praksis likevel har vokst fram gjennom utviklingen av den medisinske kulturen. Legen blir da tvunget til å handle ut fra et avveid kvalifisert skjønn, hvor praksis følger ren empiri.
- i gitte tilfelle benytte standardiserte behandlingsprogrammer. Dette kan være faglige retningslinjer (faglig behandlingslinjer, clinical pathways) som er formulert av anerkjente fagmiljøer innen allmennmedisinske eller organspesifikke områder. Dersom slike følges, vil praksis forventes å være i tråd med oppdatert og tilgjengelig viten.
- vil vurdere om "standard behandling" er egnet i aktuelle situasjon. Dersom "standard behandling" ikke benyttes, vil det være naturlig at årsaken til dette blir dokumentert.
- ta hensyn til pasientens medvirkning i behandlingen for å sikre compliance og kontinuitet for å gi pasienten innflytelse. Samarbeid mellom pasient og lege er vesentlig for å oppnå behandlingsmål.
- aktivt benytte journalføring som arbeidsredskap for å sikre kontinuitet og faglig referanse i behandlingen. Pasientjournal er et nødvendig redskap for kommunikasjon i samhandling som beskrevet nedenfor. Denne skriftlige aktiviteten må ses på som obligatorisk delprosess for å nå behandlingsmålene.

#### *Samhandling*

Allmennlegen arbeider ikke i et vakuum. Særlig i en utredningsprosess, men også i behandlingsprosesser inngår interne

samhandling. Der hvor diagnostikk og behandling krever ressurser og kompetanse som allmennlegen selv ikke rår over, må en benytte seg av eksterne ressurser. Hvordan samhandling foregår vil være avhengig av lokale avtaler og vedtatte prosedyrer og er knyttet til hvordan tjenesten er organisert, jf kap. 3.2.3.

#### **Intern samhandling:**

Allmennlegen gjør utstrakt bruk av medarbeidere til tekniske prosedyrer:

- laboratoriefunksjoner
- mottak og vurdering av timebestillinger, reseptbestillinger, journalarkivering og epikrise-håndtering utføres for en stor del av medarbeidere, faglærte (helsesekretærer, sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører) eller ufaglærte.
- kirurgisk og prosedyremessig assistanse, sårskift, enkle selvstendige behandlingsprosedyrer etter delegert myndighet (injeksjoner, øreskyllinger, enkel rådgivning etc). De har vesentlige oppgaver i den indirekte kontakten med pasienter og opptrer på legens vegne i mange situasjoner.

Allmennlegen forholder seg i tillegg til kolleger i samme arbeidsfellesskap (legesenter eller samarbeidende leger i fastlegeordningen) for å ivareta kontinuitet i et pasientforløp ved planlagt og uforutsett fravær. God journaldokumentasjon og –rutiner sikrer at kolleger følger opp en oppstartet utredning/behandling uten forsinkelser.

#### **Ekstern samhandling:**

Til utredning benyttes

- laboratorier, røntgeninstitutter, private spesialister, sykehus. Rutiner for slike henvisninger bygger på lokale forhold og krever kjennskap til lokale og regionale tilbud.

Til behandling benyttes

- lokale og regionale sykehus, private legespesialister, kliniske psykologer, opptreningsinstitusjoner
- andre lokale helsetilbud som fysioterapeuter, hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester, sykehjem, kiropraktorer, optikere. Slik samhandling vil kunne

knyttes til ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuelle planer.

- ikke-medisinske institusjoner hvor samhandling er viktig i et langvarig behandlingsforløp: trygdekontor, aetat, sosialkontor, hjelpemiddelsentral etc.

#### **3.2.2 Legens holdninger og kommunikasjon**

En forutsetning for å innhente nødvendig informasjon og oppnå effekt av en behandling vil være en åpen og fruktbar dialog med pasient, medarbeidere og andre brukere av allmennelegetjenesten. Først og fremst vil legens holdninger og kulturelle syn influere på i hvilken grad legen skaffer seg et tilstrekkelig beslutningsunderlag for sine konklusjoner og råd og ikke minst oppnå et godtsamarbeidsklima i pasientbehandlingen. Dermed er kommunikasjon vesentlig for å få til smidig samhandling internt og eksternt. De tekniske sidene av dette er beskrevet i kap. 3.2.1.2 og kap. 3.2.3. Dette gjelder strukturelle forhold og skriftlige prosesser som vil være dokumenterbar.

#### *Kunnskap og ferdigheter*

Kunnskap om kommunikasjon og samhandling mellom individer og i grupper kjenner tegner en god allmennlege. Denne kunnskapen må og gjelde medarbeidere som oftest har en bredere pasientkontakt enn legen.

Allmennlegen må ha ferdigheter i kommunikasjon og om hvordan denne benyttes i forskjellige terapeutiske sammenhenger. Dette krever en viss innsikt i psykodynamikk og terapeutisk metode. Legen plikter videre å ta pasienten med på avgjørelser og gi tilstrekkelig informasjon. Taushetsplikten må ivaretas.

Legens empatiske holdninger og gode kommunikative evner settes høyt blant pasienter og er en integrert del av klinisk kompetanse med stor innflytelse på det medisinske resultatet. På den motsatte side er kommunikasjonsproblemer, misforståelser, avvisning og uakseptabel oppførsel hyppig tema i klagesaker og tilbakemeldinger til miljøet selv. Legens adferd er dermed en sentral del av de rent medisinske aktiviteter som foregår.

Kunnskap hos lege og medarbeider vil kunne være dokumenterbar, som gjennomført etterutdanning, kurs etc. Allmennlegen bør kunne redegjøre for hvordan han/hun selv opplever kommunikasjonsprosessen og hvordan en benytter denne ferdigheten.

Pasienttilfredshetsundersøkelser viser at legens holdninger og evne til kommunikasjon settes høyt og er kanskje beste indirekte målemetode for legens kommunikasjons-evne. En inkluderende holdning og åpen kommunikasjon kjennetegnes bl a av at pasienten opplever å ha tilstrekkelig tid hos legen, at legen viser interesse for pasientens situasjon, og at det er lett for pasienten å fortelle om sine problemer.

En nyere undersøkelse om brukertilfredshet i allmennlegetjenesten (13) har gode eksempler på spørsmål som gjelder pasientens vurdering av legens kommuniserende adferd:

- informasjon om behandling og hva som feilte deg
- legens evne til å lytte til deg
- helsepersonellens serviceinnstilling
- legens evne til å snakke et lett forståelig språk
- legens evne til å ta deg og dine plager alvorlig

En del av legens hverdag består i å møte problemstillinger hvor symptomer og smerte gjør livet vanskelig å leve, men hvor diagnostisk utredning ikke kan bekrefte sykdom. Legen forventes å imøtekomme udekkede behov for kontakt hvor pasienten ikke har andre å søke kontakt med. Fra pasientens side vil ulike symptomer kunne oppleves som sykdom, mens en i stedet avdekker eksistensielle problemstillinger hvor symptombilde og sykdomsopplevelse vel så mye kan være et sunnhets- som sykdomstegn. Allmennlegen kan bli en form for sjelesørgjer i et fremmedgjort samfunn. På den annen side kan avstand til psykisk og somatisk lidelse være kort. Legens oppgave blir å rydde opp i dette og bistå "pasienten" med å sette ord på sin situasjon. Det kreves både kløkt og ydmykhet i forhold til egen begrensning på denne arena.

Ikke alle allmennleger mener at det er deres oppgave å bruke tid til å bistå mennesker med eksistensielle problemstillinger, og noen medisinsk virksomhet vil det nødvendigvis ikke være. Uansett vil slike problemstillinger være en reell del av allmennlegens hverdag, og legen må benytte sine kunnskaper og teknikker for å håndtere dette, hvor særlig evne til god kommunikasjon blir satt på prøve.

### 3.2.3 Organiseringen av virksomheten

Organisering og praktisk tilrettelegging er viktige rammevilkår for at allmennlegekontoret skal kunne gi et godt tilbud til brukerne. Hvordan de praktiske rutinene er, åpningstider og tilgjengelighet, ansvarsplassering etc. er synlige dimensjoner som betyr mye for hvordan pasienten får de tjenester som forventes uten unødig forsinkelse. En dynamisk ledelse og åpent arbeidsmiljø legger til rette for forutsigbare møteplasser for driftsmessig kommunikasjon, faglige diskusjoner og forbedringsarbeid. Dette demmer opp for faglig isolasjon og mistriivsel blant alle yrkesutøvere med økt risiko for svikt i pasientbehandlingen.

#### *Driftsform og økonomi*

Ingen allmennleger praktiserer i et vakuu. Sentrale avtaler (Statsavtalen<sup>1</sup> og Kommuneavtalen<sup>2</sup>) gir overordnede rammer for virksomheten. Individuelle avtaler er inngått med kommune og trygdekontor. Der hvor flere leger inngår i et arbeidsfellesskap forventes samarbeidsavtale el. Hvis virksomheten er organisert som AS eller ANS/DA, vil det være selskapsavtaler som setter økonomiske og juridiske rammer for virksomheten.

Solopraktikere som samarbeider med andre legekontorer for å sikre legetilgjengelighet ved eget fravær i fastlegeordningen, møter særlige utfordringer. Her må avtalene være utvetydige og tilgjengelige for pasienter, trygdekontor, AMK og legevaktsentraler. Skriftlige avtaler om samarbeid og gjensidig dekning ved vakans vil sikre slike ordninger.

#### *Styringssystem*

Et allmennlegekontor vil på en systematisk og oversiktlig måte beskrive hvordan virksomheten foregår og styres gjennom et kvalitetssystem. Myndighetene krever at det etableres internkontrollsystem for virksomheten (14). Internkontrollsystemet beskriver hvordan virksomheten ved å føre internkontroll sikrer at allmennlegetjenesten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Dokumentasjonen på at det føres internkontroll vil være det grunnleggende fundamentet i kvalitetssystemet. Den skriftlige dokumentasjonen må ha det omfang som en anser nødvendig i forhold til legekontorets aktiviteter, størrelse og kompleksitet. Sentrale elementer i internkontrollen vil være:

1. Legekontorets hovedoppgaver og mål skal beskrives, herunder mål for forbedringsarbeidet. Ansvar skal være

1) Avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og NAVU/ de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske lægeforening på den andre siden, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis

2) Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

- plassert. Der hvor flere leger arbeider i fellesskap, må det fremgå hvordan ansvar for felles tjenester er fordelt. Oppgavefordeling, ansvar og myndighet i forhold til medarbeidere må være beskrevet, herunder delegert ansvar i pasienthåndteringen. Dette kan gå fram av kontrakter, stillingsinstruksjoner eller arbeidsbeskrivelser. Personaladministrasjon må være tydelig og dokumenterbar der hvor det finnes nødvendig.
2. Det skal være tilgang til oppdatert regelverk (lover, forskrifter, avtaler) som gjelder virksomheten, skriftlig eller elektronisk. Myndighetskravene som retter seg mot allmennlegetjenesten må kartlegges ("hva betyr paragrafene for vår virksomhet?")
  3. Legekontoret skal sikre at allmennlegetjenesten har den nødvendige kunnskap og ferdigheter som samsvarer med oppgavene som utføres. Dette gjelder også kunnskap og ferdigheter innen internkontroll. Opplæringsbehov må kartlegges og etterutdanning sikres i tråd med den faglige utviklingen. Medisin som fag er i kontinuerlig utvikling og krever en aktiv holdning til lokal fagutvikling. Tid må være avsatt til dette.
  4. Det skal sørges for at medarbeidere medvirker til den samlede kompetanseoppbyggingen og deltar aktivt i internkontroll. Medarbeideres medvirkning og faglige utvikling kan kartlegges og sikres gjennom medarbeidersamtaler
  5. Brukererfaringer må benyttes aktivt i kvalitetsarbeidet (eks pasientundersøkelser, klager og avviksmeldinger, postkasse)
  6. Utføre risiko- og sårbarhetsanalyser for å avdekke risiko for svikt og uforsvarlig virksomhet. For å utføre ROS-analyser, må aktivitetene identifiseres og ses på i lys av myndighetskravene.
  7. Utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre driftsrutiner (skriftlige administrative og faglige prosedyrer, arbeidsbeskrivelser, sjekklister etc). Prosedyrearbeid blir på denne måten kjernen i et dynamisk forbedringsarbeid, hvor kvalitetssirkelen illustrerer prosessen. Bruk av avvikshåndtering står her sentralt. Ledelsen har videre et ansvar i å overvåke den daglige driften og påse at tiltak og tjenester fungerer som forutsatt.
  8. Systematisk overvåking og gjennomgang av virksomhetens internkontroll og øvrig kvalitetsarbeid. Revisjon av kvalitetssystemet må gjøres regelmessig og erfaringer fra forbedringsarbeidet gjøres kjent for alle involverte.
  9. Dokumentasjon for at myndighetskrav ivaretas gjennom internkontroll. Slik dokumentasjon (internkontrollsystem, kvalitetssystem, styringssystem) utformes og systematiseres i det omfang som anses nødvendig.
- Listestørrelse og behandlingsskapasitet*  
Legens pasientpopulasjon i fastlegeordningen er forhåndsdefinert gjennom inngåtte avtaler (5). Listestørrelsen må fastsettes i forhold til legens stillingsstørrelse og arbeidskapasitet. Tilgjengelighet til lege avhenger av organisering av arbeidsdagen med åpningstider og øremerking av øyeblikkelig hjelp-timer, samt gjennomsnittlig ventetid. Pasienttilfredshet vil være et godt korrektiv til hvorvidt legen har tatt på seg for stor arbeidsbelastning.
- Tilgjengelighet*  
Tilgjengelighet til lege er et yndet tema for medieoppslag og kritikk. I lokal avtale med kommunen, skal tilgjengelighet dokumenteres. Nært knyttet til dette er tilgjengelighet til definerte vikarer ved eget fravær.
- Det settes av tid til øyeblikkelig hjelp hver dag. Omfanget av dette må stå i forhold til listestørrelsen og ordinær ventetid for time. Det synes å være allment akseptert at ordinær ventetid på mer enn 2-3 uker ikke er akseptabelt, mens flere og flere leger selv setter enda kortere grense. Legen må organisere dagen sin slik at pasientenes behov blir ivaretatt. Dette samsvarer ikke automatisk med pasientenes forventninger. Pasienttilfredshetsundersøkelser vil likevel kunne være nyttig korrektiv til legens egne vurderinger.
- Organiseringen av tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp hos den enkelte fastlege vil være avhengig av kommunens øvrige organisering av legetilbudet på dagtid, som f.eks. ordning med daglegevakt.
- Telefontilgjengelighet og timebestillingsrutiner kan organiseres på ulike vis. Intensjon må være at pasienten når fram til legen eller dennes medarbeider innen rimelig tid, samt uten ugrunnet opphold ved øyeblikkelig hjelp. Det siste oppnås hvor pasienten ringer AMK eller legevaktsentral, som er døgnåpne telefoner. Derfra kan kontakt videreformid-

les umiddelbart via egne linjer eller annet kommunikasjonssystem. Telefongjengjengselighet skal være bekjentgjort.

