

Undersøgelse af Sundhedsstyrelsens tilsynssager vedr. læger

| | | |
|------|--|----|
| A. | INDLEDNING | 4 |
| 1. | OPGAVETILDELINGEN | 4 |
| 2. | KOMMISSORIET FOR ADVOKATUNDERSØGELSEN | 4 |
| 3. | SAMMENFATNING OG KONKLUSION | 8 |
| 4. | ”SUNDHEDSSTYRELSEN” OG ”TILSYNET” | 11 |
| 5. | ANTAL SAGER OG SKÆRINGSDATO FOR UNDERSØGELSEN | 12 |
| 6. | ADGANG TIL SAGERNES AKTER..... | 13 |
| 7. | DE NI SPØRGSMÅL, DER DANNER GRUNDLAG FOR UNDERSØGELSEN | 14 |
| 8. | DET RETLIGE GRUNDLAG | 19 |
| 9. | EGNETHEDS- OG FAGLIGHEDSSAGER | 20 |
| B. | DELE AF OPDRAGET BEHANDLET FÆLLES FOR EGNETHEDS- OG FAGLIGHEDSSAGERNE | 21 |
| 10. | HENVENDELSE TIL REGIONER OG KOMMUNER | 21 |
| 11. | FRIVILLIGE AFTALER..... | 22 |
| 12. | AFSLUTNING OG NEDLUKNING..... | 24 |
| 13. | FORELØBIGE OG ENDELIGE ANBEFALINGER | 25 |
| C. | EGNETHEDSSAGER | 29 |
| 14. | INDLEDNING..... | 29 |
| 15. | FORNØDNE SKRIDT..... | 30 |
| 15.1 | Sammenfatning og konklusion | 30 |
| 15.2 | Retsgrundlag..... | 30 |
| 15.3 | Gennemgang..... | 30 |
| 16. | TIDSFRISTER..... | 34 |
| 16.1 | Sammenfatning og konklusion | 34 |
| 16.2 | Retsgrundlag..... | 34 |
| 16.3 | Gennemgang..... | 36 |
| 17. | OPFØLGNING | 39 |
| 17.1 | Sammenfatning og konklusion | 39 |
| 17.2 | Retsgrundlag..... | 40 |
| 17.3 | Gennemgang..... | 42 |
| 18. | RETTE FORANSTALTNINGER | 49 |
| 18.1 | Sammenfatning og konklusion | 49 |
| 18.2 | Retsgrundlag..... | 49 |
| 18.3 | Gennemgang..... | 50 |
| 18.4 | Særligt om sager vedrørende ordinationsadfærd | 54 |
| 19. | ANVENDELSE AF SPECIALLÆGEERKLÆRINGER | 55 |
| 19.1 | Sammenfatning og konklusion | 55 |
| 19.2 | Retsgrundlag..... | 55 |
| 19.3 | Gennemgang..... | 56 |

| | | |
|-------|--|----|
| | D. FAGLIGHEDSSAGER..... | 59 |
| | 20. INDLEDNING..... | 59 |
| | 21. TYPETILFÆLDE..... | 59 |
| | 21.1 Sager oprettet på baggrund af en POB-afgørelse..... | 59 |
| | 21.1.1 POB-afgørelser, hvor Tilsynet har vurderet, at der ikke var grundlag for yderligere..... | 61 |
| | 21.1.2 POB-afgørelser, hvor det ikke har været muligt at afgøre, om Tilsynet har foretaget en vurdering..... | 66 |
| | 22. FORNØDNE SKRIDT..... | 67 |
| | 22.1 Sammenfatning og konklusion..... | 67 |
| | 22.2 Retsgrundlag..... | 68 |
| | 22.3 Gennemgang..... | 68 |
| | 23. TIDSRISTER..... | 70 |
| | 23.1 Sammenfatning og konklusion..... | 70 |
| | 23.2 Retsgrundlag..... | 71 |
| | 23.3 Gennemgang..... | 71 |
| | 24. OPFØLGNING..... | 74 |
| | 24.1 Sammenfatning og konklusion..... | 74 |
| | 24.2 Retsgrundlag..... | 75 |
| | 24.3 Gennemgang..... | 76 |
| | 25. RETTE FORANSTALTNINGER..... | 78 |
| | 25.1 Sammenfatning og konklusion..... | 78 |
| | 25.2 Retsgrundlag..... | 78 |
| | 25.3 Gennemgang..... | 78 |
| | 25.4 Særligt om sager vedrørende ordinationsadfærd..... | 80 |
| | 26. ANVENDELSE AF SPECIALLÆGEERKLÆRINGER..... | 81 |
| | E. ØVRIGE OBERSERVATIONER..... | 83 |
| | 27. FORHOLD OMTALT I DETTE AFSNIT..... | 83 |
| | 28. FORSLAG TIL YDERLIGERE OPLYSNINGER PÅ SAGSKORTET I CAPTIA..... | 83 |
| | 29. PERSONDATALOVBREVE..... | 84 |
| | 30. POLITIANMELDELSE..... | 85 |
| | BILAGSOVERSIGT..... | 87 |

A. INDLEDNING

1. OPGALETILDELINGEN

Regeringen og Folketingets partier vedtog den 7. maj 2015 et kommissorium for undersøgelse af Sundhedsstyrelsens tilsynssager (**bilag 1**). Som det fremgår af kommissoriet, blev det besluttet at iværksætte en advokatundersøgelse af alle Sundhedsstyrelsens åbne tilsynssager vedrørende læger (advokatundersøgelsens 1. del).

Opgaven med at gennemføre advokatundersøgelsen blev udbudt sammen med en undersøgelse af Sundhedsstyrelsens redegørelse af 16. februar 2015 om psykiateren fra Midtjylland (advokatundersøgelsens 2. del).

På baggrund af de indkomne tilbud indgik Sundheds- og Ældreministeriet kontrakt med Kammeradvokaten, Advokatfirmaet Poul Schmith den 18. december 2015. I henhold til kontrakten skal Kammeradvokaten ét år fra kontraktens underskrift aflevere sin skriftlige redegørelse. Sundheds- og Ældreministeriet har efterfølgende præciseret afleveringsdatoen til den 23. december 2016.

2. KOMMISSORIET FOR ADVOKATUNDERSØGELSEN

Sundhedsstyrelsen foretog på baggrund af spørgsmål 645 af 16. maj 2013 fra Sundheds- og Forebyggelsesudvalget selv en gennemgang af faglige sager, der havde været åbne i perioden fra 1. januar 2011 til 31. december 2012 samt egnethedssager, der havde været åbne i perioden fra 1. januar 2011 til 31. december 2012. Gennemgangen udmøntede sig i redegørelse af 8. oktober 2013.

Redegørelsen havde for faglighedssager kun fokus på, om sagerne var blevet behandlet med den fornødne hurtighed. Der blev ikke foretaget en faglig revurdering af sagerne. For egnethedssager var fokus i henhold til gennemgangen både "... på det tidsmæssige såvel som det indholdsmæssige ...". Kvalitetskriterierne for den indholdsmæssige gennemgang var imidlertid ikke nærmere beskrevet.

Kommissoriet af 7. maj 2015 for denne advokatundersøgelses 1. del er anderledes og mere omfattende. Det lyder:

"(...)

Undersøgelsen skal omfatte alle Sundhedsstyrelsens åbne sager vedr. læger - både egnethedssager og faglige sager. Der er tale om ca. 1.000 sager.

For så vidt angår hhv. åbne og lukkede sager opretter Sundhedsstyrelsen en faglig sag eller en egnethedssag, når styrelsen finder grundlag for at undersøge personens faglige virke eller egnethed. Sundhedsstyrelsens generelle praksis er, at en egnethedssag lukkes, når sundhedspersonen dør. Faglige sager lukkes generelt, når styrelsen ikke længere har mistanke om, at en sundhedsperson er til fare for patienterne. Såvel åbne som lukkede sager kan indeholde frivillige aftaler. Praksis for at lukke sager kan dog have varieret mellem de forskellige embedslægeinstitutioner og den centrale tilsynsenhed.

Der skal i hver enkelt sag i relevant omfang tages stilling til følgende:

- Har Sundhedsstyrelsen taget de fornødne skridt i sagen/sagerne, som vedrører den enkelte sundhedsperson, herunder om evt. virksomhedsindskrænkninger er tilstrækkelige?
- Har Sundhedsstyrelsen overholdt relevante tidsfrister?
- Har Sundhedsstyrelsen fulgt op på sagerne, herunder frivillige aftaler og ordinationsindskrænkninger?
- Har Sundhedsstyrelsen reageret tilstrækkeligt, hvis indberetninger eller andre oplysninger på sagen giver anledning til mistanke om over- eller fejlmedicinering eller anden kritisabel ordinationsadfærd?
- Kan Sundhedsstyrelsen træffe afgørelse i stedet for den/de frivillige aftale(r)?
- Kan sagen afsluttes og lukkes i journalsystemet?
- Om det, hvis sagen indeholder en speciallægeerklæring, er relevant at inddrage evt. sundhedsfaglig ekspertise med henblik på vurdering af kvaliteten af denne erklæring.

Hvis der ved gennemgang af den enkelte sag tegner sig et billede af, at der kan være sket alvorlige fejlbehandlinger, som eksempelvis i den konkrete sag med psykiateren fra Midtjylland, skal det i umiddelbar forlængelse heraf vurderes, om der er behov for at tage yderligere skridt i sagen. Det skal bl.a. vurderes, hvorvidt der er anledning til at kontakte regioner og kommuner med henblik på evt. kontakt til relevante patienter. Det skal understreges, at det i givet fald er regionerne og evt. kommunerne, der har ansvaret for opfølgning på de konkrete sager, herunder om der skal rettes henvendelse til patienter m.v.

Derudover skal der på baggrund af sagsgennemgangen ske en læringsopsamling, således at erfaringerne kan inddrages i Sundhedsstyrelsens fremtidige sagsbehandling. Det kunne eksempelvis være relevant at samle op på erfaringer og komme med evt. anbefalinger om, hvornår Sundhedsstyrelsen bør træffe en afgørelse, eller hvilke typer af sagsbehandlingsskridt, der er relevante i forskellige typer af sager.

.....
(...)"

Af kommissoriet fremgår videre:

"(...)

Undersøgelsen afsluttes med en samlet rapport. Afrapporteringerne afleveres til sundhedsministeren. Det skal fremgå af afrapporteringen vedr. undersøgelsens del 1, om der i undersøgelsesfasen er sendt sager til Sundhedsstyrelsen med en konkret anbefaling, f.eks. om at genoverveje eller ændre en frivillig aftale til en konkret afgørelse. Hvis dette er tilfældet, skal det endvidere fremgå, hvor mange sager Sundhedsstyrelsen har modtaget, og i hvor mange af disse sager styrelsen har fulgt anbefalingen.

(...)"

Som supplement til kommissoriet udsendte Sundheds- og Ældreministeriet den 4. august 2015 en opgavebeskrivelse. I opgavebeskrivelsen er kommissoriet gentaget, ligesom det er præciseret, at gennemgangen skal være af alle åbne tilsynssager vedrørende læger pr. 7. maj 2015 samt tilsynssager oprettet efter den 7. maj 2015 og indtil den 4. august 2015.

I opgavebeskrivelsens fodnote 2 er skæringstidspunktet for akter omfattet af undersøgelsen defineret som akter pr. 4. august 2015, ligesom det er anført:

"(...) Det betyder, at gennemgangen som udgangspunkt ikke skal omfatte akter, som er dateret efter skæringstidspunktet."

Som nærmere redegjort nedenfor i afsnit 5 har vi opfattet dette som et praktisk udgangspunkt, vi har kunnet fravige, hvis vi har anset det mest hensigtsmæssigt at inddrage yderligere akter med henblik på at besvare opdraget fyldestgørende i relation til de sager, der er omfattet af undersøgelsen.

Opgavebeskrivelsen supplerer derudover opdragets omfang i forhold til opsamling af generelle erfaringer, idet det er anført:

"(...)

*Opsamling af generelle erfaringer
Kammeradvokaten udarbejdede i 2014 en forvaltningsretlig gennemgang af nogle af Sundhedsstyrelsens sager og kom i den forbindelse med en række anbefalinger til Sundhedsstyrelsens fremtidige sagsbehandling. (...)*

.....

Når gennemgangen af sagerne i undersøgelsen er afsluttet, skal advokatfirmaet samle op på generel læring og om muligt formulere konkrete anbefalinger til Sundhedsstyrelsens fremtidige sagsbehandling i det omfang, dette ikke allerede er indeholdt i Kammeradvokatens forvaltningsretlige gennemgang fra 2014.

(...)”

Endvidere er det i opgavebeskrivelsen præciseret, at undersøgelsen ikke omfatter en forvaltningsretlig gennemgang af de enkelte afgørelser. Der er imidlertid nogle forvaltningsretlige regler og principper, der har en sådan forbindelse med tilsynsvirksomheden, at vi efter aftale med Sundheds- og Ældreministeriet har undersøgt overholdelsen af disse med henblik på at kunne besvare de spørgsmål, som opdraget giver.

Det drejer sig bl.a. om overholdelsen af proportionalitetsprincippet, hvorefter en afgørelse skal være egnet til at opfylde sit formål, men ikke må række videre end det, som er nødvendigt. Proportionalitetsprincippet er indgået i vores vurdering af, om der har været foretaget de fornødne skridt og rette foranstaltninger, ligesom vi har taget det i betragtning i forbindelse med vores konkrete anbefalinger.

Det drejer sig endvidere om notatpligten, jf. aktuelt lov nr. 606 af 12. juni 2013 om offentlighed i forvaltningen, § 13. I det omfang notatpligten ikke har været overholdt, har det gjort det mere vanskeligt for os at foretage en vurdering af sagerne, hvorfor vi har fundet det naturligt at påpege tilfælde, hvor notatpligten ikke er overholdt.

Endvidere har det været forudsat, at vi på et overordnet plan har haft opmærksomhed på, om tilsynsmyndighederne har overholdt persondatalovens krav om, at de patienter, hvis journaler er blevet indhentet til brug for en tilsynssag, skal orienteres om databehandlingen.

For en forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens tidligere sagsbehandling henviser vi til vores redegørelser af 22. december 2014 om en forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling og af 2. juni 2015 om Sundhedsstyrelsens brug af aftaler i egnethedssager.

Medmindre det følger af undersøgelsen, har vi ikke derudover eftersat overholdelsen af de formelle regler for myndighedsudøvelse, som regulerer forholdet mellem tilsynsmyndighederne og lægerne eller offentligheden i øvrigt. Det vil eksempelvis sige de regler, som fremgår af forvaltningsloven om, at en læge skal høres, inden der træffes afgørelse, og som bestemmer, at en afgørelse skal være behørigt begrundet m.fl.

Som forudsat i kommissoriet har der været nedsat en styregruppe, en koordineringsgruppe og en følgegruppe. Sidstnævnte med repræsentation af bl.a. patienterne og lægernes interes-

.....

ser. Følgegruppen har været involveret derved, at der undervejs har været afholdt i alt fire møder med henblik på drøftelse af bl.a. metode, foreløbige fund og perspektivering til interessenternes oplevelse af tilsynet med lægerne. Følgegruppen har endvidere haft mulighed for at kommentere et udkast til denne redegørelse.

3. SAMMENFATNING OG KONKLUSION

Baggrunden for beslutningen om at iværksætte en advokatundersøgelse var bl.a. to enkelt-sager om en psykiater fra Nordjylland og en psykiater fra Midtjylland. Sagen om psykiateren fra Midtjylland er genstand for undersøgelsens 2. del.

Et væsentligt spørgsmål for undersøgelsen har derfor været, om der blandt sagerne omfattet af opdraget findes flere sager af samme karakter som de to psykiatersager. Det vil sige sager, hvor Sundhedsstyrelsen havde modtaget informationer, men hvor styrelsen ikke har foretaget det fornødne på baggrund af informationen. Til besvarelse af dette overordnede spørgsmål kan vi oplyse, at:

- Der ikke blandt de sager, vi har gennemgået, er sager, hvor vi har anbefalet midlertidig autorisationsfratagelse eller andre virksomhedsbegrænsende tiltag nu og her som følge af information, der peger på en umiddelbar, aktuel fare for patientsikkerheden, som tilsynsmyndighederne ikke har reageret på.
- Der ikke blandt de sager, vi har gennemgået, er tilsynsforløb, hvor vi har konstateret, at der tegner sig et billede af alvorlige fejl, som på nuværende tidspunkt giver grundlag for at orientere regioner og kommuner.
- Der er blandt de sager, vi har gennemgået, 155 sager, hvor vi konkret har anbefalet Styrelsen for Patientsikkerhed at foretage opfølgning eller anden sagsbehandling.
- Der er blandt de sager, vi har gennemgået, et antal sager, hvor tilsynsmyndighederne efter vores opfattelse burde have ageret anderledes; men hvor der ikke i dag er grundlag for at gøre mere.

Styrelsen for Patientsikkerhed har besvaret vores 155 konkrete anbefalinger relevant og adækvat. Det er dog ikke i alle sager, at styrelsen endnu har foretaget det sagsbehandlings-skridt, som anbefalingen har givet styrelsen lejlighed til. I 97 sager har styrelsen således meddelt, at det ville ske/er i gang med at ske¹. Forudsat, at styrelsens reaktionstid i disse 97 sager er hurtig, giver det os ikke anledning til bemærkninger.

¹ Vi sendte vores anbefalinger den 6. juni, 21. juli, 4. september, 16. oktober, 14. november, 22. november og den 14. december 2016 og modtog Styrelsen for Patientsikkerheds tilbagemeldinger den 16. november, 12. december og den 20. december 2016

I de pågældende sager, hvor vores foreløbige anbefalinger er blevet fulgt (eller forventeligt vil blive fulgt), er der ikke afgivet en endelig anbefaling.

I en enkelt af de 155 sager har vi givet en endelig anbefaling, hvilket imidlertid kun beror på, at Styrelsen for Patientsikkerhed havde forstået vores foreløbige anbefaling anderledes end den var tiltænkt.

I de tilfælde, hvor tilsynsmyndigheden efter vores opfattelse burde have ageret anderledes, er der i vidt omfang tale om forhold, som Styrelsen for Patientsikkerhed, på baggrund af Sundhedsstyrelsens redegørelse af 8. oktober 2013², EPSO's³ rapport fra 2014⁴ og vores redegørelser af 22. december 2014 om en forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling og af 2. juni 2015 om Sundhedsstyrelsens brug af aftaler i egnetheds-sager, allerede er opmærksom på.

Det er efter vores opfattelse for tidligt at konkludere, om de tiltag Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende har gennemført, allerede har virket, og det er heller ikke hensigten med opdraget. Vi har i stedet på baggrund af vores fund ved gennemgangen af sagerne forsøgt at give et overblik over de punkter af særlig interesse, hvor der (fortsat) kan være årsag til ekstra opmærksomhed. Vi vil navnlig fremhæve følgende tre forhold i denne sammenfatning og konklusion:

- Opfølgning af egen drift.
- Overholdelse af tidsfrister og sagsbehandlingsskridt bestemt af Task Force.
- En mere konsekvent linje over for læger, der giver udtryk for at samarbejde, men i realiteten ikke gør det.

Det er vores opfattelse, at Tilsynet før etableringen af Styrelsen for Patientsikkerhed i for høj grad forsømt opfølgning af egen drift i de tilfælde, hvor lægen, hvis han blot efterlevede Tilsynets forventninger, ikke ville udgøre nogen fare for patientsikkerheden. Tilsynet forlod sig i stedet eksempelvis på, at en læge med en misbrugsproblematik eller en læge,

² Supplerende svar på spørgsmål 645 af 16. maj 2013 fra Sundheds- og Forebyggelsesudvalget

³ European Partnership for Supervisory Organizations in Health Services and Social Care

⁴ Report of a peer evaluation of the Danish Health and Medicines Authority, Sundhedsstyrelsen

.....

som var grundlæggende fagligt uenig med tilsynsmyndighederne selv ville holde tilsynsmyndighederne orienteret.

Styrelsen for Patientsikkerhed har efterfølgende taget hånd om opfølgning af egen drift ved indførelsen af de interne sagsbehandlingsvejledninger SET 082-01, SET 083-01 og SET 084-01 om journalføring af faglighedsager henholdsvis egnethedsager, hvor der er formuleret klare principper for opfølgingsfasen.

Derudover er der med lov nr. 656 af 8. juni 2016 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn fremadrettet givet Tilsynet yderligere reaktionsmuligheder, eksempelvis muligheden for at suspendere autorisationen under sygdomsmelding, som Tilsynet hidtil har manglet.

Hvis de nye tiltag og reaktionsmuligheder skal have fuld gennemslagskraft, er det vigtigt, at Styrelsen for Patientsikkerhed er konsekvente med opfølgningen. Idet den koordinerende indsats i de vanskelige tilsynsager sker på møder på Task Force, er der derfor grund til at have fortsat opmærksomhed på, at de beslutninger, som bliver taget der, også bliver ført ud i livet, og at det sker til tiden.

En konsekvent opfølgning indebærer efter vores opfattelse også, at der lægges en klar linje over for læger, som unddrager sig tilsynet, eller som ikke har forstået alvoren. Der synes i fortiden at have været en tilbøjelighed til at udvise for stor tålmodighed og tolerance i forbindelse med den opfølgning, som har været forankret regionalt hos embedslægerne.

Vores generelle anbefalinger, herunder til de tre ovennævnte særlige interessepunkter, fremgår af undersøgelsens enkelte punkter og er vedlagt i oversigtsform (**bilag 2**).

Undersøgelsen er retrospektiv og tager ikke sigte på forholdene i dag, jf. bl.a. de ovenfor anførte ændringstiltag, hvorfor den kun med forsigtighed bør anvendes til at drage konklusioner om forholdene i dag.

Vi har på baggrund af vores foreløbige anbefalinger konstateret, at tilsynsmyndighederne i nogle af de sager, hvor vi har skønnet, at sagsbehandlingen burde have været anderledes, faktisk har gjort det, der manglede, men uden, at det er blevet dokumenteret på sagen.

Vi kan altså have rubriceret forhold som kritisable, fordi vi ikke har kunnet konstatere, hvad der er sket, jf. i øvrigt ovenfor, afsnit 3, om notatpligten og nedenfor, afsnit 21.1.2, om sager, hvor det ikke har været muligt at afgøre, om Sundhedsstyrelsen havde forholdt sig til en afgørelse fra Patientombuddet eller Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn.

Da vi kun har givet anbefalinger om konkrete sagsbehandlingsskridt på sager, hvor der var et aktuelt behov herfor, har vi ikke ført statistik over antallet af tilfælde, hvor vi har rubrice-

.....

ret noget som en kritik af sagsbehandlingen, selv om det måske i stedet skulle have været en kritik af journalføringen. Journaliseringen af oplysningerne er et af de forvaltningsretlige spørgsmål, der ikke er omfattet af undersøgelsen, idet vi endvidere bemærker, at der i dag er andre vejledninger om journalisering end på tidspunktet for behandlingen af langt de fleste af sagerne omfattet af opdraget.⁵

Vi har i undersøgelsen eksemplificeret vores fund. Eksemplerne er tænkt som en illustration af det, der på de respektive områder har været uhensigtsmæssigt, eller som er gået godt eller skidt. Eksemplerne er taget ud af en kontekst, idet et eksempel på et uhensigtsmæssigt sagskridt godt kan være taget fra en sag, der i øvrigt blev behandlet korrekt og omvendt. Eksemplerne er medtaget af hensyn til læserens forståelse, men også så Sundheds- og Ældreministeriet samt Styrelsen for Patientsikkerhed med deres indsigt i de praktiske forretningsgange, om der kan peges på forbedringstiltag. Derfor illustrerer eksemplerne også i overvejende grad sagsbehandling, der efter vores opfattelse burde have været anderledes. En konklusion baseret kun på eksemplerne i denne undersøgelse vil imidlertid være unuanceret.

Angående vores anbefalinger til forbedringstiltag er der ikke tale om nogen udtømmende oplistning. Vi har således ikke foretaget en arbejdsflowanalyse eller i øvrigt haft indsigt i eller evalueret de praktiske forretningsgange på en måde, som ville gøre os i stand til udtømmende at opliste forslag til forbedringer. Endvidere har vi ikke foreslået tiltag på områder, hvor der allerede er igangsat tiltag, som er blevet implementeret, men uden at de fulde effekter endnu afspejles, eller tiltag som venter på at blive implementeret.

Vores generelle anbefalinger er kun som forudsat i opdraget et bidrag til en læringsopsamling på baggrund af gennemgangen af sagerne.

4. ”SUNDHEDSSTYRELSEN” OG ”TILSYNET”

På tidspunktet for kommissoriet af 7. maj 2015 og opgavebeskrivelsen af 4. august 2015, var Sundhedsstyrelsen ansvarlig for individtilsynet med læger, jf. dagældende lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014.

Den 8. oktober 2015 blev Styrelsen for Patientsikkerhed imidlertid etableret ved en sammenlægning af Patientombuddet og Sundhedsstyrelsens tilsynsenheder. Sundhedsstyrelsens tilsynsenheder omfattede i relation til individtilsynet med læger de lokale embedslægeinstitutioner og den centrale Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed. De opgaver som Sundhedsstyrelsens tilsynsenheder foretog, herunder individtilsynet med læger, overgik således til Styrelsen for Patientsikkerhed.

⁵ Det er ganske få sager, hvor vi har givet en konkret anbefaling, at Styrelsen for Patientsikkerhed har besvaret, at sagsbehandlingen havde fundet sted, men ikke kunne ses på sagen. Antallet af sager, hvor det er tilfældet, er efter vores opfattelse uden signifikans for resultaterne af vores undersøgelse i øvrigt. Vi har derfor ikke korrigeret vores oprindelige besvarelse af de ni spørgsmål på en sag, i de ganske få tilfælde, hvor svaret på en konkret anbefaling ellers kunne give anledning til dette.

Styrelsen for Patientsikkerhed har funderet opgaverne i Tilsynscentret, som omfatter de tre regionale enheder for Tilsyn og Rådgivning Nord, Syd og Øst. Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed findes ikke længere som en selvstændig enhed, idet den allerede i 2014 blev lagt sammen med Embedslægeinstitutionen Øst til Embedslægeinstitutionen Øst og Tilsyn.

Embedslægerne spiller stadig en væsentlig tilsynsrolle, men bl.a. af hensyn til muligheden for, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan tilrettelægge udførelsen af sin rolle bedst muligt, henvises der ikke længere til embedslægerne i lovgivningen, men til Styrelsen for Patientsikkerhed generelt. I dagligt tale og i eksempelvis Task Forces forretningsorden omtales enhederne SENORD SESYD og SEOEST & Tilsyn.

