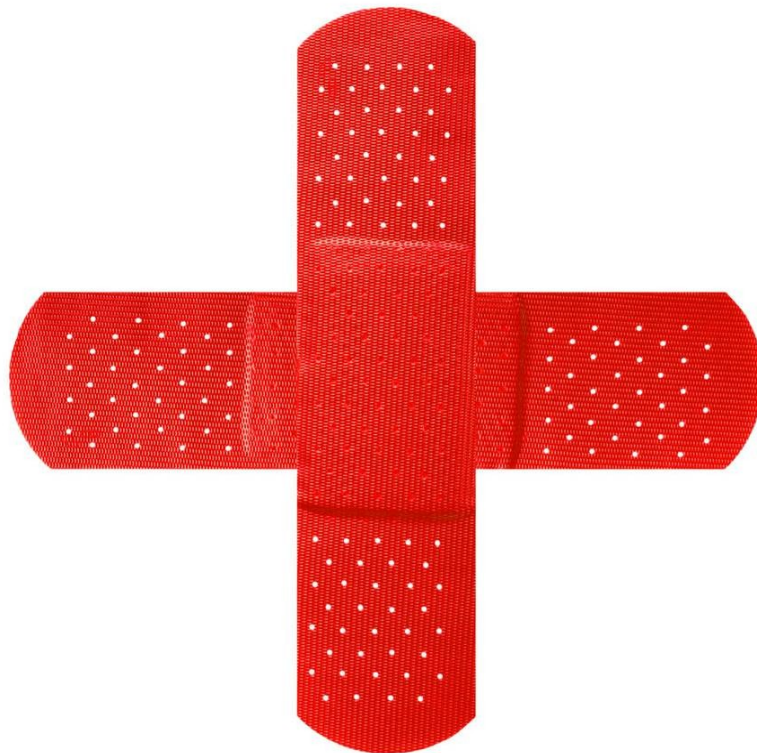


Evaluering av Statens helsetilsyns utrykningsgruppe

Lisbeth Normann
Per Morten Schiefloe
Stig B. Stangeland



1. Bakgrunn for etableringen av utrykningsgruppen

Det er en politisk og faglig målsetting at helsetjenesten skal ha så god kvalitet som mulig, og at alvorlige hendelser, feil og avvik skal unngås så langt det lar seg gjøre. Både politiske og faglig er det ambisjoner og utrykte målsettinger på området. Det er flere politiske initiativ som er iverksatt for å sikre pasientene gode og trygge helsetjenester, som den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, "I trygge hender", endringer i meldeordningene og ikke minst prøveordningen med Utrykningsgruppen for alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn (heretter benevnt som SHT) har det faglige overordnede tilsynsansvar med helse- og omsorgstjenestene. Som overordnet myndighet har SHT kjerneoppgaver som planlegging, koordinering og oppsummering av tilsynene. Lokalt står Fylkesmannen (før 1. januar 2012; Helsetilsynet i fylket) i all hovedsak for det utøvende tilsynet med helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten. I saker av mindre alvorlig karakter kan Fylkesmannen påpeke pliktbrudd og gi veiledning til helsepersonell og virksomheter. Det er bare SHT som kan gi administrative reaksjoner og pålegg. SHT har instruksjonsmyndighet overfor Fylkesmannen i enkeltsaker.

Rutinemessig innhenter tilsynsmyndigheten skriftlig dokumentasjon som en del av sin saksbehandling. I noen tilfeller, ved alvorlige hendelser, er det ønskelig å innhente opplysninger ved at tilsynet rykker ut til den virksomheten der hendelsen har skjedd. Slik lokal utrykning skjer imidlertid forholdsvis sjelden, dels fordi tilsynsmyndigheten ikke har tilstrekkelig bredde i sin kompetanse og dels fordi man mangler ressurser til å arbeide på denne måten.

Den lovpålagte, skriftlig baserte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 har tidligere åpnet for at det kunne foretas intern behandling av en hendelse før meldingen ble sendt til Helsetilsynet i fylket. Dette innebar at det kunne gå flere uker før Helsetilsynet i fylket fikk kjennskap til en alvorlig hendelse eller fikk mulighet til å gå inn i saken og kartlegge de faktiske forholdene.

Gjennom en rekke medieoppslag er det kommet frem at flere pårørende (etter alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten) var misfornøyd med hvordan de ble behandlet i den tilsynsmessige oppfølgingen. De ønsket en sterkere involvering av, og partsrettigheter for, de pårørende/etterlatte.

I tillegg til dette har SHT, gjennom lang tid, erkjent at det kan være vanskelig å få kartlagt hendelsesforløpet godt nok i de alvorlige sakene i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlige hendelser menes i denne sammenheng; "*dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko*". Denne erkjennelsen samsvarer med opposisjonens dokument 8 forslag til Stortinget, og påfølgende brev til statsråd Strøm-Erichsen 22.11. 2011, om å opprette en "havarikommisjon" for sykehusene etter modell fra flyhavarikommisjonen.

SHT tok initiativ til dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, (heretter benevnt som HOD), om dette, og kom i et notat av 09.04.2010 med forslaget om å etablere en sentral utrykningsgruppe forankret i SHT. Utrykningsgruppen skulle, i samarbeid med helsetilsynet i fylket, kartlegge hendelsesforløpet i de alvorligste sakene. Dette skulle gjøres ved blant annet å intervju involvert helsepersonell og ledelse kort tid etter hendelsen, og, der det var aktuelt, også innhente pårørendes versjon.

SHT fikk på bakgrunn av denne dialogen i brev av 20.05.2010 i oppdrag fra HOD å etablere en egen utrykningsgruppe i den hensikt å styrke den tilsynsmessige gjennomgangen av

saker der det har skjedd alvorlige hendelser knyttet til pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til flere andre tiltak for å bedre pasientsikkerheten, ble utrykningsgruppen etablert som en prøveordning over to år med virkning fra 01.06.2010. Parallelt ble det innført varslingsplikt for spesialisthelsetjenesten *direkte* til SHT *umiddelbart* etter at en alvorlig hendelse har skjedd.

Når en går inn i materialet som lå til grunn for opprettelsen, og ser på hvordan ulike aktører har uttrykt seg, fremkommer et tredelt bilde med hensyn til ønsker og intensjoner:

- Fra sentrale myndigheter fokuseres dette som et virkemiddel for økt pasientsikkerhet
- Fra helsepersonell / helsepersonellens organisasjoner etterspørres større grad av systemanalyse og organisatorisk læring
- Fra pårørende og andre etterlyses ansvarliggjøring og påfølgende sanksjonering av helsepersonell som har gjort "feil"

Plikten SHT har til å foreta stedlig tilsyn etter å ha mottatt varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a er fra 1. januar 2012 regulert i Helsetilsynsloven som en permanent ordning.

2. Evalueringsgruppens sammensetning og kompetanse

På bakgrunn av mandatet ble det av HOD i møte 23.4.2012 oppnevnt en evalueringsgruppe. Denne gruppen har i sum lang erfaring med risikostyring og sikkerhetsproblematikk innenfor flere sektorer, inklusive helsesektoren. I tillegg til kompetanse om pasientsikkerhet og kunnskap om spesialisthelsetjenesten. Evalueringsgruppen besitter også relevant formell kompetanse, ledererfaring fra helsetjenesten, samt helsepolitisk kompetanse.

Nedenfor følger en kort omtale av evalueringsgruppens medlemmer:

Lisbeth Normann; er spesialsykepleier og kandidat i sykepleievitenskap. Hun har 20 års erfaring fra helsetjenesten og bred ledererfaring. I tillegg har hun vært ni år i Norsk sykepleierforbund (NSF), hvorav fem år som fagsjef og fire år som forbundsleder. Normann har bred kompetanse om helsesektoren generelt og spesialisthelsetjenesten spesielt. Normann har vært involvert i og ledet flere prosjekter som har omfattet omstillinger, omorganiseringer, faglig utvikling og innovasjon. Hun har gjennom sitt tidligere verv som forbundsleder i NSF helsepolitisk kompetanse og bredt nettverk og erfaring med forhandlinger, analyse og strategiarbeid samt som deltager i en rekke nasjonale og internasjonale råd, utvalg og styrever. Normann jobber i dag som direktør i KPMG og er ansvarlig for firmaets helsesatsing.

Per Morten Schiefloe; er dr.philos. og professor i sosiologi ved NTNU. Han har omfattende erfaring innenfor organisasjonsforskning, der han har arbeidet med spørsmål knyttet til ledelse, organisasjonskultur, ledelse og omstilling. Han har arbeidet mye med spørsmål knyttet til organisatoriske betingelser for sikkerhet, og har ledet en rekke større forsknings- og utviklingsprosjekter i tilknytning til dette problemfeltet innenfor ulike sektorer; petroleumsindustrien, transport, kritisk infrastruktur og samfunnsikkerhet.

Stig B. Stangeland; har opprinnelig bakgrunn fra politiet og 20 års erfaring derfra hvor oppgavene innebar diverse typer etterforskning (bl.a. som spesialetterforsker av alvorlige ulykker i olje- og gassindustrien). I tillegg hadde Stangeland ansvaret for å etterforske unaturlige dødsfall i forbindelse med pasientbehandling ved Stavanger universitetssykehus

(SUS), og han har erfaring som rådgiver innen sikkerhet og kvalitet samme sted. De siste sju årene har han arbeidet med risikostyring innen olje- og gasssektoren og han er i dag leder av Scandpowers Stavangerkontor.