Ved bruk av telefonsvarer, blir det opplyst hvordan innringer kan få legehjelp, særlig hvordan denne kan oppnås umiddelbart i hastetilfelle.

Timebestilling og annen kommunikasjon via telefaks og epost er i økende grad i bruk, særlig der hvor telefongjengjengseligheten ikke oppleves tilfredsstillende.

Legekantoret forventes å være fysisk tilgjengelig for bevegelseshemmede, slik at også rullestolbrukere vil kunne ha reell mulighet for legevalg.

#### *Lokaler og utstyr*

Venterommet oppleves på mange måter som tjenestens ansikt utad. Legekantoret kan markedsføre holdninger og invitere til åpenhet og refleksjon ved tilrettelegging av inventar og veggpyrd. Informasjon om tilgjengselighet og nyttige rutiner kan skape trygghet og forutsigbarhet.

Ekspedisjonen er første møteplass med personellet. Praktiske utforminger med eller uten skjerming fra venterommet gir signaler om respekt for pasient og håndheving av taushetsplikt.

Utforming av laboratorium, undersøkelses- og behandlingsrom med teknisk utstyr og andre hjelpemidler er synlige eksempler på legekantorets struktur og tilrettelegging for hensiktsmessige rutiner i pasientflyten.

Utforming og beliggenhet av legens kontor er ytre rammer for konsultasjonen og på samme måte som resten av legesenteret en struktur rundt pasientflyt, pasientundersøkelser og fremfor alt kommunikasjon. Særlig nevnes lydisolering som obligatorisk for ivaretagelse av taushetsplikt.

Møte- og spiserom er obligatoriske møteplasser for kommunikasjon og fagutvikling.

Utstyr for undersøkelser og behandling, kontorhold, samt alarmering er tilstede. Mye av dette krever dokumentert vedlikehold, særlig laboratorieutstyr som krever kalibrering. Medisinsk teknisk og elektromedisinsk utstyr sier noe om bruken av og nivået for supplerende undersøkelser. Egne lovverk stiller krav til utforming og vedlikehold, hvor kravet til internkontroll må etterleves etter annet lovverk enn helselovgivningen.

Journalføring reguleres av et regelverk som stiller strenge krav til drift- og vedlikeholds-rutiner. Ivaretagelse av taushetsplikt skal håndheves. Elektroniske journalsystemer krever backup- og andre sikkerhetsrutiner.

### **3.3 Kommunens ansvar for allmennlegetjeneste**

Kommunens helsetjeneste omfatter 1) helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, 2) diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte, 3) medisinsk habilitering og rehabilitering, 4) pleie og omsorg, samt 5) hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (3). For å løse disse oppgavene skal kommunen sørge for bl a allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning, og legevaktordning. Kommunen skal sørge for at publikum har tilgang til helsepersonell på vakt hele døgnet, også i situasjoner som ikke er å betrakte som nødhjelp. Allmennlegene er involvert i samtlige av disse oppgavene. Det er viktig å skille mellom hvilke oppgaver allmennlegen har ansvar for å utføre og hvilke oppgaver kommunen har ansvar for blir utført.

#### **3.3.1 Kommunens plikter rettet mot allmennlegetjenesten**

Kommunen plikter å sørge for at befolkningen ytes nødvendig legehjelp. Følgende oppgaver skal ivaretas enten ved ansettelse av eller avtaleinngåelse med allmennleger.

- Kommunen skal sikre at helsetjenesten sørger for at befolkningen får de opplysninger den trenger for å ivareta retten til nødvendig helsehjelp (kommunehelsetjenesteloven § 2-1).
- Det skal være tilstrekkelig listekapasitet og et tilstrekkelig antall leger i kommunen, slik at befolkningen har en reell mulighet til å skifte fastlege (kommunehelsetjenesteloven § 2-1a, fastlegeforskriften § 11).
- Det skal i tillegg være et reelt legetilbud i kommunen til de personer som
  - velger å stå utenfor fastlegeordningen (kommunehelsetjenesteloven § 2-1)
  - oppholder seg midlertidig i kommunen, enten de ellers har fastlege annet sted eller har valgt å stå utenfor ordningen (kommunehelsetjenesteloven § 2-1)
  - ønsker fornyet vurdering hos annen

lege med fastlegeavtale (kommunehelsetjenesteloven § 2-1a, fastlegeforskriften § 6).

- Kommunen plikter å tilrettelegge for fastlegeordningen slik at legens plikter i avtalene kan overholdes (Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (kommuneavtalen pkt 6.1).
- Kommunen plikter å sikre at funksjonshemmede har tilgjengelighet til legetjenester.
- Kommunen skal sikre at det i avtaleinngåelsen med allmennlegene er lagt til rette for vikarordning for dekning av ordinært fravær etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget (kommuneavtalen pkt 10.1, jf pkt 4.1.2).
- Kommunen skal sikre tilgang til øyeblikkelig legehjelp i tidsrom som måtte falle mellom avtalt åpningstid for den enkelte lege og tidspunkt for organisert legevakt (kommunehelsetjenesteloven § 2-1).
- Kommunen kan sikre at legevaktsentral kan komme i kontakt med allmennlegen innenfor avtalt åpningstid, evt. gjennom "hot-line" telefonnummer eller helse-radionett (Særavtalen<sup>3</sup> § 6.4)

### 3.3.2 Allmennmedisinsk offentlig legearbeid

Kommunen skal sikre at nødvendige legeressurser knyttes til

- sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (3)
- helsestasjons- og skolehelsetjeneste, som også skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene (3, 15).
- anstalter under kriminalomsorgen (3)

Kommunen plikter å legge forholdene til rette for at disse kommunale tjenestene drives forsvarlig. Kommunen selv vil være revisjonsobjekt og pliktsubjekt fordi den skal sørge for disse tjenestene.

Dersom deler av tjenesten, som for eksempel sykehjemsdrift, ved konkurranseutsetting er overlatt til privat eller interkommunal driver, skal kommunen sikre seg at tjenesten vil bli drevet faglig forsvarlig på samme måte som

om den selv skulle stå for tjenesten.

Ledelsesstruktur og fag henger nært sammen når kvalitet skal vurderes. Internkontroll stiller krav til organisering og ansvarsplassering. ROS-analyse av kommunale institusjoner og virksomheter hvor kommunen er pliktsubjekt, er holdt utenfor denne utredningen, da det vil kreve en mer omfattende tilnærming. Helsetilsynet har allerede satt i gang selvstendige utredninger og gjennomført egne landsomfattende tilsyn med pleie- og omsorgstjenester og sykehjem, skolehelsetjeneste og fengselshelsetjeneste.

### 3.3.3 Allmennlegens ansvar

Allmennlegens plikter på sin side å utøve forsvarlig legevirkosomhet, slik det fremgår under kap. 3.2. Det gjelder både overfor den delen av befolkningen som står på allmennlegens liste og den delen av befolkningen legen kommer i kontakt med i sin allmennmedisinske offentlige virksomhet, eksempelvis barn på helsestasjon, elever gjennom skolehelsetjenesten, syke på sykehjem, innsatte i fengsler etc.

Aktivitet knyttet til allmennmedisinsk offentlig legearbeid er underlagt det samme forsvarlighetskravet som gjelder allmennmedisinsk virksomhet for øvrig, og den faglige utøvelsen vil foregå etter de samme prinsippene. Beskrivelsen av legens aktivitet som gjelder faglig kvalitet og kommunikasjon (kap 3.2.1 og 3.2.2) vil derfor også gjelde allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Organisering og administrative ansvarsforhold vil likevel være ganske annerledes. Flerfaglig samarbeid vil være langt tettere og er avhengig av flere yrkesgrupper med selvstendig ansvar.

Allmennlegen skal legge til rette for at kommunale plikter blir ivaretatt. Dette betyr at legen organiserer sin allmennpraksis slik at oppgaver knyttet til sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste og beredskap blir utført forsvarlig og i tråd med kommunale og sentrale avtaler.

3) Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen (SFS 2305)



## 4 Tilgjengelig kunnskap om uønskede hendelser og områder for svikt

Det foreligger en rekke data, undersøkelser og utredninger som omhandler uønskede hendelser eller områder for svikt knyttet til allmennlegetjenesten. I tillegg til erfaringsoverføring fra hendelsesbasert, individfokusert tilsyn og data fra områdeovervåking, har vi søkt i litteraturen etter risiko for svikt. Kildene er representative for den kunnskapen som finnes, men de berører likevel bare i varierende grad de kjerneområdene vi har søkt å utrede. Det redegjøres for et utvalg aktuelle kilder nedenfor. Denne kunnskapen er i seg selv ikke vektet med hensyn til risiko (sannsynlighet x konsekvens), men er tatt hensyn til i sammenfatningen (kap. 6) i den grad den kan belyse, understøtte og supplere ekspertpanelets gradering.

### 4.1 Erfaringer fra tilsyn med små virksomheter

Helsetilsynet i fylkene (tidl. fylkeslegene) har i begrenset grad allerede gjennomført tilsyn med små virksomheter. Tilsynsobjekt har vært allmennleger, tannleger, fysioterapeuter og røntgeninstitutt.

Samtlige tilgjengelige tilsynsrapporter er samlet fra disse tilsynene for perioden inntil sommeren 2003. Flere av disse, men ikke alle, er allerede tilgjengelige på veven. En gjennomgang av 13 tilsyn med allmennlegekontorer i 4 fylker refereres i det følgende:

Tema for tilsyn har vært organisering, journalhåndtering, taushetsplikt, internkontrollplikt, tverrfaglig samarbeid med vekt på samarbeid med hjemmesykepleien, omfang og tilgjengelighet, opplæring og kompetanse, dokumentasjon av aktiviteter, medisinsk utredning av eldre med mental svikt, administrative og faglige rutiner, legevakt,

behandling/bruk av klager.

#### 4.1.1 Avvik og merknader

Minste reviderte virksomhet er 1 lege og 2 medarbeidere. Det er ikke konstatert avvik fra regelverkskrav ved de 13 tilsynene.

Følgende funn ligger til grunn for merknader:

- Skriftlige prosedyrer er ikke datert og signert
- Det finnes ikke tilgjengelig oversikt over lover, forskrifter og andre aktuelle dokumenter som regulerer legetjenesten
- Prosedyreboken for legetjenesten er ikke samordnet med det øvrige kvalitetsystemet for helsetjenesten
- Det er ikke satt tidsfrist for ferdigstillelse av internkontrolldokumentene, og det er ikke bestemt hvordan resten av arbeidet skal organiseres
- Mangel på system som sikrer vedlikehold av system for internkontroll og kvalitets-sikring
- Mangel på møtestruktur for løpende informasjonsutveksling, samarbeid, evaluering og korleksjon av virksomheten
- Legesekretærens arbeidssituasjon er ikke vektlagt i legetjenestens evaluerings- og forbedringsarbeid
- Mangel på ansvars plassering av oppgaver og stillingsbeskrivelser
- Personalet har ikke fått systematisk

opplæring i internkontrollarbeid

- Ansvar for å utarbeide et internkontrollsystem for legekantoret er ikke klart definert
- Det mangler framdriftsplan for å utarbeide et internkontrollsystem på legekantoret
- Manglende retningslinjer for behandling av klager. Mangel på systematisk bruk av klager og tilbakemeldinger fra pasienter og brukere i forbedringsarbeid
- Det er ikke innført ordning med medarbeidersamtaler
- Mangelfull oppbevaring av medikamenter
- Mangelfull føring og oppbevaring av journal
- Uklarhet i pasientjournal hvem som er pasientens ansvarlige lege
- Utformingen av ekspedisjonsområdet skaper problemer for ivaretagelsen av taushetsplikten
- Det er vanskelig for publikum å komme gjennom på telefonen til legekantoret
- Legen har mangelfull oversikt over hvilke av hans pasienter som mottar hjemmesykepleie
- Det fremgår ikke tydelig av pasientjournalen at legen har overført ansvaret for legemiddelhåndtering til hjemmesykepleien
- Mangelfull informasjon om medikamentendringer til hjemmesykepleien

Tilsyn med allmennlegetjenesten i fylkene har i beskjeden grad dekket våre prioriterte områder nedenfor. Da det ikke synes å være avdekket svikt innenfor de områdene som vi har ønsket å belyse, er konklusjonene fra disse tilsynene ikke nærmere omtalt i sammenfatningen (kap 6).

#### **4.2 Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002**

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (16) fokuserte på både

første- og andrelinjetjenesten. Innen første- og andrelinjetjenesten ble oppmerksomheten rettet mot helsestasjons- og skolehelsetjenesten og deres samarbeid med PPT, poliklinikk og fastleger. Fastlegene selv ble ikke trukket inn i tilsynet. Tilsynet omfattet helsetjenesten i 83 kommuner og 41 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Tilsynet viste at en fjerdedel av kommunene henviser til PPT eller poliklinikken uten at legeundersøkelse av barna foretas, og mer enn halvparten av kommunene sikrer ikke at det gis informasjon til fastlegen. Det fremkommer også at fastlegene i liten grad blir trukket med i det tverrfaglige arbeidet rundt disse barna. Dersom barn og unge med somatiske problemer feilaktig henvises til PPT eller barne- og ungdomspsykiatrien fordi det ikke er undersøkt av lege, vil det kunne hindre eller forsinke at vedkommende får den hjelp og oppfølging som trengs.

Intensjonen med fastlegeordningen er blant annet at fastlegen skal koordinere behandlingstiltak for den enkelte pasient. Det kan stilles spørsmål ved hvordan fastlegens ansvar og oppgaver i forhold til disse barna kan ivaretas når informasjonsutvekslingen svikter.

#### **4.3 Helsetilsynets erfaringer fra hendelsesbasert tilsyn**

Helsetilsynet har gjennomgått 107 hendelsesforløp rettet mot allmennleger i perioden 2000-02 (17). Formålet var bl a å identifisere medisinske problemstillinger som fører til administrative reaksjoner på bakgrunn av pasientklager. Prosjektet hevder at pasientklager er en god indikator for sårbarhet når pasienter finner grunn til å klage.