Task Force blev etableret i henhold til Sundhedsstyrelsens redegørelse af 8. oktober 2013 med virkning fra 1. august i 2013 med det formål for øje at koordinere de sager, der går på tværs mellem tilsynsmyndighederne. Task Force findes stadig og har i henhold til sin forretningsorden som erklæret mål at sikre fremdrift og ensartethed i sagsbehandlingen af tilsynssager, særligt sager hvor sundhedspersoner potentielt udgør en risiko for patientsikkerheden. Task Force udgør således kernen af tilsynet i de sager, som ikke kan afsluttes af sagsbehandlerne selv.

I denne undersøgelse benyttes begrebet ”Tilsynet” som samlebetegnelse for Sundhedsstyrelsen (herunder Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed), embedslægeinstitutionerne, Styrelsen for Patientsikkerhed (herunder Tilsynscentret) og Task Force. Hvor det er relevant, henviser vi i undersøgelsen til den enhed, hvis forhold vi konkret kommenterer.

5. ANTAL SAGER OG SKÆRINGSDATO FOR UNDERSØGELSEN

Undersøgelsen er baseret på 512 egnethedssager og 657 faglighedssager eller i alt 1169 sager. For at opfylde opdraget har vi derudover også orienteret os i akter og sager, der ikke er omfattet af de i opdraget oplistede sager. Dette skyldes, at mange af sagerne omfattet af opdraget er udløbere af sager, der ikke er omfattet af opdraget. Det har været nødvendigt med henblik på en forsvarlig gennemgang at kende sagernes forudgående forløb. Dertil kommer, at mange af sagerne omfattet af opdraget efter skæringsdatoen for undersøgelsen er blevet fortsat enten på samme sag eller en ny sag, der ikke er omfattet af opdraget. Det ville udgøre en betydelig fejlkilde, som kunne føre til uhensigtsmæssige konkrete anbefalinger til Styrelsen for Patientsikkerhed, ikke at kende disse efterfølgende forløb.

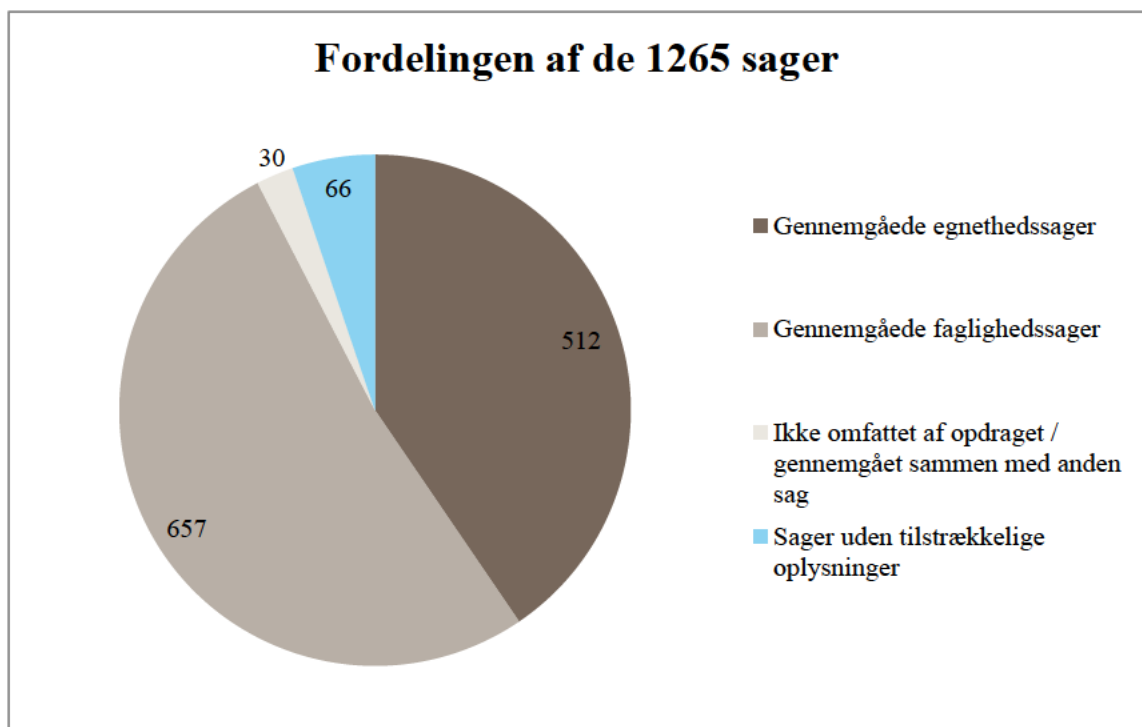
Skæringsdatoen for vores gennemgang af sagerne omfattet af opdraget har af samme årsag ikke været akter pr. tidspunktet for opgavebeskrivelsen af 4. august 2015, men akter pr. den senere dato for vores faktiske gennemgang af de enkelte sager.

Vi modtog oprindeligt fra Styrelsen for Patientsikkerhed en liste med 1265 sager, der umiddelbart var omfattet af opdraget, sådan som det var defineret af ministeriet. Det drejede sig om 585 egnethedssager og 680 faglighedssager.

Når vores undersøgelse ikke er baseret på en gennemgang af alle 1265 sager, men 1169, skyldes det, at der er 96 sager, vi ikke har taget i betragtning. Det fordeler sig med 73 sager oprettet som egnethedssager og 23 sager oprettet som faglighedssager.

30 af sagerne viste sig at være sager, der ikke var omfattet af opdraget – eksempelvis var der også aktindsigtssager og sager om personer under uddannelse iblandt de fremsendte – eller sager, som mest hensigtsmæssigt burde gennemgås sammen med en anden sag omfattet af opdraget.

Derudover var der 66 sager, som det – selv efter anmodning om de fysiske akter – ikke var muligt at tage i betragtning, fordi det helt eller delvist ikke var muligt at læse sagens akter, eller oplysningsgrundlaget af andre årsager var for sparsomt, jf. punkt 6 nedenfor.



6. ADGANG TIL SAGERNES AKTER

Vi har til brug for opgavens udførelse fået fjernadgang til Styrelsen for Patientsikkerheds elektroniske journalsystem, Captia 11, tillige med de forudgående journaliseringsperioder.

Styrelsen for Patientsikkerhed oplyser selv om Captia 11, Captia 07 og Captia 02, at de fra 2005 dækker fuld elektronisk arkivering. Endvidere har vi haft mulighed for at anmode om fysiske akter. Eksempelvis hvis der på en sag var akter, som ikke kunne åbnes, eller fordi sagen umiddelbart burde indeholde flere akter, end vi kunne finde elektronisk.

Den 28. september 2016 benyttede vi muligheden og anmodede om fysiske akter på 52 sager. Vi modtog svar allerede den 30. september 2016; men kunne i alle tilfælde konstatere, at der ikke herved fremkom andet end det, vi selv kunne åbne elektronisk.

Vi har derfor ikke efter den 28. september 2016 anmodet om fysiske akter i yderligere sager. Vi har så vidt muligt forsøgt at forholde os til alle spørgsmål i opdraget, også på de sager, hvor vi ikke har haft adgang til alle akter. Hvis det har været muligt at udlede indholdet af et akt/bilag ud fra dets titel og sagens sammenhæng, har vi benyttet den metode fremfor ikke at forholde os til sagen, men som anført ovenfor, afsnit 5, er der 66 sager, som vi ikke meningsfuldt har kunnet gennemgå grundet et for sparsomt materiale.

Vi har ikke undersøgt, hvad det beror på, at der ikke fremkom andet end det, vi selv kunne åbne, da det falder uden for opdraget. En forklaring kan for mange af sagerne være fjernarkivering af gamle akter, da mange af sagerne er ældre end 2005 og dermed ikke omfattet af Captias fulde elektroniske arkivering. I andre sager kan en forklaring være, at akterne har været journaliseret på en anden sag, og at der har manglet fjernhenvisninger. I de nyere sager, hvor forklaringen ikke kan være manglede fuld elektronisk journalisering, har der for en umiddelbar betragtning været tale om afsluttede sager eller sager uden aktuel aktivitet, men vi har som anført ikke haft nogen mulighed for at foretage en egentlig vurdering af disse.

7. DE NI SPØRGSMÅL, DER DANNER GRUNDLAG FOR UNDERSØGELSEN

Med henblik på en systemiseret og brugbar tilbagemelding på de rapporteringsønsker, som er beskrevet i kommissoriet og opgavebeskrivelsen, jf. ovenfor i afsnit 2, er rapporteringsønskerne blevet nedbrudt i ni spørgsmål. Det er disse ni spørgsmål, som vi for alle sager har forholdt os til og som sammen med opdelingen i egnetheds- og faglighedssager danner grundlag for denne redegørelses systematik:

| Spørgsmålets overskrift | Kommissoriet / opgavebeskrivelsen | Vores (evt.) kommentar |
|-------------------------|--|--|
| Fornødne skridt | Har Sundhedsstyrelsen taget de fornødne skridt i sagen/sagerne, som vedrører den enkelte sundhedsperson, herunder om evt. virksomhedsindskrænkninger er tilstrækkelige? | |
| Tidsfrister | Har Sundhedsstyrelsen overholdt relevante tidsfrister? | |
| Opfølgning på sager | Har Sundhedsstyrelsen fulgt op på sagerne, herunder frivillige aftaler og ordinationsindskrænkninger? | Vi har behandlet "... herunder ..." som udtryk for et ikke udtømmende eksempel og foretaget en bred vurdering af, om Tilsynet har fulgt op. |
| Rette foranstaltninger | Har Sundhedsstyrelsen reageret tilstrækkeligt, hvis indberetninger eller andre oplysninger på sagen giver anledning til mistanke om over- eller fejlmedicinering eller anden kritisabel ordinationsadfærd? | Vi har ikke kun bedømt spørgsmålet i forhold til kritisabel ordinationsadfærd, men i forhold til kritisabel adfærd i det hele taget. Vi har derfor som med "opfølgning" foretaget en bred vurdering af, om Tilsynet har foretaget de rette foranstaltninger. |

| Spørgsmålets overskrift | Kommissoriet / opgavebeskrivelsen | Vores (evt.) kommentar |
|-----------------------------------|--|--|
| Frivillige aftaler | Kan Sundhedsstyrelsen træffe afgørelse i stedet for den/de frivillige aftale(r)? | <p>Vi har svaret ja, hvis Tilsynet kan træffe afgørelse og det også i dag ville give mening at erstatte en frivillig aftale med en afgørelse.</p> <p>Vi har svaret nej, hvis Tilsynet i henhold til vores vurdering godt kunne benytte sig af en frivillig aftale, eller hvis det ikke i dag ville give mening at erstatte en frivillig aftale med en afgørelse.</p> |
| Vurdering af speciallægeerklæring | Om det, hvis sagen indeholder en speciallægeerklæring, er relevant at inddrage evt. sundhedsfaglig ekspertise med henblik på vurdering af kvaliteten af denne erklæring. | |
| Afslutning og nedlukning | Kan sagen afsluttes og lukkes i journalsystemet? | <p>Vi har svaret ja, hvis sagen på tidspunktet for vores gennemgang var afsluttet, og det fremstod korrekt, eller hvis sagen ikke var afsluttet, men kunne blive det.</p> <p>Vi har svaret nej, hvis sagen på tidspunktet for vores gennemgang var afsluttet, og det fremstod forkert, eller hvis sagen ikke var afsluttet, og heller ikke kunne blive det.</p> |
| Foreløbige anbefalinger | Det skal fremgå af afrapporteringen vedr. undersøgelsens del 1, om der i undersøgelsesfasen er sendt sager til Sundhedsstyrelsen med en | Er der sendt en eller flere konkrete anbefalinger på sagen. |

| Spørgsmålets overskrift | Kommissoriet / opgavebeskrivelsen | Vores (evt.) kommentar |
|----------------------------|--|---|
| | konkret anbefaling, f.eks. om at genoverveje eller ændre en frivillig aftale til en konkret afgørelse. Hvis dette er tilfældet, skal det endvidere fremgå, hvor mange sager Sundhedsstyrelsen har modtaget, og i hvor mange af disse sager styrelsen har fulgt anbefalingen. | |
| Opfølgning på anbefalinger | -ii- | Har Tilsynet forholdt sig til anbefaling(erne) på sagen og givet en tilbagemelding. |
| Endelige anbefalinger | -ii- | Giver Tilsynets tilbagemelding(er) eller mangel på samme anledning til at komme med en ny anbefaling på sagen eller gentage de(n) første. |

De brede formuleringer fører til, at det er hensigtsmæssigt at foretage en nærmere afgrænsning af tidsfrister, opfølgning, rette foranstaltning, frivillige aftaler samt afslutning og nedlukning over for hinanden.

Der kan argumenteres for, at hvis Tilsynet har truffet en afgørelse for sent; har undladt at følge op på en beslutning; har undladt at reagere på en indberetning; har indgået en frivillig aftale, som burde have været en afgørelse; eller ikke har afsluttet en sag, der kan afsluttes, så har Tilsynet heller ikke foretaget de fornødne skridt og vice versa.

Idet fornødne skridt, tidsfrister, opfølgning, frivillige aftaler, rette foranstaltninger samt afslutning og nedlukning netop er udskilt til selvstændige spørgsmål, er de imidlertid også blevet bedømt uafhængigt af hinanden. Der er derfor ikke noget svar på nogen af disse spørgsmål, som automatisk har medført et korresponderede svar på nogle af de øvrige spørgsmål. Eksempelvis kan Tilsynet have truffet den rigtige afgørelse (=ja til fornødne skridt), men gjort det for sent (=nej til tidsfrister), uden undervejs at have foretaget de rette foranstaltninger (=nej til rette foranstaltninger) og uden at følge op på, om afgørelsen er blevet overholdt (=nej til opfølgning). Lægen er imidlertid over 75 år og har ikke længere ret til selvstændigt virke. Sagen kan derfor godt afsluttes (=ja til afslutning og nedlukning).

Sondringen mellem fornødne skridt og rette foranstaltninger kræver derudover en uddybning. Fornødne skridt har vi behandlet som en bagudrettet helhedsvurdering af, om Tilsynet undervejs og afslutningsvis gjorde, hvad der var nødvendigt. Rette foranstaltninger har vi behandlet som en vurdering af, om Tilsynet på det tidspunkt, hvor man modtog en oplysning om en kritisabel adfærd, reagerede tilstrækkeligt på oplysningen.

Eksempel 7.1: Sondringen mellem fornødne skridt og rette foranstaltninger

Tilsynet modtog den 3. juli 2015 en indberetning fra et lægehus vedrørende en læges behandling af en af klinikens patienter. Klinikken var bekymret over lægens diagnose, ordinerings af medicin og manglende oplysning til klinikken i forhold til den videre behandling af patienten. Tilsynet havde ikke på tidspunktet for vores gennemgang foretaget sagsbehandling i anledning af indberetningen (=nej til rette foranstaltninger). I en anden sag vedrørende lægen fik lægen imidlertid den 9. juli 2015 frataget sin autorisation (=ja til fornødne skridt).

Derudover har der været en del sager, hvor det konkret ikke har været muligt eller meningsfuldt at opretholde en sontring. Det gælder eksempelvis de (mange) sager, hvor der er skabt en formodning for, at opfølgningen ikke har været tilstrækkelig, fordi den er sket meget sent og uden nogen umiddelbar forklaring, eller ved noget der fremstår som en tilfældighed.

Eksempel 7.2: Sen opfølgning uden umiddelbar forklaring

Styrelsen for Patientsikkerhed fratog den 23. april 2007 lægens autorisation med henvisning til artikel 18 i overenskomst af 14. juni 1993 om fællesnordisk arbejdsmarked for visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet. Herefter foretog Tilsynet sig i mere end 8 år ikke yderligere. Den 29. oktober 2015 trak Styrelsen for Patientsikkerhed på en nyoprettet sag et SOOP udtræk. Det fremgår ikke af sagen hvorfor.

Vi har, for at kunne levere en brugbar undersøgelse, tilstræbt en stor grad af konsekvens i forhold til ovenstående, men på grund af de beskrevne afgrænsningsproblemer kan vi ikke garantere en fuldstændig ensartethed for alle gennemgåede sager. Det væsentligste for os har i de tilfælde, hvor der har været afgrænsningsproblemer, ikke været sontringerne mellem de forskellige spørgsmål. Det har i stedet været at afdække, om der var grund til at give Styrelsen for Patientsikkerhed en konkret anbefaling i forhold til de enkelte sager og indholdet heraf.

Det er vigtigt at understrege, at fundene i denne undersøgelse ikke kan eller skal akkumuleres. Når vi eksempelvis i egnethedssagerne 71 gange har svaret nej til fornødne skridt, 222 gange til tidsfrister, 223 til opfølgning og 89 gange til rette foranstaltninger, er det i sagens natur ikke ensbetydende med, at der er 605 sager ud af 512, hvor Tilsynet efter vores vurdering burde have handlet anderledes. Der er i vid udstrækning blevet svaret nej til flere

spørgsmål på samme sag, jf. bl.a. nedenfor, afsnit 18.3 om fornødne skridt, opfølgning og rette foranstaltninger.

Hvordan vi i øvrigt har foretaget gennemgangen af sagerne omfattet af opdraget er ved projektets start præsenteret for styre- og følgegruppen. Metoden vil ikke blive beskrevet yderligere i denne redegørelse.

8. DET RETLIGE GRUNDLAG

Den ældste sag omfattet af opdraget blev oprettet den 11. februar 2002 og de nyeste den 31. juli 2015. Den retlige regulering af tilsynet med læger for denne periode, og lovgivers tilhørende motiver, er omfattende. Det drejer sig bl.a. om:

- Lægeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 272 af 19. april 2001
- Autorisationsloven, jf. lov nr. 451 af 22. maj 2006, med senere ændringer, jf. senest lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 (det vil sige uden ændringerne ved lov nr. 656 af 8. juni 2016 om Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn med videre)
- Centralstyrelsesloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 790 af 10. september 2002
- Sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, med senere ændringer, jf. senest lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016

Hertil kommer ikke mindst vejledning om afhængighedsskabende lægemidler, jf. senest vejledning nr. 9009 af 27. december 2013, samt bekendtgørelse nr. 81 af 8. september 1994 af overenskomsten af 14. juni 1993 med Finland, Island, Norge og Sverige om fælles nordisk arbejdsmarked for visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet (med senere tillægsaftale om ændringer).

Der vil ikke her blive redegjort nærmere for reguleringen, idet de væsentligste bestemmelser forudsættes kendt. I det omfang der i undersøgelsen redegøres for reguleringen, er der hovedsageligt tale om detailbestemmelser, som ikke forudsættes kendt, samt de ikke-bindende, ikke-offentlige sagsbehandlervejledninger (SET'ere) Tilsynet selv har udarbejdet.

Folketinget vedtog den 8. juni 2016 lov nr. 656 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, der som følge af sit ikrafttrædelsestidspunkt den 1. juli 2016 og overgangsregler, ikke i udgangspunktet har været relevant for vores gennemgang af sagerne.

I de sager, hvor vi har anbefalet Styrelsen for Patientsikkerhed at overveje videre sagsbehandling, eller i sager som fortsat verserer, hvor vi ikke har givet anbefalinger, lægger vi til

grund, at Styrelsen for Patientsikkerhed selv foretager den nødvendige juridiske og faglige vurdering og på baggrund af denne forfølger de muligheder, som den nye lov indeholder, herunder eksempelvis suspension af en autorisation, jf. lovens § 10 c⁶.

9. EGNETHEDS- OG FAGLIGHEDSSAGER

459 af de i alt 657 faglighedssager vi har gennemgået, er faglighedssager oprettet på baggrund af en afgørelse fra enten Patientombuddet eller Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn (en ”POB-afgørelse”, jf. nærmere nedenfor afsnit 21). Disse sager kan med fordel opdeles i en række typetilfælde. Det samme gælder ikke for de i alt 512 egnethedssager, vi har gennemgået. Hertil kommer, at der også er andre forskelle, som gør det hensigtsmæssigt at sondre mellem egnetheds- og faglighedssager.

Undersøgelsens hovedafsnit B vedrører dele af opdraget, som er behandlet fælles for egnetheds- og faglighedssagerne, hovedafsnit C vedrører egnethedssager, mens undersøgelsens hovedafsnit D vedrører faglighedssager. I hovedafsnit E beskriver vi nogle yderligere observationer, som vi har hæftet os ved, men som ikke specifikt angår de ni spørgsmål. Observationerne gælder både for egnetheds- og faglighedssager.

⁶ Suspension i henhold til § 10 c kan ikke ske i tilfælde, hvor handlinger eller undladelser, der giver anledning til begrundet mistanke om en for patientsikkerheden ligger før lovens ikrafttræden, jf. overgangsreglen i lovens § 8, stk. 7

B. DELE AF OPDRAGET BEHANDLET FÆLLES FOR EGNETHEDS- OG FAGLIGHEDSSAGERNE

10. HENVENDELSE TIL REGIONER OG KOMMUNER

Som beskrevet ovenfor, afsnit 2, har en af opgaverne bl.a. været at vurdere, om der er anledning til at kontakte regioner og kommuner, hvis der tegner sig et billede af, at der kan være sket alvorlige fejlbehandlinger.

Der findes ingen klar praksis for, hvornår eller i hvilke tilfælde Styrelsen for Patientsikkerhed på baggrund af en tilsynssag skal rette henvendelse til regioner og kommuner. Sundhedslovens § 213, stk. 4, jf. § 1, nr. 14, i lov nr. 656 af 8. juni 2016 om Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn med videre anfører blot:

”§ 213. (...)

(...)

(...)

stk. 4. Bliver Styrelsen for Patientsikkerhed bekendt med overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet orienterer styrelsen vedkommende behandlingssted eller myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed orienterer desuden offentligheden, når særlige sundhedsmæssige forhold gør det nødvendigt.”⁷

Af forarbejderne til bestemmelsen, jf. lovforslag nr. 184 af 28. april 2016, fremgår, at forpligtelsen allerede følger af det, som gælder efter det reaktionære tilsyn, der nu erstattes af det risikobaserede tilsyn. Forpligtelsen er derfor ikke nu. Endvidere fremgår det af forarbejderne:

”(...)

Ud over den tilsynsmæssige opfølgning over for de enkelte behandlingssteder kan der være behov for at informere offentligheden aktivt i helt særlige situationer – eksempelvis ved fund af alvorlig karakter, hvor det er nødvendigt hurtigst muligt at orientere offentligheden for at sikre patientsikkerheden.

(...)”

Det er ikke formålet med denne undersøgelse at fastlægge praksis for, hvilke situationer der er omfattet af forpligtelsen at informere offentligheden. Vi har derfor henholdt os til lovforarbejderne, der efter vores opfattelse opstiller to skønmæssige betingelser: 1) fund af alvorlig karakter og 2) et hensyn til sikring af patientsikkerheden.

Der er umiddelbart ikke noget tvingende hensyn til patientsikkerheden, hvis de fund af alvorlig karakter, som er gjort, ligger mange år tilbage i tid og intet i øvrigt tyder på en aktuel

⁷ Bestemmelsen træder først i kraft den 1. januar 2017, jf. overgangsreglen i lovens § 8, stk. 2.

fare; eller hvis patienterne, regionen eller kommunen allerede må antages at være blevet gjort bekendt med disse på anden vis.

Der er efter vores opfattelse ikke blandt de sager, som vi har gennemgået, tilfælde, hvor der både er fund af alvorlig karakter og en aktuel fare for patientsikkerheden. Dette er ikke udtryk for, at det i ingen sager måske på et tidspunkt kunne have været relevant at kontakte regioner og kommuner – og i enkelte sager er det så vidt ses også sket. Det er i stedet et udtryk for, at de sager, hvor det måske på et tidspunkt kunne have været relevant, men ikke skete, i dag savner aktualitet.

11. FRIVILLIGE AFTALER

I vores redegørelse af 2. juni 2015 om en forvaltningsretlig redegørelse for Sundhedsstyrelsens brug af aftaler i egnethedssager beskrev vi, at Tilsynets daværende praksis med at indgå ”frivillige aftaler” i nogle tilfælde var uden hjemmel og i andre tilfælde betænkelig. Vi anførte den gang:

”(…)

Mine konklusioner er følgende:

- *Der er efter min opfattelse ikke hjemmel i autorisationsloven til i egnethedssager at indgå aftaler med vilkår om, at en sundhedsperson ikke må gå på arbejde, så længe sygdommen/misbruget består. Tilsvarende gælder aftaler om, at autorisationsfratagelse eller virksomhedsindskrænkning undlades på vilkår af overholdelse af kontrolforanstaltninger eller behandlingsforløb. Jeg anbefaler, at Sundhedsstyrelsen fremover ikke indgår aftaler med vilkår herom.*
- *Der kan efter min opfattelse indgås aftaler med sundhedspersoner i egnethedssager, såfremt aftalen alene sigter på undersøgelse af, om den pågældende sundhedsperson må antages at være til fare for andre mennesker, og alene indeholder vilkår, som ville kunne gøres til genstand for påbud om efter autorisationslovens § 6, stk. 2. Til indgåelse af sådanne aftaler knytter sig imidlertid nærmere angivne generelle betænkeligheder, som jeg anbefaler, at Sundhedsstyrelsen inddrager i sin sagsbehandling.*

(…)”

Styrelsen for Patientsikkerhed har allerede taget dette til sig. Derudover har Styrelsen for Patientsikkerhed med lov nr. 656 af 8. juni 2016 fået nye sanktionsmuligheder, der stemmer bedre overens med den praktiske virkelighed, som findes, når en læge eksempelvis på grund

af sygdom ikke bør arbejde; men hvor evnen til at arbejde må forventes intakt, når lægen er blevet rask.

Som følge af den udstrakte brug af frivillige aftaler i tidligere praksis er det forventeligt, at vi også blandt sagerne omfattet af opdraget har fundet mange eksempler på disse. Vi har således noteret, at Tilsynet indgik frivillige aftaler i mindst 338 ud af 512 egnethedssager (~66 procent) og mindst 17 ud af de 198 faglighedsager (~8.6 procent), som ikke kunne afsluttes med en redegørelse fra lægen eller blot en orientingsskrivelse.

Tallene er forbundet med en vis usikkerhed, idet det ikke altid fremstår klart, om der faktisk er blevet indgået en aftale. Hertil kommer, at nogle "aftaler" nærmere har været udtryk for, at Tilsynet har indskærpet de gældende regler over for lægerne.

Det drejer sig eksempelvis om de sager, hvor Tilsynet og lægen har indgået aftale om, at lægen ikke må ordinere medicin til sig selv eller sine nærmeste. Det fremgår allerede af vejledning nr. 9009 af 27. december 2013 om ordination af afhængighedsskabende medicin og tidligere udgaver af samme, at en læge som hovedregel ikke bør ordinere til sig selv eller sine nærmeste. En dialog herom kan derfor næppe betegnes som en aftale, der har en selvstændig retsvirkning ud over det, som allerede følger af vejledningen.

