

Klagesaker – pest, plage eller inspirasjonskilde?

Michael 2007;4:116–23.

Sammendrag

Fra 1980-årene og framover har behandlingen av klagesaker vært brukt som en del av arbeidet for å sikre kvaliteten i helsetjenesten. Det har imidlertid vist seg at hvis dette skal fungere etter ønske som rettleiding og inspirasjon til forbedring, og ikke bare som en sanksjon mot de personer som berøres, fordres en god del kulturforandring også innen helseprofesjonene.

Tilsynsmyndighetens behandling av klagesaker

Da Anne Alvik ble konstituert som helsedirektør i 1992 og utnevnt i 1993 var tilsynsmyndigheten inne i en omfattende endringsprosess. Fra slutten av 1980-tallet ble det et større fokus på rollen som tilsynsmyndighet. Dette omfattet blant annet rolleforståelsen vedrørende hva som var tilsyn og hva som var direktoratsoppgaver. Samtidig ble det også mer oppmerksomhet omkring det som den gang ble kalt klagesaker, dvs. klager på undersøkelse og behandling. Senere er begrepet klagesaker blitt utvidet, men i denne artikkelen avgrenses bruken av ordet «klagesaker» til det som vi i dag vil betegne som «hendelsesbaserte tilsynssaker».

Ny helselovgivning trådte i kraft 1. januar 2001, blant annet ny helsepersonellov og pasientrettighetslov. Før dette tidspunktet ble klagesaker som gjaldt forhold som ble omfattet av disse lovene, omtalt som «ulovhjemlede klagesaker». I de nye lovene ble det lovhjemlet at pasienten, eller andre som har rett til det, kan anmode tilsynsmyndigheten om å vurdere forholdet dersom han eller hun f. eks. mener seg feilbehandlet, at undersøkelsen eller behandlingen er uforsvarlig, eller at helsepersonellet har opptrådt på en måte som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. Kravet om slik anmodning skal sendes Helsetilsynet i fylket. Det er viktig å merke seg at det av formålsparagrafen (§1) i helsepersonelloven fremgår at i tillegg til at loven skal bidra til pasientsikkerhet og kvalitet, skal loven bidra til *tillit* til helsepersonellet og helsetjenesten. Klageordningen er en del av å fremme denne tilliten.

Tilsynsmyndigheten kan også ta opp saker på eget initiativ, f. eks. etter oppslag i media eller at man er blitt kjent med det som synes å være uønskede hendelser på annen måte.

I enkelte klagesaker blir det vurdert om helsepersonellet skal ilegges en administrativ reaksjon (advarsel, suspensjon eller tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning og lignende). Dette kan f. eks. være aktuelt dersom pliktbruddet kan medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller påføre pasienten en betydelig belastning. Det overordnede formålet med reaksjonssystemet er i utgangspunktet å forbedre atferden og/eller å beskytte pasienter mot uønsket atferd fra helsepersonell.

Hvis Helsetilsynet i fylket mener at det bør ilegges en administrativ reaksjon, skal saken oversendes til Statens helsetilsyn. Det er Statens helsetilsyn som tar standpunkt til hvorvidt administrativ reaksjon skal gis. Eventuell klage på vedtak kan rettes til Statens helsepersonellnemnd¹.

Det har vært mye fokus på klagesakene (nå: hendelsesbaserte tilsynsaker) fra helsepersonellet, fra fagorganisasjonene, fra pasientene, fra media osv – og selvsagt fra tilsynsmyndighetens side. Etter hvert er samfunnet blitt mer åpent. Pasientene har fått mer kunnskap om sin lidelse og sine rettigheter, og de har derigjennom mer uttalte forventninger. Komplexiteten i helsetjenesten har økt, det er mer høyteknologi og mye mer som gjør at både helsepersonellet og pasientene vil kunne føle en viss avmakt. Helsepersonellet synes de gjør så godt de kan innenfor dagens system og rammebetingelser – og pasientene får ikke sine forventninger oppfylt. I dette krysspunktet står blant andre tilsynsmyndigheten.

I utgangspunktet er det lagt til grunn at det å få en klagesak rettet mot seg i egenskap av å være helsepersonell, og risikoen for å få en administrativ reaksjon, vil føre til positiv endring – det være seg i den faglige utøvelsen av yrket eller ved at det medfører endring i egen yrkesatferd. Tittelen på denne artikkelen kan antyde et spørsmål om det virkelig *er* slik ...