Undersøkelsen viste at kardiovaskulær sykdom alene var overrepresentert i den gruppen hvor man konkluderte med uforsvarlig virksomhet. Manglende erkjennelse av sykdommens alvorlighetsgrad og utilstrekkelig oppfølging av uavklarte situasjoner var hyppigste årsak til uforsvarlige handlinger. Et gjennomgående spørsmål var om legen har sikret seg i det kliniske skjønnet. Selv om vaksituasjoner som ventet viste seg å være sårbare, var også saker der oppfølgingen ble vurdert til å være uforsvarlig, hyppig forekommende.

#### 4.4 Hendelsesbasert tilsyn i fylkene

Helsetilsynets egen gjennomgang av 107 hendelsesforløp (kap. 4.3) rettet mot allmennleger i perioden 2000-02 gir lite informasjon om bredden i rapporterte uønskede hendelser i allmennlegetjenesten. Materialgrunnlaget er Helsetilsynets eget materiale, som er selektert i forhold til alvorlige klagesaker mot leger. Helsetilsynet i fylkene behandler også en rekke klagesaker som sjelden kommer til Helsetilsynets kjennskap. Disse sakene antas å være av mildere alvorlighetsgrad hvor Helsetilsynet i fylkene selv slutfører saksbehandlingen. De omhandler hendelser som ikke har vært så alvorlige at de er vurdert med hensyn til administrative reaksjoner som advarsel eller tilbakekalling av autorisasjon.

Helsetilsynet har samlet inn materiale fra ti tilfeldig valgte klagesaker i hvert fylke i 2001-2002 og som ikke tidligere har vært oversendt for behandling (vedlegg 1). Mange av sakene var rettet mot allmennleger og allmennleger i legevakt. Disse 110 sakene er gjennomgått for vårt formål. Vi har ikke gått systematisk igjennom eventuelle reaksjoner som disse klagen måtte ha ført til, men vi har fått det umiddelbare inntrykk at få av klagerne får medhold i at behandlingen har vært faglig uforsvarlig. I flere av sakene framkommer det imidlertid at journalføringsplikten ikke er godt nok ivarettatt, samt manglende informasjon og kommunikasjon mellom de som arbeider i en flerlegepraksis eller i legevakt.

Den største kategorien (106 klager) var klager på manglende faglig forsvarlighet fra legens side, som feil diagnose og behandling, manglende undersøkelse, behandling og oppfølging samt videresendelse til spesialist. Avslag på legehjelp og manglende legehjelp var en annen gjenganger, dette var i særlig grad knyttet til legevaktstjenesten.

Den nest største kategorien (37 klager) dreide seg om dårlig adferd fra legens side, hvorav 25 klager rettet mot allmennlegetjenesten og 12 mot leger i legevaktstjeneste. De fleste klagen dreide seg om at legen ikke var tilstrekkelig lydhør overfor de problemene som ble fremsatt. I 10 saker klager pasientene på at legen har utvist manglende respekt for dem gjennom latterliggjøring, nedlatende tiltaleform eller bagatellisering av problemene, sinne og avvising.

Den minste kategorien var rettighetsklager (5 klager), dvs klager på pliktbrudd etter pasientrettighetsloven eller retten til

helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven.

#### 4.5 Styringsdata for fastlegeordningen

Rikstrykdeverket offentliggjør kvartalsvise rapporter om status for fastlegeordningen på sin hjemmeside ([www.trygdeetaten.no](http://www.trygdeetaten.no)).

Pr 31.03.04 kan følgende leses av tabellene:

- 0,5% av innbyggerne har valgt å stå utenfor fastlegeordningen
- 99% av befolkningen som ønsker det, står på en fastlegeliste
- 100 lister for 62 197 innbyggere står uten lege
- 199 lister er betjent av vikarer
- 111 kommuner har færre enn 2 ledige lister

Tilgang til og kontinuiteten av legetjenester er svekket for en vesentlig del av befolkningen, og muligheten til bytte av lege er sterkt svekket i en fjerdedel av landets kommuner.

#### 4.6 Statsbudsjettet 2005 for Helse- og omsorgsdepartementet (St.prp. nr. 1 (2004-2005))

Gjennom et 5-årig program koordinert av Norges forskningsråd foretas en forskningsbasert evaluering av fastlegereformen. I 2003 ble Norges forskningsråd bedt om at nye evalueringsoppdrag så spesielt på allmennlegetjenester til brukere med store og sammensatte behov, fastlegens samarbeid med andre aktører, kommunenes bruk av fastlegeavtalen som styringsverktøy og årsaker til og konsekvenser av ulik legedekning (18).

Departementet startet i 2003 arbeidet med en statusrapport om fastlegeordningen. Departementets helhetsvurdering er at innføringen av fastlegeordningen har vært vellykket. Fastlegeordningen som organisatorisk system/listesystem er etablert og fungerer i hovedsak som forutsatt. Samtlige av landets kommuner har nå fastlegeordning. Innbyggernes rett til å stå på liste, retten til å bytte lege og retten til ny vurdering hos annen fastlege er i stor grad ivarettatt. Hittil har ca. 98 prosent av innbyggerne fått en adresse for ansvar for allmenntilleggsinnskjøp.

Undersøkelser viser at flere pasienter er svært fornøyde med allmennlegetjenesten etter at fastlegeordningen ble innført. Denne tendensen er sterkest i mellomstore og store kommuner. Selv om hovedinntrykket er positivt, er det også avdekket enkelte svakheter. Fortsatt står 68 000 innbyggere (1,5 prosent) på en liste betjent av vikar. Det er skjedd en generell styrking av allmennlegetjenesten. Fra 2000 til 2002 økte antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten med 342 (fra 3 809 til 4 151). Veksten har i hovedsak kommet innenfor det kurative arbeidet. Veksten i årsverk innenfor allmennt medisinsk offentlig legearbeid har vært mindre enn ønsket. Dette gjelder særlig i sykehjemmene, men også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Rapporter fra Helsetilsynet i fylkene tyder på at legeoppgaver i sykehjem og forebyggende legeoppgaver ikke har høy nok prioritet i kommunene.

Registerdata fra Rikstrygdeverket viser at muligheten for legebytte ikke er tilfredsstillende i en del kommuner. Mellom 1. juli 2001 og 31. desember 2003 har cirka 500 000 innbyggere måttet bytte fastlege på grunn av at legen har avsluttet sin praksis og cirka 50 000 på grunn av at lege reduserte sin liste. En undersøkelse viser at færre innbyggere er svært fornøyde med telefontilgjengeligheten til legekantoret etter innføringen av fastlegeordningen. Helsetilsynet i fylkene har avdekket til dels store variasjoner både i telefontilgjengelighet og ventetid på lege-time. Rapporter fra Helsetilsynet i noen fylker konkluderer med at fastlegens rolle som koordinator når det gjelder helsetjenester til personer med sammensatte behov, bør styrkes.

#### 4.7 "Når hjelpen kan vente litt"

Kartlegging av tilgjengelighet til lege ble utført av Norsk Gallup i 2003 på oppdrag fra Helsetilsynet (19). Hensikten med kartleggingen var å undersøke om de enkelte kommunene hadde et system med egen vaktordning for lege på dagtid (kl 8-15) som man kunne komme i kontakt med via telefonnummer til legevaktsentral. Kartlegging sier ikke noe om hvor vidt befolkningen har problemer med å komme i kontakt med lege på dagtid dersom de benytter andre metoder for å oppnå kontakt med lege, eksempelvis direkte kontakt med fastlegen.

- I 184 av 432 kommuner fikk Norsk Gallup kontakt med et legekantor som hadde vakt på den dagen undersøkelsen pågikk.

- Legens tilgjengelighet ble bekreftet i 93% av kommunene som hadde egen vaktordning for lege.
- I 20% av kommunene med vaktordning for lege ble det ikke oppgitt telefonnummer til lege etter 3 forsøk. I et fåtall kommuner kom en ikke fram pga galt telefonnummer eller telefonsvarer.
- Mer enn halvparten av kommunene mangler system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid via telefonnummer til legevaktsentral.
- Rapporten reiser spørsmål om innføring av fastlegeordningen kan ha medført at kommunene er mindre bevisst behovet for et "sikkerhetsnett" for legehjelp på dagtid, uavhengig av fastlegeordningen.

#### 4.8 "Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003" (Hordaland)

Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte en kartlegging januar 2003 av tilgjengelighet til fastleger (20). Kartleggingen skulle gi svar på om hvor tilgjengelige fastlegene var for pasienter med helseproblemer av ulik hastegrad, og om fastlegene var tilgjengelige på telefon. Det ble konkludert med at tilgjengeligheten til fastlegekontorene var god på undersøkelsesdagene. Telefonen ble tatt ved alle 101 undersøkte kontorer. Fastlegene prioriterte godt mellom situasjoner som hastet og situasjoner som kunne vente. Helsetilsynet i Hordaland hadde satt disse normene for maksimal ventetid ut fra forhåndsdefinerte problemstillinger:

- 42 dager for vanlig time uten mistanke om sykdom ("kontroller")
- 14 dager for definert problemstilling med noen hast
- <24 timer for definert akutt problemstilling
- <48 timer for ny legekontakt ved manglende bedring av definert sykdom.

Bare noen få fastleger syntes å ha behov for å endre rutinene sine. De fleste pasientene får komme til fastlege når de trenger det.

#### 4.9 Rapport om tilgjengeligheten hos fastleger i Østfold

Helsetilsynet i Østfold gjennomførte en tilsvarende kartlegging desember 2003 over tilgjengelighet til fastleger i Østfold (21). Kartleggingen skulle gi svar på om hvor tilgjengelige fastlegene var for pasienter med helseproblemer av ulik hastegrad, og om fastlegene var tilgjengelige på telefon. Det ble konkludert med at tilgjengeligheten til fastlegekontorene var akseptabel på undersøkelsesdagene. Telefonen ble tatt ved 96 av 104 legekortorer innen 20 min. Fastlegene prioriterte stort sett godt mellom situasjoner som hastet og situasjoner som kunne vente. Helsetilsynet i Østfold hadde satt disse ventetidsnormene for god praksis ut fra forhåndsdefinerte problemstillinger:

- innen en uke for telefonsamtale med fastlegen
- innen 3 måneder for celleprøve fra underlivet (rutineundersøkelse, ingen symptomer)
- innen 1 døgn for feber og hoste i 3 dager, ikke bedre etter fem dager med antibiotika
- 1 uke for vondt i armen

#### 4.10 Pasientombudenes erfaringer

En gjennomgang av materiale fra Helse- og sosialombudet i Oslo for perioden januar 2002 - juni 2003 som gjelder kommunehelsetjenesten (22) gir oss informasjon om hva som ligger til grunn for pasienters og pårørendes kontakt med pasientombudet. Av 197 henvendelser i denne perioden som gjelder primærlegetjenester, gjelder 130 allmennlegetjenester.

Halvparten av henvendelsene gjelder påstand eller mistanke om faglig svikt i form av dårlig behandling, manglende henvisning til spesialisthelsetjenesten eller feil dokumentasjon. 1 av 4 henvendelser gjelder legens oppførsel eller kontorets avvisning av kontakt. 7% gjelder manglende tilgjengelighet, primært pr telefon, og 7% manglende utlevering av journal. 10% gjelder betalingspraksis.

Helse- og sosialombudet representerer et lavterskeltilbud for publikum. Materialet har ikke passert et kvalitetsfilter som skiller ut reelle feil eller svikt, men representerer ene

og alene tema for henvendelse. Rapporten gir ikke grunnlag for å vurdere om henvendelsen bygger på reell svikt eller om Helse- og sosialombudet har funnet grunn til å forfølge saken. Det er heller ikke angitt om saken resulterer i en formell klage.

#### 4.11 Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) har fra 1992 også omfattet kommunelegetjenesten. Av i alt 22.601 saker som er meldt NPE i perioden 1988-2002, gjelder 1.607 saker kommuneleger/ allmennpraktikere (23). En gjennomgang av et materiale som er stilt til rådighet fra NPE, viser at 329 vedtak av 3.745 i 2001 og 2002 berører allmennleger (24). Utfallet av saksbehandling som gjelder allmennlegers virksomhet er ikke beskrevet, men den gjennomsnittlige medholdsprosenten for alle sakene ligger på 32% i 2001 og 29% i 2002.

139 av sakene gjelder feil diagnostikk og behandling, mens 184 saker dreier seg om forsinket diagnose. I gruppen forsinket diagnose kan ligge både manglende tilgjengelighet til lege og legers feilvurderinger og dårlige utredningsrutiner før den rette diagnosen er stilt. Et fåtall av sakene (6 saker) dreier seg om skade ved prosedyre.

De store diagnosegruppene muskel skjelettlidelser, hjerte-karsykdommer, infeksjoner, mage- tarmsykdommer, nevrologiske sykdommer og lungesykdommer dominerer. I den første gruppen dreier det seg oftest om oversette og feilbehandlete brudd, men også tilstander som prolaps og tendinitter med kompliserende forhold. Oversett hjerteinfarkt eller sent behandlet hjerneslag forekommer relativt hyppig. Blodpropp i benet eller komplikasjon etter antikoagulasjonsbehandling finnes i denne gruppen. Blant infeksjoner går meningitt- og sepsisdiagnosen igjen. I gruppen mage-tarm dominerer sent oppdaget kreft i fordøyelsessystemet.

Nevrologiske sykdommer omfatter både de mer sjeldne progredierende nevrologiske sykdommene og skjelettlidelser hvor nevrologisk symptombilde dominerer (prolaps). Flere i denne gruppen kunne knyttes til muskel-skjelettlidelser hva angår årsak. Forsinket lungekreftdiagnose dominerer sakene innen lungesykdommer.

44 av sakene (13%) gjelder dødsfall. Hvor mange liv som kunne vært spart ved raskere eller bedre diagnostikk eller behandling vites

ikke. Likevel er tallet en påminnelse om mulig konsekvens av feil som begås, enten det skyldes individfeil, systemsvikt, hendelig uhell eller sammenfall av uheldige omstendigheter.

De fleste sakene som sendes NPE berører innholdsmessig en reell svikt i helsetjenesten, selv om grunnlag for skyldsspørsmål og alvorlighetsgrad kan variere. Svikt som meldes NPE og som gjelder allmennlegers virksomhet, finnes innen de vanligste organområder som pasienter søker lege for (med unntak av psykiske lidelser). Det skulle således ikke være grunn til å hevde at når leger gjør feil skjer dette først og fremst i forhold til sjeldne lidelser.

#### 4.12 Den norske lægeforenings kvalitets-sikringsfond

Ett av Den norske Lægeforenings tre kvalitetssikringsfond gjelder kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus. Prosjektene utgjør en vesentlig del kvalitetssikringsprosjekter generelt i helsesektoren. En tematisk inndeling av en del av prosjektene i perioden 1996-2002 illustrerer hvilke områder allmennlegene er opptatt av og som er prioritert av legeforeningen (25).