3. Mandat for evalueringen

Ved at man valgte en to års prøveordning for utrykningsgruppen, var det klart uttrykt et krav om at ordningen skulle evalueres da perioden var omme. Evalueringsoppdraget innebærer å vurdere i hvilken grad målsettingene med opprettelsen av utrykningsgruppen var nådd, med vekt på om man hadde lykkes med bedre og raskere oppfølging av de alvorlige hendelsene enn før, om tilsynsmyndighetene kom raskere i dialog med de som var involvert og berørt (blant annet gjennom tilbud til pasienter og pårørende om samtaler), om de fikk raskere oversikt over hendelsesforløpet og relevante saksopplysninger og endelig om arbeidet til utrykningsgruppen har gitt SHT bedre kompetanse om spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av disse målsetningene formulerte HOD følgende problemstillinger som utgjør mandatet:

- Har tilsynet med spesialisthelsetjenesten blitt styrket?
 - Har utrykningsgruppens arbeid medført at helsetilsynet har fått tilgang på mer informasjon enn i vanlige tilsynssaker med skriftlig saksbehandling?
 - Har ordningen styrket helsetilsynets kompetanse om spesialisthelsetjenesten?
 - Hvilke følger har tidligere varsel av alvorlige hendelser fått for tilsynsprosessen og resultat av tilsynene?
- Forholdet til pasienter og pårørende
 - Har ordningen bidratt til mer og bedre involvering av pårørende og pasienter?
 - Hvilke følger har en økt involvering av pårørende fått for tilsynsprosessen og resultatet?
 - Hvordan er ordningen mottatt av pårørende/pasienter?
- Forholdet til helsepersonell/helseforetak
 - Hvordan har ordningen blitt mottatt av helsepersonell som har vært ”rykket ut mot”?
 - Hvordan har helseforetak og institusjoner mottatt ordningen?
- Har utrykningsgruppen hatt negative effekter?
 - Har annet tilsynsarbeid blitt svekket?
- Forholdet mellom HOD og Statens helsetilsyn
 - Var økonomiske og administrative konsekvenser godt nok utredet?
 - Var oppdraget ”realistisk” ift forventninger som politisk profilert tiltak som skulle løse store problemstillinger?
- Forholdet mellom antall varsler og antall utrykninger
 - Er det et hensiktsmessig forhold mellom antall varsler og antall saker som fører til utrykning?

Evalueringsgruppen skal i tillegg foreslå nødvendige konkretiseringer og operasjonaliseringer av problemstillingene. Evalueringen skal inngå som en del av Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som skal legges frem høsten 2012. Et førsteutkast til rapport fra evalueringsgruppen skal foreligge 15. august 2012 og endelig rapport skal foreligge innen 1. september 2012. (Etter avtale ble endelig rapport levert 17.september)

4. Metode og praktisk gjennomføring av evalueringen

Innledningsvis ble det gjennomført et oppstarts- og avklaringsmøte med HOD hvor bl.a. omfang og rammer ble diskutert.

For å kunne gjennomføre en evaluering i tråd med mandatet, var evalueringsgruppen avhengig av å innhente relevant informasjon fra involverte aktører, både sentralt og lokalt. Aktuelle kilder for denne informasjonen er stilt opp nedenfor sammen med konkrete arbeidsaktiviteter.

Intervjuer og møter i Statens helsetilsyn

Det ble gjennomført et møte med SHT der helsedirektør Lars Hanssen og avdelingsdirektør Gorm Grammeltvedt deltok. I tillegg til muntlig informasjon om utrykningsgruppen og etableringen av den, fikk evalueringsgruppen tilgang til relevant bakgrunnsdokumentasjon i form av rapporter, referater, regelverk, prosedyrer, rutiner mm.

Evalueringsgruppen gjennomgikk seks tilsynssaker fra 2011 hvor utrykning og granskning var gjennomført og sakene avsluttet. Dette ble gjort ved at evalueringsgruppen fikk tilgang til alle dokumenter vedrørende disse sakene fra SHT elektroniske arkiv.

Tre av de sakene som ble gjennomgått, ble valgt ut for nærmere oppfølging gjennom intervjuer med involvert helsepersonell. Disse sakene representerte ulike helseforetak og var av ulik karakter.

Det ble også gjennomført samtaler/intervjuer med utrykningsgruppen med leder og tre medarbeidere. I tillegg ble det, etter at dataene fra intervjuene fra foretak og med de pårørende var samlet, inn gjennomført en samtale med ledere av utrykningsgruppa for å kvalitetssikre fakta og annet bakgrunnsstoff.

Intervjuer med personell i helseforetak

Med utgangspunkt i gjennomgangen av tilsynssaker gjennomførte evalueringsgruppen telefonintervjuer med helsepersonell som hadde blitt intervjuet av og hatt utrykningsgruppen i virksomheten. I alt ble tre helseforetak (tre saker) fulgt opp på denne måten. Som en del av forberedelsene til intervjuene hadde evalueringsgruppen utarbeidet en detaljert momentliste (sjekklister) med spørsmål og tema. De fire temaene som kom til å stå sentralt i intervjuene, var:

1. Hvordan opplevde informantene prosessen fra innmelding til avslutning av de aktuelle sakene
2. Hva slags læring og forbedringstiltak hadde besøket og tilsynet resultert i
3. Hadde en slik måte å føre tilsyn på (arbeidsformen) noen merverdi

4. Bør ordningen med en utrykningsgruppe videreføres.

Intervjuene ble utført dels ved at en samlet evalueringsgruppe hadde samtaler med én ansatt av gangen, dels i form av gruppesamtaler. Intervjuene omfattet de som hadde hatt sentrale roller i forhold til de aktuelle sakene og som hadde hatt direkte kontakt med utrykningsgruppen. I tillegg ble ansvarlige ledere intervjuet, så som kvalitetssjef, pasientsikkerhetssjef, klinikk- og fagdirektør. Straks etter gjennomført intervju gjorde evalueringsgruppen en oppsummering av innhentet informasjon. I ettertid ble notatene gjennomgått og innholdet analysert og kategorisert.

Til sammen omfattet utvalget av informanter 15 personer. Intervjuene ble gjennomført i en åpen atmosfære, og evalueringsgruppen fikk gode og utfyllende svar på sine spørsmål.

Intervjuer og annen datainnsamling er gjennomført innenfor en relativt kort tidsperiode og med rammer som begrenser antall saker og informanter. Fordi man bare har hatt anledning til å gå nærmere inn i et fåtall saker, er det begrenset i hvilken grad en kan generalisere på grunnlag av resultatene. Det som styrker funn og konklusjoner, er at de utsagnene og erfaringene som ulike informanter i SHT og helseforetakene har kommet med, er gjennomgående konsistente og dermed tegner et forholdsvis entydig bilde av utrykningsgruppens arbeid, både med hensyn til generelle vurderinger, hvordan utrykningene er blitt mottatt, og hva slags konsekvenser dette arbeidet har hatt for pasientsikkerhet og organisatorisk læring.

Intervjuer med pårørende

Det er et etisk og praktisk problem å ta kontakt med pårørende så lenge etter en svært traumatisk opplevelse. Om dette skjer overraskende og uforberedt, kan det bidra til ytterligere emosjonelle belastninger. Evalueringsgruppen har derfor funnet det riktig at kontakt ble formidlet gjennom de involverte helseforetakene. Dette ble forsøkt, men har vist seg svært vanskelig, blant annet ved at pårørende som har blitt bedt om, og sagt seg villig til å bli intervjuet ikke har gjennomført dette.

Evalueringsgruppen har gjennomført intervjuer med pårørende som representerte tre ulike saker. Kontakten med dem ble etablert etter råd fra SHT. Sakene disse pårørende representerte omhandlet andre saker enn der evalueringsgruppen har intervjuet helsepersonellet.

De pårørende ble kontaktet pr telefon der de ble informert om evalueringsgruppens mandat og hva vi ønsket å få svar på. Alle stilte seg umiddelbart positive til å medvirke. For to av intervjuene ble det avtalt å gjennomføre intervjuene noen dager senere. Dette ga respondentene god anledning til å foreberede seg og til å tenke gjennom hva de ville formidle. Alle intervjuene forløp greit (ca 30 minutter på hver), og de pårørende kom med klare, tydelige og reflekterte innspill.

De pårørendes situasjon og reaksjoner ble også grundig belyst i intervjuene med helsepersonell og deltakere i utrykningsgruppen. I noen grad var det et avvik mellom det de pårørende uttrykte og det som fremkom om pårørendes reaksjoner fra utrykningsgruppen og helsepersonell.

Tre intervjuer er et lite materiale, og det burde vært betydelig større. Dette innebærer at man ikke kan generalisere på grunnlag av disse resultatene. Det som styrker funn og konklusjoner, er at de budskapene som de pårørende kom med omhandler de samme forholdene/oppfatningene.