Klagesak – helsepersonellets opplevelse

For å kunne «besvare» spørsmålet i tittelen på denne artikkelen, er det av interesse å vite *hvordan* helsepersonellet reagerer på det å få en klagesak rettet mot seg og eventuelt å få en administrativ reaksjon. Og hvorvidt det kan være en viss sammenheng mellom dette og spørsmålet om klagesaker oppfattes som en «pest og plage» – eller om en klagesak kan virke som en inspirasjonskilde til endring og kvalitetsforbedring.

¹ Se lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)

Det skal her refereres kort fra to undersøkelser som har sett på hvordan helsepersonell reagerer på det å få en klagesak mot seg, og eventuelt å få administrativ reaksjon fra tilsynsmyndigheten.

Assisterende fylkeslege Siri Elisabeth Fosse² tok i sin spesialoppgave i folkehelsevitenskap 1998, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, opp problemstillingen «Klage til fylkeslegen – trussel eller kvalitetssikring. Legers synspunkter på fylkeslegens klagebehandling». Undersøkelsen omfattet alle leger som var medlem av Den norske lægeforening i Finnmark, Troms, Østfold og Rogaland på det gitte tidspunktet. Drøyt 50 prosent av de spurte legene svarte på spørreskjemaene, og svarene utgjorde et representativt utvalg. Av de som svarte, hadde vel 34 prosent selv opplevd en eller flere klagesaker.

Den andre undersøkelsen var en intervjuundersøkelse som ble gjennomført av den gang Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet). Undersøkelsen ble gjennomført i perioden januar til april 2000, og omfattet helsepersonellets selvopplevde erfaringer etter å ha mottatt administrative reaksjoner etter den «gamle» lovgivningen: «Helsepersonells personlige opplevelser og erfaringer ved å mottatt en administrativ reaksjon».

Undersøkelsen omfattet et tilfeldig utvalg av leger, tannleger, psykologer og sykepleiere som i løpet av årene 1995 til 1999 hadde fått en reaksjon fra tilsynsmyndighetene etter de den gang gjeldende reaksjonsbestemmelser. Disse ble intervjuet om sine opplevelser og erfaringer med hensyn til egen klagesak³. Hensikten med undersøkelsen var blant annet å få innsikt i helsepersonells selvopplevde erfaringer før de nye helselovene skulle tre i kraft.⁴ Fagorganisasjonene var representert i en referansegruppe⁵.

Undersøkelsene viste at det var forståelse for at klageordningen er viktig for pasientene, men noen opplevde at tilsynsmyndigheten var for mye «pasientenes advokat» (– men på den annen side, denne forfatters personlige erfaringer tilsier at pasienter i blant gir uttrykk for av tilsynsmyndigheten er «legenes venn»). Færre opplevde at klageordningen er viktig for helseperso-

² Tidligere ass fylkeslege hos Fylkeslegen i Finnmark, nå ass fylkeslege ved Helsetilsynet i Østfold.

³ Det ble utsendt 67 invitasjoner. Det ble gjennomført 28 intervjuer, hvorav 26 i personlige møter og to i telefon (av praktiske årsaker).

⁴ Resultatene skulle brukes til å belyse i hvilken grad endringer i reaksjonsbestemmelsene i ny helsepersonellov var tilfredsstillende med hensyn til formålet.

⁵ Den norske lægeforening: Reidun Førde; Den norske tannlegeforening: Knut S Kjølstad; Norsk Psykologforbund: Anne Kari Torgalsbøen; Norsk Sykepleierforbund: Berit Berg; fra Statens helsetilsyn/fylkeslegene: avd.direktør Hilde Jordal og fylkeslege Helga Arianson, Hordaland.

nellets rettssikkerhet. Mange mente at klagesakene kunne være et ledd i kvalitetssikring, men at tilsynsmyndigheten la for stor vekt på den enkeltes leges svikt i stedet for systemsvikt.

Mange var enige i at en klagesak var en nyttig tilbakemelding, og de aller fleste ville rette opp feil påpekt av tilsynsmyndigheten. Det syntes også at det ble oppnådd tilsiktet virkning av reaksjonene fra tilsynsmyndigheten i de klagesaker som vedrørte helsepersonell som hadde mistet sin autorisasjon/lisens på grunn av *rusmiddelbruk* i tjenesten.