##### Vanligste tema, Kvalitetssikringsfond I i perioden 1993-2002

Tema	Antall prosjekter
Handlingsprogrammer, kliniske emner, prosedyrer	17
Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten	13
Kvalitetsforbedringsverktøy	9
Opplæring i kvalitetsforbedring	9
Legemiddelhåndtering, vanedannende legemidler	9
Kollegabasert læring, smågrupper, audit, nettverksbygging	7
Behovsvurdering, brukermedvirkning, pasienterfaringer	7
Samhandling innen primærhelsetjenesten	5
Tema for helsesekretærer, medarbeidere	4
Laboratorievirksomhet	4
Tilgjengelighet	3
Kommunikasjon	2
Klager som utgangspunkt for læring	2

De fleste prosjektene gjelder klinisk beslutningsstøtte og samhandling. Praksiskonsulenter er prøvd ut i sykehusavdelinger for å styrke kommunikasjonen og optimalisere samarbeidet mellom allmennleger og sykehus. Prosjekter som relateres til kommunalt samarbeid er i hovedsak knyttet til eldreomsorg og legemiddelhåndtering for å tydeliggjøre ansvar og demme opp for uheldig polyfarmasi. Opplæring i kvalitetsforbedring samt videre- og etterutdanning er vektlagt, ikke minst som kollegabasert læring gjennom smågruppevirksomhet. Pasienttilfredshetsundersøkelser er det få av. Tilgjengelighet er i liten grad prosjekttema.

Legenes medarbeidere på kontoret har egne prosjekter. Medarbeideren er på mange

måter kontorets ansikt utad, gir helsefaglige råd og er, ved å filtrere viderefremføring av informasjon til legen, nøkkelen til legens tilgjengelighet.

NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) består av en veiledningsdel av konsulenter knyttet til kvalitetskontrollen av analyser utført ved legekantorenes laboratorier. NOKLUS Klinikk og NOKLUS Diabetes knytter laboratoriemessig og elektronisk dokumentasjon til kliniske handlingsprogrammer som grunnlag for beslutningsstøtte og kvalitetsforbedring av klinisk praksis.

#### 4.13 Erfaringer fra andre statlige tilsynsorganer

I likhet med Helsetilsynet fører Datatilsynet, El-tilsynet, Arbeidstilsynet og Sosial- og helsedirektoratet tilsyn med helsetjenesten innenfor sine tilsynsområder. Vi er gjort kjent med noen av Datatilsynets tilsynserfaringer med allmennlegetjenesten. Dette er gjort rede for nedenfor.

##### *Datatilsynet*

Datatilsynet har i 2003 foretatt tilsyn med behandling av personopplysninger ved legekontorer. En gjennomgang av 8 av disse, hvorav 7 gjaldt allmennlegetjeneste og 1 spesialisthelsetjeneste, avslører svikt ihht personopplysningsloven eller helseregisterloven ved samtlige virksomheter.

Knyttet til internkontroll er det beskrevet svikt i styrende rutiner for de strategiske valg som er foretatt i tilknytning til bruk av nettverkstjenester og drift av systemene, rutiner for autorisasjon og tilgang til pasientjournal, samt kontrollerende rutiner for sikkerhetsrevisjon. Flere av kontorene hadde ikke etablert internkontroll med systematisk gjennomgang av sikkerhetsledelse og risikovurderinger, og rutiner for avvikshåndtering manglet. Ved tre virksomheter rådet uklarhet om ansvarsforhold i forhold til datasikkerhet.

Spesiell oppmerksomhet er rettet mot autorisasjon for tilgang til elektronisk pasientjournal. Der hvor legene vikarierer for hverandre i et arbeidsfellesskap, mener Datatilsynet at faste vikarers tilgang til helseopplysninger vil kunne være i strid med helseregisterloven. Det samme gjelder medarbeideres tilgang til journalopplysninger. Hvorvidt bestemmelsene i helseregisterlovens § 14 kommer i konflikt med helsepersonellovens § 45 er under drøfting med Sosial- og helsedirektoratet.

Videre er det registrert svikt i dokumentasjon av databehandleravtaler, samt manglende tekniske sikkerhetstiltak for å verne personopplysningene mot tilgang fra folk utenfor virksomheten. Backup-tape blir ikke alltid oppbevart forsvarlig.

Ved to virksomheter var det opprettet usikker forbindelse via usikkert grensesnitt på hjemmesiden (e-post til legekontoret). Ved en anledning var det svikt i logging av informasjonssystemet.

Det ble rettet kritikk mot manglende dokumentasjon av rutiner i forhold til innsyn, retting og sletting i journal i ett tilfelle, forhold som grenser opp mot helselovgivningen.

#### 4.14 Litteraturstudier vedr. pasienterfaringer og uønskede hendelser

##### 4.14.1 Pasienterfaringer

Pasientperspektivet kompletterer helsepersonellens og myndighetenes oppfatninger av kvalitet. Pasientene opplever sammenhengende sykdomsforløp, mens helsepersonell opplever enkelthendelser og korte sykdomsintervaller. Brukere av helsetjenester kan gi gode opplysninger om tilgjengeligheit, kommunikasjon og medbestemmelse, men har mindre forutsetninger for å vurdere kvalitet av utstyr, legers utdanningsprogram eller bruken av medisinsk teknologi (26). Pasienttilfredshetsundersøkelser gir sparsom informasjon om forsvarlighetsvurderinger og er preget av subjektive holdninger til praksis.

En gjennomgang av 40 studier av pasientvurderinger i allmennpraksis grupperte pasientenes vurderinger i 3 områder: 1) legens profesjonelle (faglige) virksomhet, 2) legens holdning og 3) organisering av tjenesten (12). I noen studier har man sett på sammenhengen mellom pasienttilfredshet og legens tekniske ferdigheter. Når den medisinske tekniske aktiviteten når et visst nivå, opphører pasienten å forholde seg til den tekniske kvaliteten ved ytelsen. Pasienttilfredshet vil da mer være knyttet til tillit til systemet enn uttrykk for konkret vurdering av behandlingskvaliteten. Høy tilfredshet tolkes derfor som uttrykk for om legens praksis har gitt trygghet for pasienten.

En omfattende litteraturstudie fra 2002 om pasienttilfredshet og livskvalitet beskrev pasientvurderinger av behandlingsresultat ("health outcome measures") (27). Slike undersøkelser er i liten grad standardiserte med stor variasjon av resultater relatert til forskjellige helseproblemer.

European Association for Quality in General Practice/Family Medicine (EQUIP) har utarbeidet et internasjonalt validert spørreskjema (EUROPEP) (28) som dekker fire dimensjoner ved allmennpraksis: 1) medisinsk-tekniske forhold, 2) lege-pasientforhold, 3) informasjon og støtte, samt 4) tilgang til og organisering av praksis. En norsk

forskningsstudie viser at pasientene verdsetter god tilgang til legetjenester og at leger bruker god tid under konsultasjonen (26). Mer enn 80% var fornøyd med tilbudet i allmennpraksis, som ivaretagelse av taushetsplikt, evne til å lytte og rask hjelp i akutsituasjoner. Dårlig tilgang til lege og manglende informasjon var opplevd som hovedproblem. En annen studie (13) fokuserte på om sammenligning og tilbakemelding av pasientopplevd kvalitet kunne ha innvirkning på kvalitetsforbedring i allmennpraksis. Lite tyder på at tilbakemeldinger til allmennleger om pasientenes vurderinger av kvalitet i allmennpraksis er en tjenlig metode for å oppnå bedring av kvaliteten.

#### 4.14.2 Klassifikasjon av uønskede hendelser

Litteraturen på området i forhold til uønskede hendelser i allmennlegetjenesten er langt mer sparsom. En pilotstudie i 2003 (29) hvor 10 britiske allmennlege-praksiser anonymt registrerte 940 uønskede hendelser (medical errors) kategoriserte materialet i 5 kategorier hvor tallene angir andelsprosent av totalt antall uønskede hendelser: 1) Medikament-forskrivning 42,2%, 2) Kommunikasjon (i betydningen samhandling, inkl. henvisningsrutiner) 30,0%, 3) Utstyr 16,3%, 4) Pasient-avtaler (tilgjengelighet og kommunikasjon) 6,7%, 5) Kliniske forhold (inkl. journalføring) 2,6%, (6) Annet 2,2%

En annen amerikansk studie fra 2002 (30) utviklet en inndeling av uønskede hendelser i allmennpraksis som et verktøy for å synliggjøre og forstå mulighetene for kvalitetsforbedring. En 4-trinns taksonomisk inndeling tok utgangspunkt i prosessfeil og svikt i kunnskap og ferdigheter. Av 330 innrapporterte uønskede hendelser ("medical errors") var 284 prosessfeil (fordelt på kontor-administrasjon, undersøkelser, behandling og kommunikasjon) og 46 svikt i kunnskap og ferdigheter (utførelse av klinisk aktivitet, diagnostikk og beslutning om behandling).



## 5 Aktuelle tilstander / uønskede hendelser

Tilgjengelig kunnskap referert i kap 4 gir oss et ufullstendig bilde av svikt i allmennlegetjenesten. I en risiko- og sårbarhetsanalyse legger vi til grunn ulike kilder som til sammen vil kunne gi oss et bilde av hvordan en tjeneste fremstår, og hvor faren for uønskede hendelser er synliggjort. Helsetjenesten består av kompliserte systemer hvor enkeltelementer vil være avhengig av hverandre, og hvor svikt i ett ledd kan føre til svikt i andre. Vår fokus er her allmennlegens rolle og dennes plass i å utføre kommunens plikter til å yte befolkningen rett legehjelp til rett tid.

### 5.1 Identifisering av problemområder (scenario)

Beskrivelsen under kap. 3.2 representerer den ideelle virkelighet. I helsetjenesten som ellers i samfunnet kan det ikke unngås at feil oppstår. Avvik fra forventet adferd og aktivitet kan ha ulike årsaker: manglende kunnskap, feilvurderinger, systematisk bruk av feil prosedyrer, glemsomhet, slendrian, eller rett og slett ”uflaks”. Utfordringen må være å avdekke sårbare og risikofylte områder før svikt oppstår. Kunnskap om allmennmedisinsk aktivitet gjør at det kan avdekkes sårbare områder hvor svikt kan oppstå og planlegge aktiviteter slik at risiko for feil minimaliseres.

#### Ekspertpanel

Til å identifisere problemområder i allmennlegetjenesten er først og fremst benyttet et ekspertpanel fra det allmennmedisinske utøvende og akademiske miljøet. Helsetilsynet utarbeidet en eksempelliste over områder for svikt som ble lagt til grunn for drøftingene med panelet (Vedlegg 2). Annen tilgjengelig kunnskap (kap 4) kan evt understøtte og

supplere bidraget fra ekspertpanelet for å få en mest mulig helhetlig og representativ beskrivelse av risiko i allmennlegetjenesten.

Det er avholdt ett møte med Den norske lægeforening, representert ved Allment praktiserende lægers forening (Aplf), Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) og Offentlige legers landsforening (OLL), samt representanter fra instituttene for allmennmedisin/ samfunnsmedisin ved 3 av de 4 universitetene. Ekspertpanelet bidro med kvalifiserte vurderinger til å belyse risiko for svikt. Gjennom en idedugnad ble det satt fokus på sårbare områder hvor risiko for svikt er stor.

Panelet diskuterte viktige problemområder og fant det hensiktsmessig med inndeling i 6 tematiske områder, nedenfor delt inn i punktene a-f. De viktigste av disse og som er gjenstand for videre vurdering i kap 5.2, er kursivert nedenfor. Under hvert av disse punktene har ekspertpanelet utdypet områdene ved å eksemplifisere indikatorer og andre forhold som kan belyse sviktpotensialet.

Flere problemområder angår flere hovedtema, men er av hensiktsmessighetsgrunner plassert under ett.

#### a. Faglighet

- *Refleksjon rundt egen praksis*
  - fagmøter på kontoret (hvem er med?)
  - kursbudsjett for medarbeidere
  - smågruppevirksomhet
  - praksisbesøk
  - oversikt over egne ferdigheter
  - mulighet til å fange opp syke, ”farlige” leger?

- *Diagnostikk og behandling*
    - kunnskapsinnhenting /-håndtering som grunnlag for aktivitetene
    - bruk av beslutningsstøtte (elektroniske og andre)
    - diagnostisering, over-, under- og feilbruk av prøver mv
    - adekvat oppfølging etter diagnose: tiltak/behandling
    - kunnskap om og håndtering av medisinske avvik
    - oversikt ved forskrivning av medisiner
    - bruk av NOKLUS
  - *Øyeblikkelig-hjelp kommunikasjon*
    - kommunikasjonsevner, nødvendig faglig innsikt – hos leger og medarbeidere
    - bruk av medisinsk indeks
    - intern samhandling på kontoret
    - akuttmedisinsk kompetanse og oppdatering (øvelse i livreddende førstehjelp)
  - Medikamentforskrivning – manglende kunnskap, multifarmasi og interaksjoner
  - Henvisninger
  - Etterutdanning
  - Kompetanse medarbeidere
  - Læring av ”feil”
  - Ferdigheter (inkl prosedyrer) og holdninger (mangelfulle øvelser)
- b. Samhandling**
- *Pasientflyt*
    - kontinuitet og samhandling, en særlig utfordring på legekontorer med stor utskifting av leger
  - *”Teambuilding” på legekantoret*
    - organisasjons- og fagutvikling
    - aktiviteter som fremmer ansvarsfølelse og lojalitet
  - *Legens medvirkning i tverrfaglig samarbeid*
    - individuell plan – jfr. prioritering av de svake
    - problemer med manglende ansvarsplassering
    - oversikt over kronikere i praksis
    - kasteballkommunikasjon
    - legemiddelhåndtering – et konkret område for gjennomgang av samhandling: manglende samsvar eller felles forståelse for medisinerings av de samme pasientene i forskjellige deltjenester og nivåer
  - Intern (i kollegiet) og ekstern samhandling (andrelinjelinjetjenesten og andre)
- Legens ROS av egne aktiviteter
- c. Kommunikasjon**
- *Kommunikasjonsferdigheter*
    - trening i kommunikasjonsferdigheter
    - evaluering av egne ferdigheter
    - pasienttilfredshet - indirekte mål for kommunikasjon og intern samhandling
  - Kommunikasjon med pasient og internt med medarbeidere
  - Språk (bruk av tolk), kultur
  - Evne og holdninger => serviceorientering – ikke bare i forhold til pasienter, men også til medarbeidere
  - Dialogsentrert medisin (får pasienten komme fram med de problemer de ønsker å framlegge?) – oppstartfasen/sluttfasen
- d. Informasjonsflyt/journal/dokumentasjon**
- *Journalføring for pasienter med kroniske sykdommer*
    - oversiktlig
    - basiskrav: tidligere sykdom, oppdatert medikamentliste, kroniske diagnoser, familie-/sosialanamnese, mål og plan for behandling
  - *Journal som grunnlag for evaluering av egen praksis*
    - pasient- og laboratoriestatistikk som grunnlag for evaluering av praksis
  - Innkallingsrutiner
  - Rutiner for informasjonsoverføring (mellom kommunale tjenester, til spesialisthelsetjenesten, håndtering av taushetsplikt ved informasjonsutveksling)
  - Samsvar mellom diagnosebruk og dokumentert medisinerings/ tiltak
  - Håndtering av innkommet informasjon (eks lab)
  - Deltakelse i fora for informasjonsutveksling
  - Pasientinnsyn, personvern
- e. Administrative forhold**
- *Tilgjengelighet*
    - telefontilgjengelighet og åpningstider
    - ventetider på time, tid på venterommet
  - *Interne praktiske rutiner som berører pasientene direkte*
    - Reseptforskrivnings- og sykmeldingsrutiner