5. Utrykningsgruppens oppstart og organisering

Etter at det ble besluttet en prøveperiode for utrykningsgruppen og organiseringen av dette ble gitt SHT, ble utrykningsgruppen etablert i avdeling 1 i SHT. Det ble ansatt en prosjektleder, assisterende fylkeslege i Østfold Heidi Merete Rudi, samt etablert en styringsgruppe med en representasjon som sikret forankring i SHT sin ledelse og relevante avdelinger.

Fordi det gjennom lang tid har vist seg at tilsyn med spesialisthelsetjenesten krever god og bred kompetanse, og at ressurstilgangen og kompetansen i fylkene har vært begrenset i forhold til dette, ble det i flere notater fra SHT våren 2010 og innspill til statsbudsjettet påpekt et økt ressursbehov for tilsyn generelt og for utrykningsgruppen spesielt. SHT presiserte at gruppen måtte bemannes med riktig metodisk og medisinskfaglig kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, revisjonserfaring og at utrykningene ikke måtte gå utover de tilsynsoppdrag man ellers skulle ivareta.

I tillegg var det viktig med rask responstid og en beredskapsordning for utrykningsgruppen som gjorde det mulig for dem å rykke ut på kort varsel. Samlet sett bekreftet dette behovet for ekstramidler, noe som ble presisert i eget brev fra SHT til HOD 15.11. 2011, der helsedirektør Lars Hanssen påpeker at de bevilgede 6 millioner kroner som utrykningsgruppen har fått, ikke er tilstrekkelig, og at SHT har måttet allokere midler fra annen aktivitet for å dekke behovet.

Dette ble besvart fra HOD i brev av 11.01.2012 der departementet sier seg enig i at det er behov for økte ressurser(sitat):

"Helse- og omsorgsdepartementet har ved flere anledninger blitt orientert om at ressurs situasjonen i Statens helsetilsyn, og at utrykningsgruppa ikke er tilstrekkelig finansiert. Departementet erkjenner at det er behov for økte ressurser til utrykningsgruppa, og vil ta dette videre i kommende budsjettprosesser"

Senere har det i interne notater, og med henvisning til statsrådets kontaktmøter, pekt på SHT behov for de midler og den kompetansen som er nødvendig for å håndtere varslene og utrykningene i tråd med formålet.

6. Arbeidet i utrykningsgruppen

I det første hele året, 2011, mottak SHT til sammen 140 varsler. Av disse kom 58 % fra somatiske spesialisthelsetjenester og 42 % fra psykisk helsevern. Antallet varsler fra ulike helseforetak varierer, og fra noen av de store foretakene er antallet lavt. Varslene i 2011 er fulgt opp på følgende måte:

- 42 % av sakene var av en slik karakter at det ikke ble funnet grunnlag for tilsynsmessig oppfølging, og videre oppfølging ble overlatt til helseforetaket.
- 48 % av sakene ble oversendt til fylkene som tilsynssak
- 10 % av sakene (14) ble fulgt opp av utrykningsgruppen

Når saker varsles til utrykningsgruppen, etableres umiddelbart (senest påfølgende arbeidsdag) kontakt med den som har sendt inn varslet. Helsefaglig og juridisk kompetanse kobles inn for å vurdere saken og om en har tilstrekkelig grunnlag for å fatte en avgjørelse om utrykning, eller om det er nødvendig å etterspørre ytterligere informasjon (epikriser/pasientjournal etc.) Om nødvendig kontaktes Helsetilsynet i fylket og fagspesialister. I en del saker involveres også politiet. Til sammen anslår SHT tidsbruken som er nødvendig for en slik vurdering til ca to dagers arbeid, fordelt på to-tre medarbeidere.

Ved vurdering av om det er nødvendig med utrykning, benyttes følgende kriterier:

- Om pasientskaden er særlig stor eller særlig uventet og overstiger påregnelig risiko
- Om det er grunn til å mistenke vesentlig svikt i helsetjenesten
- Om det er grunn til å tro at vesentlig informasjon vil gå tapt og at saken ikke vil bli tilstrekkelig opplyst hvis ikke informasjon innhentes raskt etter hendelsen
- Om det er uklart hva som har skjedd
- Om saken er kompleks med mange aktører
- Om hendelsen er forbundet med stor sikkerhetsrisiko

Det er rutinemessig varsling av pårørende. De informeres om at varsel er sendt og om SHT har besluttet utrykning eller ikke. I praksis innebærer det at:

- Varsler/helseinstitusjon informerer pasient/pårørende om at varsel er sendt.
- Ved utrykning inviteres pasient/pårørende til samtale med utrykningsgruppen
- Dersom saken følges opp i fylket, skal pårørende/pasient informeres om dette og gis anledning til å komme med utfyllende informasjon.
- Dersom en kommer til at saken ikke skal følges opp tilsynsmessig, skal helseforetaket informere om dette.

Når utrykning skjer, inviteres pasient/pårørende til samtale med utrykningsgruppen. Et slikt tilbud formidles via helseforetaket, da oppfølgingen av pårørende primært er deres ansvar. Samtalene med pårørende/pasient dokumenteres skriftlig og oversendes pårørende/pasient for kommentar. Faktisk informasjon som kommer frem gjennom samtalene skal tydeliggjøres

i saksfremstillingen. Etter fullført saksbehandling får pårørende/pasient kopi av avsluttende brev.

7. Tilbakemelding fra intervjuer hos Statens helsetilsyn

Den generelle tilbakemeldingen er at ledelsen ved SHT er positive til innføringen av en operativ utrykningsgruppe med det formål å styrke tilsynet ved de mest alvorlige uønskede hendelsene ved norske helseforetak. Dette synspunktet deles av de som selv har erfaring fra utrykningsvirksomheten.

Imidlertid er man kritisk til om SHTs *rammebetingelser* for etablering og operasjonalisering av utrykningsgruppen var tilstrekkelig robuste. Konkret handler dette om planlegging, organisering, kompetanse, ressurser og økonomiske rammer. I møter og intervjuer ble det fremholdt at man hos SHT fikk svært kort tid på seg til å få dette på plass. Fremlagt dokumentasjon av korrespondanse mellom HOD og SHT underbygger denne oppfatningen.

På bakgrunn av samtaler og dokumentasjon avtegner det seg et bilde av positive og negative konsekvenser sett fra SHT sin side.

Positive konsekvenser

Det synes åpenbart at SHT generelt har styrket sin rolle som kontroll- og tilsynsmyndighet, først og fremst ved å gå fra "skrivebordstilsyn" til et oppsøkende offensivt tilsyn. Et direkte resultat av dette er bl.a. økt informasjonsmengde og bedre kvalitet på informasjonen, som dernest opplyser den enkelte sak langt bedre. Gjennom denne måten å arbeide på kommer en i tettere kontakt med «virkeligheten» slik den erfares i spesialisthelsetjenesten, noe som gir et godt underlag for 1) de vurderingene en gir som tilsynsmyndighet og 2) å identifisere forbedringspunkter som kan inngå i en lokal læringskontekst i SHT.

I tillegg fremheves det at medlemmer av utrykningsgruppen tilegner seg verdifulle erfaringer som bidrar til generelt økt innsyn og granskningskompetanse. Denne måten å arbeide på gir også viktige faglige impulser og utvidet kunnskap.

Dessuten er det grunn til å tro at en eventuell innføring av en utrykningsgruppe vil styrke SHT sitt omdømme i samfunnet generelt, og hos de enkelte helseforetakene spesielt.

Nok en positiv effekt er at SHT og det enkelte helseforetak, gjennom personlig og direkte kontakt kan få styrket samarbeid, tillit og relasjoner.

Negative konsekvenser

Oppstartsfasen for å etablere og operasjonalisere utrykningsenheten var preget av hastverk, og en var avhengig av "dugnadssinnsats" for å få dette til. Fra de som har deltatt i arbeidet

med opprettelsen, ble det påpekt at dette ble muliggjort gjennom entusiasme for oppgaven og vilje til å påta seg ekstra arbeidsbelastning.

Utrykningsgruppens måte å arbeide på, avviker i vesentlig grad fra den ordinære saksbehandlingen i SHT, fordi en opererer med svært korte tidsfrister samt at gruppen rykker ut til de aktuelle virksomhetene. Dette gjelder både den innledende behandlingen av varsler og påfølgende utrykninger. Ikke noe av dette kan planlegges i forkant, og fordrer derfor betydelig grad av fleksibilitet hos medarbeiderne. Innføringen av utrykningsinstituttet kan dermed potensielt føre til urimelig stor arbeidsbelastning i en allerede travel hverdag med påfølgende fare for slitasje – bl.a. må det løpende foretas vanskelige avveininger mellom utrykningsgruppens ad hoc behov og ordinære tilsynsoppgaver.

8. Tilbakemelding fra intervjuer med helsepersonell og ledelse

Det er tydelig at pasientsikkerhet er et viktig mål i sykehusenes kvalitetsstyring. Å sikre at pasientene får den behandlingen de har krav på og ikke utsettes for unødig risiko er helt sentralt og selve fundamentet både for helsepersonellet og ledelse. Det er en klar bevissthet knyttet til kvalitet og det er vanligvis forankret i strategi og handlingsplaner, og i styrende dokumenter og gjennom aktivt arbeid f.eks. i interne kvalitetsutvalg, og faglig forsvarlighet er hjemlet i lovgivningen. Det er også viktig for helsepersonellet at de har et effektivt og velfungerende rapporteringssystem og prosedyrer for håndtering av uønskede hendelser. Videre er det særlig viktig å skape en sikkerhetskultur der det oppmuntres til å rapportere om uønskede hendelser og at det i tillegg iverksettes incentiver som bidrar til dette.