Hovedtendensen i begge undersøkelsene var imidlertid at det å få en klagesak rettet mot seg, var en personlig belastning. Det var en opplevelse av urettferdig saksbehandling, uberettiget reaksjon og opplevelsen av reaksjonen som en urettferdig straff, dårlig kommunikasjon med tilsynsmyndighetene, følelsen av maktesløshet overfor systemet, favorisering av den som klager, og følelsen av ikke å bli hørt eller trodd, isolasjons- og alenefølelse og manglende oppfølging og støtte fra tilsynsmyndigheter og/eller ledelse og kolleger. Noen syntes det var vanskelig å snakke med ektefelle, samboer eller nærmeste familie om situasjonen.

Konsekvensene for dem som hadde fått advarsel eller tilbakekalling av autorisasjon, viste at flere hadde fått økt alkoholforbruk, depresjoner, langtidssykemeldinger og foretatt selvmordforsøk. Konsekvensene for familien var en alvorlig tilleggsbelastning for mange.

Flere ga uttrykk for at de ville vurdert å skifte arbeidsplass etter en klagesak, og flere hadde begynt å tvile på om de hadde valgt rett yrke. Mange av legene svarte at de av og til iverksatte behandlingsprosedyrer som strengt tatt ikke var medisinsk berettigede. Undersøkelsene viste også at den avskrekkende effekten av reaksjonsbestemmelsene langt overskygget den holdningsskapende effekten, og at mange mente at det å få en klagesak rettet mot seg, ikke ble sett på som ledd i kvalitetssikring.

I departementets undersøkelse ble fem fylkesleger intervjuet. De understreket systemets betydning i klagesaker, og at fokus i sakene burde dreies mer mot systemet og bort fra individet. Blant helsepersonellet som hadde fått en reaksjon, og blant fylkeslegene ble det gitt uttrykk for at gode og funksjonelle systemer for å behandle klagesaker på arbeidsstedene, kunne bidra til større åpenhet om klager og redusere frykten for sanksjoner.

Departementet uttalte avslutningsvis i sin undersøkelse: «Våre intervjuresultater viser at så lenge alle klagesaker behandles utenfor arbeidsstedene får de liten virkning med hensyn til læring og erfaringsoverføring.»

Selv om det er en del år siden disse undersøkelsene ble gjennomført, er det ikke grunn til å tro at hovedtendensene er annerledes i dag enn da de ble foretatt. Dersom vi legger dette til grunn, er det ikke vanskelig å skjønne at

klagesaker kan oppleves som en «pest og plage» – og derfor er liten inspirasjonskilde til kvalitetsforbedring.

«Rammebetingelser» – av betydning for læring og kvalitetsforbedring?

Dersom målet er at klagesaker og uønskede hendelser skal være inspirasjonskilde til læring og kvalitetsforbedring, er det viktig å se på om rammebetingelsene ligger til rette for dette.

Lovgivningen

Lovgivningen, blant annet de nye helselovene som trådte i kraft i 2001, andre myndighetskrav (f eks forskrifter), foretaksreformen m.v. er blitt tydeligere på at klagesaker, meldinger om uønskede hendelser og informasjon av ulik art, skal brukes i det kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeidet i virksomheten selv.

Men tilsynserfaringene⁶ viser at det til dels er tilfeldig hvordan f. eks. uønskede hendelser «fanges opp», analyseres, korrigeres og følges opp. Dette er i strid med myndighetskravene – fordi den/de som er ansvarlige for virksomheten skal sørge for å nytte erfaringer og feil for å avdekkes, rette opp og forebygge slik at virksomheten drives forsvarlig⁷. Dette forutsetter gode meldeordninger, herunder de lovpålagte, en åpen og støttende kultur for å håndtere medisinske feil, kollegastøtte med mer. Dette er bare mulig dersom ansvaret for det kvalitetsforbedrende arbeidet ligger i linjeansvaret og ikke i stab.