Da det problematiske ved anvendelsen af frivillige aftaler allerede før vores undersøgelse var erkendt og praksis ændret, har vores fokus i denne undersøgelse ikke været på antallet af sager med frivillige aftaler. Det har i stedet været, om der var frivillige aftaler, som Styrelsen for Patientsikkerhed i dag burde ændre til en afgørelse. Afgørende for vores besvarelse af dette spørgsmål har ikke kun været, om Tilsynet oprindeligt lovligt kunne indgå aftalen, eller om der burde have været truffet en afgørelse; men også om det efter en afvejning af hensynet til patientsikkerheden og lægen i dag ville være proportionalt og rimeligt at træffe afgørelse.

Det ville efter vores opfattelse ikke være proportionalt eller rimeligt at træffe afgørelse i tilfælde af ældre frivillige aftaler, hvor der i en længere periode – oftest årevis – ikke har været konstateret eller rapporteret om problemer med overholdelsen af den aftale, som blev indgået. Vurderingen heraf indeholder selvsagt et betydeligt skønselement.

På den baggrund har vi har i syv egnethedssager (~2,1 procent af de egnethedssager, hvor der var indgået en aftale) og én faglighedssag (~5.9 procent af de faglighedssager, hvor der var indgået en aftale) anbefalet, at Styrelsen for Patientsikkerhed som minimum overvejer, om det i dag giver mening at erstatte de oprindelige aftaler med afgørelser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har oplyst, at der i den ene sag i mellemtiden var sket autorisationsfratagelse. I de øvrige sager har Styrelsen for Patientsikkerhed besluttet ikke at er-

statte nogen af aftalerne med afgørelser. Styrelsen for Patientsikkerhed vil i stedet løbende følge op på, om de oprindelige aftaler overholdes. For en af lægerne sker det helt automatisk, idet lægen af andre årsager er kommet under skærpet tilsyn.

For flertallet af de øvrige læger gælder videre, at de enten er blevet pensioneret eller som følge af det fyldte 75. år ikke længere har ret til selvstændigt virke. For disse læger består den løbende opfølgning i at kontrollere, at arbejdet ikke genoptages/ikke genoptages som selvstændigt virke.

Da der er et væsentligt hensyn til lægerne, som har indgået en aftale i den tro, at aftalen var hjemlet, finder vi det i de konkrete sager acceptabelt, at styrelsen – forudsat der sker løbende opfølgning – har valgt denne fremgangsmåde.

12. AFSLUTNING OG NEDLUKNING

I vores redegørelse af 22. december 2014 om forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling beskrev vi, at Tilsynets daværende praksis med at holde egnethedssagerne åbne i princippet ind til lægens død, og dermed også fortsætte med at opbevare sagernes oplysninger elektronisk, ikke var forenelig med persondataloven. For en nærmere gennemgang henviser vi til redegørelsen. Vi er bekendt med, at Styrelsen for Patientsikkerhed i dag ikke holder egnethedssagerne åbne længere, end det skønnes nødvendigt, og at der allerede før udarbejdelsen af denne undersøgelse var et oprydningsarbejde i gang med at få lukket og arkiveret gamle sager.

Vi er ikke bekendt med, at der for faglighedssager har været fulgt en praksis om at holde disse åbne til lægernes død eller i øvrigt længere end nødvendigt.

Formålet med spørgsmålet om afslutning og nedlukning har i denne omgang alene været at konstatere, om der er sager, som ud fra en tilsynsfaglig betragtning kan afsluttes, eller om der omvendt er sager, som ikke burde have været afsluttet.

I forbindelse med vores gennemgang har vi konstateret, at Styrelsen for Patientsikkerhed allerede var i gang med at afslutte sager, der ikke længere behøvede at være åbne. Vores undersøgelse og anbefalinger om afslutning har derfor på dette punkt overlappet styrelsens eget arbejde. Af samme årsag har vi ikke fokuseret på antallet af anbefalinger, vi har givet om sager, der kunne afsluttes. Vi har i stedet fokuseret på det samlede antal af sager, som på tidspunktet for vores gennemgang kunne afsluttes eller var blevet afsluttet fejlagtigt.

Vi har i svaret ja til afslutning og nedlukning i 427 egnethedssager (~73 procent af alle 585 modtaget sager), nej i 95 egnethedssager (16,2 procent af alle 585 modtaget sager), mens vi ikke har besvaret spørgsmålet i de resterende sager. De sager, vi har svaret nej til omfatter både sager, der ikke skal afsluttes, fordi der fortsat sker sagsbehandling, og sager

.....

som er afsluttet, men muligvis ikke burde have været det. I sidstnævnte tilfælde har vi givet anbefalet Styrelsen for Patientsikkerhed at overveje, om sagerne skulle genåbnes.

Når vi besvaret spørgsmålet i 522 egnethedssager, men undersøgelsen kun er baseret på 512 sager, skyldes det, at vi på det foreliggende grundlag har tiltrådt eller anbefalet afslutning af en række sager, hvor der ikke har været aktivitet i en lang periode, selv om vi helt eller delvist ikke har haft mulighed for at læse akterne på sagen.

For så vidt angår faglighedssagerne har vi svaret ja til afslutning og nedlukning i 586 sager (~86,2 procent af alle 680 modtaget sager), nej i 59 (~8,7 procent af alle 680 modtaget sager), mens vi ikke har besvaret spørgsmålet i de resterende sager.

Når vi kun har besvaret spørgsmålet i 645 faglighedssager, selv om undersøgelsen er baseret på 657 sager, skyldes det, at det på tidspunktet for gennemgangen af nogle sager var usikkert at svare enten ja eller nej. I de sager har vi givet Styrelsen for Patientsikkerhed en konkret anbefaling, der skal være med til at belyse, om sagen kan afsluttes.

Samlet viser Styrelsen for Patientsikkerheds eget igangværende arbejde og vores gennemgang, at sagsporteføljen har været belastet med op imod minimum 1013 sager, der har stået åbne, uden at der var behov for det.

En afslutning af alle 1013 er ikke forbundet med nogen en-til-en ressourcebesparelse. Dels fordi sagsbehandlingen på en lang række af sagerne reelt har været afsluttet længe, dels fordi der på andre sager er behov for, at der fortsat sker opfølgning, bare på et andet journalnummer.

13. FORELØBIGE OG ENDELIGE ANBEFALINGER

Af kommissoriet fremgår, at

”... det skal fremgå af afrapporteringen vedr. undersøgelsens del 1, om der i undersøgelsesfasen er sendt sager til Sundhedsstyrelsen med en konkret anbefaling, f.eks. om at genoverveje eller ændre en frivillig aftale til en konkret afgørelse. Hvis dette er tilfældet, skal det endvidere fremgå, hvor mange sager Sundhedsstyrelsen har modtaget, og i hvor mange af disse sager styrelsen har fulgt anbefalingen ...”.

Vi har sendt konkrete anbefalinger, der vedrører andet og mere end afslutning, i 155 sager fordelt mellem 83 egnethedssager og 72 faglighedssager. Anbefalingerne blev sendt af flere omgange den 6. juni, 21. juli, 4. september, 16. oktober, 14. november, 22. november og den 14. december 2016, og blev besvaret ad tre omgange den 16. november, 12. december og den 20. december 2016.

.....

I afsnit 11 har vi forholdt os til ændringer af frivillige aftaler, som vi anbefalede Styrelsen for Patientsikkerhed at overveje i syv egnethedssager (~2,1 procent af de egnethedssager, hvor der var indgået en aftale) og én faglighedssag (~5.9 procent af de faglighedssager, hvor der var indgået en aftale).

Foruden disse 8 anbefalinger om overvejelser angående ændring af en frivillig aftale til en afgørelse har vores anbefalinger været af meget forskelligartet karakter. I ikke-prioriteret rækkefølge kan eksempelvis nævnes:

- tage stilling til sager oprettet på baggrund af POB-afgørelser, som ikke er blevet vurderet,
- opfølgning på, om lægen, som sagen vedrører, har arbejdet/overholdt præmissen for sagens afslutning,
- tage skridt til at starte retssager om permanent autorisationsfratagelse,
- foretage yderligere sagsoplysning,
- journalisering af oplysninger på de rigtige journalnumre,
- begrunde sagsbehandlingsskridt med notater på sagerne,
- underrette lægen eller relevante interessenter om sagen/et sagsbehandlingsskridt,
- følge op på oplysninger om afgørelser fra andre nordiske lande, herunder ved at skrive til lægen, og
- tage stilling til konkrete oplysninger på sagerne, der så vidt ses ikke var blevet taget stilling til.

Anbefalingerne er af forskelligartet karakter og meget konkrete, og der er på nogle sager givet mere end en anbefaling og alternative anbefalinger.

Sundheds- og Ældreministeriet har modtaget kopi både af anbefalingerne og af Styrelsen for Patientsikkerheds besvarelser. Det vil føre for vidt og er ikke omfattet af opdraget at redegøre for anbefalingerne på enkeltsagsniveau.

Som forudsat i opdraget kan vi imidlertid oplyse, at Styrelsen for Patientsikkerhed efter vores opfattelse har besvaret anbefalingerne i alle 155 sager relevant og adækvat.

Det er ikke i alle sager, at Styrelsen for Patientsikkerhed har fulgt vores anbefaling, idet Styrelsen for Patientsikkerhed kan have valgt en anden løsning, end den anbefalede. Det vigtige for os er imidlertid ikke, om Styrelsen for Patientsikkerhed har fulgt vores anbefaling ordret, men at Styrelsen for Patientsikkerhed, der er tilsynsmyndighed, aktivt har taget stilling til, hvad der efter styrelsens opfattelse mest hensigtsmæssigt bør ske.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i besvarelserne ikke kun oplyst, hvad styrelsen har gjort/vil gøre i anledning af anbefalingen, men har også foretaget en selvstændig resumering af sagerne, der på overbevisende vis belyser baggrunden for dette valg. På grundlag heraf har vi ikke fundet behov for at fastholde vores foreløbige anbefalinger og give endelige anbefalinger herom i de pågældende sager.

Der er også en håndfuld anbefalinger, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed har redegjort for, at det sagsbehandlingsskridt, vi har anbefalet, er unødvendigt, hvilket vi har taget til efterretning. Det drejer sig bl.a. om tre sager, hvor der ikke – som oprindeligt anbefalet af os – var grundlag for at tage skridt til at anlægge retssag om permanent autorisationsfratagelse, idet autorisationsfratagelsen var sket som følge af manglende medvirken til tilsynet, hvilket har effekt, indtil lægen begynder at medvirke igen.

I 97 af sagerne har Styrelsen for Patientsikkerhed dog endnu ikke foretaget det sagsbehandlingsskridt, som styrelsen har fundet relevant – i de fleste tilfælde opfølgning på, om lægen arbejder – men vil gøre det.

Eksempel 13.1: Foreløbig anbefaling, hvor Styrelsen for Patientsikkerhed vil følge op

Vi anbefalede, at Styrelsen for Patientsikkerhed fulgte op på, om lægen, som oplyst på en samtale den 13. marts 2015, var gået på pension, og at sagen, hvis det er tilfældet, afsluttes.

Styrelsen for Patientsikkerhed svarede, at sagen ville blive lukket, og at der oprettes en opfølgningssag, på hvilken der indhentes oplysninger fra SKAT. Hvis lægen ikke arbejder, skal han have et brev om, at han skal rette henvendelse til styrelsen, hvis han påtænker at genoptage lægefagligt arbejde.

Vi har heller ikke i disse 97 sager fundet anledning til at gentage vores foreløbige anbefalinger som endelige anbefalinger, idet vi forudsætter, at Styrelsen for Patientsikkerhed inden for ganske kort tid vil foretage sagsbehandling som oplyst.

Vi har i én faglighedssag fundet anledning til at give en endelig anbefaling, hvilket udelukkende beror på, at vi er i tvivl om, hvorvidt vores foreløbige anbefaling blev forstået efter

.....
hensigten. Der er derfor nærmere tale om en præcisering af den foreløbige anbefaling end en endelig anbefaling.

C. EGNETHEDSSAGER

14. INDLEDNING

Målet med egnethedstilsynet er at sikre, at sundhedspersonen ikke som følge af en fysisk tilstand, sygdom eller misbrug af rusmidler eller lignende, der gør den pågældende uegnet til udøvelse af erhvervet, er til fare for patientsikkerheden.

En egnethedssag kan opstå på mange måder, herunder ved indberetning fra apoteker, kollegaer, patienter, egen læge, politiet eller andre samt som følge af en mistanke opstået på baggrund af det almindelige tilsyn. En egnethedssag kan også opstå i forbindelse med en faglighedssag og vice versa.

Selv om der naturligvis godt kan sondres mellem visse typer af egnethedssager, er det ikke som med faglighedssager muligt at udskille størstedelen som sager, hvor der ikke er behov for at foretage sagsbehandling udover en indledende vurdering, jf. afsnit 21 nedenfor.

De sondringer, som kan foretages, vedrører i stedet årsagen til, at lægen potentielt er uegnet til udøvelse af erhvervet. Baseret på vores gennemgang er det vores indtryk, at egnethedssagerne fordeler sig sådan, at de fleste angår misbrugsproblematikker. Dernæst vedrører relativt mange enten demens eller hjerneskader, mens kun et absolut mindretal – kun en enkelt af de gennemgåede sager – vedrører fysisk sygdom. Det hænger selvsagt sammen med, at netop misbrug, demens og hjerneskader ofte er ledsaget af fornægtelse eller egentlig anosognosi, det vil sige et symptom i forbindelse med eksempelvis en hjerneskade, der består i en egentlig manglende evne til at erkende hjerneskaden og dens konsekvenser. Hertil kommer naturligvis en betydelig recidivrisiko, som misbrug erfaringsmæssigt medfører.

Det er vores opfattelse, at netop den udprægede tendens til fornægtelse og risikoen for recidiv bør føre til relativ kort snor og konsekvent opfølgning i et egnethedstilsyn. Det er også vores opfattelse, at begge dele i et vist omfang har manglet, idet tålmodigheden særligt fra embedslægerne side synes at have været for stor, og idet opfølgning af egen drift har været undtagelsen i stedet for reglen. Helt overordnet er det således vores opfattelse, at når lægen har fået lov til at arbejde, mens der pågår et kontrolforløb eller en møderække, der skal klarlægge egnetheden, så bør embedslægerne være meget tilbageholdene med at acceptere undskyldninger, hvis der eksempelvis er en positiv test eller lægen uden forudgående meddelelse udebliver fra et eller flere møder.

Vi har ikke fornødent grundlag for at udtale os om, hvorvidt praksis er strammet op i dag, idet undersøgelsen i hovedsagen omfatter sager oprettet og behandlet før etableringen af Styrelsen for Patientsikkerhed.

De følgende afsnit indeholder vores bemærkninger til de enkelte spørgsmål omfattet af opgørelsen på baggrund af vores gennemgang af de 512 egnethedssager, som vi har baseret os på ud af de i alt 585, som vi modtog.

15. FORNØDNE SKRIDT

15.1 Sammenfatning og konklusion

I flertallet af de sager, som vi har gennemgået, har vi vurderet, at der afslutningsvis og undervejs er blevet foretaget de fornødne skridt til at sikre patientsikkerheden. Som det vil fremgå af afsnittene om tidsfrister (afsnit 16), opfølgning (afsnit 17) og rette foranstaltninger (afsnit 18) er dette dog ikke ensbetydende med, at det nødvendigvis er sket til tiden eller uden, at der har været døde perioder på sagerne. Vi har i 71 tilfælde fundet, at Tilsynet ikke foretog de fornødne skridt afslutningsvis eller undervejs.

15.2 Retsgrundlag

Autorisationsloven foreskriver, hvilke betingelser der skal være opfyldt for at anvende de indgreb, som loven hjemler. Autorisationsloven kan på den måde siges at sætte rammerne for, hvad der er de fornødne skridt. Derudover har Styrelsen for Patientsikkerhed selv i SET-058 redegjort for overvejelser om sanktioner, når en sag behandles på Task Force. Det fremgår af vejledningen, at formålet er en kvalitetssikring af sanktionen. Før SET-058 fandtes også en vejledning for sager om risikopersoner med en relativt detaljeret gennemgang af beslutningsrækken fra anmodning om redegørelse til afgørelse om midlertidig autorisationsfratagelse.

I supplement til ovenstående findes derudover Task Forces forretningsorden, der bl.a. indeholder retningslinjer om, hvornår en sag skal på Task Force.

I SET-055 og SET-109 findes endvidere vejledning til, hvordan oplysninger om sanktioner fra de nordiske lande henholdsvis henvendelser fra andre lande skal håndteres. Hvis der på baggrund af en henvendelse fra udlandet skal startes en egentlig egnethedssag, kan SET-055 og SET-109 sammenfattes til, at SET-058 også gælder for disse sager.

Både autorisationsloven og SET-058 er møntet på sager, hvor der træffes en afgørelse. Tilsynet skal imidlertid også foretage de fornødne skridt, hvis der ikke træffes afgørelse, herunder eksempelvis orientere lægen om sagen og forholde sig til indkomne indberetninger.

15.3 Gennemgang

Som anført ovenfor har vi i 71 sager vurderet, at Tilsynet afslutningsvis eller undervejs ikke foretog de fornødne skridt. Vi har imidlertid defineret fornødne skridt meget bredt, idet det bl.a. omfatter 11 sager, hvor det utilstrækkelige bestod i, at lægen ikke blev orienteret om oprettelsen af en egnethedssag, og to sager, der ikke indeholdt en orientering til landets apo-

tekere om de sanktioner, som lægen var blevet pålagt. Det er beklageligt, men ikke noget, som vi vil kommentere yderligere på.

I sagen om psykiateren fra Midtjylland var et af spørgsmålene, om Tilsynet havde reageret på alle indberetninger. Vi har ikke observeret, at der generelt har været et problem med manglende reaktion på indberetninger/bekymringshenvendelser; men vi har dog noteret en manglende reaktion i nogle få sager.

Eksempel 15.1: Manglende reaktion på indberetning/bekymringshenvendelse

Tilsynet henlagde i 2012 sagen, fordi lægen havde fået vikariat i Norge. Tilsynet fik imidlertid i 2014 bekymringshenvendelse fra landslægen i Grønland, hvor lægen havde arbejde i perioden 2012-2014. Af den seneste henvendelse fremgik, at lægen var tilbage i Danmark. Tilsynet reagerede så vidt ses ikke på indberetningerne.

Antallet af sager, hvor der ikke er blevet reageret på en indberetning, giver os ikke anledning til bekymring om en systemfejl. En variant af manglende reaktion, som vi derimod har set mere generelt, er en manglende reaktion fra Tilsynet på en meddelelse om en sanktion fra de øvrige nordiske lande, hvilket vi er stødt på i 20 tilfælde.

Eksempel 15.2: Manglende reaktion på meddelelse om sanktion fra andet nordisk land

Tilsynet fik i 2010 besked fra EFUA om en dansk uddannet læge, der i 2003 havde fået frataget sin autorisation i Norge. Der var korrespondance internt, hvor man konstaterede, at det havde man allerede fået besked om i 2003. Tilsynet havde imidlertid så vidt ses hverken i 2003 eller 2010 gjort yderligere i anledning af oplysningerne fra Norge.

Det relativt høje antal tilfælde kunne skabe mistanke om, at der foreligger en systemfejl, eller er tale om et område, der har manglet fokus. Da det nyeste tilfælde, vi har konstateret, er fra november 2013, er der imidlertid også grund til at tro, at Styrelsen for Patientsikkerhed allerede har haft øget fokus på området. Det er imidlertid ikke noget, som vi med sikkerhed kan konkludere alene baseret på sagerne omfattet af opdraget. Vi anbefaler derfor, at

- 1) Styrelsen for Patientsikkerhed (fortsat) har øget fokus på, at der bliver reageret på meddelelser om sanktioner/indberetninger fra andre nordiske lande.

De øvrige 51 sager – ud af de i alt 71 sager, hvor vi har svaret nej til fornødne skridt – fordeles sig mellem en håndfuld, hvor det ikke fremgår af sagen, om Tilsynet foretog en fornøden vurdering af, om lægen udgjorde en fare for patientsikkerheden, og 34 sager, der ikke lader sig kategorisere nærmere. Det er forskellige eksempler på, at Tilsynet efter vores opfattelse burde have gjort noget andet og mere, end det, der rent faktisk skete.

Sagerne er så forskellige, at det ikke giver mening at forsøge at beskrive dem i denne undersøgelse hver især, og en del af ”fejlene” har tilknytning til det, som også vil blive beskrevet i de følgende afsnit. Meget overordnet drejer det sig om sager, som Tilsynet valgte at afslutte uden en formaliseret afgørelse eller en formaliseret frivillig fraskrivelse; sager, hvor der manglede undersøgelser, og tilfælde, hvor Tilsynet generelt har haft for stor tålmodighed med lægernes unddragelse af aktiv medvirken til tilsyn. Der er for flere sagers vedkommende tale om forløb, som vi på grund af manglende akter har haft svært ved at bedømme fuldstændigt.

Hvis Tilsynet indgår en aftale som led i et kontrolforløb, eller hvis lægen frivilligt fraskriver sig nogle af sine rettigheder, så bør Tilsynet naturligvis kvittere for dette. Tilsynet bør imidlertid også indhente en underskrift på de formularer, som er oprettet til formålet, så der ikke senere opstår tvivl om rækkevidden af tilsagnet fra lægen. Vi har set flere eksempler på, at både Tilsynet og lægen har været i tvivl om, hvad der blev aftalt år tilbage, og om det stadig var gældende.

En ”afgørelse” eller frivillig rettighedsindskrænkning, der alene findes i eksempelvis en e-mailkorrespondance mellem lægen og sagsbehandleren, er ikke anbefalelsesværdig eller hensigtsmæssig. En korrespondance eksempelvis pr. e-mail kan naturligvis være velegnet til at opnå en fælles forståelse, men den fælles forståelse bør hurtigst muligt formaliseres, så der ikke senere optræder misforståelser. Vi henviser til vores redegørelse af 2. juni 2015 om brugen af ”frivillige aftaler”, og anbefalingerne deri, som Styrelsen for Patientsikkerhed os bekendt allerede har taget til sig.

Vi har konstateret en tilsvarende gråzone i forhold til faglighedssagerne, jf. afsnit 22.3 nedenfor. Vi anbefaler, at

- 2) Styrelsen for Patientsikkerhed altid formaliserer frivillige rettighedsfraskrivelser på dertil indrettede standardformularer.

Vi finder det ikke derudover hensigtsmæssigt at forsøge at formulere generelle anbefalinger hen over de meget forskellige sager. Styrelsen for Patientsikkerhed har oplyst os om, at styrelsen arbejder med et arbejdsflowdiagram, som formentlig også kan være med til at afhjælpe de tilfælde, der skyldes uklare arbejdsgange.

På dette sted vil vi imidlertid gerne fremhæve en opfattelse, som vi sidder tilbage med efter at have gennemgået sagerne. Efter vores opfattelse virker det således som om, at særligt embedslægerne har været for tilbøjelige til at acceptere, når lægerne ikke har medvirket til tilsynet på den måde, som var aftalt eller forudsat.

Eksempel 15.3: Manglende medvirken, der blev tolereret for længe

Efter et forløb, der var startet i 2005, meddelte lægen i 2006, at vedkommende ikke længere ville arbejde i Danmark. Han ville rette henvendelse, hvis den beslutning blev ændret. I sommeren 2012 kom det frem, at lægen siden marts 2010 alligevel havde arbejdet i Danmark, hvorfor han blev anmodet om at rette henvendelse inden 1. august 2012. Lægen svarede, at det kunne han ikke, fordi han var ude at sejle på sin båd. Den 5. oktober 2012 blev sagen oversendt til Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed, der efter en forudgående høring den 30. oktober 2012 traf afgørelse om arbejdsforbud. Der havde både før og efter oversendelsen af sagen fra embedslægen til Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed været flere ubehagelige henvendelser fra lægen til kontoret for uddannelse og autorisation.

Der er intet overraskende ved, at vi primært har konstateret dette hos embedslægerne, da det er embedslægerne, som har opfølgingsansvaret, når en læge deltager i et kontrolforløb være sig om misbrug eller en anden egnethedsproblematik.

Vi har ikke henført alle sager, hvor vi har oplevet langmodighed med lægerne til sager, hvor der ikke er sket de fornødne skridt. De sager, som vi har hæftet os ved, udgør et mindretal af det samlede antal sager. Vi er dog alligevel overraskede over, at lægerne i flere tilfælde eksempelvis kunne undskylde mistanke om misbrug af alkohol med udokumenterede oplysninger om forudgående ferie eller sociale arrangementer. Til denne kategori hører også sager, hvor lægerne – nogle gange den samme læge ad flere omgange – med diverse undskyldninger er udeblevet fra eller angiveligt har været forhindret i at deltage i en aftalt kontrol.

Hermed ikke sagt, at en læge, som oprigtigt er forhindret, skal udsættes for øjeblikkelige sanktioner, og det er heller ikke de tilfælde, vores kommentar er møntet på. Vores kommentar er møntet på de tilfælde, hvor det, som lægen fremkommer med, fremstår som (gentagne) dårlige undskyldninger eller slet ingen forklaring overhovedet. I de tilfælde synes lovgivningen og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger ikke at lægge op til ”second chances” i det omfang, det er sket.

Det er naturligvis i udgangspunktet Tilsynet, der skal afgøre, om en begrundelse er acceptabel; men hvis sagen vedrører en mistanke om et alkoholmisbrug, er det, i hvert fald for os som udenforstående, vanskeligt at forene mistanken med en alt for beredvillig accept af, at gentagne bekymringshenvendelser fra arbejdspladsen eller positive prøver kan forklares med, at vedkommende har været til et socialt arrangement i weekenden, på ferie eller noget tredje. Det samme kan siges om sager, der vedrører misbrug af afhængighedsskabende lægemidler, hvor begrundelserne er nogle andre, men heller ikke altid fremstår plausible.

.....

Det er vores anbefaling, at

- 3) det overvejes at fastlægge retningslinjer for, hvornår en begrundelse kan accepteres, og hvordan de sager løses, hvor lægerne gentagne gange kommer med ufyldstgørende begrundelser.

En mulighed kunne eksempelvis være, at en sag altid skal med på næste Task Force-møde, hvis lægen udebliver fra kontrol eller ikke på en overbevisende måde kan besvare spørgsmål om bekymringshenvendelser fra arbejdsgiveren eller andre.

16. TIDSRISTER

16.1 Sammenfatning og konklusion

Vores undersøgelse har bekræftet konklusionen i vores redegørelse af 22. december 2014 om en forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling. Vi har således fundet, at der i mange sager har været grundlag for at træffe afgørelse eller foretage andre sagsbehandlingsskridt tidligere end sket. Det ved Styrelsen for Patientsikkerhed imidlertid allerede, og det har ikke givet os anledning til yderligere generelle anbefalinger, da der allerede er iværksat forskellige tiltag, og da styrelsen arbejder med yderligere.

Et af tiltagene til forbedring er Task Force. Vi har imidlertid fundet, at relativt mange – op mod en fjerdedel – af de tidsfrister, som bliver sat af Task Force, ikke ser ud til at blive overholdt. Det anbefaler vi, at der kommer fokus på. Vi kan ikke på det foreliggende grundlag afgøre, om vores fund blot er udtryk for en overgangsperiode, som er overstået i dag, eller om der stadig er plads til forbedring.