Når det gjelder innføringen av utrykningsgruppen, og muligheten av å melde til den, var den generelle oppfatningen at dette var et positivt tiltak. Begrunnet med at et kritisk, men konstruktivt blikk, "utenifra" var nyttig.

Positive konsekvenser

En åpenbar positiv konsekvens var at de aktuelle sakene ble belyst på en grundig måte og med deltakelse av alle som hadde vært involvert, og at dette bidro til læring og endret praksis.

Det ble også påpekt at "utrykningsgruppen" som metode og verktøy bidrar til å redusere "avstanden" mellom SHT og det enkelte helseforetak, tilrettelegger for direkte kontakt, og dernest virker tillitskapende.

Andre positive aspekt var at tilsyn utført på denne måten i større grad enn de etablerte rutineene bidrar til å involvere og bevisstgjøre den administrative ledelsen ved helseforetaket, og til å tilføre helsepersonell og ledelse økt kompetanse om pasientsikkerhet og økt bevissthet om alvorlige feil og egne rutiner.

Evalueringsgruppens vurdering er at uttaket av disse positive effektene henger nøye sammen med hvordan utrykningsgruppen fremstår og måten de opererer på. Høy grad av

profesjonalitet i kombinasjon med personlige egenskaper vurderes som viktige elementer i denne sammenhengen.

Negative konsekvenser

Basert på gjennomførte intervjuer var det få "bekymringer" relatert til innføring av utrykningsgruppa. En *potensiell* negativ effekt kan være at den leder til en noe mer tilbakelemt holdning mht. egen oppfølging av uønskede hendelser og pasientsikkerhetsarbeid. Dvs. at helseforetaket avventer SHT sin rapport/saksutredning i stedet for selv aktivt å ta initiativ til å undersøke årsaker til hendelsen for deretter å implementere relevante forbedringstiltak.

9. Pårørendes situasjon

Pårørende hadde en sentral plass ved opprettelsen av utrykningsgruppen. Grunnen til det var at mange pårørende var misfornøyde med hvordan de ble behandlet i den tilsynsmessige oppfølgingen etter alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. De etterlyste en større involvering av etterlatte/pårørende, og noen ønsket at de skulle få partsrettigheter.

For evalueringsgruppen har det vært svært vanskelig å få gjennomført intervjuer med pårørende. Selv etter purring til helseforetakene og med hjelp fra SHT til utvelgelse har det ikke vært mulig å få gjennomført flere enn tre intervjuer.

Inntrykket fra intervjuene med pårørende er todelt. På den ene siden er de pårørende fornøyde med kontakten og samtalene med utrykningsgruppen, som de opplever er gjennomført på en profesjonell og imøtekommende måte.

På den annen side er de mer skeptiske til hva som er ordningenes reelle formål og hvorvidt utrykningsgruppen "er til for dem". To av de som ble intervjuet ga uttrykk for at de opplevde at utrykningsgruppens primære formål er å beskytte profesjonene (særlig legene) og foretakene fra ytterligere kritikk. De utdyper dette ved å si at de oppfatter utrykningsgruppens rolle som "bukken og havresekken" og at det å rette opp skaden som er påført foretaket er deres fokus. Også den tredje av informantene var misnøyd med resultatet av gruppens arbeid, og at de ansvarlige legene/foretaket «slapp for billig unna».

I tillegg til dette uttrykker de pårørende at de generelt føler seg lite ivaretatt fra det foretaket der hendelsene har skjedd, og de påpeker mangel på system, systematikk og rutiner ved slike hendelser. De synes ikke at utrykningsgruppen kompenserer for dette, eller ivaretar dem på en måte som de opplever som en vesentlig merverdi. De er i tillegg svært kritiske til den lange saksbehandlingstiden og for mangelfull informasjon underveis. Denne følelsen av å være i et vakuum eller "å møte veggen", er noe av forklaringen på at de har valgt å benytte ekstern bistand i form av helse- og sosialombud og/eller advokat.

På spørsmål fra evalueringsgruppen om pårørende mener en utrykningsgruppe bør ha en rolle fremover, svarer to av dem noe nølende, men med den klare anbefalingen at det krever, tverrfaglighet, kortere saksbehandlingstid og bedre oppfølging av og kommunikasjon med

dem i saksbehandlingsfasen. Den tredje informanten er mer positiv, men etterlyser en ordning der denne typen tilsyn får en enda tydeligere og uavhengig stilling.

På spørsmål om hvilke erfaringer de som hadde deltatt i utrykningene hadde vedrørende pårørendes reaksjoner, var bildet noe annet. Her ble det fremhevet at pårørende hadde opplevd møtene med utrykningsgruppen som positiv. Det samme rapporterte helsepersonell som hadde vært involvert i de aktuelle sakene. Deltakerne i utrykningsgruppen fremhever imidlertid at møtet med pårørende både kan være metodisk vanskelig og etisk utfordrende.

Årsakene til diskrepansen i de overordnede vurderingene av ordningen, er at utrykningsgruppen og helsepersonellet gir sine inntrykk av de direkte møtene med de pårørende, mens de pårørende formidler sine inntrykk av hele prosessen, innbefattet den skriftlige saksbehandlingen og de endelige vedtakene. I denne mer omfattende vurderingen er det også ganske åpenbart at det kan være vanskelig for de som ikke er velkjent med helsevesenets organisering og fordelingen av ansvar å holde de ulike aktørene og deres roller fra hverandre.

Evalueringsgruppen vurdering:

Det er nødvendig at det er etablert gode rutiner og systemer for oppfølging av pårørende/etterlatte som trer i kraft i situasjoner der utfallet av pasientbehandlingen ikke går som forventet. Kontinuerlig informasjon, støtte og omsorg er helt sentralt for hvordan pårørende /etterlatte skal klare å håndtere slike krisesituasjoner. Særlig viktig er dette der utfallet er alvorlig, uventet og dramatisk, som i de tilfellene som er omtalt her. Dette ansvaret må tilligge de enkelte helseforetakene og håndteres derfra.

Gjennom samtalene med ulike aktører er det klarlagt at ivaretagelsen av pårørende i slike saker fra helseinstitusjonenes side varierer mye og til dels fremstår som ganske tilfeldig. Et overordnet myndighetskrav bør her være at alle helseinstitusjoner etablerer faste rutiner for hvordan en skal håndtere pårørende/etterlatte, både med hensyn til informasjon om forløp og årsaker, og med hensyn til eventuelt behov for omsorgsarbeid. Personell med profesjonell kompetanse (sosionom, psykolog, prest eller andre) bør være tilgjengelig i situasjoner hvor det er nødvendig.

For de som representerer tilsynsmyndighetene, i dette tilfellet utrykningsgruppen, er det viktig å klargjøre rollene, slik at ikke utrykningsgruppen får ansvaret for det som ligger til helseforetaket å følge opp. Det er også viktig at en i kontakten med pårørende ikke skaper forventninger man ikke klarer å leve opp til. Dette gjelder både med hensyn til fremdrift i saksbehandlingen og hva slags reaksjoner denne kan føre til. Det som kom tydelig frem i samtalene med de pårørende, er at komplekse saker med mange involverte (helsepersonell, foretak, politi, SHT) krever ekstra tett og nær kontakt med de pårørende/etterlatte for å unngå misforståelser.

10. Samlet vurdering av utrykningsgruppens arbeid

Når en skal vurdere hvor vellykket en aktivitet er, og hva slags bidrag den gir, kan en se dette i forhold til to hoveddimensjoner. Den første dreier seg om hva slags konsekvenser aktiviteten har for ulike interessenter. Den andre dreier seg om ulike typer bidrag i forhold til disse interessentene. Dette kan også sees som ulike målsettinger ved aktiviteten.

I forhold til utrykningsgruppen kan vi snakke om tre hovedkategorier interessenter; (1) de pårørende, (2) helsepersonellet som har vært involvert i hendelsen og som medvirker i utrykningsgruppens arbeid, og (3) foretakene og den ansvarlige ledelsen (ofte omtalt som «systemene»). I tillegg kan en regne inn SHT og HOD, og det som vi generelt kan omtale som «det politiske miljøet». Media og «offentligheten» kan også tas med. I denne evalueringen forholder vi oss til de tre førstnevnte.

I forhold til en slik aktivitet kan en skille mellom tre typer bidrag eller kvaliteter:

Prosesskvalitet, som dreier seg om hvordan aktivitetene gjennomføres. Her vil det omfatte hele prosessen; innledende kontakt, besøk og intervjuer, dialog underveis, analyse og avsluttende tilbakemelding.

Produktkvalitet, som dreier seg om de konkrete produktene. I dette tilfellet vil det være rapporter og annet skriftlig materiale.