- Fysisk tilgjengelighet for bevegelseshemmede
- Interne rutiner for henvendelser/beskjeder, svar til pasienter
- Fraværskdekning
- Prosedyrer (eks smitteprofylakse)
- Internkontroll og avvikshåndtering
- Økonomiske ordninger / praksis

## f. Rettferdighet/prioritering

- *Oppfølging av "svake grupper" i praksisen, særlig de kronisk syke*
  - deltakelse i fora som er opprettet for å ivareta interessene for de pasientene som trenger noe ekstra, eks. ansvarsgrupper
  - oppfølging av legemiddelhåndtering slik at den stemmer overens med hjemmesykepleien og med spesialisthelsetjeneste
  - risiko for feilbehandling pga manglende oversikt
  - pasienter blir kasteballer
  - egeninitiert innkalling/ oppfølgingsrutiner av pasienter som ikke klarer å ivareta egen helse, evt. hjemmebesøk
- Vektlegging av ulike perspektiver i møtet med den enkelte pasient (de tre perspektivene i kvalitetstriangelet: biomedisinsk, konsument- og dialogperspektivet)
- Prioritering av tidsbruk
- Risikanter versus pasienter
- Ivaretagelse av offentlige legeoppgaver (jfr organisering av dagen/timebok)
- Alvorlig sykdom vs livsproblemer

## 5.2 Gradering og vurdering av uønskede hendelser

En ROS-analyse skal ideelt sett gradere mulige uønskede hendelser etter alvorlighetsgrad og hyppighet (Risiko = Sannsynlighet x Konsekvens). I allmennlegetjenesten har vi ikke absolutte tall som grunnlagsmateriale for beregning av risiko. Det er derfor legitimt å innhente kvalifiserte vurderinger av risiko som vurderer sannsynlighet og konsekvens. (Jfr modellen bak risikograderingen under trinn 4 i kap 2.)

Til bruk i graderingen er benyttet kvalifiserte vurderinger fra ekspertpanelet. Det er tatt utgangspunkt i ekspertpanelets eksempler på sårbare områder under kap. 5.1 (kursiverte områder), hvor svikt kan medføre en potensielt høy risiko for pasientene.

Ekspertpanelet bidro til å sette de kritiske

områdene opp i innbyrdes uprioritert rekkefølge. Vi har lagt mest vekt på drøfting av områdene faglighet, samhandling, informasjonsflyt og rettferdighet/prioritering med ekspertpanelet.

### a. Faglighet

- *Refleksjon rundt egen praksis*

#### *Risikovurdering:*

Forskning om hvordan leger lærer (31) har vist at den langt viktigste, og muligens eneste måten allmennlegen kan styrke og utvikle sin egen faglige kompetanse på, er gjennom refleksjon over egen praksis. Dette foregår i dialog med kolleger, gjennom praksisbesøk etc. Slik læring må gjelde alle i et praksisfellesskap, også legens medarbeidere. Refleksjon rundt egen praksis er tillagt så stor vekt at deltakelse i smågruppevirksomhet og praksisbesøk er obligatorisk i legers videre- og etterutdanning.

De fleste allmennleger deltar i aktiviteter i kraft av spesialitetskravet. En travel hverdag legger likevel hindringer i veien for å ta seg tid til en kontinuerlig evaluering av egne aktiviteter og kompetanse. Leger som stadig skifter jobb eller tar korttidsvikariater, tar ofte ikke del i noe videre- eller etterutdanningsprogram, hvor refleksjon automatisk inngår.

Sannsynligheten for at leger ikke bruker tilgjengelig tid til slik evaluering og korrigerende vil være middels stor. Konsekvensen av manglende korreksjon av uforsvarlig praksis kan imidlertid få store konsekvenser for pasienter og risiko for svikt vil kunne være stor.

- *Diagnostikk og behandling*

#### *Risikovurdering:*

Feildiagnostikk og feilbehandling kan ha medisinske konsekvenser. Alvorlige faglige feil kan føre til skade med store konsekvenser. Vanligvis er sannsynligheten for at dette skjer liten, slik at risikoen for svikt blir middels til stor.

Innlært systematisk over- eller underdiagnostisering kan føre til unødvendig eller forsinket behandling for et større antall pasienter hos den legen det gjelder. Sannsynligheten for at dette skjer er middels, mens konsekvensen er middels til stor. Risiko for feil vil derfor være middels til stor.

- *Øyeblikkelig-hjelp kommunikasjon*

*Risikovurdering:*

Håndtering av øyeblikkelig hjelp-situasjoner innebærer både tilgjengelighet, kommunikasjon mellom pasient/pårørende og medarbeidere, mellom medarbeider og lege, samt legens og medarbeideres faglige aktiviteter i akuttmedisinske situasjoner. Disse elementene bør ses samlet, da svikt i et enkelt ledd i håndteringen kan få fatale følger. Både faglige, administrative og kommunikasjonsmessige forhold samles for vårt formål under betegnelsen øyeblikkelig hjelp-kommunikasjon. Selv om alvorlige svikt forekommer svært sjelden, kan konsekvensene være store. Risikoen blir derfor stor og synes å være uakseptabel for alle parter.

**b. Samhandling**

- *Pasientflyt*

*Risikovurdering:*

Medarbeidere har ofte hyppigere kontakt med enkelte pasienter enn legen selv. Samarbeid mellom ulike aktører på et legekantor er derfor svært viktig for at rett informasjon blir gitt og rette beslutninger tatt. I kommuner med stor utskiftning av leger og hyppig bruk av vikartjenester vil det kunne være ny lege for hver konsultasjon. I disse kommunene er blir pasientflyten styrt og kontinuiteten ivare tatt av medarbeidere som er en langt mer stabil yrkesgruppe, men som samtidig har en lavere helsefaglig utdanning. Dette gir en middels sannsynlighet for svikt. Konsekvensen av svikt i pasientflyten for personer med kroniske lidelser og sammensatte behov kan være stor. Risiko for svikt i behandlingen av pasienter med omfattende behov er derfor stor.

- *”Teambuilding” på legekantoret*

*Risikovurdering:*

Pasientbehandling dreier seg ofte om samhandling internt og eksternt. Den interne samhandlingen står i en særstilling, da den er et uttrykk for intern kommunikasjon. En åpen kommunikasjon innad på et legekantor er en forutsetning for god eksternt kommunikasjon og samhandling.

Sannsynligheten for at et legekantor ikke har målrettede aktiviteter som skal fremme samhandlingen, er middels stor til stor. Velkjente argumenter er tid og prioritering i en liten næringsvirksomhet. Konsekvensen i forhold til å holde vedlike uhensiktsmessige rutiner er middels stor. Risiko i forhold til å drive uforsvarlig vil derfor være middels til stor.

Sannsynligheten for å stagnere i rutiner pga barrierer mot endring i administrativ og faglig henseende vil være stor, mens konsekvensen av dette for pasienten vil være middels stor til stor. Risiko i forhold til å drive uforsvarlig vil derfor være stor.

- *Legens medvirkning i tverrfaglig samarbeid*

- individuell plan – jfr prioritering av de svake (pkt f)
- legemiddelhåndtering – et konkret område for samhandling

*Risikovurdering:*

Legens engasjement i tverrfaglig samarbeid fremmer pasientflyt og bidrar til en faglig bred tilnærming til pasienter med omfattende og sammensatte behov. Sannsynligheten for at legen er fraværende i ansvarsgrupper og i utarbeidelse av individuelle planer er svært stor, særlig i bykommuner med oppsplitting av tjenestene. Konsekvensene er oftest middels store, da svikt i gitte situasjoner kan fanges opp av andre yrkesgrupper og kanaliseres til leger i spesialisthelsetjenesten. Risiko for svikt er derfor middels stor.

Oversiktighet og samarbeid i medisinerer av pasienter med kroniske sykdommer representerer en særskilt utfordring, da sannsynligheten er svært stor for at oversikten over medisinerer hos lege, hjemmesykepleie og sykehus ikke er samsvarende. Konsekvensen av feilmedisinering er hyppig årsak til sykehusinnleggelse og kan i verste fall være fatal. Risiko for svikt innen legemiddelhåndteringen er derfor stor.

**c. Kommunikasjon**

- *Kommunikasjonsferdigheter*

*Risikovurdering:*

Kommunikasjon er alfa og omega for et godt lege- pasientforhold og ikke minst for en god behandling. En god dialog er en forutsetning for pasientmedvirkning.

Pasienttilfredshetsundersøkelser kan være et godt indirekte mål for legens evne til kommunikasjon. Slike undersøkelser viser at de fleste pasientene er fornøyd med legen sin. Likevel har vi tallrike eksempler på at kommunikasjonen svikter og pasienter er misfornøyd. Sannsynligheten for at kommunikasjonen svikter er liten, men konsekvensen dette medfører kan være stor i enkeltsituasjoner. Risiko for at kommunikasjonssvikt fører til uforsvarlig behandling kan derfor sies å være stor.

#### **d. Informasjonsflyt/journal/dokumentasjon**

- *Journalføring for pasienter med kroniske sykdommer*

##### *Risikovurdering:*

Journalføring bidrar til å sikre kontinuitet i diagnostikk og behandling i tillegg til å sikre dokumentasjon for aktivitetene. Journalen er et uerstattelig redskap i oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer. Den legger også til rette for at vikarer og andre kan handle forsvarlig.

Sannsynlighet for at journalen ikke inneholder basiskravene er svært stor. Konsekvensen av dette når fastlegen er tilstede er middels, men konsekvensen ved svikt kan være stor hvis det er vikar inne i bildet. Risiko ved mangelfull journalføring kan derfor være stor.

- *Journal som grunnlag for evaluering av egen praksis*

##### *Risikovurdering:*

Det er mulig å trekke ut akkumulerte pasientdata og praksisinformasjon fra elektronisk journal. Dette kan legges til grunn for evaluering av egen legepraksis. Sannsynligheten for at dette ikke skjer er svært stor. Konsekvensen i forhold til forsvarlig pasientbehandling er liten, men mangel på korrektiv i forhold til andre legevirksomheter vil kunne influere på behandling av et stort antall pasienter. Risiko i forhold til forsvarlig virksomhet vil likevel anslås å være liten.

#### **e. Administrative forhold**

- *Tilgjengelighet*

##### *Risikovurdering:*

Organisatoriske og administrative forhold representerer ofte sekundære kvalitetskarakteristika i forhold til den medisinske aktiviteten som foregår på et legekantor. Administrative forhold er likevel de mest synlige elementene i en allmennlegepraksis. Tilgjengelighet og ventetid betyr mye for publikum.

Sannsynligheten for sviktende tilgjengelighet er middels, men vil variere enormt fra lege til lege. Konsekvensen vil likevel kunne bli svært stor, særlig hvis det haster. Med unntak av øyeblikkelig hjelp-situasjoner, vil risiko for at svikt forekommer være middels stor.

- *Interne praktiske rutiner som berører pasientene direkte*
  - Reseptforskrivnings- og sykmeldingsrutiner

##### *Risikovurdering:*

Legekantoret har mange små praktiske administrative gjøremål som berører pasienten. Bestilling og henting av resepter, sykmeldinger, rekvisisjoner etc medfører ofte at pasienten ikke møter hos legen direkte, men får sine behov ivarettatt gjennom indirekte kontakt med medarbeider. Kritikkverdige administrative forhold er irritasjonsmomenter som kan bidra til å skape mistro og mistillit til andre sider ved tjenesten. Organisatoriske og praktiske forhold som berører "servicekvalitet" skal derfor ikke undervurderes.

Sannsynligheten for at dette forekommer er middels, men konsekvensen svært liten. Risiko for svikt i behandlingen må derfor anses å være liten.

#### **f. Rettferdighet/prioritering**

- *Oppfølging av "svake grupper" i praksisen, særlig de kronisk syke*

##### *Risikovurdering:*

Pressgrupper og "friske" legesøkende har ofte lett for å få stor oppmerksomhet i legepraksisen på bekostning av grupper som ikke fremmer sine egne behov. "Tidsklemma" er stor og taleføre grupper i befolkningen har gjennom styrkning av regelverket om pasientrettigheter fått større legitimitet for kravene sine. Det skal derfor egen oppmerksomhet til fra legenes side for å kunne prioritere grupper som i liten grad fremmer sine egne krav, selv om deres behov oftest er de største. Fokus på risikointervensjon av friske kan lett sette til side fokus på behandling og oppfølging av de syke. Særlig sårbare er de kronisk syke og gamle, som utgjør en betydelig gruppe.

Sannsynligheten for at dette skjer er svært stor. Konsekvensen av dette i et samfunnsmessig perspektiv er stor, hvis legene bruker sine ressurser på de friske og ikke de syke. I forhold til forsvarlig behandling av gruppen er konsekvensen middels, men kan være stor dersom enkeltpasienter av denne grunn ikke får den helsehjelpen de trenger.

## 6 Sammenfatning

Utgangspunktet for utredningen av tilsyn med små virksomheter er risiko- og sårbarhetsvurderinger. Ut fra anerkjent metode i arbeid med ROS har vi avdekket sårbare områder.