16.2 Retsgrundlag

Der er hverken i autorisations- eller sundhedsloven opstillet bestemte tidsfrister for behandlingen af en faglig tilsynssag. Tilsynet har imidlertid både før og efter etableringen af Styrelsen for Patientsikkerhed selv vedtaget retningsgivende vejledninger. Således blev der med oprettelse af Task Force, og senere i Sundhedsstyrelsens resultatkontrakt med ministeriet for 2014 opstillet kvalitetsmål for sagsbehandlingstiden. Målene blev fastsat for tre kategorier af tilsynssager afhængig af kompleksitet.

Normerne for sagsbehandlingstiden har i perioden siden oprettelsen af Task Force ændret sig over tid, ligesom definitionen af de tre sagskategorier har ændret sig. I den nugældende forretningsorden for Task Force er følgende oplyst:

”TF arbejder med følgende målsætning for tre kategorier af tilsynssager:

Kategori 1

.....

Kategori 1 er relativt enkle sager, hvor der på baggrund af en henvendelse fra Disciplinærnævnet rejses mistanke om, at en læge er en risikoperson. Hovedparten (80 pct.) af kategori 1-sager skal være afsluttet inden for 30 dage, og 95% kategori 1 sager skal være afsluttet senest efter 60 dage.

Det er både sager med læger, der ikke tidligere har fået kritik for deres faglige virke, og læger, der tidligere har modtaget kritik fra Patientombuddet – og hvor Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at der ikke var anledning til at foretage sig yderligere i sagen. (...).

Sagsbehandleren har foretaget en sundhedsfaglig og juridisk vurdering af, om det kritiserede forhold vil kunne udgøre en risiko for patientsikkerheden fremadrettet.

(...).

Kategori 2

Kategori 2 er mere komplekse sager, hvor en læge gentagne gange af Disciplinærnævnet har fået kritik for sit faglige virke eller har fået kritik med en indskærpelse, og hvor styrelsen beder lægen om at redegøre for sit fremtidige faglige virke. Sager i kategori 2 drøftes på de faste møder i Styrelsen for Patientsikkerheds interne Task Force.

Hovedparten (80 pct.) af kategori 2-sager skal være afsluttet inden for 90 dage, og samtlige kategori 2 sager skal -være afsluttet inden for 135 dage.

Kategori 2 omfatter også sager, hvor Patientombuddet giver kritik af en læge, som Styrelsen for Patientsikkerhed har underretning om lægens virke fra andre kilder, f.eks. ordinationsovervågningen eller en bekymringshenvendelse.

Såfremt Styrelsen for Patientsikkerhed modtager en tilfredsstillende redegørelse fra lægen, vil der ikke blive tale om yderligere tiltag, sagen lukkes, og lægen modtager et kvitteringsbrev.

(...).

Kategori 3

Kategori 3 er sager af meget kompleks og alvorlig karakter, og hvor udredningen af sagen kræver et virksomhedsbesøg, en samtale eller en nærmere indhentelse af oplysninger i form af f.eks. journaler, og hvor det overvejes at iværksætte en faglig sankti-

.....
on. I hovedparten af kategori 3-sagerne skal der være truffet beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes en faglig sanktion inden for 150 dage.

Kategori 3 omfatter sager af mere kompleks og meget alvorlig karakter, både de klassiske egnethedssager og øvrige individualsager. Kategori 3-sager defineres ved, at Styrelsen for Patientsikkerhed overvejer at iværksætte en faglig sanktion over for den pågældende læge og/eller, at sagens udredning kræver et virksomhedsbesøg, en samtale eller en nærmere indhentelse af oplysninger i form af f.eks. journaler. En stor del af kategori 3-sagerne er startet som kategori 2-sager, men er efterfølgende eskaleret til kategori 3 grundet nye oplysninger i sagen. Sagerne er meget forskelligartede og komplekse. Det besluttes i Task Force, om en sag vurderes til at være i kategori 3. Såfremt en TF-plan efterfølgende fraviges, skal dette forelægges enhedschefen for SE-OST & Tilsyn.

Tidsmålingen for kategori 3-sager påbegyndes samme dag, der træffes beslutning i Task Force om, at sagen overgår til kategori 3. Dette fremgår af de journaliserede referater fra de ugentlige møder i Task Force. Slutdatoen defineres som dato for dokumentationen i sagen af, om der iværksættes en faglig sanktion. Det vil være dokumenteret ved notater i sagen og ved brev afsendt til lægen. Målet er, at der for mindst 80 % af kategori 3-sagerne skal være truffet beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes en faglig sanktion inden for 5 måneder (=150 dage). STPS-enhederne opgør sagsbehandlingstiden.”

I SET-084-01 om journalføring i egnethedssager er normen for sagsbehandlingstiderne gentaget, ligesom det er anført, at egnethedssager i reglen er kategori 3-sager, medmindre andet bliver bestemt.

Os bekendt var der ikke før oprettelsen af Task Force normer for sagsbehandlingstiden for sager i kategori 2 og 3 for hverken egnethedssager eller faglighedssager.

Foruden normerne for sagsbehandlingstid indtil afslutning eller afgørelse om, hvorvidt der skal iværksættes en faglig sanktion, findes også i Task Force-forretningsordenen en frist for, hvor hurtigt en sag skal indstilles til Task Force, hvis den ændres fra kategori 1 eller 2 til kategori 3.

16.3 Gennemgang

Særligt for så vidt angår tidsfrister, kan der ikke drages entydige konklusioner om tilstanden i dag på baggrund af sagerne omfattet af opdraget. Årsagen er, at de sager, som er blevet behandlet i overensstemmelse med normerne og afsluttet inden skæringsdatoen, netop ikke vil være omfattet af opdraget. Omvendt kan der ikke slutes modsætningsvis, sådan at alle

sager, der er omfattet af opdraget, og som er mere end fem måneder gamle, ikke er blevet behandlet korrekt.

Dette hænger også sammen med, at kvalitetsmålet kun omfatter mindst 80 procent af sagerne, og der kan være god grund til, at der i de resterende op imod 20 procent sager ikke inden fem måneder er truffet afgørelse om, hvorvidt en sanktion skal iværksættes.

Af disse årsager, og fordi sagsbehandlingsnormerne for kategori 3-sager, i modsætning til normerne for i hvert fald kategori 1-sager, ikke eksisterede før oprettelsen af Task Force, har vi ikke fokuseret på, om sagerne omfattet af opdraget har levet op til den norm for sagsbehandlingstid, som er gældende i dag

I stedet har vi koncentreret os om, hvorvidt der har været døde perioder, hvor der ikke har været foretaget relevante sagsbehandlingsskridt, ligesom vi har fokuseret på, om de frister for sagsbehandling, som er blevet fastsat af Task Force generelt er blevet overholdt. Det betyder i udgangspunktet, at hvis Tilsynet selv har sat en frist for sagsbehandlingen, og denne er blevet overskredet udover det helt bagatelagtige, så er tidsfristerne efter vores opfattelse ikke blevet overholdt.

Det er vores opfattelse, at der i mindst 222 (~43,4 procent) af de 512 egnethedssager, vi har baseret os på, er grundlag for at udtale, at tidsfristerne ikke er blevet overholdt, eller at sagsbehandlingstiden har været for langtrukken. Vores gennemgang af sagerne bekræfter det, vi anførte allerede i vores redegørelse af 22. december 2014 om en forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling. Nemlig, at der i mange sager har været grundlag for at træffe afgørelse eller foretage andre sagsbehandlingsskridt tidligere end sket.

Dette er ikke ensbetydende med, at Tilsynet før etableringen af Task Force og senere Styrelsen for Patientsikkerhed har haft 222 sager, som svarer til de to sager om psykiateren fra Nordjylland og psykiateren fra Midtjylland. Det er kun et udtryk for, at sagsbehandlingen i rigtigt mange sager enten ikke har levet op til internt fastsatte frister eller i øvrigt ikke har været så hurtig, som den – uden direkte hensyntagen til Tilsynets ressourcer – burde have været.

Der blev allerede med etableringen af Task Force taget skridt til at rette op på sagsbehandlingstiden og udfordringerne med døde perioder, hvilket Task Forces forretningsorden og SET-084-01 er udtryk for. Derfor har vi også koncentreret os om, hvorvidt de frister, Task Force sætter, er blevet overholdt. Vi har fundet 74 sager, som Task Force har været inde over. Heraf har vi konstateret, at der i 64 blev fastsat tidsfrister. Disse tidsfrister blev overholdt i 46 tilfælde (~71,8 procent), mens de ikke blev overholdt i de resterende 18 tilfælde (~28,2 procent).

Eksempel 16.1: Manglende rettidig gennemførelse af beslutning truffet af Task Force

Et Task Force-notat af 13. november 2013 angav, at sagen skulle oversendes til politiet. Den 20. februar 2014 foretog Task Force selv en opfølgning, idet sagen endnu ikke var blevet ovesendt til politiet.

Eksemplet vedrører en utraditionel sag allerede derved, at der var grundlag for politianmeldelse. En frist vi hyppigt har set tilsidesat, er fristen for udsendelse af høringsskrivelse. Det forsinker automatisk sagsbehandlingen, når høringsskrivelsen ikke bliver sendt som planlagt.

De 18 sager forekommer os at være et ganske højt antal sager. Der kan naturligvis være gode grunde til, at fristerne ikke kan overholdes, men dem kan vi ikke udtale os om, da de ikke fremgår af sagerne. Vi bemærker imidlertid, at vi allerede har frasorteret helt bagatelagtige overskridelser af fristerne med mindre end to uger, som kan skyldes kortvarig sygdom eller lignende. Også derfor forekommer tallet relativt højt. Vi ved ikke, om Styrelsen for Patientsikkerhed også selv har gjort sig denne erfaring, eller om vores undersøgelse blot er udtryk for forholdene midt i en overgangsperiode. Vi anbefaler derfor, at

- 4) Styrelsen for Patientsikkerhed er opmærksom på, at frister fastsat af Task Force efterleves.

Anbefalingen gælder også for faglighedssager, hvor vi har konstateret et lignende resultat, jf. nedenfor, afsnit 23. En anden anbefaling, der både gælder for egnethedssagerne og faglighedssagerne er, at

- 5) Styrelsen for Patientsikkerhed tager stilling til, om sagsbehandlingsnormerne og de respektive SET'er skal suppleres af vejledende frister for, hvornår en sagsbehandler senest skal have forholdt sig til en ny sag/næste skridt i en eksisterende sag, hvor der modtages nye oplysninger.

Denne anbefaling er hverken baseret på vores gennemgang af egnethedssagerne eller faglighedssagerne, men alene på, at det forekommer relevant ikke kun, at en sag senest skal være afgjort efter 30, 90 eller 150 dage; men også hvor hurtigt sagen skal vurderes eller screenes, når der sker noget nyt.

Det er muligt, at Styrelsen for Patientsikkerhed allerede har en praksis herom – eller at praksis er indeholdt i de frister for afslutning eller afgørelse, som fremgår af Task Force forretningsordenen – men vi kan ikke finde den klart afspejlet noget sted.

Efter vores opfattelse kan en praksis herfor også være med til at sikre, at der foretages de rette foranstaltninger og konsekvent opfølgning, da overholdelse af tidsfrister samt rette foranstaltninger og opfølgning på visse punkter er to sider af samme sag.

Der kan, foruden effektivering af beslutninger på Task Force, godt opstilles andre kategorier af sager, hvor Tilsynet ikke har overholdt tidsfrister, eksempelvis sager, hvor lægen efter egne oplysninger er gået på pension eller sager, hvor indberetningen er kommet fra et andet nordisk land. Vores undersøgelse tegner imidlertid ikke noget tydeligt billede heraf. Tilsynet har umiddelbart været lige gode/dårlige til at undgå døde perioder og behandle sagerne med den hurtighed, som det i dag er intentionen, at de skal behandles med, uanset hvad temaet for sagerne overordnet har været.

På et punkt er fundene i vores undersøgelse et direkte udtryk for en forbedring, som allerede er sket. Vi har nemlig i mange sager fundet, at tidsfristerne ikke er blevet overholdt, fordi der er sket opfølgning på en afsluttet sag meget sent. I nogle tilfælde flere år efter en sanktion eller efter afslutningen af en sag uden en sanktion. Typisk er opfølgningen sket i 2015, og det er vores antagelse, at det er sket som led i Styrelsen for Patientsikkerheds oprydningssarbejde og for at efterleve det nye tankesæt om opfølgning af egen drift. Disse sager bidrager i stort antal negativt til statistikken, når det gælder overholdelse af tidsfrister, men er samtidig udtryk for et positivt tiltag. Opfølgning bliver behandlet straks, jf. nedenfor, hvor der også er et eksempel, der illustrerer den nye tilsynsudøvelse.

17. OPFØLGNING

17.1 Sammenfatning og konklusion

Vi har svaret nej til spørgsmålet om opfølgning i 223 sager, og det er vores konklusion, at Tilsynet i hvert fald før oprettelsen af Task Force (og senere Styrelsen for Patientsikkerhed) har haft en udfordring med opfølgning af egen drift.

Det angår navnlig de tilfælde, hvor en læge ikke længere arbejder eller ikke arbejder i Danmark og derfor – i hvert fald hvis vedkommende lever op til Tilsynets forventninger – ikke er til fare for patientsikkerheden i Danmark.

Tilsynet har ofte afsluttet disse sager, når der var truffet afgørelse om en relevant rettighedsindskrænkning, hvis lægen af sig selv stoppede med at arbejde i Danmark, eller ikke på noget tidspunkt havde gjort det.

I mere end halvdelen af disse sager, som udgør et betydeligt antal, har Tilsynet imidlertid ikke af egen drift fulgt op på, om præmissen for sagens afslutning blev efterlevet, eller om lægen alligevel arbejdede i Danmark på trods af oplysninger om det modsatte.

Det er vores indtryk, at Styrelsen for Patientsikkerhed har erkendt denne problematik, og at praksis i dag er en anden, jf. for eksempel SET-084-01 (samt SET-082-01 og SET 083-01 for faglighedssager).

17.2 Retsgrundlag

Det gælder både før og efter lov nr. 656 af 8. juni 2016 om Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn mv., at en række afgørelser har midlertidig karakter. Disse bestemmelser om midlertidige foranstaltninger giver helt naturligt anledning til opfølgning, idet Tilsynet nødvendigvis bør forholde sig til, om det midlertidige tiltag skal bortfalde, eller om det skal gøres permanent. Et andet helt naturligt opfølgningsspørgsmål er, når og hvis en læge anmoder om at få en sanktion ophævet. Det er bestemmelser, der implicit indebærer en forpligtelse til opfølgning.

Der findes imidlertid ikke i autorisationsloven eller andre bindende retsfor skrifter detailregulering af den opfølgning, som Tilsynet skal foretage, hvilket næppe heller ville være hensigtsmæssigt.

Vi er heller ikke bekendt med, at Tilsynet før etableringen af Styrelsen for Patientsikkerhed havde nogen sagsbehandlervejledning, som i detaljer beskrev, hvorledes Tilsynet skulle følge op på sagerne. I den tidligere sagsbehandlervejledning i sager om risikopersoner er eksempelvis blot anført, at Task Force beslutter, hvordan der skal ske opfølgning, hvis lægen har fået et påbud, ligesom der er givet et eksempel på, hvad opfølgning kunne være:

”(...)

Opfølgning på et påbud kan fx være at embedslægen/Tilsyn aflægger et tilsynsbesøg i sundhedspersonens klinik for at indhente journaler/informationsmateriale. Opfølgningen kan være at sundhedspersonen anmodes om at fremsende en række patientjournaler/skriftlig patientinformation.

(...)”

Dette er blevet ændret med SET-084-01 om journalisering af egnethedssager. Heraf fremgår for det første, at der altid skal sættes erindring på sagen for at sikre flow, ligesom der for det andet er en beskrivelse af, hvad der skal ske i opfølgningsfasen:

”(...)

Opfølgning på plan

Der udfyldes felter:

1. Når aktiv sagsbehandling er afsluttet (fx kontrolforløb med urin- eller alkometerkontroller, samtaleforløb etc.), beslutter sagsbehandler evt. efter drøftelse på

.....

møde i Task Force, om der er behov for fortsat opfølgning. Datofeltet ' ' T-Frist evaluer. Af plan' registreres for fristen på SST's opfølgning på den plan.

Når sagen overgår til en opfølgningsfase, sættes en erindring på sagen svarende til tidspunkt for planlagt opfølgning.

Her registreres passende kontroltype (oplysningsfelt), der beskriver, hvilken type kontrol, der gennemføres i opfølgningsfase:

- SKAT
- SOOP
- Indhentelse af journaler
- Tilsyn
- Arbejdsgiverudtalelse
- Lægelig oplysninger
- Andet

Viser kontrollen, at sundhedspersonen ikke følger planen, skal kontrolmateriale journaliseres, hvorefter sagbehandlingen genoptages. I disse tilfælde oprettes ny egnethedssag til fortsat sagsbehandling, og nuværende sag afsluttes.

(...)"

Det er ikke på det foreliggende grundlag fuldstændigt klart for os, om SET-084-01 er udtryk for kodificering af tidligere praksis, som bare ikke er blevet efterlevet effektivt, eller om opfølgning af egen drift først med Task Force og senere SET-084-01 er blevet formuleret som et egentligt princip for sagsbehandlingen. På det foreliggende grundlag er vi mest tilbøjelige til at mene, at opfølgning af egen drift først med Task Force og SET-084-01 er blevet et princip, idet det fremgik af den tidligere sagsbehandlervejledning om risikopersoner, at embedslægerne efter et møde med sundhedspersonen kunne afslutte sagen, hvis lægen på mødet meddelte, at han ville stoppe med at arbejde:

"(...)

a. Mulige udfald efter samtalen

Hvis sundhedspersonen oplyser, at denne ikke længere vil arbejde (eller evt. ikke længere vil arbejde i Danmark) som autoriseret sundhedsperson med patientkontakt eller vil gå på pension, kan sagsbehandleren afslutte sagen. Embedslægen kan aftale med sundhedspersonen, at hvis denne på et senere tidspunkt ønsker at genoptage sit arbejde som autoriseret sundhedsperson, skal den pågældende kontakte embedslægen. Embedslægen vil da genoptage sagen om vedkommendes faglige virke.

(...)

.....

Der var ikke i sagsbehandlervejledningen noget afsnit angående opfølgning på, om lægen faktisk ophørte med patientkontakt.

Det er videre vores opfattelse, at Tilsynet også har og havde en naturlig forpligtelse til at følge op, inden der træffes afgørelse, eller hvis der slet ikke træffes afgørelse. Eksempelvis når Tilsynet beslutter at følge en sundhedspersons faglighed nærmere inden en eventuel afgørelse. Et eksempel på sager, hvor der ikke træffes afgørelse, er sager, hvor lægen ikke arbejder eller ikke arbejder i Danmark.

Mange af de sager, der vedrører læger, som ikke arbejder i Danmark starter på baggrund af oplysninger om sanktioner fra de andre nordiske lande. Der findes i SET-055 af 3. juli 2015 vejledning om behandling af disse sager, men vejledningen indeholder ingen afsnit om opfølgning.

17.3 Gennemgang

Vi har i overensstemmelse med den brede formulering af opdraget forholdt os til, om Tilsynet har fulgt tilstrækkeligt op på beslutninger i det hele taget og ikke kun i tilfælde af indgåelse af frivillige aftaler og ordinationsindskrænkninger.

Vi har svaret nej til spørgsmålet om opfølgning i 223 sager. Heriblandt et højt antal sager, hvor der ikke er sket opfølgning, når en sag er afsluttet, fordi lægen, i hvert fald i teorien, ikke længere er til fare for patientsikkerheden. Det er de sager, der er fokuseret på i det følgende.

I afsnit 24 om opfølgning i faglighedssager har vi også behandlet Tilsynets opfølgning på interne beslutninger. Vi har i det afsnit redegjort for, at der kan være grund til at have fortsat fokus på eksekveringen af interne beslutninger truffet på Task Force. Vi har ikke for egnethedssagerne lavet en statistik. Dels skyldes det, at afsnittet om faglighedssagerne også er illustrativt for egnethedssagerne, og at vores anbefalinger nr. 17) i afsnit 24.3 også gælder for egnethedssagerne. Dels skyldes det, at vi for egnethedssagerne har valgt at koncentrere os om opfølgning af egen drift, når lægen ikke udgør en fare for patientsikkerheden, hvis lægen blot gør, som Tilsynet forventer.

Bortset fra, at der fortsat er grund til at have fokus på eksekveringen af interne beslutninger truffet på Task Force, har vi hverken for egnethedssagerne eller faglighedssagerne konstateret et egentligt problem med opfølgning på egne beslutninger.

En egnethedssag kan afsluttes med, at lægen bliver pålagt særlige vilkår eller ved, at lægens rettigheder bliver indskrænket frivilligt eller ved afgørelse. Hvis lægen lader sig pensionere eller af andre årsager opgiver lægegerningen, fører det også tit til, at sagen stopper. Særligt

for faglighedssager er det ofte, at lægen har fået kritik for sit arbejde som vagtlæge, hvorefter vedkommende er stoppet som vagtlæge, men fortsat i øvrigt, jf. nedenfor afsnit 24.3.

Langtidssygemeldinger, hvor lægen har fået besked på at melde sig til Tilsynet, inden arbejdet genoptages, synes også at have været relativt almindeligt.

I enkelte tilfælde har Styrelsen for Patientsikkerhed afsluttet en sag ikke bare med en besked til lægen om at rette henvendelse, hvis arbejdet påtænkes genoptaget, men med et egentligt vilkår herom. Som anført i lovforslag nr. 184 af 28. april 2016, afsnit 4.7.1., er det imidlertid sket uden klar lovhjemmel.⁸

Endelig er der eksempler på sager, der stopper, fordi lægen ikke bør udgøre en fare for patientsikkerheden, hvis det blot kan lægges til grund, at lægen ikke beskæftiger sig med patienter, herunder sager der beror på oplysninger om afgørelser fra de øvrige skandinaviske lande, hvor der ikke er oplysninger om, at lægen arbejder i Danmark eller påtænker at tage arbejde i Danmark.

I disse ovenstående situationer udgør lægen i hvert fald ikke i teorien nogen fare for patientsikkerheden. Vi har imidlertid fundet flere eksempler på, at lægen ikke efterlever sanktionen eller sit eget løfte.

Eksempel 17.1: Læge gav ikke meddelelse om arbejdssted og tilsidesatte ordinationsindskrækning

Lægen fik i 2010 ophævet et arbejdsforbud, men skulle fortsat oplyse Tilsynet om sin arbejdsgiver og skulle fortsat medvirke til kontrol. Lægen havde derudover selv i midten af 1990'erne fraskrevet sig retten til at ordinere afhængighedsskabende medicin. Lægen oplyste ikke om ansættelser i Danmark, men havde angiveligt bl.a. arbejdet i England på et tidspunkt. I 2015 foretog Tilsyn et SOOP-udtræk, der viste, at lægen i 2014 i Danmark havde ordineret godt 12.000 doser medicin. Yderligere undersøgelse viste, at lægen havde været i ansættelse i Danmark fra maj til og med september 2014.

Herudover skal vi nævne et forhold, som ret beset falder uden for rammerne af opdraget, og som vi derfor ikke har undersøgt til bunds. Vi undrer os over, at en læge, som har fået frataget autorisationen eller frivilligt har medvirket til rettighedsfraskrivelse, overhovedet kan udskrive recepter, eller i hvert fald, at recepterne kan indløses. I det hele taget synes der at være en vis udfordring med systemet for receptpligtig medicin, idet vi i andre sager har konstateret, at medicin slet ikke er blevet udskrevet af den læge, hvis ordinationer Tilsynet

⁸ Der er ikke med lov nr. 656 af 8. juni 2016 etableret mulighed for at give vilkår om at rette henvendelse blot på baggrund af en afgørelse fra et andet nordisk land, idet en afgørelse med vilkår forudsætter, at der i øvrigt ville være grundlag for enten en afgørelse om autorisationsfratagelse eller virksomhedsindskrækning, jf. lovens § 9 a.

havde undersøgt. I hvert fald i et tilfælde har det ført til en uberettiget politianmeldelse mod en læge.

Det sker også jævnligt, at Tilsynet modtager meddelelse om sanktioner fra de øvrige nordiske lande. Det er både adækvat og relevant, at Tilsynet i mange sådanne sager har rettet henvendelse til lægen om at give meddelelse i god tid, hvis vedkommende påtænker at tage arbejde i Danmark. Det sker bare heller ikke altid, at lægen gør dette.

Eksempel 17.2: Læge, der havde fået frataget autorisationen i Norge, oplyste ikke, at han tog arbejde i Danmark

Tilsynet fik den 8. september 2003 oplysninger fra Helsetilsynet i Norge om, at lægen havde fået frataget sin norske autorisation. Tilsynet tilskrev lægen, at han skulle rette henvendelse til den lokale embedslægeinstitution, hvis han ville genoptage virksomhed i Danmark. Den 11. oktober 2007 fik Tilsynet oplysninger fra Helsetilsynet, at lægen skulle have arbejdet i Danmark og Sverige siden den norske frakendelse. Tilsynet konstaterede senere, at lægen i hvert fald i august og september 2005 havde arbejdet i Danmark uden at give meddelelse herom.

Det er ingen overraskelse, at en læge med en alvorlig egnethedsproblematik (herunder læger med misbrug) eller en læge, der er grundlæggende fagligt uenig med Tilsynet, af flere forskellige årsager kan have svært ved selv at holde Tilsynet orienteret. Et tilsyn, som er baseret på et princip om, at den, der bliver kigget i kortene, selv skal rette henvendelse, er ikke et effektivt tilsyn. Det medfører endvidere nogle åbenbare og meget lavpraktiske fejlkilder. Eksempelvis at lægen aldrig modtager brevet fra Tilsynet om at holde Tilsynet orienteret endside læser det. En fejlkilde, der ikke er blevet elimineret med e-Boks.

Vi henviser endvidere til advokatundersøgelsens 2. del om Sundhedsstyrelsen redegørelse af 16. februar 2015 om psykiateren fra Midtjylland, hvor vi – bl.a. foranlediget af Danmarks Radios forudgående konstateringer – har peget på, at der så vidt ses heller ikke skete den nødvendige opfølgning af egen drift på aftalerne med psykiateren om, hvad han burde og ikke burde.

Når lægen ikke selv har orienteret Tilsynet om sin status, har der i mange tilfælde været døde perioder, indtil der mere eller mindre tilfældigt alligevel er sket opfølgning, eller fordi der er kommet en indberetning fra en tredjepart.

Konkret har vi noteret 171 egnethedssager, der involverede rettighedsindskrænkelser, det være sig fuldstændige som delvise samt pålagte og frivillige. I 101 af sagerne (~59 procent) skete der ikke den tilstrækkelige opfølgning.