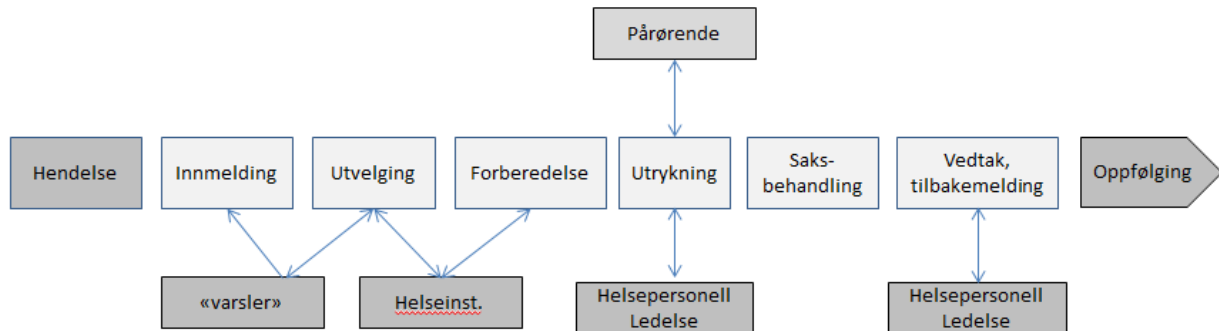
Effektkvalitet, som sier hva slags konsekvenser utrykningsgruppens arbeid har, for eksempel i forhold til læring, kunnskapsspredning og organisasjonsutvikling.

Resonnementet kan fremstilles som i følgende figur, d.v.s. at en kan vurdere i forhold til de enkelte kombinasjoner, f.eks. hvordan helsepersonell opplever prosessene, eller hvilken effekt dette har for et bestemt sykehus eller helseforetak. En kan også se på sumeffekter, f.eks. hvordan prosessen fungerer som helhet, eller hva slags konsekvenser dette har for pårørende. Noen av disse målepunktene vil naturlig nok være mer relevante og viktige enn andre.

	pårørende	helse- personell	«system»	
prosesskvalitet				Σ
produktkvalitet				Σ
effektkvalitet				Σ
	Σ	Σ	Σ	

Prosesskvalitet

Proessen fra hendelse til avsluttet saksbehandling og oppfølging kan beskrives som i følgende figur:



Innmelding av hendelser

Innmelding av hendelser skal ifølge regelverket skje umiddelbart, og det er lagt til rette for at dette kan gjøres på en enkel og ubyråkratisk måte gjennom e-post til varsel@helsetilsynet.no. Dette representerer en betydelig forenkling i forhold til de etablerte meldingsrutinene, som fremstår som vesentlig mer formalistiske og tungdrevne. Varslene følges opp fra SHT senest påfølgende arbeidsdag gjennom muntlig kontakt med den som har sendt inn varslene.

Denne prosedyren fungerer etter intensjonene, og de som har meldt inn saker er fornøyde med måten dette gjøres på. Det er også positivt at «alle» individuelt kan ta initiativ i saker de mener bør vurderes.

I hovedsak ser det ut til at ordningen er godt kjent i de helseforetakene evalueringsgruppen har vært i kontakt med og blant personalet her. Dette henger sammen med den generelt økte oppmerksomheten omkring pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid som rapporteres fra disse institusjonene, og meldingsordningen bidrar åpenbart til å forsterke denne oppmerksomheten.

Oversikten over innmeldte uønskede hendelser i den perioden utrykningsgruppen har fungert, viser at mengden av innmeldinger varierer mye mellom ulike regioner og institusjoner. Dette kan skyldes at kjennskapen til ordningen er ulik, men det kan også skyldes ulik rapporteringskultur og/eller ulikt rapporteringsklima i forskjellige foretak/institusjoner.

I hvilken grad helsepersonell benytter seg av ordningen, og hvor en legger listen for innmelding, er trolig i vesentlig grad avhengig av lokale forhold. Mulige faktorer som kan forklare ulik rapporteringstilbøyelighet kan være graden av åpenhet omkring uønskede hendelser, toleranse for intern kritikk, og frykt for uformelle sanksjoner. Denne evalueringen gir ikke grunnlag for å si noe om hvordan klimaet for rapportering av den typen hendelser er i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. På et generelt grunnlag, og ut fra det en vet fra relevant forskning om sikkerhet, kan en imidlertid slå fast at dersom utrykningsordningen skal fungere etter intensjonene i alle deler av helsevesenet, er det av avgjørende betydning at

lokal ledelse bidrar til å skape et klima og en kultur som ikke legger begrensninger for åpenheten.

Evalueringsgruppens inntrykk er ellers at manglende åpenhet ikke er noe problem ved de enhetene en her har vært i kontakt med. Intervjuede ledere understreket også at de aktivt arbeider for å fremme åpenhet omkring uønskede hendelser, og at dette er viktig for å øke pasientsikkerheten. Utsagn i samtaler med helsepersonell indikerer imidlertid at dette ikke nødvendigvis er situasjonen alle steder.

I en del saker vil det være slik at den mest nærliggende til å varsle om en hendelse, også er blant dem som selv kan ha «begått feil» som kan medføre en eller annen form for advarsel eller annen negativ sanksjon. Dersom en ønsker at helsepersonell skal ha mot til å stå frem i slike situasjoner, er det avgjørende at det gjøres klart at hensikten med utrykning ikke er å lete etter syndebukker og å gi sanksjoner, men at primærformålet er kartlegging av fakta og analyser som gir grunnlag for læring, og som kan bidra til at lignende feil ikke gjentas.

Generelt er det slik at pasientsikkerhet alltid primært er avhengig av det som skjer i møtet mellom pasient og helsepersonell i selve behandlingssituasjonen. Helseforetakenes overordnede ansvar er å arbeide for å fremme en sikkerhetskultur og et sikkerhetsklima der pasientsikkerhet og risikostyring blir en integrert del av den daglige virksomheten. På samme måter som i andre potensielt ulykkesutsatte organisasjoner spiller ledelsen på ulike nivåer her en avgjørende rolle.

Utvelging av uønskede hendelser og forberedelse av utrykning

Utvelging av uønskede hendelser for utrykning skjer på grunnlag av samtaler med den som har varslet og andre som har relevant informasjon. Journal kan også bli oversendt og vurdert. På grunnlag av dette materialet tas beslutning om eventuell utrykning, eller om saken skal oversendes helsetilsynet i fylket for videre oppfølging.

Det meldes inn langt flere uønskede hendelser enn det som blir gjenstand for utrykning. I 2011 ble 14 av 140 varsler fulgt opp av utrykningsgruppen. Utrykningsgruppens egen vurdering er at en burde rykket ut til noen flere saker, anslagsvis 50 % flere, men at dette ikke har vært mulig av ressursmessige årsaker. Den viktigste flaskehalsen her er ikke selve utrykningen, men det omfattende arbeidet som er nødvendig i den påfølgende saksbehandlingen. I utvelgelsen av saker som leder til utrykning vektlegges de kriteriene som er listet opp i pkt 6. Et tilleggskriterium er pasientens alder, og at det er særlig viktig å ta for seg saker der det er unge mennesker som skades eller dør.

Det er også en utfordring å behandle alle varslene på en tilfredsstillende måte, når flere kommer inn på samme tid, eller når varsler kommer inn mens deltakere i utrykningsgruppen er ute på oppdrag. Samtidig må alle varsler behandles på en slik måte at de kan etterprøves. Dette gjelder også saker som ikke fører til utrykning. Til sammen innebærer dette strenge formelle krav til saksbehandling og dokumentasjon.

<i>Evalueringens vurdering:</i>

For å sikre at alle varsler behandles på en kvalitativt god nok måte innenfor et svært begrenset tidsvindu, bør det etableres tilstrekkelig redundans når det gjelder den innledende saksbehandlingen i SHT.

Det er et begrenset antall medarbeidere i SHT som er dedikert til arbeid i utrykningsgruppen. Dette gir begrensninger både med hensyn til kapasitet og i forhold til medisinsk fagkompetanse. Det er derfor nødvendig å kunne trekke på den generelle kapasiteten og kompetansen i SHT. Med den store variasjonsbredden i type saker som meldes inn, krever denne ordningen tilgang på mange typer medisinsk kompetanse. Dette innebærer at utrykningsaktiviteten de facto må organiseres etter et prosjektprinsipp, der en liten, fast kjerne suppleres med spesialister etter behov. Denne utfordringen forsterkes av at en ikke har noen forutsigbarhet med hensyn til når eller hvor mange saker som kommer inn, og prosjektorganisering på kort varsel er ikke uten videre forenlig med den etablerte funksjonsorganiseringen i SHT, der personalet er fullt belagt med løpende oppgaver.

I en del saker er det også nødvendig å trekke på ekstern spesialistkompetanse. Til nå ser det ut til at dette har fungert tilfredsstillende, men begrenset tilfang av tilgjengelig personale, både internt og eksternt, representerer en betydelig utfordring dersom ordningen blir mer brukt (flere varsler) og terskelen for utrykning ikke skal settes for høyt.

Evalueringsgruppens vurdering:

For å sikre en tilstrekkelig robust ordning over tid, må en vurdere både den permanente bemanningen, hvordan en skal sikre tilstrekkelig utrykningskapasitet, og hvordan en skal håndtere grensesnittene mellom utrykninger og det ordinære arbeidet i SHT.

Utrykning

Praktisk tilrettelegging av utrykning avtales med ledelsen ved den aktuelle enheten/avdelingen, som også har ansvar for å organisere opplegg for intervjuer og annen datainnhenting. Tilbakemeldingene i forhold til dette er positive, både fra utrykningsgruppen og fra de som har mottatt dem. Det fremheves at dette foregår på en ubyråkratisk og imøtekommende måte.