Tilbudet av allmennmedisinske tjenester avhenger både av de rammebetingelsene som gjelder for tjenesten og av selve lege-tjenesten. Kommunen som er oppdragsgiver for legene, og allmennlegene selv, representerer undersystemer i forhold til allmennlegetilbudet til befolkningen. Disse undersystemene har hver sine plikter og supplerer hverandre:

- 1) *Kommunens* plikt til å sørge for nødvendig allmennlegetjeneste til befolkningen, særlig som oppdragsgiver for allmennlegene (fastlegene) som utfører tjenesten (kap 3.3).
- 2) *Allmennlegens* plikt til å yte pasientene (listepasientene for fastlegene) forsvarlig utredning og behandling (kap. 3.2).

Vi har ikke funnet det hensiktsmessig å benytte ekspertpanel i forhold til å avdekke svikt i kommunens plikter. Fastlegeordningen har eksistert i 3 år, og den varslede rapporten om erfaringene er ikke ferdigstilt. Trygdeetatens styringsdata for fastlegeordningen og en sentral rapport (kap. 4.7) gir oss til en viss grad innsikt i visse forhold rundt rammevilkårene. Rammevilkårene er heller ikke alene betinget av hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar, men vil avhenge av tilgang på allmennleger generelt, særlig i distriktene.

Det allmennmedisinske fagfeltet er beskrevet i kap. 3.2 (trinn 2). Til å identifisere

problemområdene (trinn 3) og vurdere konsekvens og sannsynlighet for uønskede hendelser (trinn 4) er benyttet et ekspertpanel med representasjon fra det allmennmedisinske fagmiljøet. Vi har også hatt en gjennomgang av ulike kunnskapskilder i et forsøk på å identifisere risikoområder. Dette materialet gir oss en mer helhetlig kunnskap om områder det er relevant å sette fokus på ved tilsyn. Vi har latt alvorlighetsgraden være avgjørende for hva som er tatt med i denne sammenfatningen. Andre områder med forventet sårbarhet utover dette er eksemplifisert i Vedlegg 2.

Vi har valgt å sette fokus på noen få overordnede områder hvor svikt kan føre til stor risiko for pasienter. Flere av områdene berører flere aspekter ved tjenesten, slik den er beskrevet i kap. 3.2 som legens faglige virksomhet, legens holdninger og kommunikasjon, samt organisering av virksomheten. Undersystemene bestående av kommunene og allmennlegene blir også avhengig av hverandre.

Det er lagt særlig vekt på hva ekspertpanelet har satt fokus på når det gjelder risiko og sårbarhet. Ekspertpanelet la hovedvekt på to sårbare områder som peker seg ut:

- øyeblikkelig hjelp-plikten
- tilbudet til kronikere

Disse områdene involverer faglighet, organisering, tilgjengelighet og ikke minst kommunikasjon og intern og ekstern samhandling.

I tillegg har vi lagt vekt på annen kunnskap (kap 4), der hvor disse understøtter eller supplerer ekspertpanelet. Disse kunnskaps-

kildene er imidlertid lite spesifikke i sin risikoomtale og har ingen vektning av risiko. Vektingen i denne sammenfatningen er derfor et resultat av Helsetilsynets helhetlige tilnærming til hva som er risikoutsatte områder i allmennlegetjenesten.

### **6.1 Mangelfull refleksjon rundt egen praksis**

Legers evne til å reflektere over egen praksis er en grunnleggende forutsetning for å forebygge svikt. Det er tidligere redegjort for at den langt viktigste, og muligens eneste måten allmennlegen kan styrke og utvikle faglige kompetanse på for å endre adferd, er gjennom refleksjon over egen praksis. Dette foregår primært ved strukturert dialog med kolleger og gjennom praksisbesøk.

Slik refleksjon må være gjennomgående i forhold til egen faglig kunnskap, praktiske ferdigheter, kommunikasjon med pasienter, samhandling med andre og organisering av praksis. Organisering av praksis berører bruk av medarbeidere, tilgjengelighet, tilrettelegging av etterutdanning og kompetanseutvikling etc.

Sannsynligheten for at legen ikke deltar i smågruppevirksomhet eller i praksisbesøk er kraftig redusert etter at denne virksomheten er blitt en obligatorisk del av spesialistutdanningen. Erfaringer tilsier likevel at en del leger ikke ønsker å tilegne seg spesialiteten, særlig blant leger som stadig skifter jobb eller tar korttidsvikariater. Sannsynligheten er stor for at leger som ikke deltar i smågruppevirksomhet, heller ikke kompenseres for manglende refleksjon på annen måte, eller har et bevisst forhold til begrensninger i egne ferdigheter. For leger generelt er denne sannsynligheten middels stor. Konsekvensen kan være at legen på systematisk vis skjermer seg fra å bli konfrontert med kunnskapsmangel, egen uheldig praksis og evne til kommunikasjon. Risiko for uforutsvarlig praksis over tid vil derfor være stor.

En særlig utfordring vil gjelde for medarbeidere som ikke stilles overfor de samme formelle krav. De vil være avhengige av at arbeidsgivere legger forhold til rette for refleksjon på annen måte. Flere legekontorer vil hevde at de har et åpent forhold hvor alle problemer blir diskutert fra dag til dag. Sannsynligheten er likevel stor for at formaliserte møteplasser ikke er satt i system, hvor de blir tvunget til å ta stilling til egen og felles praksis. Konsekvensen av svikt vil kunne

være liten hvis justeringer foretas kontinuerlig, men vurderinger knyttet til sjeldne situasjoner vil en neppe ta lærdom av. Risiko for svikt vil i verste fall kunne være fatal, jf øyeblikkelig hjelp og kommunikasjon som er omtalt nedenfor.

Pasientjournal er et arbeidsredskap som skal dokumentere diagnostikk og behandling, samt legge til rette for faglig oppfølging, kontinuitet og samarbeid. Journalen vil også være et vesentlig verktøy hvor diagnostiske muligheter, revurderinger og evaluering av terapeutiske tiltak kan bli synliggjort. Aktiv bruk av journal vil legge til rette for og stimulere til refleksjon rundt differensialdiagnostiske muligheter når valgt behandling ikke fører fram. Sannsynligheten for at journalen ikke brukes på denne måten er svært stor. Både ekspertpanelets vurderinger og Helsetilsynets erfaringer understøtter dette.

Datatilsynet har avdekket mangler i journalhåndteringen ved å stille spørsmål ved taushetsplikten ved legevikarers innsyn i journal, noe som vil kunne sette begrensninger i ovenstående argumentasjon.

De 4 følgende områdene peker seg ut med risiko for alvorlig svikt.

### **6.2 Svikt i utredning og behandling**

Mangelfull diagnostikk og behandling kan få alvorlige følger for pasienten. Dersom kunnskapen er mangelfull, vil sannsynligheten for feilvurderinger være stor. Alvorlige faglige feil kan føre til skade med store konsekvenser. Selv om sannsynligheten for at dette inntreffer er liten, er risiko for svikt derfor stor.

Manglende bruk av beslutningsstøtte og sviktende rutiner for kunnskapsinnhenting vil øke risikoen for feilvurderinger. Elektronisk journal åpner muligheter for oppdateringer av elektronisk beslutningsstøtte (Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL), NOKLUS Diabetes, egne databaserte prosedyrer, internettbruk med søkemotorer for faglitteratur etc). Leger som ikke gjør bruk av dette, utsetter seg lett for manglende faglige oppdateringsmuligheter. I så fall stiller det økte krav til litteraturgjennomgang og oppdatering på annen måte.

Sannsynligheten for at leger svikter når det gjelder kunnskapsinnhenting er middels stor. Det vil sjelden gi alvorlige konsekvenser for den enkelte pasient, men da det vil berøre et

stort antall pasienter, kan risiko for svikt totalt sett være middels stor. Legene som baserer sin praksis på gammel kunnskap uten å fornye seg, vil selvfølgelig utsette pasientene for en større risiko.

En viktig problemstilling er manglende erkjennelse av en sykdoms alvorlighetsgrad. Det kan føre til mangelfull oppfølging og differensialdiagnostiske overveielser. Helse-tilsynets gjennomgang av hendelsesbaserte tilsynssaker 2000-02 understøtter dette sterkt (kap. 4.3). Svikt i det kliniske skjønnet og manglende rom for revurderinger og gjenopptatt diagnostikk kan få fatale følger. Flere av kildene peker nettopp på dette når det gjelder kardiovaskulær sykdom, kreft og alvorlige infeksjoner. Alvorlig sykdom med lite spesifikt symptombilde er en utfordring for alle leger. Manglende rutiner for revurdering i slike tilfelle kan opptre relativt hyppig, og konsekvensen vil kunne være stor. Risiko for svikt er derfor stor.

En sentral del av legens aktiviteter er legemiddelforskrivning. Feil forskrivning utsetter pasienten for helserisiko. For pasienter med høyt legemiddelbruk og sammensatte problemstillinger er det viktig at legen har orden i journalen med oversikt over faste medikamentertil enhver tid. Sannsynligheten er stor for at dette ikke fremgår tydelig i journalen. Dette kan få store konsekvenser ikke bare når vikarer er inne i bildet, men også ellers. Risiko for feilmedisinering er stor. Se ellers kap. 6.4 nedenfor.

Et eget problem er over- og underforbruk av prøver. Underforbruk av prøver kan tildekke sykdom. Sannsynligheten for at dette skjer er jevnt over liten, selv om mangel på adekvat prøvetaking pga sviktende kunnskap nok forekommer relativt hyppig. Konsekvensen av dette kan i sjeldne tilfelle være fatal. Likevel vil klinisk undersøkelse og vurdering kunne kompensere for svikt på det laboratoriemessige området, slik at risiko for helse-svikt på bakgrunn av underforbruk av prøver er middels.

Overforbruk er ikke bare sløsing med ressurser, men gir en risiko for falske positive svar og feiltolkninger. Dette kan igjen føre til økt belastning på pasienter og i verste fall føre til behandling av sykdom som ikke er til stede. Sannsynligheten for at dette skjer er liten, men konsekvensen kan være middels hvis slik behandling foregår over lang tid. Helserisiko for den enkelte pasient synes derfor å være liten. Nært knyttet til denne problemstillingen er det medisinske grunn-

laget for risikointervensjon. Unødvendig behandling av risikotilstander som kan føre til sykdom øker ved overforbruk av prøver hvis ikke tolkningen er nøktern. Presset fra ressurssterke personer, grupper og legemiddelindustri på risikointervensjon er stort og vil med stor sannsynlighet kreve legens oppmerksomhet. Dette får relativt liten betydning for den enkeltes helsetilstand, men det skjer på bekostning av utførelsen av andre oppgaver som kan være langt viktigere i en travelt hverdag. Ressursmessig skjer dette på bekostning av tiden legen bør bruke på mennesker med kroniske lidelser og andre utsatte grupper, jfr kap 6.4 nedenfor. Risiko for feilprioritering fra legens side er trolig større enn vi aner.

Vår gjennomgang av hendelsesbasert tilsyn i fylkene (kap. 4.4) avdekker at hovedtyngden av klagen gjaldt sviktende diagnostikk, behandling og oppfølging. Materialet fra Helse- og sosialombudet i Oslo (kap. 4.10) understøtter dette. Sakene som NPE har mottatt, gjelder i all hovedsak feil eller forsinket behandling (kap. 4.11). Materialet fra NPE avdekker dessuten at svikt ikke primært gjelder de sjeldne sykdomsgruppene, men begås primært innen de vanligste, store diagnosegrupper som muskel-skjelettlidelser, hjerte- karsykdommer og infeksjonssykdommer. 13% av sakene gjelder dødsfall. Dette understøtter alvorlighetsgraden i flere av sakene, selv om ikke skyldspørsmålet er kommentert.

Selv om materialet fra disse kildene ikke omhandler reaksjoner eller vurderinger av enkeltsakene, avdekkes likevel områder hvor brukerne selv opplever svikt. Det er ikke urimelig å anta at klagen i en rekke av disse tilfellene ved nærmere gjennomgang ville avdekket reell svikt hos legen.

Legeforeningens kvalitetssikringsprosjekter er i stor grad viet utvikling av faglige handlingsprogrammer over kliniske emner, samhandling, kollegabasert læring og nettverksbygging (kap. 4.12). Utvikling av faglig beslutningsstøtte understøtter sterkt behovet for å sette den medisinskfaglige virksomhet på dagsorden.

### **6.3 Svikt i håndteringen av øyeblikkelig hjelp tilstander**

Allmennlegen kan ikke unngå å komme i berøring med alvorlige sykdommer og skader som krever rask og adekvat handling. Geografisk lokalisering avgjør hvor ofte dette



skjer, da leger i praksis langt fra sykehus får befatning med akutsituasjoner relativt ofte, mens leger i byområder sjelden opplever dette, fordi ambulansetjeneste direkte til sykehus tar hånd om det meste. Konsekvensen av svikt ved alvorlige eller livstruende tilstander kan være fatal. Uansett hvor stor denne sannsynligheten er, kan verken helsepersonell, pasienter, pårørende eller samfunnet for øvrig akseptere svikt. Det forventes at alle leger og personell ved legekontorene behersker livreddende førstehjelp i tilstrekkelig grad. Sannsynligheten er stor for at medarbeidere ikke er skolert i livreddende førstehjelp. Sannsynligheten er liten for at leger i byene ikke har kompetanse i livreddende førstehjelp, men likevel middels for at legen ikke har god nok trening til å kunne gi adekvat hjelp. Risiko for svikt må derfor anses å være stor.

Langt fra alle øyeblikkelig hjelp-tilstander er livstruende. Likevel vil melding om slike tilstander kreve rask vurdering og adekvat prioritering og håndtering. Det stiller krav til nødvendig faglig innsikt hos både medarbeidere og lege, samt gode kommunikasjonsrutiner internt på kontoret. Sannsynligheten for at samhandlingen svikter er liten på små kontorer med stabil bemanning, men i større legesentre kan en risikere at informasjonen ikke når dit den skal, hvis rutinene ikke er entydige. Små kontorer med stor utskifting av leger vil også være utsatt, da god kommunikasjon stiller krav til godt innarbeidede rutiner, personalmessig åpenhet og trygghet på arbeidsplassen.

Størst fare vil forekomme der hvor medarbeider og/eller lege ikke ser alvoret i en akutsituasjon eller ikke evner å stille de rette spørsmålene. Denne sannsynligheten er middels stor, men konsekvensen kan være svært alvorlig. Nødvendig behandling kan bli unødig utsatt og i verste fall føre til varig mén eller død. Risiko for svikt i diagnostikk og behandling i tide må derfor anses som stor.

Som under kap. 6.2 vil det også her være viktig med gode rutiner for revurderinger hvis en velger å se an en tilstand, som igjen også avhenger av den interne kommunikasjonen. Tilgjengelighetsaspektet vil her være vesentlig, jf kap. 6.5 nedenfor.