.....

Vi har ligeledes konstateret 109 egnethedssager, hvor lægen på et tidspunkt enten midlertidigt eller permanent tilkendegav ikke at arbejde, hvortil vi har fundet, at der i 69 (~ 63,3 procent) ikke skete opfølgning. Det vil sige, det blev ikke efterprøvet, om lægen arbejdede eller ikke arbejdede.

Fundene skal ikke akkumuleres. Der er sager, hvor vi har svaret nej til opfølgning, både fordi der indledningsvist ikke blev fulgt op på, om lægen overholdt en frivillig aftale og fordi, der senere ikke blev fulgt op på et meddelt arbejdsophør.

Vores fund er ikke ensbetydende med, at der er flere end 100 læger, som har ”snydt” tilsynet. I de tilfælde, hvor en læge ikke har overholdt præmissen for afslutningen af sin sag, har det således, så vidt ses, ofte beroet på misforståelser om, hvad der egentlig var gældende. Der kan også være tale om enkelte tilfælde, hvor lægen er uden for pædagogisk rækkevidde, hvilket kan være vanskeligt for et tilsyn at gardere sig imod. Det væsentlige er, at Tilsynet skal give sig selv en mulighed for at opdage dette, inden sagsbehandlingen slutter, og sagen arkiveres.

Videre har vi noteret 72 egnethedssager, der involverede indberetninger fra de andre nordiske lande. Efter vores vurdering ville det i 61 af disse enten umiddelbart og/eller i en periode have været relevant at følge op på forløbet. Det skete kun i 15.

I de resterende 46 (~75,4 procent) skete der ikke fornøden opfølgning. Manglende opfølgning vil i disse sager sige, at Tilsynet ikke indhentede oplysninger om årsagen til afgørelsen; og/eller ikke skrev til lægerne; og/eller ikke indhentede oplysninger om, hvorvidt lægen havde udskrevet medicin i Danmark og/eller ikke indhentede oplysninger fra SKAT om, hvorvidt lægen havde haft indkomst fra arbejde i Danmark.

Vi har i øvrigt konstateret, at Tilsynet ofte har været lang tid om at rette henvendelse til læger bosat i de andre nordiske lande.

Der er ikke tale om, at 46 læger har udgjort en umiddelbart eller overhængende fare for patientsikkerheden, men om, at Tilsynet ikke har været egnet til af sig selv at opdage et tilfælde som det, der er illustreret i eksempel 17.2.

Der er ingen tvivl om, at i flertallet af de 223 sager, hvor vi har svaret nej til opfølgning, skyldes det, at der ikke er sket opfølgning efter det tidspunkt, hvor lægen ikke udgjorde en fare for patientsikkerheden, hvis blot lægen efterlevede præmissen for sagens afslutning og Tilsynets forventning.

Det er vores opfattelse, at årsagen til de manglende opfølgninger skal findes i, at opfølgning af egen drift ikke før Task Force og efterfølgende Styrelsen for Patientsikkerhed var den

.....

definerede praksis eller standard. Det vil derfor også være forkert at formulere det sådan, at Tilsynet systematisk og bevidst tilsidesatte sine forpligtelser. Det er mere korrekt at formulere det sådan, at principperne for tilsynet øgede risikoen for, at tilsynet ikke var effektivt, jf. om samme problematik i faglighedssager, afsnit 24.

Det er overordnet vores opfattelse, at Styrelsen for Patientsikkerhed med SET 084-01 (samt SET-082-01 og 083-01 for faglighedssager) i dag har en helt anden tilgang til opfølgning end det, de samlede resultater af vores undersøgelse viser. Derudover er der, efter hvad vi kan konstatere, i 2015 sket opfølgning på en lang række sager. Tilsyneladende har det været et led i en generel oprydning, hvilket sagen nævnt i eksempel 17.1 muligvis er et eksempel på. Vores anbefalinger er derfor hovedsageligt udtryk for, at Styrelsen for Patientsikkerhed skal fortsætte ned af samme sti.

Opfølgning på, om en læge faktisk er pensioneret eller stoppet med at udskrive eksempelvis afhængighedsskabende medicin, kan ske ved rekvirering af SOOP-udtræk og oplysninger fra SKAT om indkomst i Danmark, sådan som SET'erne også vejleder om.

Sagsbehandlingsvejledningerne har imidlertid kun effekt, hvis de bliver anvendt aktivt. Vi anbefaler derfor generelt, at

- 6) Styrelsen for Patientsikkerhed påser, at de værktøjer, som vejledningerne beskriver, bliver benyttet.

Det gælder både i forhold til valget af den relevante opfølgningshandling og i forhold til at fastsætte og overholde erindringer på sagerne.

Tilstrækkelig opfølgning på, om en læge overholder en virksomhedsindskrænkning eller er stoppet med at arbejde som eksempelvis vagtlæge, kan derimod være mere vanskeligt. I de tilfælde giver et SOOP-udtræk eller oplysninger fra SKAT ikke altid Tilsynet et entydigt svar på, om sundhedspersonen fortsat virker inden for det område, som virksomhedsindskrænkningen vedrører. I de tilfælde kan det være nødvendigt at supplere forslagene i SET'erne.

To muligheder med varierende grad af ressourcebehov og intensitet kunne eksempelvis være:

- i. kontrol af, hvilke ydelser lægen reklamerer med på en eventuel hjemmeside, eller
- ii. gennemgang af et antal patientjournaler udvalgt tilfældigt af Tilsynet, i det omfang der er hjemmel til at anmode lægen om dette.

.....

Videre er det vores anbefaling, at

- 7) SET 082-01 og SET 084-01 suppleres med ét afsnit, der vedrører opfølgning på interne beslutninger, og ét afsnit, der vedrører opfølgning på meddelelse fra læger – dvs. sundhedspersoner i det hele taget – om, at de ikke arbejder eller ikke arbejder i Danmark.

Aktuelt angår SET'erne efter deres ordlyd kun opfølgning på sager, der er sluttet med en afgørelse.

Vi anbefaler også, at

- 8) Styrelsen for Patientsikkerhed supplerer SET 082-01 og SET 084-04 med vejledning om, at hvis en intern beslutning eller afgørelse, der kræver opfølgning, revideres, så der alligevel ikke kræves opfølgning, skal dette begrundes og dokumenteres på sagen.

Der behøver ikke at være tale om et omfattende notat, men blot om en kort oplysning om, hvorfor der alligevel ikke skal ske opfølgning, hvem der har besluttet dette og hvorfor.

Om baggrunden for anbefalingerne angående opfølgning på interne beslutninger henviser vi til gennemgangen af opfølgning ad faglighedssagerne nedenfor, afsnit 24.3.

Endelig anbefaler vi, at

- 9) SET-055 af 3. juli 2015 om oplysninger om sanktioner fra de øvrige nordiske lande suppleres med retningslinjer for opfølgning.

Anbefalingerne gælder også for faglighedssager, jf. henvisningen til SET082-01.

Vi vil gerne understrege, at vores anbefalinger ikke er udtryk for, at lægerne skal følges unødigt længe, men blot, at der bør ske i hvert fald et minimum af opfølgning, inden sagerne afsluttes og arkiveres. Sagerne bør efter vores opfattelse ikke afsluttes, før der er gået så lang tid, at opfølgningen viser et reelt billede af, om lægen lever op til – og forventeligt også fremover vil leve op til – det, som Tilsynet har lagt til grund for sagens afslutning. Det er ikke en del af opdraget at komme med forslag til, hvor længe denne periode skal være, ligesom det også beror på den konkrete sag og de ressourcer, som Tilsynet har til sin rådighed.

.....

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved besvarelsen af vores konkrete foreløbige anbefalinger bl.a. oplyst, at der arbejdes på et nyt arbejdsflow, om hvilket styrelsen har meddelt:

”(...)

Sikring af flow og opfølgning

I styrelsens tilbagemelding af 16. november 2016 oplyste styrelsen om, at der var iværksat en større og omfattende arbejdsgangsanalyse for fremover at sikre et kontinuerligt flow i sagerne. Arbejdsgangsanalysen er igangsat med hjælp fra eksternt konsulentfirma mhp. optimeret styring af sagsforløb og større transparens i forhold til både den samlede mængde sager og det enkelte sagsforløb. Projektet fokuserer på at sikre en styringsmodel for ledelsen og medarbejderne i Styrelsen for Patientsikkerhed, herunder at identificere de kritiske faktorer, der er indeholdt i individtilsynsprocessen.

I forhold til tilsynssagerne er det på baggrund af analysen besluttet, at sagerne fremover opdeles i to forskellige faser afhængig af, om der er tale om oplysning af en sag med henblik på iværksættelse af sanktioner (udredningssag) eller om der er tale om opfølgning på indsatsen, hvorved styrelsen med opfølgning påser, at sundhedspersonen overholder en afgørelse om sanktion, en frivillig virksomhedsindskrænkning/ordinationsindskrænkning eller en aftale indgået efter tidligere praksis (opfølgningssag). Hvis styrelsen konstaterer, at sanktioner, frivillig indskrænkning/ordinationsfraskrivelse eller en aftale ikke overholdes, oprettes en ny udredningssag med henblik på oplysning og afgørelse.

Faseopdelingen skal blandt andet sikre, at enkeltsagsprincippet overholdes, at der bevares et overblik over antal problemstillinger (udredningssager) og antal opfølgningssager (opfølgningssager) og at opfølgning på indsatserne har tilstrækkelig fokus.

Desuden vil det fremadrettet ved ugentlige tavlemøder sikres, at der er flow og fremdrift i sagerne.

(...)”

Det er ikke afgørende for os, om vores anbefalinger indarbejdes i de aktuelt relevante vejledninger eller i et arbejdsflow. Uanset hvilken løsning Styrelsen for Patientsikkerhed vælger, er der dog efter vores opfattelse behov for, at der kontinuerligt følges op på, om de nye principper for mere hensigtsmæssige arbejdsgange efterleves og virker.

18. RETTE FORANSTALTNINGER

18.1 Sammenfatning og konklusion

Det er vores konklusion, at spørgsmålet om rette foranstaltninger viser de samme forhold, som vi allerede har beskrevet i relation til fornødne skridt og opfølgning. Det drejer sig om 79 sager, hvor Tilsynet ikke på tidspunktet for modtagelsen af en oplysning reagerede tilstrækkeligt på denne, eller hvor sagen ikke blev oplyst, som den burde være blevet. Det drejer sig derudover om fem sager, hvor Tilsynet ikke gav korrekt underretning til enten lægerne eller sagens øvrige interessenter.

Da fundene i al væsentlighed er de samme som ad fornødne skridt og opfølgning, har dette ikke givet anledning til yderligere generelle anbefalinger.

Vi har derudover noteret to sager, hvor tilsynet de facto blev udlagt til arbejdsgiveren, og tre sager, hvor tilsynet efter vores opfattelse anvendte en uproportional sanktion eller fremgangsmåde. Vi har dog ikke opfattet dette som generelle udfordringer, som giver anledning til generelle anbefalinger.

Vi har overvejet, om Tilsynet i nogle sager måske undlod at skride til en sanktion, fordi sanktionen manglede sikker hjemmel. Der er med lov nr. 656 af 8. juni 2016 indført nye sanktionsmuligheder. Før virkningerne af denne lov har fået mulighed for at slå igennem, er vi tilbageholdende med at foreslå yderligere sanktioner, da yderligere sanktioner også vil indebære yderligere indgreb i lægernes næringsret, der ikke nødvendigvis er behov for.

18.2 Retsgrundlag

Spørgsmålet om rette foranstaltninger har vi – som beskrevet ovenfor, afsnit 7 – behandlet som en vurdering af, om Tilsynet på det tidspunkt, hvor man modtog en oplysning om en kritisabel adfærd, reagerede tilstrækkeligt på oplysningen. Det er som sådan ikke et spørgsmål, der er lovreguleret; men en reaktion skal naturligvis være fornøden, proportional (den mindst indgribende, som er egnet til formålet) og inden for de muligheder, som lovgivningen opstiller. Som ligeledes anført i afsnit 7 lød opdraget:

”Har Sundhedsstyrelsen reageret tilstrækkeligt, hvis indberetninger eller andre oplysninger på sagen giver anledning til mistanke om over- eller fejlmedicinering eller anden kritisabel ordinationsadfærd?”

Vi har vurderet spørgsmålet i forhold til alle typer af kritisabel adfærd og har ikke kun kigget på de sager, der angik ordinationsadfærd. Om ordinationsadfærd findes imidlertid en række vejledninger, som beskriver, hvad der i henhold til autorisationsloven må betegnes som almindelig omhu og samvittighedsfuldhed, og som Tilsynet derfor også har henholdt sig til. Det er regler, som skal sikre, at medicineringen sker på den fornødne indikation og

.....

med de rette doser. Sigtet er selvsagt bl.a. at undgå overmedicinering, der kan være livsfarlig, og at undgå afhængighed.

Endvidere er det helt generelt foreskrevet, at læger ikke bør udskrive afhængighedsskabende medicin til sig selv eller sine nærmeste, jf. aktuelt vejledning nr. 9009 af 27. december 2013 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Der vil ikke blive redegjort nærmere for reglerne i denne redegørelse.

Derudover findes i autorisationsloven bestemmelser, som er særligt møntet på de tilfælde, hvor en læge udskriver medicin på en u hensigtsmæssig måde, men derudover ikke nødvendigvis fremstår uegnet eller inkompetent. Det er regler om listeligt og om fratagelsen af retten til at ordinere visse lægemidler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har som anført i SET-058 redegjort for overvejelser om sanktioner, når en sag behandles på Task Force, ligesom der også forinden SET-058 fandtes en ganske detaljeret gennemgang af beslutningsrækken fra anmodning om redegørelse til afgørelse om midlertidig autorisationsfratagelse. SET-058 indeholder dog intet om ordinationsindskrænkning.

18.3 Gennemgang

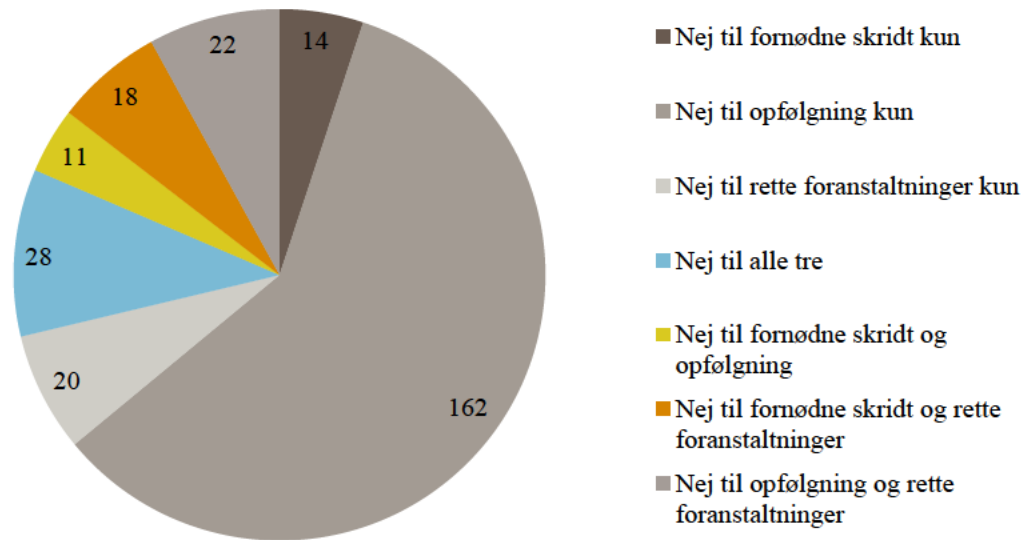
Vi har iblandt de 512 egnethedssager, undersøgelsen er baseret på, noteret 89 sager (~17,4 procent), hvor Tilsynet efter vores opfattelse ikke foretog de rette foranstaltninger. Som med vurderingen af fornødne skridt spænder ”rette foranstaltninger” bredt, hvorfor resultatet ikke er ensbetydende med, at tilsynet har haft 88 sager tilsvarende de to psykiatersager.

Vores gennemgang indikerer, at der kan være en sammenhæng mellem at foretage de rette foranstaltninger indledningsvis, og hvordan sagen derefter forløber.

Det er således kun i 20 ud af de 89 faglighedssager, hvor vi har svaret nej til rette foranstaltninger, at vi ikke også har svaret nej til fornødne skridt og/eller nej til opfølgning. I 29 faglighedssager har vi svaret nej til både fornødne skridt, opfølgning og rette foranstaltninger. I 18 sager har vi svaret nej til både fornødne skridt og rette foranstaltninger, og i 22 sager har vi svaret nej til både opfølgning og rette foranstaltninger.

Det peger i retning af, at en sag, der går skævt tidligt i forløbet, også er i risiko for at ende uden de fornødne skridt og opfølgning, uden at vi dog kan konkludere, at der er en direkte sammenhæng.

Fordelingen af nej til fornødne skridt, opfølgning og rette foranstaltninger i egnethedssagerne



Relationen mellem fornødne skridt og opfølgning giver også anledning til kort at fremhæve, at vi ved vores gennemgang har konstateret, at det er de samme fund, der går igen.

Vi har således i 80 af de 89 sager fundet, at Styrelsen for Patientsikkerhed ikke på tidspunktet for modtagelsen af en oplysning reagerede tilstrækkeligt på denne, eller at sagen ikke blev oplyst, som den burde være blevet. Det spænder fra manglende indhentelse af oplysninger fra de øvrige nordiske lande om baggrunden for afgørelser/manglende reaktion på orientering om afgørelser fra de andre nordiske lande, til sager om afgivelse af positive prøver, som er blevet accepteret på baggrund af en forklaring fra lægen og sager, hvor foranstaltningen har været utilstrækkelig eller er kommet for sent m.v.

Eksempel 18.1: Manglende reaktion på oplysning fra andet nordisk land

Tilsynet fik orientering fra Helsetilsynet om en læge, der havde fået en advarsel. Tilsynet anmodede relevant Helsetilsynet om oplysninger angående årsagen til advarslen, hvilket Tilsynet også modtog. Herefter skete der imidlertid så vidt ses ikke yderligere.

Eksempel 18.2: For "lille" reaktion, der ikke ville kunne håndhæves (frivillig aftale)

Tilsynet aftalte med en læge, som i henhold til indberetninger fra en kollega, var stiknar-koman, og som ved efterfølgende kontroller havde fået konstateret misbrug af afhængighedsskabende medicin, at han skulle sygemelde sig tre måneder, mens han gennemgik kontrolforløb, hvilket lægen også gjorde.

Efter vores opfattelse burde lægen i eksempel 18.2 have fået frataget autorisationen midlertidigt, hvis det var problematisk, at han med sit misbrug var i arbejde, hvilket sagens akter indikerede. Vi anerkender imidlertid, at Tilsynets reaktion kan have været et udslag af, at muligheden for at anvende midlertidig autorisationsfratagelse historisk har været opfattet som ganske restriktiv, og at der ikke på tidspunktet var hjemmel til at give arbejdsforbud, hvis lægen medvirkede til kontrol, hvilket han gjorde.

Vi har også set andre tilfælde, hvor Tilsynet kan tænkes at have haft et ønske om at skride til handling, men hvor Tilsynet måske har savnet en sikker hjemmel, fordi der ikke kunne gives arbejdsforbud, så længe lægen blot medvirkede til kontrol, og fordi det samtidig var svært at etablere et sikkert grundlag for midlertidig autorisationsfratagelse.

Der er med lov nr. 656 af 8. juni 2016 indført § 9 b, stk. 1, der hjemler mulighed for at give arbejdsforbud, så længe en sag om midlertidig autorisationsfratagelse undersøges. Vi har derfor ingen selvstændig anbefaling herom.

Der er også eksempler på sager, der efter vores opfattelse burde have været efterprøvet med større styrke eller belyst yderligere.

Eksempel 18.3: Forklaring om positiv prøve grundet indtag af 2 tebirkes

Tilsynet fik en anmeldelse om, at der efter en natbesøg hos en patient i dennes skraldespand var blevet fundet en ampul til morfin. Lægen forklarede på mødet, at han blot ved en fejl var kommet til at smide en tom ampul i en skraldespand; morfinen var blevet givet til patienten. En urinprøve viste positiv for morfin, og lægen blev derfor indkaldt til endnu et møde. På mødet forklarede han, at han den dag, da testen blev taget, havde spist to tebirkes, der godt kunne give udslag. Der blev taget en ny prøve på mødet, som var negativ, hvorefter sagen blev afsluttet.

Det er – hvad vi ved – korrekt, at birkesindtag kan resultere i positive prøver (og vi har set forklaringen i flere sager), men det er ikke ensbetydende med, at positive prøver skyldes birkesindtag, blot fordi lægen, der har aflagt prøven, hævder dette. Det forekommer som en lige lovligt let købt forklaring, hvor en yderligere prøve aflagt på det møde, hvor lægen kunne forvente at blive mødt med et ønske om en prøve, kunne have været suppleret af eksempelvis endnu en prøve inden for kort tid eller udtræk af en liste over lægens ordinationer med henblik på at efterse, om lægen ordinerede til sig selv.

På samme måde er der flere andre af sagerne, der efter vores opfattelse er udtryk for det, vi allerede har beskrevet i de forudgående afsnit om, at der særligt hos embedslægerne, men ikke kun der, har været for stor tolerance eller en ikke tilstrækkelig håndfast linje over for de læger, som ikke formår at medvirke eller rette op på deres problemer.

I to af de 89 sager har vi svaret nej til rette foranstaltninger, fordi Tilsynet de facto overlod opgaven med at føre til syn til arbejdsgiveren. Det er efter vores opfattelse ofte hensigtsmæssigt, at arbejdsgiveren inddrages, og vi har ikke foruden ovenstående to tilfælde, hvor arbejdsgiverinvolveringen var for omfattende, ikke konstateret, at det giver anledning til problemer. Vi finder ikke på baggrund af de to enkelttilfælde grundlag for at give nogle generelle anbefalinger.

Når det gælder arbejdsgiverinvolvering synes udfordringen ikke at være Tilsynets håndtering heraf, men snarere, at lægerne ikke ønsker, at arbejdsgiverne bliver involveret i det omfang, som ellers ville være hensigtsmæssigt.

Af de resterende syv sager af de 89 angik tre tilfælde, hvor Tilsynet ikke foretog korrekt underretning til lægen eller andre interessenter. I den ene af de sager, der angik manglende underretning, har vi, som svar på en konkret anbefaling, fået oplyst, at der var sket underretning til landets apoteker; men at det blot ikke var journaliseret på sagen⁹. Vi har imidlertid også i andre tilfælde undret os over visse forhold, der finder sted, selv om en læge ikke længere har fuld ordinationsret eller er blevet frataget autorisationen.

Vi har således set eksempler på, at lægerne fortsat kan udskrive recepter; at gamle recepter fortsat er blevet indløst; og at recepter, der angiveligt kommer fra en læge, som ikke må udskrive recepten, alligevel ikke kommer fra vedkommende. Sidstnævnte har ført til i hvert fald en uberettiget politianmeldelse. Vi har i forbindelse med de møder, der løbende har været afholdt med styregruppen i et vist omfang fået en forklaring på, hvordan noget af dette kan forekomme, men det er ikke en forklaring, der kan udledes af sagerne.

Idet vi ved vores anbefalinger ikke er blevet bedt om at tage hensyn til, hvad der i dag er teknisk eller lovgivningsmæssigt muligt anbefaler vi, at

- 10) det overvejes at iværksætte en udredning af, om orientering til og fra apotekerne om lægernes ordinationsret og udskrivningsmønstre kan digitaliseres og automatiseres på en mere sikker og effektiv måde, end i dag.

Det bør herved overvejes, om det er hensigtsmæssigt og muligt – hvis det ikke allerede findes – at indrette et landsdækkende system, der overflødiggør, at en sagsbehandler aktivt skal orientere landets apotekere – og for den sags skyld de øvrige nordiske landes tilsyns-

⁹ Sagen er ikke taget ud af statistikken, jf. forklaringen i fodnote 5

myndigheder – når der træffes afgørelse om forhold, som apotekerne skal orienteres omkring, eller når lægen selv frivilligt indskrænker sine rettigheder.

De sidste fire sager af de 89 angik én sag, hvor styrelsen gav afslag på generhvervelse i en e-mail i stedet for i en egentlig afgørelse, og tre sager, hvor Tilsynet efter vores opfattelse var for strenge.

Eksempel 18.4: ”Frivillig” fraskrivelse af ordinationsretten, idet Tilsynet ellers agtede at træffe afgørelse i et tilfælde, hvor der ikke var foregået egentlig forudgående sagsbehandling

Tilsynet sendte et brev til lægen, hvori Tilsynet oplyste, at det man led i ordinationsovervågningen havde konstateret, at lægen havde udskrevet store mængder af sovemedicin til sig selv. Tilsynet indskærpede, at ordinationerne ikke var i overensstemmelse med retningslinjerne om udskrivelse af afhængighedsskabende medicin. Derudover oplyste Tilsynet, at de agtede at fratage lægen hans ordinationsret til afhængighedsskabende medicin. Alternativt kunne lægen fraskrive ordinationsretten frivilligt. Lægen bad om at komme under skærpet tilsyn i stedet for at få frataget ordinationsretten. I den forbindelse tilstod han sit overforbrug og forklarede det med bl.a. en by-pass operation. Godt tre uger senere fremsendte lægen et brev til Tilsynet, hvori han skrev, at han intet havde hørt fra Tilsynet siden sit brev af 22. juli. Derfor havde han valgt at underskrive den frivillige fraskrivelse efter opfordring fra en embedslæge.

Vi bemærker til eksempel 18.4, at det naturligvis var på sin plads, at lægen, der tilstod et misbrug, blev sanktioneret, og at listepligt meget vel ikke ville have været fornøden. Når Tilsynet efter vores opfattelse var for strengt, beror det på, at lægen ikke inden Tilsynets ”forslag” om, at han fraskrev sig ordinationsretten, havde tilstået sit misbrug, og uden at det fremgår af sagen, at der havde været nogen anden form for undersøgelse end blot en gennemgang af lægens ordinationer til sig selv. Fremgangsmåden var derfor uproportional.

Det er ikke vores opfattelse, at Tilsynet generelt har haft en udfordring med at overholde proportionalitetsprincippet.

18.4 Særligt om sager vedrørende ordinationsadfærd

Som beskrevet har vores undersøgelse omfattet alle mistanker om kritisabel adfærd og ikke kun mistanker om over- eller fejlmedicinering eller anden kritisabel ordinationsadfærd.

Vi har dog samtidig tilstræbt at vurdere, om der gælder noget særligt for sager, der vedrører ordinationsadfærd. Det er vores opfattelse, at det ikke er tilfældet. Vi har således noteret, at 40 af de 88 sager, hvor vi har svaret nej til rette foranstaltninger, indeholdt en ordinationsproblemstilling. I 31 af disse sager har vi svaret nej til rette foranstaltninger, fordi det var denne problematik, der ikke blev reageret tilstrækkeligt på.