Evalueringsgruppens vurdering:

Det er viktig at den ubyråkratiske og muntlige formen i den innledende fasen videreføres, og at en ikke faller inn i et mer formalistisk mønster. Dette fordi det kan være betydelig emosjonell spenning knyttet til utrykningsgruppens ankomst, og at en tillitsfull og konstruktiv atmosfære med involvert personell etableres så tidlig som mulig. Dette innebærer også at utrykningsgruppen må håndtere en potensielt vanskelig balansegang mellom å invitere til åpenhertig dialog og å ivareta ansvaret som formelt statlig tilsynsregime.

En generell vurdering blant de som har møtt utrykningsgruppen, er at intervjuer/samtaler har vært gjennomført på en måte som har lagt grunnlag for tillit og åpenhet. Noen av de som ble intervjuet fremhevet at det var en positiv opplevelse å møte tilsynsmyndighetene som «mennesker» de kan snakke med, og ikke bare som fjerne og upersonlige saksbehandlere. Avgjørende er at de som har rykket ut, har evnet å kombinere profesjonalitet med evne til innlevelse i helsepersonellens situasjon.

Evalueringsgruppens vurdering:

Utrykning skjer i situasjoner som kan være emosjonelt krevende for involverte, både for helsepersonell og pårørende. Det betyr at de som skal delta i utrykninger ikke bare må ha tilstrekkelig helsefaglig og analytisk kompetanse. De må også være i stand til å håndtere mennesker i vanskelige situasjoner på en god måte. Det betyr at det stilles krav også til personlighet, fremtreden og evne til empati. Frem til nå ser dette ut til å ha fungert på en god måte.

Innledningsvis er det pekt på at bakgrunnen for opprettelsen av utrykningsgruppen er flersidig, og at ulike interessentgrupper vektlegger ulike hensyn. Dersom ordningen skal ha legitimitet i helsevesenet, og dersom ansatte skal bli motivert til å varsle, er det av avgjørende betydning at dette oppfattes som virkemiddel for læring og pasientsikkerhet, og at det ikke er en ordning som har som primært siktemål å finne og sanksjonere enkeltpersoner.

En viktig kvalitet ved utrykningene er at de skjer kort tid etter hendelsen, og mens inntrykkene ennå er ferske. Dette gjør at informasjonen blir bedre og mer utfyllende enn det som ville vært tilfelle dersom det hadde gått lengre tid mellom hendelse og datainnsamling.

Fra helseforetakene ble også fremhevet at det å drøfte hendelser med kompetente fagfolk utenfra bidrar til at sakene belyses bedre, ved at en gjennom dialogen får frem både direkte og bakenforliggende årsaker og sammenhenger. Viktig er også at dette bidrar til å løfte fokuset opp på systemnivå, slik at en ikke bare leter etter svikt hos enkeltindivider.

Kontakt med pårørende

Pårørendes tilbakemeldinger fremstår som relativt kritiske til oppfølgingen og ivaretagelsen av dem, særlig fra helseforetaket. Det kan se ut som om den uoversiktlige og utrygge situasjonen pårørende/etterlatte er i umiddelbart etter hendelsene, også preger oppfatningen av utrykningsgruppen. Pårørende fremhever følgende:

- *Utrykningsgruppen fremstår som mer opptatt av å beskytte "sine egne"(og særlig legen) enn å ivareta de pårørende/etterlattes interesser og behov.*
- *Saksbehandlingstiden er alt for lang.*

- *Kommunikasjonen og informasjonen til de pårørende/etterlatte er fraværende i saksbehandlingsperioden.*
- *Dersom utrykningsgruppa skal ha en funksjon i fremtiden i forhold til pårørende, må den bemannes tverrfaglig og gjerne med flere representanter "utenfor" SHT.*

Det uttrykte formålet med utrykningsgruppens møte med pårørende, er at pårørende skal kunne bidra med informasjon om pasienten og hendelsesforløpet før og under behandlingen i spesialisthelsetjenesten, og på den måten bidra til at saken blir best mulig belyst. I praksis kan dette møtet imidlertid også bli en mulighet for pårørende til å gi uttrykk for sorg og sinne, som utrykningsgruppen må håndtere som medmennesker og med empati.

Utrykningsgruppen kan også bli oppfattet som «offisielle representanter» for det helsevesenet og de legene/sykepleierne som pårørende holder som ansvarlige for den aktuelle hendelsen.

Personale under granskning

Tilbakemeldingene fra helsepersonell som har vært involvert i hendelser som medfører varsling og utrykning, er entydige: Dette kan oppleves som en tung belastning. Helsepersonell er også «bare mennesker» og derfor også sårbare. Fire forhold fremheves:

Ansvar og skyldfølelse

Dersom pasienter dør eller skades som følge av feilhandlinger eller feilvurderinger, er en nærliggende reaksjon å oppleve ansvar og skyldfølelse. Kunne dette vært unngått dersom vi/jeg hadde handlet annerledes, tilkalt hjelp eller satt riktig diagnose?

Evalueringsgruppens vurdering:

Utrykningsinstituttet kan spille en viktig rolle i forhold til helsepersonell som har vært involvert i saker med uventet og tragisk utfall, ved å bidra til kartlegging av hendelsesforløp og analyse av årsaker, der en ser individuell atferd i den konkrete situasjonen i sammenheng med den organisatoriske konteksten, og med de føringer, muligheter og begrensninger som ligger i denne. Dette er et viktig bidrag både i forhold til de enkelte helsearbeidere som er oppe i den aktuelle situasjonen og for fremtidig læring.

Offentlig oppmerksomhet og mediefokusering

I noen saker blir det offentlig oppmerksomhet og mediefokusering. Et eksempel i en sak som har vært gransket av utrykningsgruppen, er tilfellet da to jenter druknet utenfor Kristiansund i mars 2010. Utklippene nedenfor illustrerer hvordan slike forhold kan bli fremstilt:



TO DRUKNET: To ni år gamle jenter druknet da de ble tatt av bølger under lek i fluffsområdet Karhola i Kristiansund. Foto: Brunsvika.net (Scanpix)

Fløy Mona (9) til feil sykehus

Aina Holsæter, mor til 9 år gamle Mona, ropte at datteren hennes måtte flys til Trondheim. Hun fortviler over alle feilgrep som ble gjort da datteren skulle reddes fra drukningsdøden. – Hun fikk aldri noen sjans, sier hun.

Foto: Omar Sejnæs/NRK

Mor til den druknede Mona Holsæter Fjelnset (9) fortviler over alle feilgrep som ble gjort da datteren skulle reddes fra drukningsdøden. – Hun fikk aldri noen sjanse, sier hun.

TERJE REITE ANN ELI NØSEN ØYVIND JOHAN HEGGSTAD
terje.reite@nrk.no ann.eli.nosen@nrk.no oyvind.johan.heggstad@nrk.no

Mediefokuseringen, som i mange saker fremstår som både legitim og forståelig, vil naturlig nok ta utgangspunkt i offerets og pårørendes situasjon, gjerne fulgt opp med krav om sanksjonering av de som oppfattes som ansvarlige. For helsepersonell som er involvert, representerer dette en betydelig tilleggsbelastning, fordi dette da også blir en sak for offentligheten og dermed kjent ikke bare for kolleger, men også for familie, venner, naboer og andre.

Mediefokuset er også en utfordring og en mulig belastning for ansvarlige ledere på ulike nivåer, som vanligvis verken vil være forberedt på, eller ha trening i, å håndtere medie-pågangeren.

Fra noen av de som er intervjuet blir det foreslått at utrykningsgruppen/SHT bør ha kompetanse som er slik at de kan bidra med rådgivning i forhold til mediehandtering.

Frykt for sanksjoner

Terskelen for utrykning er, og skal være, høy. Det innebærer også at når en hendelse blir utsatt for denne typen undersøkelser, er det nærliggende for de som er involvert og som opplever at de er ansvarlige, at de frykter sanksjoner fra tilsynsmyndighetene, eller i verste fall at saken resulterer i etterforskning og påtale. Fra involvert personell fremheves at dette stiller ekstra krav til faglig grundighet i saksbehandlingen fra utrykningsgruppen/SHT, samtidig som en må unngå lang behandlingstid som utgjør en ytterligere belastning. Rettssikkerhet er et begrep som blir brukt av enkelte.

Evalueringsgruppens vurdering:

I saker der det vurderes å komme med advarsler eller sanksjoner overfor enkeltpersoner, er det særlig viktig at det gis muligheter for tilsvar og eventuelt ytterligere datainnsamling før det fattes endelige vedtak. I slike saker må ledere holdes orientert og involveres underveis. Det må legges særlig vekt på at skriftlige tilbakemeldinger er utformet på en slik måte at de ikke kan misforstås, og at en her må være oppmerksom på at juridisk terminologi og «byråkratidialekt» ikke alltid samsvarer med vanlig språkbruk.

«Sterkt virkemiddel»

Når SHT rykker ut med en slik gruppe og bruker flere dager for å sette seg inn i en sak, oppleves dette som et sterkt virkemiddel med en betydelig signaleffekt og som noe som både fører til spenninger og til stor intern oppmerksomhet.