Helsetilsynets gjennomgang av hendelsesbaserte tilsynssaker 2000-02 påpeker en særlig risiko for svikt under revurdering av øyeblikkelig hjelpsituasjoner (kap. 4.3).

## 6.4 Sviktende oppfølging av "utsatte pasientgrupper"

Pasienter med kroniske sykdommer og sammensatte behov utgjør en stor del av pasientkontaktene. Aktivitetene kjennetegnes ved krav til kontinuitet, tilgjengelighet og samhandling. Det dreier seg om pasientgrupper som generelt sett stiller få krav og som ikke aktivt ber om hjelp. Noen mangler også samtykkekompetanse.

I den store gruppen av eldre pasienter med flere kroniske sykdommer er samarbeid med hjemmesykepleien viktig. Hvis kommunikasjonen med hjemmesykepleien svikter, blir ofte pasienten skadelidende. Pasient og ansvarsroller blir kasteballer i et utydelig system, hvor ingen sørger for kontinuitet og trygghet. Sannsynligheten er derfor stor for at det skjer feilbehandling pga manglende oversikt over pasientens tilstand. Konsekvensen av dette vil avhenge av hvor raskt feilbehandlingen vil bli fanget opp, men det er ikke tvil om at risiko for svikt vil kunne være stor.

Betydningen av legemiddelforskrivningen er omtalt i kap. 6.2. Når hjemmesykepleien er inne i bildet, forestår de ofte legemiddelutleveringen. Det er en kjent sak at eldre pasienter med kroniske sykdommer som ofte er innlagt på sykehus, stadig får ordinert forskjellige medisiner som endrer seg fra gang til gang, og som ingen har full oversikt over. Hjemmesykepleien får medisinkort fra sykehuset og legen mottar ofte epikrise lenge etter utskrivelsen. Hvis ikke legen ajourfører sin medisinsoversikt umiddelbart, vil det herske tvil om hva pasienten egentlig skal bruke. Manglende oversikt og enighet om legemiddelhåndteringen forekommer svært ofte. Konsekvensen er neppe alvorlig umiddelbart, men kan raskt føre til forverring av helsetilstanden og eventuell unødvendig reinnleggelse, hvis ikke misforståelser oppklares. Risiko for svikt vil derfor være stor.

I små kommuner hvor det faglige miljøet har tettere kontakt, er risiko for svikt mindre. I større kommuner må legen forholde seg til flere omsorgsdistrikter og pasienter til et stort antall ansatte i hjemmetjenestene. Det er langt løsere bånd mellom samarbeidende helsepersonell som ofte ikke møter hverandre, og ansvars plasseringen kan i større grad smuldre opp. Her er selvfølgelig risiko for svikt størst.

For pasientgrupper med sammensatte behov blir det ofte nedsatt ansvarsgrupper for å

ivareta en helhetlig tilnærming til tiltakene. Sentralt i dette arbeidet er å utarbeide individuelle planer. Sannsynligheten for at allmennleger ikke deltar i slike forum kan være stor. Konsekvensen for den det gjelder kan paradoksalt nok være at medisinske behov ikke blir sikret, til tross for at medisinske forhold ligger til grunn for lidelse eller lyte. Risiko for svikt må derfor anses å være stor.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (kap. 4.2) avdekket at fastlegene i liten grad deltar i det tverrfaglige arbeidet, og at flere av de henviste barna ikke ble undersøkt av lege. Det stilles spørsmål ved om fastlegen bidrar i tilstrekkelig grad til å koordinere behandlingstiltakene for den enkelte pasient. Uansett om dette beror på at fastlegen selv stiller seg utenfor, eller om det offentlige apparatet ikke trekker inn fastlegen i tilstrekkelig grad, understøtter rapporten behovet for en sterkere grad av samarbeid og koordinering rettet inn mot en utsatt og ressurskrevende pasientgruppe. Samme behov understøttes av Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen.

Helt grunnleggende for forsvarlig kontinuitet i behandling av utsatte grupper er kontinuitet i legestillingene. Kommunene har her et særlig ansvar når det gjelder rekruttering og til å beholde de legene en allerede har. Hyppig vikarbruk er en svært uheldig løsning som ofte blir benyttet. Risiko for behandlingssvikt pga kontinuitetsbrudd er stor i utsatte kommuner. Vakante legestillinger og hyppig vikarbruk har Rikstrykdeverket oversikt over i Styringsdata for fastlegeordningen. Her fremgår at ca 100 lister står uten lege og 199 lister er betjent av vikarer.

### 6.5 Mangelfull tilgjengelighet

Selv om enhver innbygger har rett til legehjelp, gir retten ingen mening hvis ikke hjelpen er tilgjengelig. God tilgjengelighet har å gjøre med at enhver innbygger kan få legehjelp ved behov. Hvis dette blir for vanskelig, står en i fare for at legetjenesten blir uforsvarlig. Det dreier seg om ventetid på time og akseptable åpningstider. Pasienter og offentlighet er likevel mest opptatt av telefontilgjengelighet.

Når noe haster, kan de fleste nå lege via legevaktsentral, hvis de ikke får kontakt med legekantoret. Når det ikke er like stor hast med å få helsehjelp, er risiko for svikt langt mindre. Problemet oppstår når pasienten må

ha hjelp til å definere hastegrad eller ikke har krefter eller mot til å ringe legen gjentatte ganger. Da kan diagnostikk og behandling bli unødig forsinket.

Sannsynligheten for sviktende tilgjengelighet er middels, men vil variere fra lege til lege. Konsekvensen vil kunne bli svært stor hvis det haster. Med unntak av øyeblikkelig hjelp-situasjoner, som er beskrevet under kap. 6.3 ovenfor, vil risiko for at svikt forekommer være middels stor.

Forholdet mellom fastlegens plikter og oppgaver og kommunens legevaktordninger er uklart i enkelte kommuner, særlig i storbyene. Det kan bero på et avtaleverk som ikke er tydelig nok, evt forskrifter som ikke berører dette i tilstrekkelig grad. Uklare ordninger for legehjelp i øyeblikkelig hjelp-situasjoner kan i sjeldne tilfelle få fatale følger. Risiko for slik svikt vil være svært stor. Dette vil særlig gjelde der hvor kommunene ikke har bidratt til å sikre tydelige ordninger for øyeblikkelig hjelp.

Kartlegging "Når hjelpen kan vente litt" (kap. 4.7) avdekket at halvparten av kommunene manglet system for å oppnå kontakt med vakthavende lege på dagtid. Dette har i ettertid avstedkommet en livlig debatt om validiteten av funnene. Uansett reiser rapporten spørsmål om innføringen av fastlegeordningen kan ha medført at kommunene er mindre bevisst på behovet for et "sikkerhetsnett" for legehjelp på dagtid. Hovedpoenget må være at det forekommer svikt ved at deler av befolkningen stadig ikke får legehjelp når det "haster litt". At enkeltbrukere ikke når fram til lege, understøttes av erfaringene hos Helse- og sosialombudet i Oslo (kap. 4.10).

På den annen side avdekker ikke kartlegginger fra Hordaland og Østfold vesentlig svikt i forhold til å få telefonkontakt med legekantorene og time når det hastet (kap. 4.8, 4.9).

Vi ser videre at innbyggere som tilhører lister uten lege i realiteten ikke har et reelt legetilbud. Det gjelder en liten prosent av landets befolkning, men for de dette gjelder kan konsekvensen ved manglende sykdomsutredning være stor. Listene kan være betjent av korttidsvikarer, og situasjonen kan medvirke til en økt terskel for å søke lege eller manglende oppfølging og misforståelser. Konsekvensen vil derfor kunne være stor og risiko for svikt tilsvarende. Kommunene har her en særlig oppgave i å veilede

befolkningen i hvordan deres behov for legetjenester kan bli dekket. Det samme gjelder innfrielse av innbyggernes fastlegerettigheter, herunder reell mulighet til å bytte fastlege og rett til fornyet vurdering. Tilgang til leger i kommunene overvåkes til enhver tid av Rikstrygdeverket gjennom Styringsdata for fastlegeordningen (kap. 4.5), hvor disse tallene til enhver tid er tilgjengelige på nettet.

## 7 Referanser

1. GS Braut, O Njå: Risikovurderingar i samfunnsmedisinsk arbeid. Utposten 2002; 31 (1): 17-19
2. Statens helsetilsyn: Kommunenes tilsyn med miljø og helse: Tilsyn med små virksomheter. Utredningsserie 1-2001
3. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19.11.82 nr 66
4. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 02.07.99 nr 64
5. Forskrift om fastlegeordning i kommunene av 14.04.2000 nr. 328
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.2001 nr. 765
7. Forskrift om individuelle planer av 08.06.2001 nr. 676
8. Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000
9. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 02.07.99 nr 63
10. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek av 27.04.98 nr. 455
11. G Roksund (red.): Fastlegen. Oslo: Universitetsforlaget; 2002
12. HN Heje, F Olesen: Patientvurderinger som kvalitetsmål i almen praksis. Ugeskr Læger 2002;164:5386-9
13. OJ Kvamme, L Sandvik, P Hjortdal: Pasientopplevd kvalitet i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:2503-6
14. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.02 nr. 1731
15. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 03.04.2003 nr. 450
16. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003
17. SZ Bratland: Studie av hendelsbasert tilsyn rettet mot allmennpraktiserende leger. Upublisert
18. St.prp. nr. 1 (2004-2005) for Helse- og omsorgsdepartementet
19. Kartlegging av tilgjengeligheten til lege "når hjelpen kan vente litt". Rapport fra Helsetilsynet 2/2003
20. Rapport frå kartlegging av tilgjenge til fastlegar 28. og 29. januar 2003. Helsetilsynet i Hordaland
21. Rapport om tilgjengeligheten hos fastleger i Østfold. Helsetilsynet i Østfold 2004
22. Datarapport for kommunehelsetjenesten 2002-03, Helse- og sosialombudet i Oslo. Upublisert
23. Norsk Pasientskadeerstatning: Årsberetning 2002

24. Kildematerialet fra NPE for 2001-02. Upublisert
25. Årsrapporter fra kvalitetssikringsfondene 1996-2002. Den norske lægeforening
26. OJ Kvamme, L Sandvik, P Hjortdal: Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:2499-502
27. A Garratt et al: Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ 2002;324:1417
28. R Grol, M Wensing: Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. The task force on patient evaluations of general practice care; 2000
29. G Rubin, A George, DJ Chinn, C Richardson: Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. Qual Saf Health Care 2003;12:443-447
30. SM Dovey et al: A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care 2002;11:233-238
31. OB Pedersen et al: Strategisk læring i klinisk praksis. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Oslo: Den norske lægeforening; 2001

## Hendelsesbasert tilsyn i fylkene

### Gjennomgang av innsamlede klagesaker fra Helsetilsynet i fylkene 2000-2002

Helsetilsynets egen gjennomgang av 107 hendelsesforløp (kap. 4.3) rettet mot allmennleger i perioden 2000-02 gir lite informasjon om bredden i rapporterte uønskede hendelser i allmennlegetjenesten. Materialet bygger på Helsetilsynets eget materiale, som er selektert i forhold til alvorlige klagesaker mot leger. Helsetilsynet får i hovedsak sakene oversendt fra Helsetilsynet i fylkene, som også behandler en rekke klagesaker som sjelden kommer til Helsetilsynets kjennskap. Disse sakene antas å være av mildere alvorlighetsgrad hvor Helsetilsynet i fylkene selv slutfører saksbehandlingen. De omhandler hendelser som ikke har vært så alvorlige at de er vurdert med hensyn til administrative reaksjoner som advarsel eller tilbakekalling av autorisasjon.

For årene 2001 og 2002 har Helsetilsynet samlet inn materiale fra ti tilfeldig valgte klagesaker i hvert fylke. Mange av sakene var rettet mot allmennleger og allmennleger i legevakt. Disse sakene er gjennomgått for vårt formål. Leger i sykehus og ved poliklinikk inngår ikke i gjennomgangen, men vi har sett på allmennleger i legevaktjeneste, som oppsummeres for seg. Noen pasienter har flere klagemål, slik at antallet registreringer er flere enn antall saker. Vi har ikke sett på reaksjoner som disse klagene måtte ha ført til, da dette er mindre relevant for vårt formål.

I 2001 ble det sendt inn 143 klagesaker fra Helsetilsynet i fylkene, av disse var 51 saker rettet mot allmennleger, 12 av disse igjen var rettet mot legevakt. Av 129 tilsendte klagesaker i 2002 var det 59 saker som var rettet mot allmennlegetjenesten i kommunene. Av disse var 18 av klagesakene rettet mot lege i legevaktjeneste. Vårt materiale består av totalt 110 saker.

#### Tre kategorier klagesaker

Vi har delt funnene i tre kategorier: Den første og største kategorien var klager på manglende faglig forsvarlighet fra legens side. Den nest største kategorien dreide seg om (dårlig) adferd fra legens side. Den tredje og minste kategorien var rettighetsklager.

#### Faglig forsvarlighet

I den kommunale allmennlegetjenesten/fastlegene fremkom det totalt 106 klager på manglende forsvarlighet i legebehandlingen, slik pasientene eller deres talsmenn oppfattet saken. 31 av sakene var rettet mot legevakt. Sakene dreide seg om klager på feil diagnose og behandling, manglende undersøkelse, behandling og oppfølging samt videresendelse til spesialist. Avslag på legehjelp og manglende legehjelp var en annen gjenganger, dette var i særlig grad knyttet til legevaktjenesten.

Under sekkebetegnelsen manglende undersøkelse, dårlig behandling og oppfølging var det 29 klager. 14 pasienter klaget på at behandlingen, inkludert medisiner, var feil eller at diagnosen var feil. 13 pasienter klaget på manglende viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten eller manglende innleggelse. Seks pasienter klaget på utilstrekkelige legeerklæringer, og fire pasienter klaget på avslag ved anmodning om helsehjelp ved tilstander de selv oppfattet som akutte. Se tabellen nedenfor.

Ved klager på legevaktlege dreide sakene seg om avslag på legehjelp eller manglende hjelp i 16 saker. Syv pasienter oppga for dårlig undersøkelse og behandling av legevaktlegen, og fire pasienter klaget over manglende viderehenvisning. Fire saker var ikke nærmere spesifisert.

#### Adferd

Adferdssakene var samlet 37 i antall fordelt på 25 saker rettet mot allmennlegetjenesten og 12 mot leger i legevaktjeneste. De fleste av de 11 klagene som rettet seg mot legens adferd i allmennlegetjenesten, dreide seg om at legen ikke var tilstrekkelig lydhør overfor de problemene som ble fremsatt. I 10 saker klager pasientene på at legen har utvist manglende respekt for dem gjennom latterliggjøring, nedlatende tiltaleform eller bagatellisering av problemene.

