

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,
Helsefak, Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Helse- og omsorgsdepartementet
v/ekspedisjonssjef Kari Sønderland

Svar på Høringsnotat om Endringer i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv. (Administrative reaksjoner, tilsynsmyndighetenes saksbehandling av henvendelser om pliktbrudd mm.)

NSDMs bakgrunn for å svare på høringsnotatet

NSDM er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning vil vi bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten.

Fra 2016 har Martin Bruusgaard Harbitz vært tilsatt på senteret som stipendiat på et forskningsprosjekt om pasientsikkerhet i fastlegekontor i distriktene. Det foreligger foreløpig to forskningsartikler fra prosjektet:

Harbitz, Martin Bruusgaard; Brandstorp, Helen; Gaski, Margrete. Rural general practice patients' coping with hazards and harm: an interview study. *BMJ Open* 2019; Volum 9 (10). ISSN 2044-6055.s doi: 10.1136/bmjopen-2019-031343.

Harbitz MB, Stensland PS, Abelsen B. Medical malpractice in Norway: frequency and distribution of disciplinary actions for medical doctors 2011-2018. *BMC Health Serv Res* 21, 324 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06334-2>.



Harbitz er også i ferd med å slutføre en studie med tittel: General practitioners´ and medical assistants´ experiences with patient safety incidents in rural general practice: an interview study.

Fra disse arbeidene er NSDM kjent med feilbarlighet og pasientsikkerhet i distrikt fra perspektivene til så vel pasient, fastlege, andre helsearbeidere på legekantor og fra Helsetilsynet. Det er vel dokumentert at Htils reaksjonsformer av mange leger oppleves som spesielt tunge belastninger i deres profesjonelle liv. Samtidig sikrer godt funderte tilsynsreaksjoner faglig/juridisk grunnlag for pasientsikkerhetsarbeid. Våre kommentarer til de foreslåtte endringene har spesiell vinkling på legetjenesten utenfor sykehus i distriktene.

Forslag i høringsnotatet som NSDM vil kommentere

1. Det foreslås at tilsynsmyndighetene får større frihet til å vurdere om og hvordan spørsmål om mulig pliktbrudd i helse- og omsorgstjenesten skal følges opp. Dersom det er grunn til å anta at det foreligger forhold som er til fare for pasient- og brukersikkerheten, skal de imidlertid alltid undersøke forholdet.
2. Det foreslås presiseringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven om at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten (eks. helseforetak, kommuner) plikter å følge opp henvendelser fra pasienter, brukere og pårørende om kvalitet og sikkerhet. Tilsvarende foreslås det en presisering i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 om at pasienten eller brukeren skal få svar på henvendelser om kvalitet og sikkerhet som vedkommende retter mot virksomhet eller helsepersonell.
3. Departementet foreslår at reaksjonen advarsel i helsepersonelloven oppheves. I de fleste av disse sakene mener departementet det vil være tilstrekkelig for å ivareta formålet til tilsynet at helsepersonellet får påpekt et pliktbrudd. Den nye reaksjonen «faglig pålegg» er ment å benyttes på enkelte av de tilsynssakene der reaksjonen advarsel blir benyttet i dag. Det foreslås at helsepersonell i større grad enn i dag følges opp av arbeidsgiver og statsforvalteren ved brudd på helselovgivningen. Arbeidsgiver kan bli pålagt å legge til rette for kompetansehevende tiltak som kurs, veiledning e.l. Departementet foreslår også at Helsetilsynet i en større andel saker enn i dag kan fatte vedtak om begrenset autorisasjon i saker der helsepersonellet har vist vesentlig mangel på faglig innsikt, dvs terskelen for reaksjonsformen «begrenset autorisasjon» senkes.
4. Det foreslås en ny reaksjon om faglig pålegg til helsepersonell. Reaksjonen innebærer ingen begrensning i autorisasjonen, men helsepersonellet kan pålegges å motta veiledning eller gjennomføre andre kompetansehevende tiltak. Tilsynsmyndigheten skal også kunne pålegge arbeidsgiver å legge til rette for å følge opp faglige pålegg til helsepersonell. Dette kan være relevant i saker der pliktbruddet dreier seg om faglig svikt og det er usikkert om helsepersonellet har eller vil sørge for å inneha faglig gode nok kvalifikasjoner, men hvor en begrensning av autorisasjonen vil være for inngripende.