Evalueringsgruppens vurdering:

Å arbeide på denne måten stiller særlige krav både til praksis – hvordan besøk og samtaler gjennomføres, til god informasjon og til den påfølgende saksbehandlingen.

Saksbehandling og tilbakemelding

I en av de sakene som evalueringsgruppen har gått inn i, var det en oppfatning blant de som ble intervjuet at saksbehandlingen tok betydelig mer tid det som ble forespeilet under utrykningsgruppens besøk. Det ble heller ikke gitt tilstrekkelig oppdatering om fremdriften underveis i saksbehandlingen. Saksbehandlingstiden fremheves også som et betydelig problem fra utrykningsgruppens side, og forklares med for liten bemanning i forhold til arbeidsmengden. Et tilleggsmoment er, som påpekt tidligere, at arbeidet ikke kan planlegges på lengre sikt, fordi en verken har kontroll med hvor mange saker som kommer inn, eller når de kommer.

Evalueringsgruppens vurdering:

Det er viktig at det settes realistiske tidsrammer for saksbehandlingen i etterkant av utrykningsgruppens besøk, og at det gis umiddelbar og tydelig melding til alle involverte dersom det blir forsinkelser. SHT bør også ha en beredskap som gjør at en temporært kan øke saksbehandlingsskapasiteten når dette er nødvendig.

En interessant observasjon er knyttet til måten SHT fungerer på i slike saker. I den innledende fasen og i samtaler med helsepersonell brukes et muntlig format, som oppleves som nært og lite formalistisk. Etter at den lokale datainnsamlingen er gjennomført, ser det ut til at SHT vender tilbake til sin tradisjonelle skriftlig-byråkratiske modus, preget av formalisme og juridisk språkbruk.

Dette kommer tydelig til uttrykk i den endelige tilbakemeldingen. I denne typen formalistisk kommunikasjon tenderer også nyansene i komplekse saker til å forsvinne. Det er et helt entydig budskap fra alle intervjuene at en ønsker en muntlig tilbakemelding i form av et avsluttende møte, der utrykningsgruppen legger frem sine vurderinger og der det også gis muligheter for å drøfte disse.

Evalueringsgruppens vurdering:

Utrykningsgruppens endelige vurderinger bør presenteres i et avsluttende møte med berørt helsepersonell og ledelse, i en form som gir rom for dialog.

Produktkvalitet

Evalueringsgruppen har gått gjennom den foreliggende dokumentasjonen i et utvalg av saker som utrykningsgruppen har behandlet. Dokumentasjonen fremstår som oversiktlig og utfyllende, og den formelle saksbehandlingen og arkiveringen fungerer åpenbart som den skal.

Når det gjelder den medisinskfaglige vurderingen, har ikke evalueringsgruppen grunnlag for å vurdere denne. I to av de sakene en har gått nærmere inn i, er det ingen merkbar uenighet mellom SHT og de berørte helseforetakene. I den tredje saken er medisinsk personell lite tilfreds med de faglige vurderingene som er gjort. Dette gjelder både med hensyn til substans/forståelse, og når det gjelder mulighetene en ble gitt for dialog og tilsvar før endelig konklusjon.

Et hovedinntrykk er at årsaker til uønskede hendelser i de sakene som utrykningsgruppen har behandlet, kan føres tilbake til ulike former for «systemsvikt», i form av mangelfulle rutiner, trekk ved arbeidssituasjonen, eller svikt i kommunikasjon eller koordinering. Ut fra foreliggende dokumentasjon fremstår dette som rimelige forklaringer. For å komme noe lenger i analyser med slike konklusjoner, kan det være hensiktsmessig for utrykningsgruppen/SHT i større grad også å trekke på kunnskap fra andre fagretninger. Sikkerhetsforskning og organisasjonsteori peker seg naturlig ut som områder der utrykningsinstituttet kunne være tjent med et bredere kompetansetilfang. Dette vil også øke potensialet for å bidra med kunnskap som kan utnyttes i lokale utviklingsprosesser.

Evalueringsgruppens vurdering:

I en eventuell videreføring av utrykningsinstituttet bør SHT styrke sin kompetanse innenfor sikkerhetsforskning og organisasjonsanalyse.

Effektkvalitet

Effekten av utrykninger er flersidig. Dels følger effekter av selve prosessen, ved at alvorlige hendelser gis oppmerksomhet og drøftes umiddelbart etter at de har funnet sted. Utrykningsgruppens arbeidsform og fokusering spiller her en viktig rolle. To forhold synes her å være avgjørende for en positiv utvikling. Det første er at en får til en dialog, der siktemålet er å etablere en felles forståelse av hva som har skjedd og hva slags vurderinger og handlinger som har ført opp til dette. Det andre er at fokus rettes mot den organisatoriske konteksten for helsepersonellens handlinger, og at den primære oppgaven ikke er å fremskaffe grunnlag for sanksjoner mot enkeltpersoner.

Utrykningsgruppens besøk og samtalene med involvert personell og ledelse bidrar utvilsomt til økt forståelse for sterke og svake sider ved måten en arbeider på. Et entydig budskap fra de sakene evalueringsgruppen har gått inn i, er at en får en ganske umiddelbar oppmerksomhets- og læringseffekt. Viktig her er at den kvalitative og muntlige tilnærmingen bidrar til lokal systemfokusering, både med hensyn til arbeidsprosesser og rutiner. En samstemt respons fra sykehusene er at en i etterkant har tatt organisatoriske grep som vil bidra til bedre pasientsikkerhet.

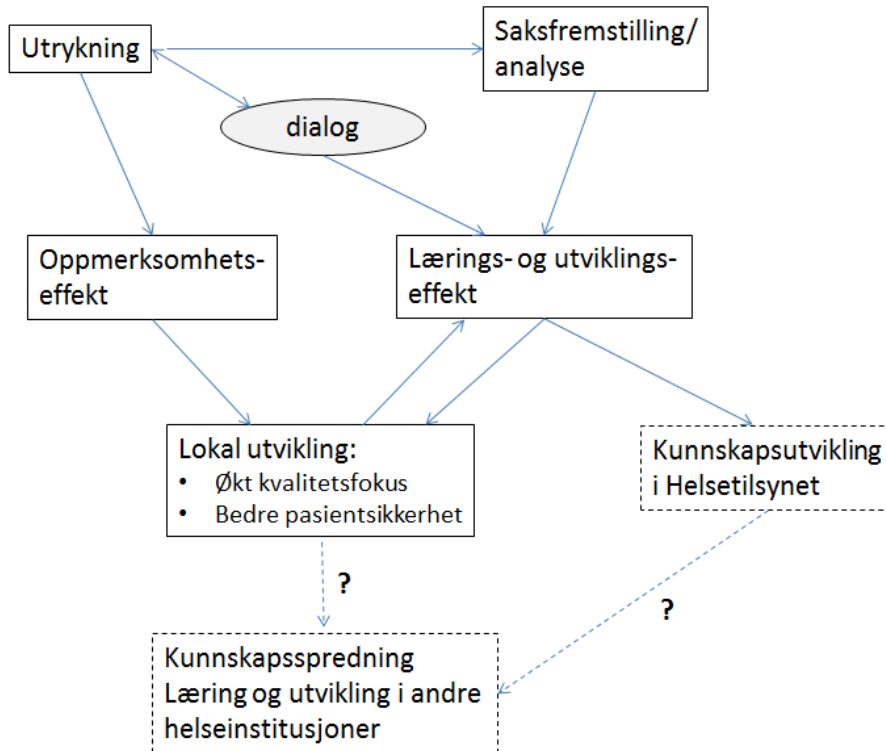
Ledere ved de aktuelle enhetene melder om at utrykning ikke bare har effekt i forhold til det aktuelle saksforløpet, og dermed kan gi umiddelbar læring, men at det også kan fungere som en generell brekkstang for økt oppmerksomhet omkring kvalitetssikring. Ved at prosessene skjer i form av dialog og uten jakt på "syndebukker", kan de også styrke en generell utvikling i retning av større åpenhet omkring uønskede hendelser, som igjen gir grunnlag for mer læring og bedre pasientsikkerhet. På denne måten kan helseinstitusjoner komme inn i en god lærings- og utviklingssirkel,

Andre effekter kan følge av SHT sin analyse og tilbakemelding, dersom denne er av en slik karakter og i en slik form at det gir grunnlag for videre organisatorisk læring. Dette forutsetter at tilbakemeldingene følges opp lokalt, og at en der setter i verk tiltak som kan bidra til å rette opp eventuelle påviste svakheter.

I samtalene med utrykningsgruppen og andre i SHT ble det også klart at denne måten å arbeide på, kan gi verdifull erfaring og nyttige impulser til tilsynets arbeid, fordi en her kommer «virkeligheten» i helseinstitusjonene tettere inn på livet enn det en vanligvis gjør i den ordinære saksbehandlingen.