Som et resultat av en slik kvalitetssløyfe, forventes også at virksomhetene er *lærende organisasjoner*. Dette innebærer f. eks. at tilsynsrapporter behandles av ledelsen, at de gjennomgås med sikte på å bedre virksomheten – ikke bare på det aktuelle området som har vært gjenstand for tilsyn, men også for andre relevante områder. Dessverre viser tilsynsmyndighetenes erfaringer at organisasjonene i stor grad ikke arbeider på en slik systematisk måte, det være seg både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Individ- og systemfokus

En viktig trend i de siste ti årene, både internasjonalt og nasjonalt, er økende fokus på forholdet mellom individ og system. Innen flere andre samfunnssektorer har kunnskapen om systemets betydning for hvordan

⁶ Se tilsynsrapporter på www.helsetilsynet.no

⁷ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

enkeltindivider agerer, vært diskutert og håndtert i mange år. Som eksempel vises det ofte til den sivile luftfarten og oljeindustrien.

I Sverige og Danmark har det i løpet av de siste par årene vært økt oppmerksomhet omkring individ-, respektive systemperspektivet i helsetjenesten. I januar 2007 ble det avholdt en konferanse i Stockholm om pasientsikkerhet: «I rettvisans navn – ansvar, skuld og sikkerhet i vården». Et av temaene som ble behandlet, var «individ- og systemmodeller for felhandlingar – att skapa rätt balans i hälso- och sjukvården»⁸. Det vises der til at den *individbaserte* modellen betrakter feil som (vanligvis) forårsaket av uberegnelige menneskelige mentale prosesser («blaming, naming, shaming og retraining»). Et slikt måte å se det på kan synes «bekvem» – både juridisk og fra arbeidsgiversiden, idet ansvaret for feil er frikoplet fra organisasjonen som helhet.

Den *systembaserte* modellen tar utgangspunkt i at den som gjør feilen (dvs. personen i «frontlinjen») er i enden av en kjede som fører til feilen – og ikke den som forårsaker den. Personen i «frontlinjen» blir et offer for en kombinasjon av ulike årsaker i systemet som leder til uønskede hendelser, og som rammer pasienten. Slik sett blir både pasienten og helsepersonellet i front «offer» i den samme hendelsen.

Det konkluderes med at «oppfatningen i denne presentation är dock att både ansatserna (merknad: både individ- og systemperspektivet) är nödvändiga för att man ska kunna åstadkomme varaktiga förbättringar i patientsäkerheten».

I Norge har tilsynsmyndigheten hatt oppmerksomhet på sammenhengen mellom individ- og system i flere år – hvilket også kan dokumenteres gjennom flere foredrag fra siste halvdel av 1990-tallet. Det er høsten 2006 iverksatt et prosjekt i Statens helsetilsyn som blant annet vil se på virksomhetsperspektivet i de hendelsesbaserte tilsynssakene (her benevnt som klagesaker).

Det må imidlertid understrekes at det finnes klagesaker som *må* ha et sterkt og entydig *individfokus*. Det er saker hvor helsepersonellet åpenbart representerer en fare for pasientsikkerheten på grunn av sin atferd (f.eks. rusproblematikk). Det er *ikke* uenighet om at uakseptabel praksis blir påtalt og korrigert, og at de «brudne» karer blant helsepersonell blir luket ut.

Eksempler som viser kompleksiteten i samhandlingen mellom individ og system er f.eks. klager på legevaktjenesten i kommunen. Det dreier seg ofte om at legen ikke har rykket ut, at journalnotater fra legevaktbesøket ikke er tilgjengelige, at kommunikasjonen er utilfredsstillende osv. Legen står selv ansvarlig for at hun eller han yter faglig forsvarlig helsetjeneste,

⁸ Ödegård S. (red.) *I rättvisans namn – ansvar, skuld og säkerhet i vården*. Stockholm: Liber, 2007.

men *hvordan* virksomheten er organisert, hvordan det er tilrettelagt for et forsvarlig journalsystem osv., er det kommunen som har ansvar for. Slik sett blir legevaksordningen et eksempel på et samspill mellom den enkelte helsearbeider og det systemet som vedkommende arbeider under.

I spesialisthelsetjenesten kan forholdene bli svært komplekse – særlig fordi det ofte er situasjoner der mange personer er involvert i undersøkelse og behandling av samme pasient på samme tidspunkt. Eksempel på dette er akuttbehandling i mottak. Dersom det skjer en uønsket hendelse, vil det nærmest være umulig å kunne si om det er noens «skyld» at det ikke gikk som forventet.