NSDMs høringskommentarer

1. NSDM støtter forslaget om at statsforvalteren og Helsetilsynet i større grad får anledning til å prioritere saker ved å bruke faglig skjønn i vurderingen av hvordan klage på mulig pliktbrudd i helse- og omsorgstjenesten skal følges opp. Vi er kjent med at sakene varierer betydelig med hensyn til alvorlighetsgrad. Beslutningen om hvordan en sak skal følges opp må avgjøres på bakgrunn av hva som vil være mest hensiktsmessig for pasientsikkerhet og tilliten til helse- og omsorgstjenesten.
2. Vi støtter forslaget om at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal plikte å følge opp henvendelser fra pasienter, brukere og pårørende om kvalitet og sikkerhet. Virksomhetene skal også plikte å gi pasienten eller brukeren svar på henvendelser om kvalitet og sikkerhet som vedkommende retter mot virksomhet eller helsepersonell. Dette gjelder både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette tydeliggjør alle kommuners plikt til å etablere en faglig klageinstans også for legetjenesten.
3. Det legges opp til at helsepersonell i større grad enn i dag kan følges opp av arbeidsgiver og statsforvalteren ved brudd på helselovgivningen. Vi mener en slik arbeidsgiverbasert ordning for dem det er aktuelt for vil kunne være mer hensiktsmessig enn reaksjonsformen advarsel, som foreslås fjernet.

I en nylig publisert studie viser forskere tilknyttet NSDM at de siste åtte års administrative reaksjoner fra Helsetilsynet rammer svært ulikt overfor fastleger og sykehusleger. Fastleger i utkantstrøk får eksempelvis slike reaksjoner 23 ganger hyppigere enn underordnede og 9 ganger hyppigere enn overordnede sykehusleger. Fastleger i utkantstrøk mister også sin autorisasjon eller blir suspendert fra tjeneste 14 ganger hyppigere enn underordnede sykehusleger. En av konklusjonene til forfatterne er: "The results of this study may also assist supervisory authorities in their quality assessments to determine whether their disciplinary system is efficient and adequate for all the different categories of physicians working in health care in Norway."

Etter NSDMs vurdering er de påviste forskjellene i Helsetilsynets reaksjoner mot sykehusleger og mot fastleger/praktiserende spesialister urovekkende store.

Tilsynets arbeidsform vektlegger systemperspektiv på årsak til avvik. Leger tilsatt i et foretak blir relativt sett beskyttet fordi Helsetilsynet vektlegger prosedyrer, ansvarslinjer og organisasjonsansvar. Fastlegen blir derimot ofte personlig sårbar uten tilsvarende organisatoriske rammer. Dette ser ut til å gjelde uavhengig av om fastlegen er selvstendig næringsdrivende eller kommunalt ansatt.

Det er av interesse å se på mulige mekanismer som beskytter leger i sykehus. Når leger i sykehus oftere går fri fra personlige reaksjoner fra tilsynsmyndigheten skyldes det ikke nødvendigvis at feilhandlinger og feilvurderinger her er tilsvarende sjeldnere. Det kan skyldes at flere personer er involvert i avgjørelser og at det fins et hierarki av overordnede leger. Når heller ikke de overordnede legene synes å rammes på langt nær så ofte som fastleger i distrikt, kan dette skyldes at arbeidet som regel er beskrevet i en vev av prosedyrer og retningslinjer der det ikke sjelden ved gransking kan vise seg å være ufullkommenheter. Det vil alltid finnes argumenter for å se oppover i foretakssystemet for forklaringer. Ikke sjelden er det systemet,



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoalmediinna našunála guovddáš

National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø

post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

helseforetaket, som må bære ansvaret. Stikkordene for troverdig systemansvar (som viser seg å beskytte praktikerne) synes her å ligge i formelt hierarki og kvalitetssystem.