Et spørsmål som det er vanskelig å gi svar på, er i hvilken grad den innsikten som etableres gjennom undersøkelsene i enkeltsaker, også gir grunnlag for læring i andre deler av den aktuelle helseinstitusjonen, i helseforetaket eller andre steder. Hvordan forholdet er mellom denne kunnskapsinnhentingen og det som skal skje i regi av Kunnskapssenteret fremstår også som ganske uavklart, både for SHT/utrykningsgruppen og for de lokale helseinstitusjonene. Dette avspeiles også i SHTs og utrykningsgruppens forståelse av mandat og virkemåte. Hovedspørsmålet her er hvorvidt denne ordningen skal forstås som et forbedret redskap innenfor rammen av det etablerte tilsyns- og reaksjonsregimet, eller om det er et virkemiddel som også skal bidra til økt forståelse av hvordan kvaliteter ved helseinstitusjonene som systemer og handlingskontekster har betydning for pasientsikkerheten, både i den enkelte sak og mer generelt.

Den påfølgende figuren gir en samlet fremstilling av mulige effekter som utrykningsinstituttet kan ha for pasientsikkerheten:



Evalueringens vurdering:

Det er utvilsomt en betydelig læringseffekt knyttet til de aktuelle sakene i de involverte sykehusene og blant personellet der. Med et åpent klima, engasjert ledelse og god lokal oppfølging, kan denne måten å arbeide på bidra til en generell styrking av kvalitetssikringsarbeidet og dermed også pasientsikkerheten.

Det er tydelig at de som jobber med dette i SHT får nyttige erfaringer som i noen grad også kommer andre deler av SHT til gode. Det som fremstår som ganske uavklart, er i hvilken grad disse erfaringene overføres til andre deler av de berørte helseinstitusjonene og til andre deler av helsevesenet. Dette forholdet har sammenheng med at rollen til utrykningsgruppen fremstår som utydelig både med hensyn til forholdet mellom enkeltpersoner og systemer og mellom den enkelte sak og kvaliteter ved spesialisthelsetjenesten mer generelt.

For å få mest mulig igjen for den innsatsen som legges ned i forhold til pasientsikkerhetsarbeidet, bør en vurdere hvordan den generaliserbare kunnskapen som fremkommer gjennom utrykningsgruppens analyser skal tilrettelegges og formidles slik at den bidrar til generell styrking av arbeidet med pasientsikkerhet.

11. Diskusjon og anbefalinger

I de fleste granskninger av uønskede hendelser, uavhengig av sektor eller næring, er det en målsetting å forstå *hvorfor* noe gikk galt, i den hensikt å *lære* for å hindre gjentakelse.

Enkelt fremstilt ønsker man å identifisere både den direkte utløsende årsaken til en hendelse, samt mulige bakenforliggende årsaker som kan ha ledet frem til denne. Etablert praksis for granskning av uønskede hendelser inneholder grovt sett følgende faser:

1. Informasjonsinnhenting for å belyse faktisk hendelsesforløp (fakta)
2. Vurdering av relevant styrende dokumentasjon, så som skriftlige prosedyrer, rutiner etc. (systemisk)
3. Belyse og vurdere de organisatoriske faktorene som har betydning, inklusive styring og ledelse (organisasjonens robusthet mht. pasientsikkerhet)
4. Årsaks- og barriereanalyse hvor man anvender en helhetlig tilnærming med vurdering av både menneskelige, organisatoriske og eventuelt også teknologiske faktorer

Gjennomgangen av et utvalg avsluttede saker viser at denne type metodikk i stor grad har vært benyttet, og at granskningene har vært gjennomført på en kompetent måte. Det som har skjedd i de aktuelle sakene sees bl.a. i lys av arbeidsmessige og organisatoriske betingelser for det involverte personellet. I oppfølgingene lokalt fremgår at hoveddelen av forbedringsarbeidet må rettes inn mot organisasjons- og systemmessige forhold; som rutiner og prosedyrer, bemanning, kommunikasjon og koordinering.

For å profesjonalisere og videreutvikle arbeidet med pasientsikkerhet anbefaler evalueringsgruppen at en utreder muligheten for et nasjonalt, eventuelt regionalt, tre-parts samarbeid tilsvarende det som eksempelvis er etablert praksis innen petroleumsnæringen. Her har man etablert et samarbeidsforum for sikkerhet bestående av representanter fra Petroleumstilsynet, selskapene og arbeidstakerne.

Det generelle inntrykket etter to års virksomhet er at etableringen av utrykningsgruppen er positivt mottatt blant viktige aktører. Det gjelder SHT sentralt, deltakerne i utrykningsgruppen, helsepersonell som har vært involvert i utryknings saker og lokal ledelse i helseinstitusjonene. Utrykningsgruppens medlemmer rapporterer også positive erfaringer med kontakten med pårørende, mens de pårørende evalueringsgruppen har vært i kontakt med, rapporterer mer blandete erfaringer. Det overordnede inntrykket er at denne typen virkemiddel kan gi et positivt bidrag til økt pasientsikkerhet

Oppstarten av gruppen skjedde på kort varsel, med lite ekstra ressurser, og uten særlig foregående planlegging. Virksomheten er likevel blitt gjennomført på en god måte i de sakene som er tatt opp, mye på grunn av entusiasme og ekstra arbeidsinnsats fra ansatte. Det ser ut til at en på denne måten har lyktes i å innføre ordningen uten at dette har gått vesentlig på bekostning av andre oppgaver i SHT. Begrenset kapasitet har likevel medført streng utvelgelse av hvilke saker som er fulgt opp med utrykning. En gruppe med liten fast bemanning som lever med høyt og uforutsigbart arbeidspress, er imidlertid også sårbar dersom nøkkelpersoner går over til andre arbeidsoppgaver.

Denne måten å arbeide på gir bred kontaktflate i forhold til helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser og dermed også god tilgang på informasjon om hendelsen. Viktig her er at mye av informasjonsinnhenting skjer muntlig og umiddelbart etter hendelsen. Dette gir et nyansert og godt underlag for tilsynsvurderingene, men det er uklart hvorvidt dette fører til raskere saksbehandling etter at selve besøket er gjennomført.

Det er åpenbart verdifullt for SHT å ha denne typen nærkontakt med spesialist-helsetjenesten, og at dette bidrar til viktig erfaringsinnhenting og kompetanseoppbygging.

Det er samstemt ønske fra spesialisthelsetjenesten om at SHT's endelige vurderinger i utrykningssaker presenteres i et avsluttende møte med det personalet som har vært involvert. SHT bør her stille krav om at også ansvarlig ledelse på relevante nivåer er til stede.

Gjennom det grundige arbeidet som legges ned i utrykningssakene hentes det inn erfaringer og kunnskap om sammenhenger som kan være av mer generisk karakter og av interesse også for andre deler av helsevesenet. Det fremstår som uklart i hvilken grad en har en politikk for utnyttning av denne kunnskapen. Et åpenbart problem i utrykningsgruppens virksomhet er dermed et uavklart forhold mellom rollen som «tilsyn» som skal reagere i enkeltsaker, og hvordan en skal utnytte den kunnskapen som genereres som kilde for generell kompetanseheving i arbeidet for økt pasientsikkerhet.

Når det gjelder hvordan en skal tilrettelegge for og organisere generell læring av uønskede hendelser, er det også et uklart grensesnitt mellom utrykningsgruppen/SHT's rolle og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Evalueringsgruppen er sterkt i tvil om hvorvidt den måten man i dag har valgt å organisere den sentrale kunnskapsspredningen og meldeordningen på, er hensiktsmessig dersom man ønsker å få tatt ut det læringspotensialet som fremkommer gjennom utrykningsgruppens datainnsamling og analyser.

Evalueringsgruppens generelle konklusjon er at en videreføring av utrykningsinstituttet som permanent aktivitet kan være et viktig bidrag i arbeidet for bedre pasientsikkerhet.

I en eventuell videreføring av utrykningsinstituttet er det imidlertid noen viktige forhold som må være på plass dersom ordningen skal fungere etter intensjonene, og en skal få tatt ut de potensialene som ligger i denne arbeidsmåten:

- Organiseringen innenfor SHT må synliggjøres gjennom etablering av egen seksjon/avdeling som rapporterer direkte til SHT's direktør.
- SHT må avklare sin rolle i forhold til pasientsikkerhetsarbeidet, og hvordan en skal balansere mellom rollen som tilsyn og rollen som rådgivere/kompetansemiljø som skal bidra også i en proaktiv funksjon. Arbeidsdelingen i forhold til Kunnskapssenteret må avklares, særlig i forhold til læringseffekten av meldeordninger og tilsyn.
- Ressurstilgangen må sikres på et slikt nivå at kapasiteten blir permanent og tilstrekkelig, og slik at dette ikke går på bekostning av andre viktige arbeidsoppgaver i SHT.
- Det må sørges for tilstrekkelig tilgang på helsefaglig ekspertise, og en må her sikre seg at en kan trekke på kompetanse både internt i SHT og eksternt.
- Med de sammensatte årsaksbildene som kan avdekkes, er det en fordel at gruppene som rykker ut er flerfaglig sammensatt og at helsefaglig og juridisk kompetanse suppleres med sikkerhetsfaglig og organisasjonsfaglig ekspertise. De som skal delta i slikt arbeid, bør også ha nødvendig opplæring i granskningsmetodikk og intervjueteknikk.
- Utrykning kan skje i situasjoner som er emosjonelt krevende for de som har vært involvert i hendelser. Det er derfor viktig at de som deltar har de personlige egenskapene som er nødvendige, og at dette vektlegges i rekrutteringen.

17. september 2012

Lisbeth Normann

Per Morten Schiefloe

Stig B. Stangeland