Ledelsesansvar

Det er økt oppmerksomhet omkring ansvar og ledelse i helsevesenet – ikke bare fra arbeidsgiver-, henholdsvis eiersiden, men også fra tilsynsmyndighetene. En eventuell økt tilnærming fra tilsynsmyndigheten på system- og virksomhetsperspektivet vil understøtte lederansvaret.

Alt i dag burde virksomhetens ledelse iverksette analyser av hendelsene for derigjennom å forebygge tilsvarende hendelser i fremtiden (jfr. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten). I stedet ser tilsynsmyndigheten ikke sjelden at uønskede hendelser og klagesaker blir sett på som enkelthendelser – forårsaket av enkeltpersoner blant helsepersonellet.

Som fylkeslege gjennom mange år synes artikkelforfatteren at det i blant så ut som om de ansvarlige for virksomheten «trakk seg tilbake» når klagesaker var oversendt til tilsynsmyndigheten – også i alvorlige individtilsynsaker. Da var det blitt tilsynsmyndighetens sak – og ikke «deres». Det var således mangelfull interesse for å se på sammenhenger og bruk av klagesaker som indikator på at det kunne være noe annet enn en personlig feil som lå til grunn for de uønskede hendelsene.

Det må imidlertid tas i betraktning at det er enklere å ha fokus på *lederansvaret i et helseforetak eller i en kommune* (f eks når det gjelder deres ansvar for å organisere legevakt), enn det er når *helsepersonellet arbeider alene eller i et mindre fellesskap*. Det er åpenbart at i slike situasjoner vil kollegial åpenhet og støtte være helt avgjørende.

I boken «Medisinske feil»⁹ skriver Reidun Førde om «Den kollegiale kulturen og «medisinske feil»». Under overskriften «utfordringer for forbedringer i handteringa av feil i den medisinske kulturen» beskriver hun blant annet en kultur som er lite støttende dersom en kollega er involvert i uønskede hendelser. Hun understreker at kolleger på en helt annen måte

⁹ Syse A, Førde R, Førde OH (red.) *Medisinske feil*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.

enn i dag må støtte hverandre når noe går galt. Ikke minst blir dette viktig dersom en kollega har vært involvert i en alvorlig hendelse. I tillegg til den kollegiale støtten, understreker hun lederansvaret. Avdelingsoverleger, kommuneoverleger og andre bør ha ansvar for å utarbeide retningslinjer for hvordan ivareta helsepersonell involvert i medisinske feil – på samme måte som det er retningslinjer til hvordan medisinske feil skal håndteres.

Pest og plage?

Da Anne Alvik var helsedirektør, ble det blant annet igangsatt et større utredningsarbeid med sikte på systematikk og harmonisering av hvordan klagesaker skulle behandles hos fylkeslegene, nå Helsetilsynet i fylkene (klagesakeprosjektet). Et av områdene det var lagt mye vekt på, var læringsaspektet, hvordan «lære av feil». Senere er det kommet ny lovgivning, økt fokus på lederskap og ny innsikt og forståelse for systemets betydning for hvordan individet handler innenfor systemet. Det er imidlertid enighet om at enkeltpersoner blant helsepersonellet som representerer en betydelig risiko for pasientene, må stoppes i sin virksomhet.

Med den kunnskap vi har i dag, ser vi at det ikke bare er opp til det enkelte helsepersonell å endre sin holdning til hvordan man skal møte en klagesak. Det er en rekke instanser og involverte som har et ansvar for å bidra til at det skal være mulig å gå fra en opplevelse av at klagesaker er «en pest og en plage» – til at de kan bli en inspirasjonskilde til læring og kvalitetsforbedring. Og som Reidun Førde sier avslutningsvis i boken «Medisinske feil»:

«Diskusjonar av vanskelege hendingar kan bere kimen i seg til ei kulturendring som kan gi større aksept for at det ikkje bare er menneskeleg å feile, men er noko også flinke legar kan komme til å gjere av og til. På den måten blir det mindre katastrofalt å feile, det blir lettare å snakke om, i fagmiljøet og ikkje minst med pasient og pårørande. Et slik arbeid er derfor i siste instans noko som også vil gagne pasientane.»

Anne Berit Gunbjørud
abg@helsetilsynet.no

Om forfatteren

Anne Berit Gunbjørud (f. 1947) er fra 2003 seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Hun var spesiallege i det daværende Helsedirektoratet 1981-1987, fylkeslege i Buskerud 1987-1996, fylkeslege i Oslo 1996-2003.