Vi har ikke foretaget nogen optælling af, hvor mange af alle 512 egnethedssager, der danner basis for undersøgelsen, som vedrørte en ordinationsproblematik, men det er vores umiddelbare opfattelse, at 31 sager ud af 88 er statistisk upåfaldende og ingen overrepræsentation. Vi har heller ikke observeret, at det er en anden type "fejl", der er blevet begået under behandlingen af de sager, der vedrører en ordinationsproblematik.

Fem ud af de 39 sager, der indebar en ordinationsproblematik, var tilfælde, hvor lægen konstaterbart havde udskrevet store mængder afhængighedsskabende medicin til andre end sig selv eller sine nærmeste. Langt de fleste sager angik lægens eget mulige misbrug. Lægens eget misbrug er naturligvis alvorligt og kan være til fare for patientsikkerheden, men det er samtidig mere tydeligt for omverdenen – herunder for kollegaer, der kan reagere – end overmedicinering af patienterne, som kan ske mere "usynligt".

Hvis Sundheds- og Ældreministeriet eller Styrelsen for Patientsikkerhed ønsker at følge sager med en mulig ordinationsproblematik nærmere anbefaler vi, at

- 11) der oprettes en sagstype som underkategori til egnethedssagerne henholdsvis en sagstype som underkategori til faglighedssagerne, som foruden at oplyse, at sagen angår en egnetheds- eller faglighedsproblematik, også oplyser, at sagen vedrører lægens ordinationsadfærd.

19. ANVENDELSE AF SPECIALLÆGEERKLÆRINGER

19.1 Sammenfatning og konklusion

Vi har ikke i nogen egnethedssager, hvor Tilsynet har baseret sig på en speciallægeerklæring, fundet det relevant at inddrage sundhedsfaglig ekspertise med henblik på en vurdering af kvaliteten af speciallægeerklæringen.

Henover de erfaringer, som blev gjort i sagen angående psykiateren fra Midtjylland, anbefaler vi, at Styrelsen for Patientsikkerhed får formuleret, hvad der til brug for egnethedssagerne er en god speciallægeerklæring på samme måde, som forsikringsbranchen for eksempel også har forsøgt at lave skabeloner til brug for personskadesager af forskellig art.

19.2 Retsgrundlag

Det fremgår af SET-058 om vurdering af grundlag for sanktion/lægge plan på Task Force, at ved førstegangskontakter til sundhedspersoner, hvor der er mistanke om egnethedsproblemer, vil der i udgangspunktet skulle indhentes en erklæring fra en speciallæge.

Indhentelse af speciallægeerklæringer til brug for egnethedssager er imidlertid ikke lovreguleret, udover at det følger af autorisationslovens nugældende § 10 a, at Styrelsen for Patientsikkerhed kan give påbud om, at en læge skal lade sig undersøge til brug for styrelsens oplysning af sagen, når der er begrundet mistanke om, at lægen er uegnet til at udøve sit er-

hverv. Der har også i de tidligere udgaver af autorisationsloven været hjemmel til at udstede et lignende påbud.

19.3 Gennemgang

Formålet med en speciallægeerklæring er at få en upartisk, fagligt funderet og fyldestgørende beskrivelse af patientens (i dette tilfælde lægens) helbreds- og funktionstilstand, behandlingsmuligheder og socialmedicinske aspekter, herunder eventuelt en vurdering af lægens mulighed for at virke som læge på trods af eventuelle fysiske og/eller psykiske vanskeligheder og i givet fald under hvilke vilkår. Speciallægeerklæringer bruges ofte i egnethedsager i forbindelse med Tilsynets vurdering af lægens evne til fortsat at virke som læge. Speciallægeerklæringerne indgår typisk til brug for at afdække en mistanke om en misbrugsproblematik og/eller kognitive/psykiske problemer hos den undersøgte læge. Afhængig af, hvad der er blevet spurgt om, udtaler speciallægen sig også om, hvorvidt lægen efter speciallægens opfattelse er egnet til at udøve sit erhverv. Det kan for så vidt være relevant, men afgørelsen bør naturligvis i sidste ende være Tilsynets.

Eksempel 19.1: Uddrag fra psykiatrisk speciallægeerklæring med både vurdering af tilstand og egnethed

”(…)

Med [lægens] holdning og hele væsen finder jeg det utænkeligt, at han kan og vil ændre sin ordinationspraksis, hvad angår anxiolytica og beslægtede sedativa samt analgetica, herunder opioder og præparater af tilsvarende karakter (afhængighedsskabende). Da jeg spørger til hans holdning til en begrænsning af hans ordinationsret indenfor dette område, går han så vidt som at anføre, at han i så tilfælde nok ville opgive sin praksis.

Jeg finder imidlertid ikke grundlag for – og har ikke belæg for – at antage, at han er uegnet i sin lægefunktion hvad angår undersøgelse og diagnosticering samt henvisningsgrundlag og behandling i øvrigt.

[lægen] får medicin som overfor anført, og jeg finder ikke grundlag for at antage, at han indtager medicin herudover og specielt ikke, at han misbruger stoffer af euphoriserende eller narcotiserende art.

Hans alkoholindtagelse finder jeg dog er for rigelig, om end øjensynligt styret. Hans egenmedication af sin dysthymi, ville jeg for hans skyld ønske, var ledsaget af kontakt til passende fagperson”

(…)”

Speciallægeerklæringer indhentes typisk fra psykiatere og neurologer. Endvidere indhentes også ofte erklæringer fra neuropsykologer, hvilket til brug for denne undersøgelse også falder under kategorien speciallægeerklæring, selv om de udføres af neuropsykologer og ikke af læger. Der kan i samme sag sagtens være behov for at indhente erklæringer med forskelligt sigte. Neurologen vil for eksempel foretage de diagnostiske undersøgelser, mens neuropsykologen vil afdække betydningen heraf for de kognitive funktioner. Tilsammen giver det grundlaget for vurderingen af, om lægen er egnet.

Sagen om psykiateren fra Midtjylland afdækkede imidlertid en hidtidig ikke erkendt problemstilling om kvaliteten af undersøgelserne/erklæringerne. Retslægerådet udtalte således om nogle af de undersøgelser/erklæringer, som Tilsynet gennem årene havde baseret sig på, at disse ikke var tilstrækkeligt grundige og omfattende til at konstatere den skade og de gener, der gjorde psykiateren uegnet.

Retslægerådet påpegede således mere eller mindre direkte, at psykiaterens problemer kunne have været konstateret langt tidligere end tilfældet faktisk blev, hvis de foretagne undersøgelser havde været tilstrækkeligt tilbundsående.

Vi har noteret anvendelse af speciallægeerklæringer i 137 af de 512 egnethedssager (~26,8 procent), som vi har baseret undersøgelsen på. I nogle af sagerne kan der godt have været tale om speciallægeerklæringer udarbejdet i anden anledning. Vi har ikke fundet det nødvendigt at sondre herimellem, idet Tilsynet naturligvis godt kan basere sig på en erklæring indhentet i anden anledning, blot erklæringen er egnet til at belyse de konkrete forhold og fyldestgørende.

Vi har som anført ikke i nogen af disse sager vurderet, at der aktuelt var brug for at indhente lægefaglig bistand med henblik på en vurdering af kvaliteten af en speciallægeerklæring. Det beror i hovedsagen på to forhold.

For det første beror det på, at det ikke noget sted fremgår klart, hvad en speciallægeerklæring til brug for tilsynet med læger bør indeholde. For det andet og mest afgørende beror det på, at i de få sager, hvor vi har overvejet at anmode om lægefaglig bistand, har vi samtidig vurderet, at det ikke på nuværende tidspunkt ville have nogen betydning for tilsynssagen enten at få eller af- eller bekræftet validiteten af speciallægeerklæringen.

Der har nemlig været tale om speciallægeerklæringer af ældre dato, hvor det ikke i dag ville kunne tillægges betydning, om den oprindelige erklæring var baseret på en utilstrækkelig undersøgelse eller havde andre faglige mangler. I stedet er det vores anbefaling, at

-
- 12) Styrelsen for Patientsikkerhed inden for de forskellige sagstyper (misbrug, demens, hjerneskade m.v.), får formuleret, hvad en god speciallægeerklæring til brug for tilsynsvirksomheden bør indeholde.

Allerbedst bør der udarbejdes en skabelon til speciallægerne med tilhørende vejledning om de subjektive og objektive undersøgelser, som Tilsynet har behov for, at speciallægen foretager og beskriver. I det omfang en speciallægeerklæring derudover gøres til genstand for bedømmelse af andre voterende læger, hvad enten de er tilknyttede sagkyndige eller fastansatte i Tilsynet, kan det overvejes altid at gøre det til et opmærksomhedspunkt, om speciallægeerklæringen er udarbejdet med den fornødne kvalitet.

Idet indhentelse af en speciallægeerklæring erfaringsmæssigt kan være meget tidskrævende og dermed medføre døde perioder, som Styrelsen for Patientsikkerhed kan være nødt til at acceptere, anbefaler vi også, at

- 13) Styrelsen for Patientsikkerhed tænker indhentelse af speciallægeerklæringer ind i det arbejde, som pågår med at tilrettelægge det mest hensigtsmæssige arbejdsflow.

Derudover er vi stødt på et andet tema, som vi finder anledning til at omtale. Det angår, hvordan Tilsynet kommunikerer med speciallæger og egne sagkyndige voterende. Vi har i flere tilfælde konstateret, at Tilsynet på forhånd enten eksplicit eller implicit har gjort den sagkyndige eller speciallægen bekendt med Tilsynets umiddelbare holdning til sagen, herunder hvilke sanktioner Tilsynet eventuelt overvejer.

Det kan være helt på sin plads, da det kan have betydning for det, den sagkyndige eller speciallægen særligt skal undersøge, men det bør ikke få karakter af, at Tilsynet advokerer for, at den sagkyndige eller speciallægen skal nå frem til et bestemt resultat. Spørgsmål om egnethed eller om det ville være relevant med en nærmere bestemt virksomhedsindskrænkning etc. bør formuleres neutralt.

D. FAGLIGHEDSSAGER

20. INDLEDNING

Vi har som anført ovenfor, afsnit 5, modtaget 680 sager, der var oplyst at være faglighedssager, hvoraf vi har baseret undersøgelsen på 657, idet de resterende enten ikke var omfattet af opdraget eller som følge af manglende akter ikke kunne tages i betragtning.

Målet med det faglige tilsyn er at sikre, at sundhedspersonen ikke er fagligt inkompetent. Som med egnethedssager er der mange måder, en faglighedssag kan opstå på. Den mest almindelige er på baggrund af en i henhold til klage- og erstatningsloven afgjort klagesag om enten sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed eller om autoriserede sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011, §§ 1 og 2 (herefter en ”POB-afgørelse”).

Den første type klagesager afgøres i dag af Styrelsen for Patientsikkerhed, men henhørte tidligere under Patientombuddet. Den sidste type klagesager henhørte og henhører fortsat under Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Den naturlige kobling mellem POB-afgørelser og individtilsynet med lægerne er, at klagemyndighederne forholder sig til, om sundhedsvæsenet eller den autoriserede sundhedsperson har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard. Afgørelserne viderendes derfor altid til Tilsynet, jf. bekendtgørelsens § 16, stk. 1, jf. § 12, stk. 3. Er der endvidere tale om en POB-afgørelse med kritik, vil det altid føre til, at Tilsynet opretter en sag, hvis ikke lægen allerede har en sag. Hvis lægen allerede har en sag, fører det til, at Tilsynet inddrager afgørelsen i den eksisterende sag.

Fordi langt de fleste sager oprettet på baggrund af en POB-afgørelse enten kan afsluttes uden yderligere undersøgelse af lægens faglighed, eller efter at lægen har redegjort for forbedringstiltag, kan faglighedssagerne mest hensigtsmæssigt opdeles i fire typetilfælde. De tre typetilfælde har mange lighedspunkter, som gør, at der kan gives ensartede tilbagemeldinger. Det fjerde typetilfælde er de sager, hvor der ikke kan gives ensartede tilbagemeldinger, jf. i det hele nedenfor afsnit 21.

Hertil kommer de sager, som ikke er oprettet på baggrund af en POB-afgørelse. I de sager kan der heller ikke gives ensartede tilbagemeldinger under ét.

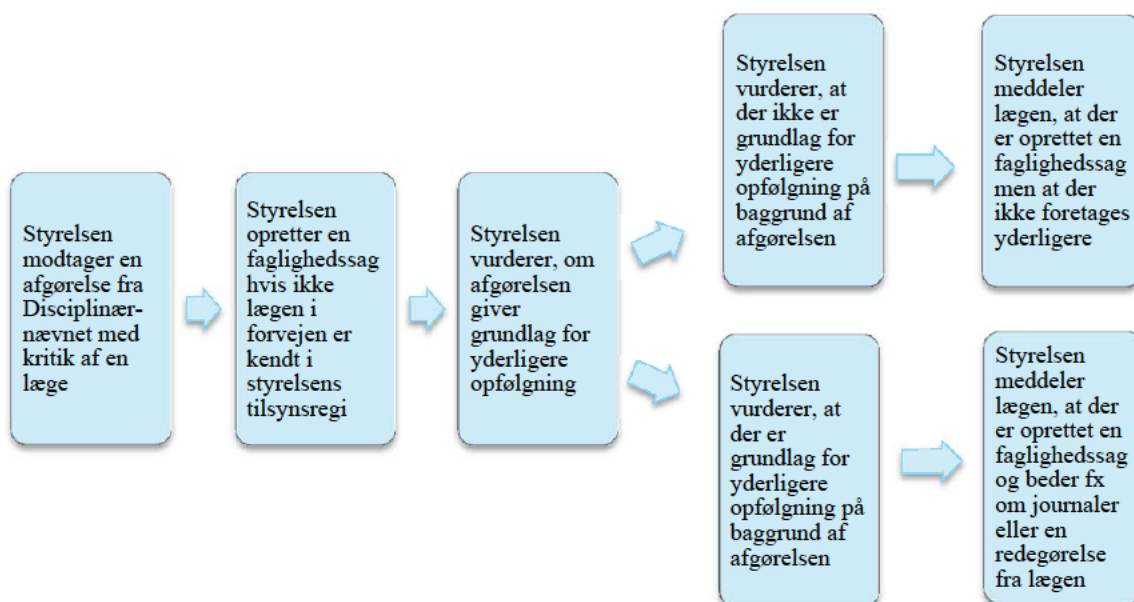
21. TYPETILFÆLDE

21.1 Sager oprettet på baggrund af en POB-afgørelse

Sager oprettet på baggrund af en POB-afgørelse kan inddeles i fire typetilfælde:

- 1) POB-afgørelser, hvor Tilsynet har vurderet, at der ikke var grundlag for yderligere,
- 2) POB-afgørelser, hvor Tilsynet efter en indledende vurdering har anmodet om og fået en redegørelse fra lægen og derefter afsluttet sagen,
- 3) POB-afgørelser, hvor det ikke har været muligt at afgøre, om Tilsynet har foretaget en vurdering,
- 4) POB-afgørelser, hvor Tilsynet efter en indledende vurdering har iværksat en yderligere sagsbehandling

Figur 1 illustrerer den overordnede proces fra styrelsen modtager en afgørelse fra Disciplinærnævnet, hvor der er udtalt kritik af en læges arbejde.



Figur 1

Det er de første to kategorier, som udgør langt de fleste sager. Ud af alle opdragets faglighedssager er 440 således inden for disse to kategorier. Disse 440 sager er behandlet under ét i afsnit 21.1.1. Den tredje kategori – afgørelser med kritik, hvor det ikke har været muligt at afgøre, om Tilsynet har foretaget en vurdering – er behandlet under ét i afsnit 21.1.2. Det drejer sig om 19 sager.

Tilbage står en række sager, hvor Tilsynet efter en indledende vurdering har iværksat en yderligere sagsbehandling. Sammen med sager, der ikke er oprettet på baggrund af en POB-afgørelse, drejer det sig om i alt 198 sager. Disse 198 sager er det ikke hensigtsmæssigt at behandle under ét. Vores væsentlige fund ved gennemgangen af disse sager er i stedet beskrevet i afsnit 22, der vedrører de ni spørgsmål, der danner grundlag for undersøgelsen, jf. ovenfor afsnit 7.

21.1.1 POB-afgørelser, hvor Tilsynet har vurderet, at der ikke var grundlag for yderligere

Sagerne indeholder sædvanligvis minimum tre akter, heriblandt ofte en lægefaglig votering til Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn forud for POB-afgørelsen, selv POB-afgørelsen og Tilsynets brev om, at Tilsynet har oprettet en sag, hvorpå POB-afgørelsen indgår, og at Tilsynet ikke vil foretage sig yderligere.

Vi har ikke grundlag for at tilsidesætte de tilsynsfaglige vurderinger, som Tilsynet må antages at have foretaget med henblik på at nå til konklusionen om ikke at foretage sig yderligere.

Vores fokus i disse sager har derfor i stedet været, om de er blevet behandlet inden for tidsfristerne, og om der er sket afslutning, herunder med tilhørende orientering af lægen. De ni spørgsmål, vi har vurderet, er derfor blevet besvaret som følger i sagerne:

| | | |
|--|--|-----|
| Fornødne skridt | Ja (med få undtagelser) | |
| Tidsfrister | Ja | Nej |
| Opfølgning på sager | Ja | |
| Rette foranstaltninger | Ja (med få undtagelser) | |
| Frivillige aftaler | N/A | |
| Vurdering af speciallægeerklæring | N/A | |
| Afslutning og nedlukning | Ja | |
| Foreløbig anbefaling | Ja (afslutning hvis ikke afsluttet / orientering til lægen) | Nej |
| Endelig anbefaling | N/A | |

I forbindelse med vores gennemgang er vi herudover stødt på en praksis, der ikke forekommer fuldstændig gennemsigtig eller konsekvent.

.....

Vi har således observeret, at det forhold, at en læge inden for en årrække har haft flere klagesager med eller uden kritik, i sammenhæng med en ny POB-afgørelse med kritik, fører til, at Tilsynet indleder en egentlig sagsbehandling, mens det i andre sager ikke har ført til en egentlig sagsbehandling.

Vi har ligeledes observeret, at hvis en POB-afgørelse udtaler kritik med indskærpelse, indhenter Tilsynet i nogle tilfælde rutinemæssigt en redegørelse fra lægen, mens det i andre tilfælde ikke har givet anledning til indhentelse af en redegørelse fra lægen.

Af Sundhedsstyrelsens sagsbehandlervejledning af 10. juni 2014 for sager om risikopersoner fremgår bl.a.:

”(...)

Særligt for kritiske afgørelser fra Patientombuddet gælder:

ELI modtager alle afgørelser fra POB, uanset om der er givet kritik eller ej. (...).

Alle sager med kritik vurderer embedslægen om der er fremadrettede patientsikkerhedsperspektiver som kræver en reaktion.

Hvis embedslægen vurderer, at sagen ikke giver anledning til yderligere tiltag skrives et kvitteringsbrev og sagen lukkes.

Patientombuddet offentliggør afgørelser ved navns nævnelser på sundhedspersoner, hvis der er givet kritik, hvis der er mistanke om alvorlig eller gentagen forsømmelse (§ 75), hvis der er givet kritik med indskærpelse, hvis en sundhedsperson inden for 5 år har modtaget 3 kritiske afgørelser, eller hvis der er givet kritik i forbindelse med kosmetiske indgreb.

Det er væsentligt, at Sundhedsstyrelsen hurtigt tager stilling til om der skal iværksættes faglige sanktioner over for de sundhedspersoner, der er offentliggjort på Patientombuddets hjemmeside. Derfor bør Patientombuddets hjemmeside én gang om ugen blive gennemgået for at identificere, hvilke nye afgørelser, der er offentliggjort med navn siden sidste gennemgang.

(...)

Planlægning af det videre sagsforløb og Task Force

Når sagen er oprettet, vurderer sagsbehandleren, om sagen er tilstrækkeligt belyst, eller om der er behov for at indhente yderligere oplysninger. Der skrives et oprettelsesnotat.

(...)

Vurderingen af sundhedspersonens faglige virke sker uafhængigt af fx Patientombudet eller politiets behandling i sagen i øvrigt.

En sag kan afsluttes, hvis der er ringe sandsynlighed for at sundhedspersonens fremtidige faglige virke vil kunne udgøre en risiko for patienternes sikkerhed.

Hvornår der er risiko for patienternes sikkerhed beror på en konkret vurdering, hvori indgår overvejelser om antallet af tidligere kritiske afgørelser, graden og typen af kritik, risikoen for gentagelse, graden af alvorlighed, samt sundhedspersonens vilje og evne til at rette op på den faglige risikoadfærd.

Det skal altid overvejes, om der er risiko for patienterne, når der er tale om et mere grundlæggende fagligt svigt eller grundlæggende misopfattelse. Det kan fx være ved manglende overholdelse af Sundhedsstyrelsens vejledninger eller efterlevelse af anerkendte faglige retningslinjer, ved mangelfuld diagnostik, udredning og behandling af kræftsygdomme, grove journalføringsfejl, uforsvarlig delegering af arbejdsopgaver, manglende supervision.

Ad 1: Sagen kan lukkes

Hvis sagsbehandleren ikke har mistanke om, at en sundhedspersons fremtidige faglige virke vil udgøre en fremadrettet risiko for patienternes sikkerhed afsluttes sagen.

(...)"

Sagsbehandlervejledningen af 10. juni 2014 suppleres af Styrelsen for Patientsikkerheds SET 083-01 af 22. januar 2016 om journalisering af sager oprettet på baggrund af afgørelser af patentklager, hvoraf det bl.a. fremgår:

"(...)

2.A Sagsbehandling af sagstypen POBK, LTNK, RTNK (ikke grund til yderligere tiltag)

Sager af typen POBK, LTNK, RTNK, hvor det vurderes, at der ikke er grund til yderligere tiltag, afsluttes efter gennemlæsning og vurdering på følgende måde:

- *Feltet "T-Sagsresume" udfyldes med kort resume af sagens indhold samt behandlingssted, tidspunkt for fejl og tidspunkt for POB, LTN, RTN afgørelse.*

(...)"

Derudover følger det i dag af Task Forces forretningsorden, at:

”Følgende sager skal bringes med på Task Force:

(...)

Alle sager, der omhandler en risikoperson, herunder altid:

- *Sager om sundhedspersoner der har været involveret i fem eller flere klagesager gennem de seneste tre år. Der regnes fra hændelsestidspunktet, ikke POB's afgørelsestidspunkt.*
- *Sager om sundhedspersoner der har fået kritik fra Disciplinærnævnet med indskærpelse.*
- *Sager om sundhedspersoner der har fået 3. kritik indenfor de seneste 5 år. Der regnes fra hændelsestidspunktet og ikke fra POB's afgørelsestidspunkt.*
- *(...)*

(...)”

Der kan efter vores opfattelse være gode grunde til at indlede et tilsyn af en læge, som over en årrække modtager et efter forholdene stort antal klager, også selv om de tidligere klagesager er endt uden kritik. Der kan ligeledes efter vores opfattelse være gode grunde til, at Tilsynet afslutter en sag uden indhentelse af en redegørelse, selv om Sundhedsvæsnets Disciplinærnævn har udtalt kritik med indskærpelse.

Vi har som anført ikke fundet grundlag for at efterprøve den tilsynsfaglige vurdering, som Tilsynet har foretaget i sagerne. Vi savner imidlertid en bedre begrundelse på sagerne for, hvorfor der i nogen tilfælde indledes en sagsbehandling, mens der i andre tilfælde blot sendes en orienteringsskrivelse.

Eksempel 21.1: Sag med flere afgørelser med kritik uden redegørelse for overvejelser om det videre

Tilsynet modtog den 26. juni og 28. juni 2012 to afgørelser med kritik. Af den seneste afgørelse fremgik, at kritikken blev offentliggjort, fordi lægen også den 5. november 2010 havde modtaget en POB-afgørelse med kritik. Tilsynet meddelte lægen, at man har modtaget de to seneste afgørelser, og at man ikke på den baggrund ville foretage sig yderligere. Så vidt ses var Tilsynet slet ikke opmærksom på, at lægen havde modtaget tre afgørelser med kritik på mindre end fem år, hvorfor der heller ikke er oplysninger på sagen om, at det blev undersøgt, om alle kritisable forløb lå inden for de seneste fem år.

På andre sager har vi netop konstateret, at overvejelserne er blevet begrundet.

Eksempel 21.2: Sag nr. 5-4411-330/1

Lægen modtog POB-afgørelser med kritik den 29. september 2009, 11. maj 2010, 9. december 2010 og 15. september 2011. Tilsynet modtog kopier den 15. december 2011. Den 29. marts 2012 meddeler Tilsynet, at man har modtaget afgørelsen af 15. september 2011, og at Tilsynet ikke på den baggrund ville foretage sig yderligere. Lægen modtog endnu en POB-afgørelse med kritik den 23. oktober 2014. Den 6. januar 2015 indskærpede Tilsynet lægens pligt til fremover at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit faglige virke. Under forudsætning heraf ville Tilsynet ikke foretage sig yderligere. Det fremgår af sagen, at den havde været behandlet på Task Force, som havde valgt reaktionen, fordi de tidligere POB-afgørelser med kritik lå tilbage i tid.

Eksempel 21.3: Kritik med indskærpelse, der på det foreliggende med rette ikke gav grundlag for at indhente redegørelse

Lægen modtager den 3. juli 2013 en POB-afgørelse, som udtalte kritik med indskærpelse i anledning af et behandlingsforløb i 2008. Task Force noterede den 3. oktober 2013, at da POB-afgørelsen udtalte kritik med indskærpelse, ville man normalt bede om en redegørelse, men da det forløb, som havde givet anledning til POB-afgørelsen, skete i 2008, ville man ikke i den konkrete sag gøre det.

Idet Task Force selv har formuleret tilfælde, hvor en sag altid skal medbringes på Task Force, bør det naturligvis overholdes.

Vores undersøgelse afslører ikke, om problemstillingen er blevet fuldstændigt løst efter etableringen af Task Force. Eksempel 21.1 er således fra før etableringen af Task Force, mens eksempel 21.2 og 21.3 netop blev behandlet af Task Force. Det kan tyde på, at praksis derfor i hvert fald er blevet mere tydelig efter etableringen af Task Force.

Idet vores undersøgelse er retrospektiv, og vi derfor ikke er bekendt med, om forholdene fortsat gør sig gældende, anbefaler vi blot, at

- 14) Styrelsen for Patientsikkerhed er opmærksom på, at sagerne bliver medbragt på Task Force som foreskrevet,
- 15) det altid begrundes på en sag, hvorfor/hvorfor ikke en afgørelse med kritik i sammenhæng med lægens tidligere historik/en afgørelse med kritik, der indskræpes, giver anledning til/ikke giver anledning til, at lægen skal indsende en redegørelse/anden egentlig sagsbehandling.