Når den påviste forskjellen i myndighetsutøvelse fra tilsynsmyndighetene er så stor, må en stille spørsmål om i hvor stor grad den er respons på en kvalitetsforskjell og i hvor stor grad den er resultat av en tilsynsmetode som fungerer ulikt i ulike sammenhenger.

Sett på denne bakgrunn mener vi det er positivt at reaksjonsformene til tilsynsmyndighetene er oppe til vurdering.

Vi er enige i at Helsetilsynet vektlegger systemansvar i sine vurderinger. Det er positivt at kommunenes systemansvar for pasientsikkerhet på legekantor etter helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften blir tydeliggjort. Kommunene skal etter nevnte lov og forskrift sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller gjennom avtaler med selvstendig næringsdrivende leger.

Helsetilsynets systemfokus vil klargjøre kommuneledelsens og ledelsen i kommunehelsetjenestens ansvar for å assistere utvikling av bedre kvalitetssystem for legetjenesten i kommunene. Vi ser at dette ikke minst er presserende for legetjenesten i mindre distriktskommuner som ikke sjelden har lav kontinuitet og vikarordninger i legetjenesten. Det er likevel vanskelig å se for seg at dette kommunale ansvaret skal kunne føre til forbedringer i små og sårbare distriktskommuner uten at tilsynsmyndigheten stiller tydelige krav og kommunene får hjelp til å samarbeide om oppgaven.

Helsetilsynet må finne rammer for tilsyn med pasientsikkerhetsarbeid som er tilpasset den virkeligheten som denne delen av legetjenesten utenfor sykehus befinner seg i. Næringsdrift er en politisk vedtatt hovedmodell i fastlegeordningen. Det blir en avsporing å peke på at alle legene med fordel burde være fast tilsatt for å omfattes av kommunens pasientsikkerhetsarbeid, jfr avsnittet om kommunens plikter i forhold til fastlegeforskriften. Derimot er det behov for dialog og nytenking mellom kommunene og legene om dette. Det bør for eksempel være mulig å diskutere hvilke elementer en kan etablere i nettverk av leger: legesamarbeid, formelt (ev definert avgrenset) hierarki og kvalitetssystem.

- 4 NSDM mener at pålagt faglig veiledning vil kunne være en egnet reaksjonsform basert på pedagogiske metoder. Dette vil kunne bedre pasientsikkerhet også i distriktene. Det fins flere veiledningsmodeller fra LIS1-veiledning og spesialiseringsløp som en kan bygge på. Vi ser at det er uløste spørsmål knyttet til blant annet veilederkrav og finansiering. Det viktige er at ordningen fremstår som en klar forbedring.

Faglig veiledning bør være et tiltak som bør kunne pålegges av statsforvalteren fordi denne har best kjennskap til lokale forhold.

I alvorlige saker der leger har vist vesentlig mangel på faglig innsikt, er det forslag om at Helsetilsynet i større grad enn i dag skal kunne bruke begrensning i autorisasjon.

Autorisasjonsbegrensning kan gis med eller uten kombinasjon med pålagt veiledning. Til sammen gir dette mulighet for graderte tiltak ved alvorlig kvalitetssvikt.



Oppsummert

Etter loven er siktemålet med statlig helsetilsyn å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, en balanse mellom sikkerhetskontroll og pedagogikk. Høringsforslaget fjerner en lite pedagogisk reaksjonsform og åpner for at tilsynsmyndigheten i større grad kan gjøre prioritering og skjønnsutøvelse innenfor gitte rammer. Helsevirksomhetene, helsepersonells arbeidsgivere, får en enda tydeligere funksjon i oppfølging av helsepersonell etter brudd på helselovgivingen. Ny forskning fra NSDM som er referert her, viser at fastlegene (spesielt leger i distriktene) får betydelig hardere reaksjoner fra tilsynsmyndigheten enn leger som er tilsatt i sykehus. Vi mener at tilsynsmyndigheten bør bidra til å etablere rammer for tilsyn som er hensiktsmessig også for denne gruppen.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse
Leder NSDM