Manglende samarbeid med pårørende og sinne/avvisning fra legens side var andre klageårsaker.

I legevaktsakene var det fire pasienter som klaget på manglende respekt, blant annet at legen utviste sinne og var uhøflig eller arrogant. Tre tilfelle dreide seg om manglende samarbeid med pårørende, og i tre saker var det legens manglende lydhørhet som ble påpekt.

#### **Rettighetsklager**

I fem av sakene klagde pasienter på pliktbrudd i henhold til pasientrettighetsloven eller på retten til helsehjelp etter kommunehelse- tjenesteloven.

#### **Uttalelser fra Helsetilsynet i fylkene**

Det er ikke foretatt en gjennomgang av Helsetilsynet i fylkenes konklusjoner av sakene, men en har fått det inntrykk at få av klagerne får medhold i at behandlingen har vært faglig uforsvarlig.

I flere av sakene framkommer det imidlertid at Helsetilsynet i fylket mener journalføringsplikten ikke er godt nok ivaretatt. Helsetilsynet peker også på manglende systemer, blant annet manglende informasjon og kommunikasjon mellom de som arbeider i en flerlegepraksis eller i legevakt.

#### *Gjennomgang av et utvalg saker fra Helsetilsynet i fylkene 2001-2002*

	<i>Allmenn- legetjeneste</i>	<i>Legevakt</i>	<i>Sum</i>
<b>Faglig forsvarlighet</b>			
Feil diagnose, behandling	14		14
Manglende undersøkelse, beh., oppfølging	29	7	36
Manglende viderehenvisning spesialist	13	4	17
Manglende oppfølging etter sykehusinnleggelse	1		1
Avslag på/manglende legehjelp	4	16	20
Manglende journalføring	2		2
Legeerklæring	6		
Annet	6	4	16
SUM	75	31	106
<b>Legens adferd</b>			
Legen ikke lydhør	11	3	14
Manglende respekt	10	4	14
Manglende samarbeid med pårørende	1	3	4
Rusmisbruk	1	1	2
Annet	2	1	3
SUM	25	12	37
<b>Rettighetsklager</b>			
Pasientrettighet	5		5
Rett til helsehjelp			0
SUM	5		5

## Helsetilsynets eksempelliste som grunnlag for drøfting med ekspertpanel

### Faglige beslutninger

- Manglende kompetanse om sykdom, diagnostikk og behandling er svært alvorlig. Sviktende rutiner for oppdatering av medisinsk kunnskap er en trussel mot virksomheten. Hvis en samtidig ikke har rutiner for innhenting av viten, kan legens praksis være skjebnesvanger
  - Hvis grunnlaget for beslutninger og aktiviteter styres av tilfeldigheter og til enhver tid av ”skjønn” alene, vil variasjon i egen praksis være stor, og risiko for tilsvarende variasjon i kvalitet være åpenbar
  - Manglende bruk av beslutningsstøtte eller bruk av anerkjente faglige retningslinjer og behandlingsprogrammer
  - Manglende oversikt over informasjonskilder og regelverk som grunnlag for handling og beslutning
  - Hvis pasienten ikke trekkes med i beslutning om eller motiveres til behandlingsopplegg, svekkes pasientmedvirkningen
  - Likegyldig bruk av journaldokumentasjon svekker kontinuitet i behandlingen og forutsetningen for samhandling med andre aktører, særlig når det gjelder redigering, oppdatering og oversikt
  - Legens egen sykdom eller personlige omstendigheter som svekker evnen til forsvarlige faglige beslutninger
- Sviktende rutiner for tolking og oppfølging av viktige laboratorieresultater (eks. Hb, Gravitetest, INR, EKG)
  - Uklar oppfatning av ansvarsforhold hos legekolleger ved vikarfunksjoner
  - Mangelfull sikring av samarbeid med andre leger som har vikarfunksjon ihht fastlegeavtalen

### Ekstern samhandling:

- Redusert tilgjengelighet til røntgeninstitutter, private spesialister og poliklinikker
- Manglende lokale samarbeidsrutiner mellom første- og andrelinjetjenesten
- Mangelfull kjennskap til rutiner for lokal samhandling og lokale sykehustilbud
- Fravær av rutiner for samhandling med hjemmesykepleien, sykehjem, fysioterapeuter og andre helsepersonellgrupper
- Redusert tilgjengelighet til allmennlege for hjemmesykepleien
- Fravær av eller mangelfulle møteplasser med ikke-medisinske institusjoner (trygdekontor, aetat, hjelpemiddelsentral etc)
- Mangelfull praksis for deltakelse i trygdens basisgruppe

### Intern samhandling:

- Mangelfull forståelse hos medarbeidere for medisinske problemstillinger i pasientkontakten
  - Mangelfull helsefaglig kompetanse hos medarbeidere
  - Fravær av formaliserte interne møteplasser
  - Lemfeldig holdning til betydningen av telefonkonsultasjoner, indirekte kontakt og formidling av beskjeder
- Manglende kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon
  - Mangelfull mulighet for medvirkning fra pasient i beslutningsprosessen
  - Manglende compliance i pasientbehandlingen

### Holdninger og kommunikasjon

### Driftsform

- Uklar lokal fastlegeavtale med kommunen som gjelder tilgjengelighet



- Mangelfulle kollegiale avtaler i gruppepraksis som regulerer ansvar og dekning ved vakans
- Mangelfull formell avklaring for solo-praktikere som gjelder vikardekning ved fravær

### Styringssystem

- Manglende eller mangelfullt internkontrollsystem
- Mangelfull skriftlighet og oppdatering av internkontrollsystemet
- Uklar ansvarsfordeling i en gruppepraksis
- Mangelfull eller uklarhet rundt delegasjon av myndighet og oppgaver til medarbeidere
- Manglende tilgang på oppdatert regelverk
- Mangelfull sikring av kunnskap og ferdigheter blant leger og medarbeidere, også innen internkontroll
- Sviktende medvirkning blant leger og medarbeidere i arbeidet med internkontroll
- Manglende medarbeidersamtaler
- Mangelfull bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeid
- Manglende delaktighet i videre- og etterutdanning, særlig smågruppevirksomhet og praksisbesøk
- Passiv holdning til kontinuerlig kvalitetsforbedring (bruk av kvalitetssirkel, avvikshåndtering, idedugnad, internopp-læring, fagmøter, etc)
- Utydelighet vedrørende driftsrutiner, særlig for større gruppepraksiser
- Mangel på grunnleggende administrative rutiner (journalhåndtering, oppbevaring av legemidler)
- Mangel på viktige faglige rutiner (eks håndtering av smittsomme sykdommer)
- Manglende skriftlighet vedr. rutiner for behandlingsaktiviteter som er delegert til medarbeidere (personell med ingen eller lavere helsefaglig kompetanse)

### Listestørrelse og behandlingsskapasitet

- For stor pasientpopulasjon (listestørrelse) i forhold til å kunne imøtekomme både øyeblikkelig hjelp behov og rimelig ventetid til ordinær time

### Tilgjengelighet

- Manglende bekjentgjøring av åpningstider og fravær
- Manglende tilgjengelighet til definerte vikarer ihht lokal fastlegeavtale ved eget fravær
- Mangel på avsatt tid til øyeblikkelig hjelp hver dag
- Mangelfull telefontilgjengelighet, særlig ved øyeblikkelig hjelp tilstander
- Svikt i videreformidling fra medarbeider til lege av tilstander som krever øyeblikkelig legehjelp eller alvorlige tilstander hvor tidsfaktoren er avgjørende
- Mer enn 2-3 ukers ventetid på ordinær legetime
- Manglende muligheter for umiddelbar telefonkontakt fra AMK eller legevakt-sentral til allmennlege

### Lokaler og utstyr

- Dårlig lydisolering av lokaler eller manglende muligheter for diskresjon pga lokalenes beskaffenhet
- Mangelfullt laboratorieutstyr som forventes å være i allmennpraksis
- Mangelfullt vedlikehold og kalibrering av laboratorieutstyr

### Kommunenes ansvar for legetjenester

- Befolkningen får ikke de opplysninger den trenger for å ivareta sin rett til helsehjelp
- Kommunen har opprettet for få legehjemler til at befolkningen har en reell mulighet til å skifte fastlege
- Kommunen har ikke sikret seg at legene har tilstrekkelig kapasitet, slik at pasienter

- som velger å stå utenfor fastlegeordningen, får helsehjelp i rett tid
- Kommunen har ikke sikret seg at legene har kapasitet til å ta imot pasienter som oppholder seg midlertidig i kommunen
- Uklarhet om hvilke fastleger som kan ta imot pasienter som ønsker fornyet vurdering hos annen lege med fastlegeavtale
- Kommunen har ikke sikret seg at det er mange nok fastleger i kommunen som har tilgjengelighet for funksjonshemmede (rullestolbrukere)
- Kommunen har i sine avtaler med fastlegene eller ved etablering av allmennlegeutvalg ikke sikret at det er lagt til rette for vikarordning for dekning ved ordinært fravær
- Kommunen har i sine avtaler med fastlegene ikke sikret seg at tilgang til øyeblikkelig legehjelp er sikret i tidsrom hvor det ikke er organisert legevakt utenom arbeidstid
- Kommunene har i sine avtaler med fastlegene ikke sikret tilstrekkelig tilgjengelighet og kapasitet i øyeblikkelig-hjelp-situasjoner, herunder mangelfull utbygging av helseradionettet lokalt
- Fravær av avtaler for helsestasjons- og skolehelsetjenestens samarbeid med fastleger
- Ufullstendige avtaler med allmennleger om tilsyn i fengselshelsetjenesten
- Aksept fra allmennlegens side om uakseptable rammebetingelser for legevirkosomhet i sykehjem (eks: ufullstendige journal-systemer, manglende eller uklar ansvarsplassering i helseinstitusjon, uforsvarlig delegering av myndighet fra overordnet kommunalt faglig nivå etc)
- Allmennlegens mangel på faglige rutiner i institusjon som ellers vil være ivaretatt i vanlig allmennlegepraksis (journalføring, legemiddelforskrivning etc)
- Allmennlegers manglende engasjement i tverrfaglig samarbeid i helseinstitusjon
- Allmennlegen legger ikke til rette for eller setter av tilstrekkelig tid til at kommunale plikter blir ivaretatt i en travel allmennpraksis

### **Allmennmedisinsk offentlig legearbeid**

- Mangelfulle legeressurser i sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie
- Mangelfullt utstyr for lege i sykehjem til at oppgaven kan utføres faglig forsvarlig
- Manglende tilrettelegging for faglig forsvarlige journalsystemer i sykehjem
- Mangelfulle vikarordninger for tilsynsleger ved ordinært fravær
- Uklare rapporteringsrutiner i sykehjem for vikarleger eller leger i vakt
- Kommunal ansvarsfraskrivning for legetjenester i sykehjem som drives av private aktører eller i samarbeid med andre kommuner
- Manglende legeressurser knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

# Primary Physician Services – a Risk Analysis

## **A Report about Risk and Vulnerability in Primary Physician Services Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 13/2004**

This report identifies areas that are vulnerable for the occurrence of errors, with future supervision of primary physician services in mind. The report does not aim to be an instruction manual in general practice. The method that is used is applicable to risk and vulnerability analyses of other small services such as physiotherapy, dental services etc.

The ability of physicians to reflect over their own professional and organizational practice are decisive factors for preventing errors in these areas.

The point of departure is a five-stage model for risk and vulnerability analysis. Risk is calculated as the result of the probability for adverse events and errors occurring, and the presumed consequences that errors can have for users of the service.

The report describes and demarcates the content of primary physician services. A panel of experts composed of clinicians and academics from the field of primary physician services was used to describe a scenario of adverse events and risk of errors.

In addition, a review was carried out of the literature relating to adverse events and areas where errors occur, and of the experience of the Norwegian Board of Health gained from supervision of health and social services. This information was used to supplement and support the conclusions of the panel of experts.

The following areas were identified as areas where there is a serious risk for errors occurring:

- examination and treatment
- emergency treatment
- follow-up of patients in high risk groups
- availability of services.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2003

**1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

**2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

**3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

**4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

**5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

**6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

**7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smitte-vernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

**8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlege-ordningen (september 2003)

**9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgs-sektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

**10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

**11/2003** Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Utgivelser 2004

**1/2004** Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003 (februar 2004)

**2/2004** Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003 (februar 2004)

**3/2004** Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker (februar 2004)

**4/2004** Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer (februar 2004)

**5/2004** Tannhelsetjeneten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (mars 2004)

**6/2004** Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport (april 2004)

**7/2004** Meldesentralen – årsrapport 2001-2002 (april 2004)

**8/2004** Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge (april 2004)

**9/2004** Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003 (mai 2004)

**10/2004** Tilsyn med kodepraksis (juni 2004)

**11/2004** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004 (november 2004)

**12/2004** Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere (desember 2004)

**13/2004** Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten (desember 2004)

## Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helse-tjenestene.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 13/2004

### **Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten**

Rapporten er laget for å avdekke områder som er utsatt for svikt med tanke på fremtidig tilsynsvirksomhet med allmennlegetjenesten. Den gir seg ikke ut for å være en veileder i faget allmennmedisin. Metoden som er brukt vil ha overføringsverdi for risiko- og sårbarhetsanalyser av andre små virksomheter som fysioterapi, tannhelse-tjeneste m.v.

Det er tatt utgangspunkt i en 5-trinns modell for risiko- og sårbarhetsanalyse. Risiko beregnes som produktet av sannsynlighet for at utilsiktede hendelser og svikt vil oppstå og den antatte konsekvens svikten kan få for brukerne av tjenesten.

Rapporten beskriver og avgrensner allmennlegetjenestens innhold. Til å beskrive scenariet av uønskede hendelser og risiko for svikt er det benyttet et ekspertpanel bestående av representanter fra det utøvende og akademiske allmennmedisinske miljøet.

Det er i tillegg foretatt en gjennomgang av kilder til tilgjengelig kunnskap om uønskede hendelser og områder for svikt, og en gjennomgang av Helsetilsynets egne erfaringer fra virksomhetstilsyn og hendelsesbasert tilsyn. Denne kunnskapen er benyttet til å supplere og understøtte ekspertpanelets konklusjoner.

Gjennomgangen har vist at risiko særlig er knyttet til svikt i:

- utredning og behandling
- håndtering av øyeblikkelig hjelp-tilstander
- oppfølging av ”utsatte pasientgrupper”
- tilgjengelighet.

Legens evner til å reflektere over egen faglige og organisatoriske praksis vil være avgjørende for å unngå svikt innen disse områdene.