Problemstillingen blev drøftet på to følgegruppemøder og gav anledning til et helt generelt ønske om flere alment, let tilgængelige oplysninger om, hvordan tilsynet fungerer, og hvad

det vil sige at have en tilsynssag. Ønsket kommer ikke kun fra lægerne, men også fra patientforeningerne. Ønsket vedrører ikke kun den ovenfor beskrevne problematik, men eksempelvis også, hvad det vil sige og indebære, hvis tilsynet åbner en sag mod en læge, og hvad lægen kan forvente. Det kunne eksempelvis være mere udførlige informationer på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Det er et ønske, vi godt forstår. Aktuelt er der eksempelvis på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside et link til et faktaark fra 2014, som er forældet. Dette link suppleres på hjemmesiden med et flowdiagram om sagsgangen, som er nyt, men som kun giver overfladisk information.

Foruden arbejdet med at gennemføre de forbedringstiltag, som allerede er igangsat, og som angår kvaliteten af tilsynet og tilliden hertil, kan det derfor også være relevant at overveje den informationsopgave, der retter sig både mod offentligheden generelt og lægerne mere konkret.

21.1.2 POB-afgørelser, hvor det ikke har været muligt at afgøre, om Tilsynet har foretaget en vurdering

Vi har i 19 sager konstateret, at det ikke har været muligt at afgøre, om Tilsynet har forholdt sig til den POB-afgørelse, som Tilsynet har modtaget, og som sagen er blevet oprettet på baggrund af.

Fælles for sagerne er, at det er dokumenteret på sagen, at der er modtaget en POB-afgørelse med kritik, men at Tilsynet hverken har sendt en orienteringsskrivelse til lægen eller oprettet et notat på sagen, som gør det muligt at afgøre, om Tilsynet har forholdt sig til POB-afgørelsen. De ni spørgsmål, vi har vurderet, er derfor blevet besvaret som følger:

| Spørgsmål | Svar |
|-----------------------------------|------|
| Fornødne skridt | Nej |
| Tidsfrister | N/A |
| Opfølgning på sager | N/A |
| Rette Foranstaltninger | Nej |
| Frivillige aftaler | N/A |
| Vurdering af speciallægeerklæring | N/A |
| Afslutning og nedlukning | N/A |
| Foreløbig anbefaling | Ja |
| Endelig anbefaling | N/A |

Vi anbefaler, at Styrelsen for Patientsikkerhed har opmærksomhed på dette område og følger op på, at der sker overholdelse af de principper for sagsbehandling, som aktuelt er be-

skrevet i SET 083-01. Ved en efterlevelse af SET 083-01 kan Tilsynet effektivt dokumentere, at en sag har været vurderet.

I de fleste tilfælde har vi anbefalet, at Styrelsen for Patientsikkerhed orienterer lægerne om, at der har været oprettet en sag på baggrund af en POB-afgørelse med kritik, som ikke gav Tilsynet anledning til yderligere.

Der kan argumenteres for, at den manglende orientering er et forvaltningsretligt spørgsmål, som ikke henhører under denne undersøgelse. Når vi alligevel har anbefalet orientering, hører det sammen med, at tidligere POB-afgørelser, som anført ovenfor afsnit 21.1.1, kan være udslagsgivende for, om en ny POB-afgørelse fører til, at Tilsynet indleder en egentlig sagsbehandling. Lægen bør derfor løbende holdes orienteret om de POB-afgørelser, Tilsynet har forholdt sig til.

I enkelte sager har vi ikke anbefalet noget, idet lægen, som sagerne vedrørte, af andre årsager var bekendt med, at der verserede et tilsynsforløb. Fremadrettet anbefaler vi, at

- 16) Styrelsen for Patientsikkerhed er opmærksom på efterlevelsen af SET 083-01.

22. FORNØDNE SKRIDT

22.1 Sammenfatning og konklusion

Det er vores opfattelse, at Tilsynet, også før oprettelsen af Styrelsen for Patientsikkerhed, generelt var gode til at foretage de fornødne skridt i forhold til konstaterede lægefaglige problemer. Vi har ud af de i alt 657 faglighedssager, vi har baseret os på, fundet 59 sager, hvor Tilsynet efter vores opfattelse, enten undervejs eller ved sagens afslutning, ikke foretog de fornødne skridt.

19 af sagerne var de ovennævnte sager oprettet på baggrund af en POB-afgørelse, hvor vi ikke kunne se, om Tilsynet havde forholdt sig til POB-afgørelsen.

25 af sagerne vedrørte så forskellige ting som for eksempel dobbelt sagsoprettelse, manglende orientering til lægen, indberetninger, der ikke blev fulgt til dørs og indhentelse af supplerende materiale, som Tilsynet ikke efterfølgende tog stilling til betydningen af.

De sidste 15 sager vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt den foranstaltning, som Tilsynet foretog, burde have været mere indgribende. I ingen af disse 15 sager var der tale om, at disse slet ikke blev behandlet eller om, at Tilsynet ikke foretog skridt overhovedet. Der var tale om, at det efter et forsigtighedsprincip enten undervejs eller afslutningsvis ville have været at foretrække, at der var blevet gjort noget mere.

Der har for os at se været tale om konkrete vurderinger, hvilket for det første har givet os anledning til at gentage vores anbefaling nr. 2) og supplere med en anbefaling om formalisering af frivillige rettighedsfraskrivelser.

22.2 Retsgrundlag

Vi henviser til afsnit 15.2, hvor der er redegjort for de indgreb, som autorisationsloven og Tilsynets sagsbehandlerevejledninger sætter op for valget af reaktionsmuligheder og sanktioner. Som anført i afsnit 15.2 er loven og vejledningerne særligt møntet på udfaldet af en afgørelse. Tilsynet skal imidlertid også foretage, hvad der kan betegnes som de fornødne skridt, hvis der ikke træffes afgørelse, herunder eksempelvis orientere lægen om sagen og forholde sig til indberetninger.

22.3 Gennemgang

Som redegjort for i afsnit 21.1.1 har vi fundet grundlag for at gå i rette med Tilsynets beslutning om enten at afslutte en sag oprettet på baggrund af en POB-afgørelse uden yderligere eller efter indhentelsen af en redegørelse fra lægen. I de 440 sager har vi derfor, med undtagelse af 12 sager, der beskrives nedenfor, lagt til grund, at Tilsynet foretog de fornødne skridt.

Af de 12 sager drejede fem sager sig om den uklare praksis, vi har beskrevet ovenfor i afsnit 21.1.1.

De resterende syv sager drejede sig bl.a. om tilfælde, hvor Tilsynet havde oprettet en sag for blot senere at oprette endnu en sag tilsyneladende om det samme. Der var sager, hvor Tilsynet allerede behandlede en faglighedssag, og efterfølgende modtog en ny POB-afgørelse om lægen uden at orientere lægen om dette, og uden at det fremgår, hvorledes disse nye afgørelser blev inddraget på de verserende sager. Og der var en sag, der drejede sig om en læge, der ikke blev bedt om at henvende sig til Tilsynet, hvis han agtede at arbejde i Danmark.

I de 19 sager, der er startet op på baggrund af en POB-afgørelse, men som vi ikke kan se, om Tilsynet har forholdt sig til, har vi – i mangel af oplysninger om noget andet – lagt til grund, at Tilsynet ikke foretog de fornødne skridt, jf. ovenfor, afsnit 21.1.2

Vores fund giver ikke anledning til anbefalinger ud over dem, som allerede er givet ovenfor, afsnit 21.1.1.

Blandt de resterende 198 faglighedssager har vi noteret 28 sager (~14,1 procent), hvor Tilsynet, efter vores måde at anskue spørgsmålet om fornødne skridt på, burde have gjort mere. Seks af tilfældene drejer sig om, at lægen ikke blev orienteret om den oprettede faglighedssag, mens der i fire tilfælde var tale om, at indberetninger ikke blev fulgt til dørs:

Eksempel 22.1: Sag afsluttet uden videre

Lægen blev indberettet den 13. maj 2013, og samme dag blev det besluttet at anmode om en redegørelse. Anmodningen om en redegørelse blev imidlertid så vidt ses aldrig sendt, og sagen blev afsluttet den 22. maj 2013 uden yderligere og uden synlig begrundelse.

I tre sager¹⁰ indhentede Tilsynet supplerende materiale uden efterfølgende at foretage nogen vurdering af, hvilken betydning det skulle tillægges:

Eksempel 22.2: Sag blev afsluttet uden en vurdering af indhentet materiale

Tilsynet anmodede i første omgang lægen om en redegørelse, som det var nødvendigt at rykke for flere gange. Efter redegørelsen anmodede Tilsynet om en række patientjournaler, som også blev modtaget, men efter at have modtaget de sidste journaler i oktober 2014, skete der så vidt ses ikke yderligere på sagen.

Der er ingen af disse 13 sager, som giver os anledning til at foreslå generelle forbedringstiltag, idet vi vurderer, at de manglende fornødne skridt ikke udspringer af systemfejl eller grundliggende problemer med tilsynet.

Tilbage står 15 sager (~7,6 procent), hvor Tilsynet efter vores opfattelse burde have anvendt en anden foranstaltning. Sagerne spænder fra ét tilfælde, hvor Tilsynet skulle have undersøgt, om lægen arbejdede i Danmark til ét tilfælde, hvor Tilsynet burde have iværksat en autorisationsfratagelse tidligere end sket.

I nogle af de 15 tilfælde var der tale om, at Tilsynet efter vores opfattelse var for tålmodige med lægen eller på baggrund af lægens historik burde have valgt en mere indgribende foranstaltning. Sådanne sager er altid åbne for fortolkning, og det er – uden at kende de aktuelle tal – ikke vores indtryk, at Styrelsen for Patientsikkerhed i dag generelt set er for lempe-lige. Som vi dog allerede har beskrevet, synes der dog i nogle tilfælde at være for stor tålmodighed med lægerne, hvilket vi har anbefalet, at Styrelsen for Patientsikkerhed håndterer gennem en fælles praksis, jf. ovenfor, afsnit 15.3, anbefaling nr. 3).

Andre af sagerne afspejler det, vi også har fundet i forbindelse med spørgsmålet om manglende opfølgning. Nemlig, at Tilsynet ikke reagerede i overensstemmelse med sin egen beslutning:

¹⁰ Den ene af de tre sager, var også en af de seks sager, hvor lægen ikke blev orienteret.

Eksempel 22.3: Manglende effektivering af beslutning om afgørelse

Tilsynet modtog besked fra det norske Helsetilsyn om en advarsel til lægen. Tilsynet besluttede, at der skulle træffes afgørelse om, at lægen skulle give besked, hvis han på et tidspunkt ville arbejde i Danmark igen. Afgørelsen blev så vidt ses aldrig truffet eller sendt.

Om manglende opfølgning på egne interne beslutninger, henviser vi til afsnit 24 nedenfor.

Et andet tilfælde, som vi gerne vil rette opmærksomheden imod og som har lidt tilfælles med vores redegørelse af 2. juni 2015 om brugen af ”frivillige aftaler”, udspringer af to sager. Den ene sag angik en læge, der foretog problematiske rituelle omskæringer. Den anden sag angik en læge, der udarbejdede speciallægeerklæringer på Færøerne, selv om han ikke længere måtte udarbejde speciallægeerklæringer. I begge sager blev løsningen, at Tilsynet ikke traf afgørelse mod lovning på, at lægerne ville ophøre med den virksomhed, som var genstand for tilsynet, men uden at aftalerne blev formaliseret som frivillige virksomhedsindskrænkninger.

I hvert fald i sagen om lægen, der foretog rituelle omskæringer, var Tilsynet usikre på hjemlen til at træffe en afgørelse.

Vi har konstateret flere sådanne sager i gråzonen mellem frivillige aftaler og frivillige virksomhedsindskrænkninger end de to nævnte, men ikke mange. Antallet af sager med den nævnte problemstilling er utvivlsomt begrænset (og i dag måske udryddet på grund af de iværksatte tiltag). Vi gør dog alligevel opmærksom på, at situationen principielt aldrig bør forekomme, idet den skaber unødigt tvivl om, hvad der egentligt er retsforholdet. Vi henviser til vores anbefaling nr. 2) om altid at formalisere frivillige rettighedsbegrænsninger.

Hvis Styrelsen for Patientsikkerhed er i tvivl om hjemlen, må styrelsen afklare dette spørgsmål og enten træffe afgørelse eller lade lægen fortsætte den virksomhed, som der ikke er hjemmel til at gribe ind over for. Om nødvendigt må styrelsen træffe afgørelse og lade det komme an på en domstolsprøvelse, om den var hjemlet. Hjemmelavede løsninger derimellem er ikke anbefalelsesværdige.

23. TIDSRISTER

23.1 Sammenfatning og konklusion

Det er vores konklusion, at der, i hvert fald i forhold til sager omfattet af opdraget, er sket en voldsom forbedring af Tilsynets sagsbehandlingstider efter oprettelsen af Task Force, når det gælder sager oprettet på baggrund af en POB-afgørelse, som afsluttes uden yderligere eller med at anmode lægen om en redegørelse.

Det har ikke været en del af opdraget at undersøge, om Styrelsen for Patientsikkerhed i dag efterlever sine egne sagsbehandlingsnormer, men for ovenstående sager var det i runde tal i 2014 og 2015 op mod 90 procent, som blev afsluttet inden for de korte frister, som Task Force har bestemt i sin forretningsorden.

For så vidt angår de 198 øvrige sager, synes der heller ikke at være noget gennemgående problem med at behandle sagerne til tiden. Vi anbefaler dog, at Styrelsen for Patientsikkerhed har fortsat fokus på efterlevelse af de tidsfrister, som Task Force sætter, idet vi har konstateret 18 sager, hvor Task Forces tidsfrister ikke er blevet efterlevet, hvilket er relativt mange.

De øvrige mere enkeltstående tilfælde, hvor diverse tidsfrister ikke er blevet overholdt, bør der selvsagt også være fokus på at udrydde, men vi har ikke konstateret nogen rød tråd eller systemfejl som årsag.

23.2 Retsgrundlag

Vi henviser til afsnit 16.2, hvor der er redegjort for de normer for sagsbehandlingstid, som er bestemt i Task Forces forretningsorden. Normerne er, at

- 80 procent af kategori 1-sager skal være afsluttet inden for 30 dage, og 95 procent kategori 1-sager skal være afsluttet senest efter 60 dage,
- 80 procent af kategori 2-sager skal være afsluttet inden for 90 dage, og samtlige kategori 2-sager skal være afsluttet inden for 135 dage, og
- der i hovedparten af kategori 3-sagerne skal der være truffet beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes en faglig sanktion inden for 150 dage.

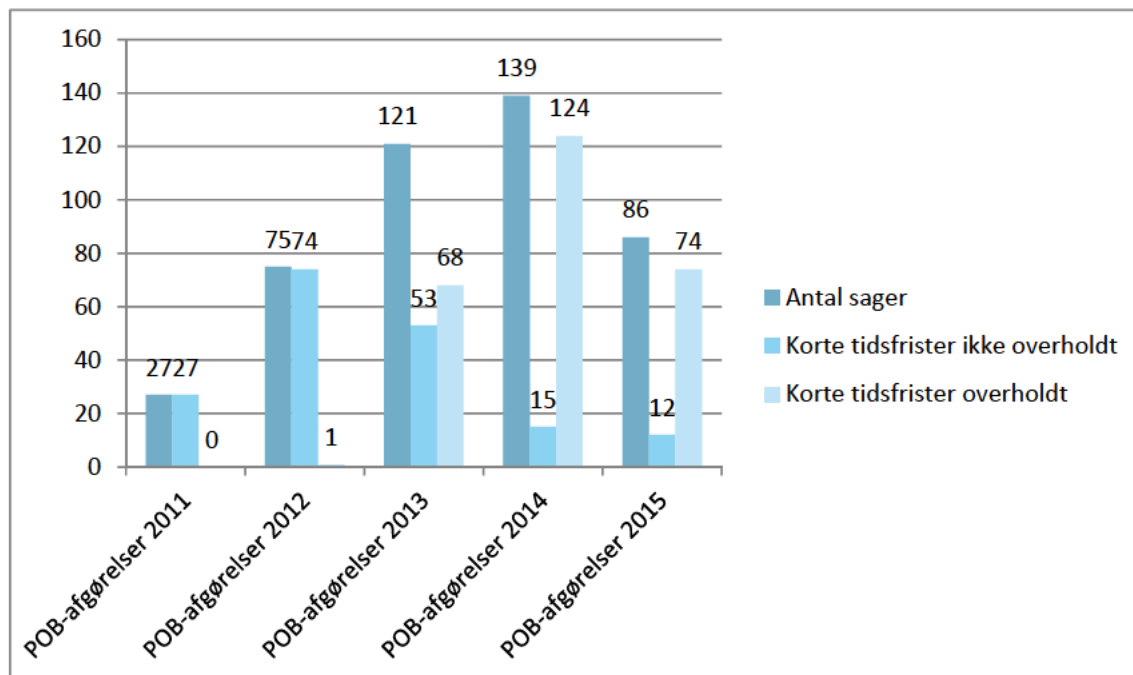
I modsætning til egnethedssager, der i reglen er kategori 3-sager, medmindre andet bliver bestemt, er faglighedssager i reglen kategori 1-sager med mindre andet bliver bestemt, jf. eksempelvis SET-083-01 om journalisering af sager oprettet på baggrund af afgørelser om patientklager.

23.3 Gennemgang

I de 19 sager, der er startet op på baggrund af en POB-afgørelse, men som vi ikke kan se, om Tilsynet har forholdt sig til, har vi ikke fundet det relevant at besvare spørgsmålet om tidsfrister.

I de 440 sager, der er startet op på baggrund af en POB-afgørelse, og som er blevet afsluttet uden yderligere, eller med en redegørelse fra sundhedspersonen som det eneste, har vi forholdt os til, hvor mange sager i kategori 1 og 2, der er blevet afsluttet inden for de korte tidsfrister på 30 og 90 dage.

Vi har ved den gennemgang konstateret en meget markant forbedring af sagsbehandlingstiden, som er illustreret i det følgende diagram:



^{11, 12,}

Vi er ikke i tvivl om, at forbedringen skyldes fokus på området og de tiltag, som blev implementeret i løbet af 2013. Efter vores optælling betyder forbedringerne, at det i 2014 var 89 procent af sagerne i kategori 1 og 2, der blev behandlet inden for de korte tidsfrister på 30 henholdsvis 90 dage, mens den i 2015 var 86 procent af sagerne. Den procentvise overholdelse af de korte tidsfrister kan illustreres som følger:

Vi har ikke foretaget en yderligere optælling med henblik på at konstatere, om forbedringerne er ensbetydende med, at Tilsynet i 2014 og 2015 fuldstændigt levede op til målene i Task Forces forretningsorden.

For så vidt angår de resterende 198 sager, har vi ikke gennemgået, om de er blevet behandlet inden for de frister, som fremgår af Task Force forretningsorden. Årsagen er for det første, at det ikke ville give mening, da der kan være gode grunde til, at en sag tager længere tid at behandle end de 90 henholdsvis 150 dage, som aktuelt er målet for 80 procent af alle kategori 2- henholdsvis kategori 3-sager. Årsagen er for det andet, at der som anført ikke før

¹¹ Grafen viser 448 POB-afgørelser afsagt i perioden 2011-2015, selvom der kun er oprettet 440 faglighedssager. Årsagen er, at nogle læger har modtaget mere end én POB-afgørelse, og at afgørelserne er blevet behandlet på samme faglighedssag

¹² Det fremgår ikke af alle sager, hvornår POB-afgørelsen er blevet modtaget. Vi har lagt brevdatoen anført i Captia til grund.

oprettelsen af Task Force fandtes nogen normer. I stedet har vi med egnethedssager, jf. afsnit 16, fokuseret på, om der har været døde perioder, og om frister fastsat af Task Force er blevet overholdt.

Vi har også for faglighedssagerne set bort fra helt bagatelagte overskridelser af fristerne. Det gælder bortset fra et enkelt tilfælde, hvor årsagen til overskridelsen gav anledning til bekymring mere end selve overskridelsen.

Eksempel 23.1: Manglende overholdelse af intern tidsfrist, fordi Tilsynet indbyrdes diskuterede, hvem der havde ansvaret

Task Force besluttede, at en læge skulle indkaldes til et møde af embedslægeinstitutionen øst/Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed inden 1. juni 2014. Den 23. og 26. maj 2014 udspandt der sig en korrespondance mellem embedslægeinstitutionen øst og Enhed for Tilsyn og Patientsikkerhed om, hvem der skulle indkalde lægen. Lægen blev derfor ikke indkaldt inden den 1. juni 2014, men først den 4. juni 2014.

Der er tale om et eksempel af ældre dato, kort efter oprettelsen af Task Force. Det er derfor kun medtaget for at illustrere, at forholdene dengang afspejlede sig direkte i sagsbehandlingen. Vi er ikke stødt på nyere tilfælde af samme uklare ansvarsplacering. Vi har dog – uden det som sådan er affødt af ovenstående eksempel – også for faglighedssager konstateret, at der netop på området for overholdelse af frister fastsat af Task Force kan være grund til fortsat fokus. Det vil sige det samme, som vi også har konstateret angående egnethedssagerne, jf. ovenfor, afsnit 16.3.

Vi har således talt op, at Tilsynet i 18 sager (~9,1 procent) af de 198 sager ikke overholdt en tidsfrist fastsat af Task Force. Procenten er reelt højere, idet det ikke er i alle 198 sager, der har været fastsat en tidsfrist af Task Force. Vi har dog ikke som med egnethedssagerne opgjort i hvor mange sager Task Force fastsatte en tidsfrist, allerede fordi vi finder, at 18 sager ud af 198 i sig selv er mange, når det drejer sig om tidsfrister fastsat af Task Force.

Eksempel 23.2: Manglende overholdelse af tidsfrist fastsat af Task Force

Som led i en tilsynssag besluttede Task Force den 27. november 2015, at sundhedspersonen skulle sættes i skærpet tilsyn. Fristen herfor var 2 uger til sagsbehandleren og 2 uger til juristen. Lægen blev ikke hørt før den 7. april 2016.

Task Force udgør kernen af tilsynet i alle sager, som ikke kan afsluttes af sagsbehandleren selv inden for tre måneder. Det er derfor vigtigt, at sagsbehandlingen, som bliver besluttet der, også føres ud i livet. Det er vigtigt ikke kun af hensyn til patientsikkerheden, men også af hensyn til de læger, som venter på at få deres sager færdigbehandlet.

Der er også andre tilfælde, hvor manglende overholdelse af tidsfrister kan puttes i en kasse. Eksempelvis har vi i otte sager (~4 procent) vurderet, at Tilsynet ikke reagerede med den fornødne hurtighed på en indberetning om en læge.

Vi har også fundet enkeltstående eksempler, hvor Tilsynet ikke med den fornødne hurtighed har gennemgået materiale, som Tilsynet har anmodet om. Videre har vi fundet tilfælde, hvor Tilsynet har været for længe om at informere landets apoteker om en afgørelse eller har været for længe om at indrykke resultatet af afgørelsen i Statstidende.

Eksempel 23.3: For sen indrykning i statstidende m.v.

Sundhedsstyrelsen traf den 11. juli 2014 afgørelse om midlertidig fratagelse af lægens autorisation. Først den 26. august 2014 indrykkede Sundhedsstyrelsen afgørelsen i Statstidende, ligesom Sundhedsstyrelsen satte lægen på apotekerlisten.

Det er altid en pointe, at Tilsynet naturligvis i alle sager bør reagere med den fornødne hurtighed, men modsat synes der ikke at være nogen rød tråd, der peger i retning af uhensigtsmæssige sagsgange eller andre ”systemfejl” som årsagen, når det – trods alt undtagelsesvist – ikke er sket. De øvrige eksempler giver os derfor heller ikke anledning til generelle anbefalinger udover anbefaling nr. 4) og 5), som fremgår af afsnit 16.3 om egnethedssagerne.

24. OPFØLGNING

24.1 Sammenfatning og konklusion

Vores sammenfatning og konklusion for opfølgning på faglighedssager er den samme som ad egnethedssagerne, jf. ovenfor, afsnit 17.1, dvs. at Tilsynet ikke har været konsekvent med opfølgningen fra det tidspunkt, hvor lægen ikke længere udgjorde en fare for patientsikkerheden, hvis lægen blot levede op til Tilsynets forventninger. Vi gentager derfor vores anbefalinger nr. 4), 5), 6) og 7), også til brug for faglighedssagerne.

Resultaterne af vores undersøgelse stemmer overens med det faktum, at tilsynet først med etableringen af Styrelsen for Patientsikkerhed og senest ved lov nr. 656 af 8. juni 2016 om Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn med videre er blevet erklæret proaktivt og risikobaseret. Styrelsen for Patientsikkerhed synes med de nyeste SET’ere også at have rettet et selvstændigt fokus på opfølgning af egen drift.

Derudover har vi for faglighedssagerne foretaget en nærmere undersøgelse af opfølgning på interne beslutninger. På baggrund af den undersøgelse har vi givet en anbefaling om, at det altid skal begrundes på sagerne, hvis en intern beslutning revurderes. Anbefalingen gælder også interne beslutninger på egnethedssager.

24.2 Retsgrundlag

Retsgrundlaget er ikke anderledes, når det gælder opfølgning på faglighedssager end opfølgning på egnethedssager. Vi henviser til afsnit 17.2.

Det gælder derfor tilsvarende for faglighedssagerne som for egnethedssagerne, at Styrelsen for Patientsikkerhed har udformet nogle sagsbehandlingsvejledninger, der er retningsgivende for opfølgningsfasen. I SET 083-01 om journalisering af sager oprettet på baggrund af afgørelser af patientklager henvises til SET 082-01 om journalføring i faglige enkeltsager. SET 082-01 indeholder både en beskrivende tekst om opfølgning og et bilag, der kan anvendes ved journalisering. Det fremgår af tekst og bilag:

”(…)

Opfølgningsfase

Så snart en afgørelse er truffet og denne er afsendt til sundhedspersonen, overgår sagen til en opfølgningsfase. I denne periode følges der op på om sundhedspersonen efterlever den sanktion, som SST har besluttet.

Der sættes altid erindringer for at sikre opfølgning og flow i sagen. Hvis sagen fortsætter efter erindringsdagen sættes ny erindring til relevant tidspunkt for næste opfølgning (erindringer udfases som et generelt krav, så snart der kan trækkes statistik og lister over datofelterne på sagen).

Sagsbehandler eller Task Force vurderer, hvor lang opfølgningsfasen på den faglige sag skal være. Herefter registreres datoen på sagen med datofeltet 'T-opfølgningsfrist'. Fristen beregnes i kalenderdage fra dato for "T-afgørelse truffet".

Registrer herefter passende oplysningsfelt, der beskriver, hvilken type opfølgning der er tale om efter en afgørelse er truffet.

