

Direktøren har ordet

Målet med denne rapporten er å stimulere til refleksjon og debatt i helseforetakene om utfordringer knyttet til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet er erfaringer fra Undersøkelsenheten og helseforetakenes arbeid i 2014 med oppfølging av varselordningen slik den er utformet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.

Vi har fått gode tilbakemeldinger på fjorårets rapport om varselordningen og Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn. Særlig har responsen vært positiv når det gjelder beskrivelsene av pasienthistorier og enkelthendelser. Nær halvparten av varslene om alvorlige hendelser i 2014 kom fra psykisk helsevern. Det store flertallet gjaldt selvmord og selvmordsforsøk. Et fåtall av disse varslene førte til stedlig tilsyn fra Statens helsetilsyn, men mange av sakene blir overført til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging. Vi har ikke hatt eksempler på enkelthendelser i psykisk helsevern som er egnet å presentere i denne rapporten. Når vi innhenter informasjon om den varslede hendelsen, får vi mye informasjon om hendelsen og tjenestene som kan danne grunnlag for refleksjon og analyse. I 2015 styrker vi vår interne kompetanse i psykisk helsevern. Det vil gi oss bedre kapasitet og muligheter for også å utvikle presentasjonsformer og beskrive enkelthendelser og pasienthistorier som kan være relevante for fagmiljøer i denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Dialogen Undersøkelsenheten har med helseforetakene, helsepersonell og med pasienter og pårørende bidrar til at varselordningen stadig er i utvikling og endring. Vi har derfor invitert noen pårørende, helseforetak og fylkesmannen til å dele erfaringer og reflektere i rapporten om felles utfordringer.

Helseforetakene har ansvar for trygge og gode tjenester

Ansvar for pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring er plassert i helseforetakene. Som tilsynsmyndighet er vi opptatt av og undersøker om ledelsen planlegger, kontrollerer og korrigerer egen virksomhet slik at pasientene får forsvarlig og trygg helsehjelp. Vektlegging av sikkerhetstenkning og risikostyring styrer hva tilsynsmyndigheten etterspør og forventer av helseforetakene. Mandat og tilsynsoppdrag preger hva Undersøkelsenheten leter etter, hvor vi leter, hvordan vi vurderer det vi finner, og hvordan vi formidler resultatet av undersøkelsene våre.

Uventede og alvorlige hendelser dreier seg om helseforetak og helsepersonell som ønsker å gjøre en så god jobb som mulig, men der resultatet ikke alltid blir som de ønsket. Mest av alt handler dette om pasienter som i mange tilfeller er alvorlig syke og har behov for medisinsk behandling. Komplekse behandlingsforløp og sammensatte og alvorlige sykdommer og skader gir større risiko for at komplikasjoner kan oppstå, og for at noe kan gå galt.

De senere årene har offentligheten flere ganger debattert alvorlige hendelser i norske sykehus og stilt spørsmål om hvorfor ikke sykehusene undersøker grundigere hva som har skjedd. Og hvorfor pårørende sitter igjen med en opplevelse av at de ikke har fått svar på hvorfor det skjedde, det som ikke skulle skje, også etter at tilsynsmyndigheten har undersøkt hendelsen.

Tilsynet møter i mange sammenhenger ønsker fra pasienter og pårørende om at vi skal stille helsepersonell personlig ansvarlig for uønskede hendelser. Det er lett å forstå et slikt ønske når noe går galt, men administrative reaksjoner og kriminalisering av helsepersonell som har som oppgave å gi behandling og hjelpe pasienter kan neppe være det eneste svaret på kvalitetsutfordringer i helsetjenesten. Ikke sjelden er det snakk om livreddende behandling gitt under tidspress – hvor konsekvensene av små feil lett kan bli katastrofale. Straffereaksjoner kan ikke på sikt være det bærende elementet for å sikre gode og trygge tjenester, noe også Riksadvokaten har gitt uttrykk for. Ved uønskede hendelser i helsetjenesten vil det forekomme at enkeltpersoner har gjort ulike typer feil. Undersøkelser viser at mange av disse feilene er av en slik art at de kunne ha vært gjort av andre i samme situasjon, og i mindre grad kan knyttes til personellet som enkeltindivider. I tilfeller hvor helsepersonellet virkelig er å klandre, så skal Statens helsetilsyn selvfølgelig bruke administrative reaksjoner.

Framtidige tilsyns- og meldeordninger må understøtte pasientsikkerhetsarbeidet i helsetjenesten

Tilsynsmyndighetens arbeidsmåter er i stadig endring. Statens helsetilsyn bruker erfaringene fra varselordningen og Undersøkelsenhetens arbeid til utvikling av tilsynsfunksjonen.

Regjeringen har oppnevnt et utvalg, Arianson-utvalget, som høsten 2015 skal levere en bred utredning av hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skal blant annet vurdere om det er hensiktsmessig å opprette en uavhengig undersøkelseskommisjon som skal undersøke alvorlige hendelser i helsesektoren. Statens helsetilsyn ser fram til at utvalget legger fram sine anbefalinger, og forventer at arbeidet vil bidra til en god debatt om framtidige tilsyns- og meldeordninger i helsetjenesten.

Undersøkelsenhetens arbeid har mange likhetstrekk med det som er skissert å skulle være oppgaven for en framtidig undersøkelseskommisjon. Som tilsynsmyndighet har Statens helsetilsyn i tillegg sanksjonerende myndighet overfor helsepersonell. Om vi konkluderer med at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, kan vi pålegge virksomheten å rette opp forholdene, og dermed bidra til å redusere faren for at lignende svikt skal skje igjen. Vi følger opp virksomheten til kritikkverdige forhold er rettet opp. Godt faglig tilsyn skal bidra til at tjenesten blir ledet slik at pasienter og brukere til enhver tid opplever trygge og gode tjenester.

Et avgjørende element i arbeidet med bedre pasientsikkerhet i helsetjenesten vil alltid være å ha på plass ledere som jobber aktivt og målrettet i egen virksomhet for en kultur som fremmer åpen og trygg meldepraksis når noe går galt. Uavhengig av hva en ekstern tilsynsmyndighet eller undersøkelseskommisjon gjør, vil det være vesentlig at virksomheten selv gjennomgår alvorlige hendelser for å identifisere hva som gikk galt og hvorfor. Ledelsen i helseforetakene har ansvar for å iverksette tiltak som kan bidra til å redusere sannsynligheten for at tilsvarende feil skjer igjen, og følge opp om tiltakene har den tilsiktede effekten.

Jan Fredrik Andresen