(…)

Bilag

| |
|----------------------------------|
| Faglige sager |
| (…) |
| Opfølgningsregistreringer |

| | |
|--|---|
| Oplysningsfelt/opfølgning/typer | <i>Registrer passende oplysningsfelt der beskriver, hvilken type opfølgning der er tale om efter en afgørelse er truffet:</i> <ul style="list-style-type: none"> - SKAT - SOOP - Indhentelse af journaler - Tilsyn (ved tilsynsbesøg ifm. opfølgning registreres ligeledes feltet 'Besøgsdato tilsyn') - Arbejdsgiverudtalelse - Lægelig oplysninger - Andet |
| Datofelt /opfølgningsfrist | <i>Registrer dato for hvornår opfølgningsfasen er afsluttet med datofeltet 'T-opfølgningsfrist'. Fristen beregnes i kalenderdage fra dato for "T-afgørelse truffet".</i> |
| (...) | (...) |

(...)"

Dette skal læses i sammenhæng med, at Tilsynet efter vores redegørelse af 2. juni 2015 om frivillige aftaler i vidt omfang er gået væk fra at indgå frivillige aftaler og i stedet træffe afgørelser.

24.3 Gennemgang

Vi har ovenfor, afsnit 17, gennemgået, at Tilsynet overordnet har fulgt op på sagerne indtil det tidspunkt, hvor lægerne ikke længere udgør en fare for patientsikkerheden, hvis de blot efterlever præmisserne for sagens afslutning, men at der efter dette tidspunkt i hovedparten af sagerne ikke er sket fornøden opfølgning. Resultatet af undersøgelsen er det samme for de 198 faglighedssager, der ikke kan kategoriseres som standardsager, omend opfølgning synes at være sket lidt oftere i faglighedssager end i egnethedssager.

Vi har noteret 76 sager, hvor der efter vores opfattelse burde være sket opfølgning, men hvor det i 26 af disse sager ikke var sket (~34,2 procent).

I afsnit 17.3 har vi givet fire anbefalinger til opfølgning, der også gælder for faglighedssagerne. Særligt for faglighedssager kan der måske være en udfordring med opfølgning på de sager, hvor lægen ikke har fraskrevet sig retten til at udøve en bestemt virksomhed, men blot er stoppet med at udøve denne. Vi har især observeret det, når en læge har fået (gentagen) kritik som vagtlæge, men der ikke har været kritik af lægen i øvrigt. Det kan være van-

.....

skeligt at følge op på, i hvilket omfang en læge lever op til en virksomhedsindskrænkning eller virkelig er stoppet med en bestemt virksomhed.

I den yderste konsekvens giver det anledning til overvejelser om, hvorvidt det i det hele taget er hensigtsmæssigt, at et tilsynsforløb kan stoppe, fordi lægen meddeler, at lægen ikke længere arbejder eller ikke arbejder i Danmark. Det falder imidlertid uden for denne undersøgelses opdrag at beskæftige sig med den problemstilling.

Som beskrevet har vi derudover fundet anledning til at kigge nærmere på Tilsynets opfølgning på egne interne beslutninger. Dette afsnit om opfølgning på egne interne beslutninger har også relevans for egnethedssagerne. Når vi har taget udgangspunkt i faglighedssagerne skyldes det, at materialet er mere overskueligt at bearbejde end materialet på de i alt 512 egnethedssager.

Under en tilsynssag træffer myndighederne nødvendigvis interne beslutninger om, hvordan der skal følges op på sagen med henblik på at komme videre med denne. Vi har i 18 sager ud af de 198 (~9,1 procent), der ikke er standardsager, konstateret en beslutning om et internt sagsbehandlingsskridt, der tilsyneladende ikke blev fulgt op på.

Eksempel 24.1: Anmodning til læge om en redegørelse aldrig sendt

Tilsynet modtog den 29. februar 2012 en POB-afgørelse med kritik af 2. februar 2012. Den 15. januar 2013 udgik en standardskrivelse til lægen om, at der er oprettet en faglighedssag indeholdende POB-afgørelsen, men at Tilsynet ikke ville gøre yderligere.

Den 29. januar 2013 vurderede Tilsynet alligevel, at man skulle bede lægen om en redegørelse for dennes tilbud om ”antiagebehandling”. Der blev ikke fulgt op på beslutningen, og lægen blev aldrig anmodet om en redegørelse.

Eksempel 24.2: Manglende opfølgning på anmodning om skadesedler

Tilsynet modtog en indberetning fra en region den 19. september 2012. I indberetningen henviste regionen bl.a. til, at regionen var i besiddelse af skadesedler, der illustrerede lægens manglende overblik, insufficiante undersøgelser og journalføring samt i nogle tilfælde mangelfuld behandling. Tilsynet reagerede første gang på indberetningen den 19. februar 2013. Den 26. marts 2013 anmodede Tilsynet regionen om at fremsende skadesedlerne. Regionen fremsendte ikke skadesedlerne, og Tilsynet rykkede heller ikke for at modtage dem.

Eksempel 24.3: Manglende SOOP-udtræk

I sagen traf Tilsynet den 25. maj 2012 afgørelse om at indskrænke lægens ordinationsret. Den 4. december 2013 traf Tilsynet afgørelse om at ophæve ordinationsindskrænkningen og om at give lægen et fagligt påbud i stedet. I et Task Force-notat af 10. juni 2015 besluttede Task Force, at det faglige påbud kunne ophæves, men at Tilsynet skulle følge op på, om sundhedspersonen også efterfølgende fulgte vejledningen om afhængighedsskabende lægemidler. Dette skulle gøres ved et SOOP-udtræk efter et halvt år. Der var på tidspunktet for vores gennemgang i september 2016 ikke foretaget SOOP-udtræk.

Som det fremgår vedrørte det sidste eksempel en opfølgningsplan bestemt af Task Force. Vi har også ovenfor i afsnit 16 og 23 om tidsfrister beskrevet, at der måske er behov for fortsat fokus på eksekvering af det, som bliver bestemt af Task Force.

Det er fælles for de sager, hvor vi har konstateret manglende opfølgning, at der ikke er nogen klar forklaring på den manglende opfølgning. Der er muligt, at Tilsynet i nogle af sagerne bevidst har revideret de trufne beslutninger, men har glemt at dokumentere dette på sagerne. Vores anbefaling er på denne baggrund, at

- 17) det dokumenteres på sagen, hvis tidligere beslutninger om opfølgning revurderes og hvorfor.

Vi henviser derudover til anbefalingerne i afsnit 17.3 ovenfor.

25. RETTE FORANSTALTNINGER

25.1 Sammenfatning og konklusion

Det er vores konklusion, at spørgsmålet om rette foranstaltninger i faglighedssager – efter vi allerede har forholdt os til spørgsmålet i egnethedssagerne og til spørgsmålene om fornødne skridt og rette foranstaltninger på både egnetheds- og faglighedssagerne – ikke bidrager med yderligere erfaringer eller læringspunkter. Der er således i hovedsagen tale om en gentagelse af undersøgelsens forudgående afsnit.

25.2 Retsgrundlag

Vi henviser til afsnit 18.2 om egnethedssagerne. Der kan heller ikke for faglighedssagerne siges noget mere præcist om retsgrundlaget for rette foranstaltninger.

25.3 Gennemgang

Vi har svaret nej til rette foranstaltninger i 57 faglighedssager sager ud af de 657, som undersøgelsen er baseret på (~8,7 procent), hvilket kunne give det indtryk, at der er stor forskel mellem faglighedssagerne og egnethedssagerne, hvor vi har svaret nej til rette foranstaltninger i 89 sager (~17,4 procent af de 512 egnethedssager). En nærmere analyse af tallene indikerer dog, at det ikke er tilfældet.

.....

Vi har nemlig i 433 faglighedssager ud af 440, som blev oprettet på baggrund af en POB-afgørelse, og hvor Tilsynet aktivt besluttede ikke at foretage egentlig sagsbehandling, lagt til grund, at det var den rette foranstaltning. I de resterende syv har vi svaret nej til rette foranstaltninger. Det drejer sig bl.a. om sager, hvor det ikke fremgår, at lægen blev orienteret om sagens afslutning, og om sager, hvor vi har savnet en begrundelse for, at der som følge af POB-afgørelsen i sammenhæng med tidligere POB-afgørelser ikke var grundlag for at indhente en redegørelse fra lægen eller starte en egentlig sagsbehandling, jf. nærmere ovenfor, afsnit 21.1.1.

De resterende 50 sager, hvor vi har svaret nej til rette foranstaltninger, er derfor fordelt mellem de 19 sager, der blev oprettet på baggrund af en POB-afgørelse, men hvor vi ikke kan se, om Tilsynet tog stilling til, hvad der skulle ske (hvor vi i alle tilfælde har svaret nej til rette foranstaltninger), og de resterende 198 sager, hvor der skete egentlig sagsbehandling.

Herved fremkommer, at Tilsynet i 50 ud af 217 faglighedssager (~23 procent) ikke foretog de rette foranstaltninger, hvilket stadig er et højere antal end for egnethedssagerne, men efter vores opfattelse ikke signifikant anderledes.

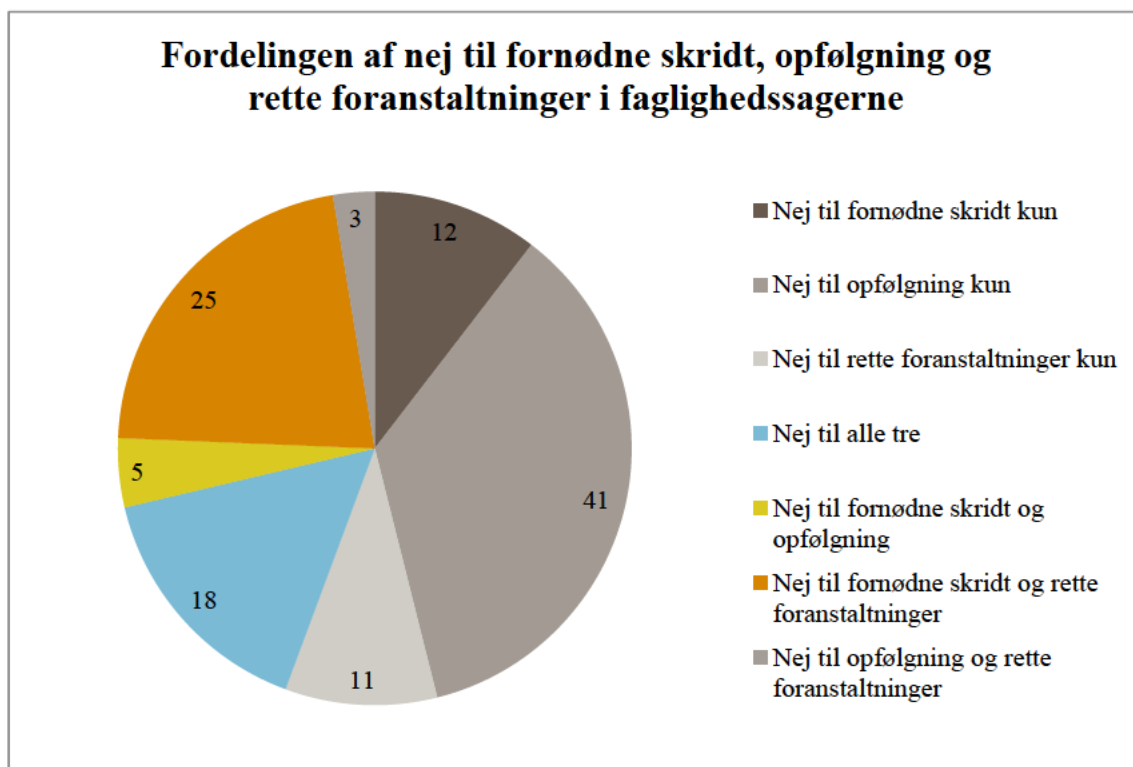
Det afgørende til brug for undersøgelsen er for os, at det er de samme omstændigheder, der er årsag til, at vi har svaret nej, fra punkterne om fornødne skridt og opfølgning. Det drejer sig bl.a. om:

- manglende reaktion på indberetninger,
- manglende reaktion på afgørelse fra de andre nordiske lande,
- manglende orienteringsskrivelser til lægerne,
- for stor tålmodighed og tolerance over for læger, der ikke har medvirket til tilsynet,
- manglende opfølgning på besluttede sagsbehandlingsskridt,
- manglende opfølgning i øvrigt,
- manglende formalisering af frivillige rettighedsindskrænkninger, og
- manglende overvejelser om sanktioner på tidspunkter, hvor det efter vores opfattelse ville have været relevant.

Også faglighedssagerne indikerer, at der kan være en sammenhæng mellem at foretage de rette foranstaltninger indledningsvis, og hvordan sagen derefter forløber.

.....

Det er således kun i 11 ud af de 57 faglighedssager, hvor vi har svaret nej til rette foranstaltninger, at vi ikke også har svaret nej til fornødne skridt og/eller nej til opfølgning. I 18 faglighedssager har vi svaret nej til både fornødne skridt, opfølgning og rette foranstaltninger. I 25 sager har vi svaret nej til både fornødne skridt og rette foranstaltninger og i tre sager har vi svaret nej til både opfølgning og rette foranstaltninger.



Da årsagerne til, at vi har svaret nej til rette foranstaltninger, er de samme som årsagerne til, at vi har svaret nej til fornødne skridt og opfølgning; da antallet af sager, hvor vi har svaret nej ikke skiller sig ud fra undersøgelsen i øvrigt; og da det i vidt omfang er de samme sager, hvor vi har svaret nej, bidrager det efter vores opfattelse ikke til undersøgelsen, at kvalificere vores fund nærmere.

25.4 Særligt om sager vedrørende ordinationsadfærd

Vi har noteret 89 faglighedssager, hvor lægens ordinationer var en del af sagen. 16 af disse sager var sager på baggrund af en POB-afgørelse, hvor Tilsynet vurderede, at der ikke var grundlag for at starte en egentlig sagsbehandling, mens de resterende 73 sager fandtes blandt de 198 sager, der havde givet anledning til egentlig sagsbehandling.

I 10 af sagerne har vi svaret nej til fornødne skridt, men kun i fem af sagerne har vores svar haft tilknytning til ordinationsproblematikken. Det gælder, som det også var tilfældet med

egnethedssagerne, at disse fem sager ikke skiller sig ud fra de øvrige 50 sager, hvor vi har svaret nej til rette foranstaltninger. Det drejer sig eksempelvis om, at vi ikke har kunnet konstatere, om Tilsynet har forholdt sig til en indberetning eller et andet spørgsmål, der kunne få betydning for tilsynssagen.

Eksempel 25.1 Ingen stillingtagen til indberetning

En lægeklinik indberettede lægen, bl.a. fordi lægeklinikken var bekymret for lægens ordinationer til en af klinikens patienter. Fire dage efter indberetningen fratog Tilsynet lægen autorisationen af en anden årsag. Tilsynet tog så vidt ses aldrig stilling til indberetningen, selvom det kunne få betydning for et eventuelt senere spørgsmål om permanent autorisationsfratagelse.

Eksempel 25.2 Ufuldstændig stillingtagen til for høje ordinationer

Tilsynet gennemgik en læges ordinationer, der var høje, men ikke for høje, hvis lægen havde fuldtidsarbejde. Det fremgår imidlertid ikke af sagen, om lægen havde fuldtidsarbejde, eller om dette blev undersøgt.

Kun to af sagerne vedrørte forløb, hvor der var oplysninger om et højt antal ordinationer (den ene sag oprettet på baggrund af en afgørelse fra Norge), mens én sag angik ordinationer til lægens nærmeste, og de resterende to angik indberetninger angik andre potentielle ordinationsproblematikker.

Vi har givet en konkret anbefaling i fire af de fem sager – herunder de to, der vedrørte et højt antal ordinationer – og Styrelsen for Patientsikkerhed har besvaret alle fire anbefalinger relevant, jf. i øvrigt ovenfor, afsnit 13.

I konklusionen er det heller ikke i forhold til det faglige tilsyn vores opfattelse, at sagerne, der har indeholdt en ordinationsproblematik, er blevet behandlet anderledes end sager med andre problematikker.

26. ANVENDELSE AF SPECIALLÆGEERKLÆRINGER

I faglighedssager er der som udgangspunkt ikke behov for indhentelse af speciallægeerklæringer, da det som er til bedømmelse er kvaliteten af håndværket. I stedet anvendes i faglighedssagerne sagkyndige voteringer, hvor den første sagkyndige votering ofte er foretaget i forbindelse med afgørelsen af en klagesag. Disse sagkyndige voteringer kan så suppleres efter behov, hvis der på baggrund af klagesagen skal startes en faglig tilsynssag. Hvis en faglighedssag giver anledning til at indhente en speciallægeerklæring, vil det være med henblik på at undersøge, om de konstaterede faglige mangler i virkeligheden er udslag af en egnethedsproblematik. Det er udtryk for, at grænsen mellem en faglig problematik og egnethedsproblematik ikke altid er klar. Anvendelse af speciallægeerklæringer vil derfor ikke

.....
blive omtalt yderligere, og det er ikke en del af opdraget at undersøge brugen af sagkyndige
voteringer. Vi anbefaler dog i forlængelse af vores anbefaling nr. 12), at

- 18) Styrelsen for Patientsikkerhed får formuleret, hvad en god sagkyndig votering
bør indeholde.

Endvidere er det også for så vidt angår anvendelsen af sagkyndige voteringer vores anbefa-
ling, at Tilsynet formulerer anmodningerne herom så neutralt som muligt, jf. afsnit 19 oven-
for.

E. ØVRIGE OBERSERVATIONER**27. FORHOLD OMTALT I DETTE AFSNIT**

Formålet med dette afsnit er at gøre opmærksom på visse yderligere observationer, som vi har gjort, mens vi har gennemgået sagerne omfattet af opdraget med henblik på at kunne besvare de ni spørgsmål, der danner grundlag for undersøgelsen. Der er tale om observationer, hvor vi ikke har opgjort egentlige statistikker, men som vi har hæftet os ved, og som Styrelsen for Patientsikkerhed måske kan drage nytte af med henblik på yderligere optimering af tilsynet.

28. FORSLAG TIL YDERLIGERE OPLYSNINGER PÅ SAGSKORTET I CAP-TIA

Som anført indledningsvist, afsnit 2, omfatter opdraget for vores undersøgelse ikke en forvaltningsretlig gennemgang af sagerne. Dette afsnit er derfor heller ikke udtryk for en forvaltningsretlig kritik, men blot forslag til yderligere og bedre dokumentation.

I forbindelse med vores gennemgang har vi i meget vidt omfang savnet let tilgængelige oplysninger på sagerne om; hvad sagen vedrører, hvis den er en fortsættelse af en tidligere sag; hvorfor sagen slutter blot for at fortsætte på et nyt sagsnummer og begrundelsen for sagens afslutning.

Oftest findes disse oplysninger på sagerne i eksempelvis mødereferater, eller de kan udledes af sammenhængen. Det kræver imidlertid, at man har tid til at læse alle akterne. Det er vores umiddelbare opfattelse, at Tilsynet med fordel oftere kan udarbejde korte notater og/eller bemærkninger om sagernes status, når det er relevant, således at ikke hele sagen skal læses op, når der igen er aktivitet på den. Det kan eventuelt blot være i feltet "Sags-tekst" eller med henvisning til det aktstykke, hvor begrundelsen findes.

Vi anbefaler derfor, at

- 19) Styrelsen for Patientsikkerhed tilføjer til de relevante vejledninger, at begrundelsen for væsentlige begivenheder som eksempelvis opstart og afslutning altid skal kunne findes let tilgængeligt på sagen.

De tidspunkter, som efter vores gennemgang af sagerne omfattet af opdraget, springer i øjnene er, når en sag overgår fra et journalnummer til et andet (og det ikke blot er udtryk for, at den første sag er en dossiersag) og ved afslutning af sagerne, når det ikke sker i forbindelse med en afgørelse.

Vi har også i nogle sager konstateret, at der i det hele mangler oplysninger om, hvad sagen angår, eller hvorfor den er afsluttet. Hvor det er tilfældet, er notatpligten, jf. senest § 13 i

lov nr. 606 af 12. juni 2013 om offentlighed i forvaltningen, ikke blevet overholdt. Vi har dog ikke foretaget en optælling, idet vores opdrag som anført ikke omfatter en forvaltningsretlig gennemgang.

Derudover fremgår det både af de nye og gamle sagsbehandlingsvejledninger, at der ved nye sagers begyndelse skal foretages en undersøgelse af, om lægen har andre verserende sager. Hvis lægen har andre verserende sager, skal der laves sagshenvisninger.

Det er vores overordnede opfattelse, at Tilsynet i almindelighed har kontrolleret for tidligere sager. I rigtig mange tilfælde mangler der imidlertid på det elektroniske sagskort en dokumentation for den undersøgelse, som Tilsynet har foretaget. Fra de tilbagemeldinger, vi har fået på vores foreløbige anbefalinger, ved vi også, at der dog i nogle tilfælde har manglet sagshenvisninger.

Vi anbefaler, at

- 20) Styrelsen for Patientsikkerhed tilføjer til de relevante vejledninger, at det skal noteres på sagen, om der er kontrolleret for tidligere sager, og hvad udfaldet blev.

Det vil i realiteten sige, at det skal anføres, hvis der ikke blev fundet tidligere sager, da konstaterede sager vil fremgå af funktionen sagshenvisninger.

Endvidere anbefaler vi, at

- 21) det inden hver afgørelse – eller på andre relevante sagsbehandlingstidspunkter efter sagens oprettelse – kontrolleres, om der skulle være blevet oprettet nye sager, som kan have betydning for afgørelsen/sagsbehandlingen.

29. PERSONDATALOVSBREVE

I henhold til persondataloven skal Tilsynet orientere de patienter, hvis journaler Tilsynet indhenter og gennemgår til brug for tilsynet med lægerne. Det er vores overordnede opfattelse, at Tilsynet også overholder denne forpligtelse. Vi har imidlertid i mere end ti sager omfattet af opdraget konstateret, at der ikke er blevet sendt persondatalovsbreve.

Vi anbefaler, at

- 22) Styrelsen for Patientsikkerhed er opmærksom på udsendelse af persondatalovsbreve.

Udsendelse af persondatalovsbreve bør naturligvis ikke forsinke sagsbehandlingen, men hvis det i øvrigt er operationelt muligt, kunne en generel vejledning være ikke at begynde gennemgang af journalerne, før der er udsendt persondatalovsbreve. En anden mulighed til en huskeregel kunne være altid at undersøge, om der er sendt persondatalovsbreve samtidig med fremsendelsen af journalerne til en eventuelt sagkyndig voterende.

30. POLITIANMELDELSE

Det følger af autorisationslovens kapitel 27, at en række overtrædelser af autorisationsloven er strafbelagt. Sundheds- og Ældreministeren har den 3. maj 2016 besvaret Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg, der den 5. april 2016 har stillet følgende spørgsmål nr. 458 (Alm. del), om der gælder en pligt til at foretage politianmeldelse, såfremt der er en velbegrundet mistanke om, at den pågældende sundhedsperson har foretaget sig noget, som er strafbart.

Ministeriets svar kan sammenfattes til, at den almindelige opfattelse er, at der er en ret, men ikke en pligt til at foretage politianmeldelse, jf. ligeledes justitsministerens svar af 6. april 1996 på spørgsmål nr. S 1597. Det fremgår dog også af besvarelsen, at Sundheds- og Ældreministeriet har betonet vigtigheden af, at Styrelsen for Patientsikkerhed følger sagerne helt til dørs, og at dette også omfatter politianmeldelse i de sager, hvor der er fagligt og sagligt belæg herfor, og hvor styrelsen vurderer, at autorisationsloven eller straffeloven kan være overtrådt.

Vi har ikke efter gennemgangen af sagerne omfattet af opdraget været i stand til at finde den røde tråd i forhold til, hvornår Tilsynet foretager politianmeldelse af en læge, og hvornår tilsynet ikke gør. Vi er opmærksomme på, at det af eksempelvis SET 040-00 44 om kvaksalveri og SET 042-00 44 om lægeforbeholdt virksomhed fremgår, at Styrelsen for Patientsikkerhed i første omgang vurderer disse sager selv og derefter oversender dem til politiet, hvis der er mistanke om lovbrud. Vi er af den opfattelse, at det er hensigtsmæssigt, og at det også kan være retningsgivende, når der er tale om forhold, som udelukkende er strafbare efter straffelovens bestemmelser, jf. også vores tidligere omtale af samme spørgsmål i redegørelse af 22. december 2014 om forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandlinger.

Vi har imidlertid konstateret, at der i nogle sager har været tale om konstaterede lovovertrædelser, uden at Tilsynet har foretaget politianmeldelse, og uden at det er blevet begrundet på sagen, hvorfor der ikke er blevet foretaget anmeldelse.

Eksempel 30.1: Konstatet lovovertrædelse, der ikke blev anmeldt til politiet

Tilsynet hørte i 2013 en læge om hans faglighed. Lægen meddelte, at han var gået på pension, hvorfor tilsynet ikke gjorde yderligere. I 2014 konstaterede Tilsynet, at lægen fortsat ordinerede store mængder medicin, hvorefter Tilsynet fratog lægen autorisationen. I 2015 konstaterede Tilsynet, at lægen også efter autorisationsfratagelsen havde fornyet gamle patienters recepter. Ligeledes kom det frem, at lægen havde udarbejdet speciallægeerklæringer og underskrevet sig som forhenværende psykiater. Tilsynet foretog ikke politianmeldelse, men gav advarsel om, at det ville ske, hvis der skete flere overtrædelser.

Sagerne omfattet af opdraget er alle sammen oprettet før svaret på Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg spørgsmål nr. 458 (Alm. del) af 5. april 2016. Vi lægger naturligvis til grund, at Styrelsen for Patientsikkerhed allerede har taget ministeriets svar til efterretning. Det er derudover ikke omfattet af vores opdrag, om det af mange forskellige årsager er hensigtsmæssigt, at Tilsynet ikke foretager politianmeldelse, selv om der er mistanke om en lovovertrædelse.

I det omfang det ikke allerede er sket, henviser vi i stedet til det, som vi anbefalede i vores redegørelse af 22. december 2014 om forvaltningsretlig gennemgang af Sundhedsstyrelsens sagsbehandling, at

- 23) Styrelsen for Patientsikkerhed formulerer kriterier for, under hvilke omstændigheder Styrelsen for Patientsikkerhed indgiver politianmeldelse for forhold, som udelukkende er strafbare efter straffelovens bestemmelser.

Vi anbefaler endvidere, at

- 24) Styrelsen for Patientsikkerhed gør det klart, at begrundelsen for ikke at foretage politianmeldelse, uanset hvilken lovovertrædelse der måtte være tale om, bliver dokumenteret på sagen.

København, den 23. december 2016

Kammeradvokaten

v/Jacob Pinborg
– Partner, Advokat (H)

v/Christian Bo Kolding-Krøger
– Advokat (L)

.....
BILAGSOVERSIGT

Bilag 1: Kommissorium for undersøgelse af Sundhedsstyrelsens tilsynssager af 7. maj 2015

Bilag 2: Oversigt over anbefalinger