

**Fra:** Børge (bhu60@online.no)

**Sendt:** 21.06.2021 06:57:16

**Til:** Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no); Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no); Postmottak; Postmottak SFNO; anne.lise.brygfjeld@gmail.com

**Kopi:**

**Emne:** Ikke varslede dødsfall, innspill etter foreløpig rapport Helsetilsyn

**Vedlegg:** Krav om tiltak fra HSYK, HN.docx

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

Vedlagt følger et skriv der det beskrives hvem som visste noe om rutinene for uventede dødsfall i forbindelse med tarmkreftkirurgi ved HSYK Sandnessjøen og som unnlot bevisst å gjøre noe med det. Videre beskrives det at dette er en problematikk som har vært kjent over mange år og beskrevet i en oppgave av enhetsleder Sandnessjøen.

Jeg ønsker mailen med vedlegg skal videreformidles til:

Helgelandssykehuset med kopi til administrerende direktør, medisinsk fagsjef og styrets leder.

Helse Nord med kopi til administrerende direktør, medisinsk fagsjef og styrets leder.

Helse- og omsorgsdepartementet med kopi til helse- og omsorgsminister Bent Høie og statssekretær Anne Grethe Erlandsen.

Med hilsen

Børge Hundnes

Sendt fra [E-post](#) for Windows 10

Den 08.03.2017 leverte enhetsdirektør ved Helgelandssykehuset (HSYK) Sandnessjøen, Rachel Berg, en endringsoppgave der tema var; *Reetablering av ledergruppe*.

Allerede i første avsnitt dokumenteres problematikken som går igjen i Helsetilsynets tilsynsrapport i forhold til tarmkreftkirurgien i HSYK Sandnessjøen. Der skriver hun (mine uthevinger):

«- Helgelandssykehuset består av 3 sykehus i henholdsvis Mo I Rana, Mosjøen og i Sandnessjøen hvor jeg er Enhetsdirektør. Som Enhetsdirektør rapporterer jeg til Administrerende direktør og sitter i foretakets sin ledergruppe. På enheten har jeg en ledergruppe bestående av Områdesjef for medisin, Områdesjef for akutt/kirurgi, Områdesjef for psykisk helse- og rus samt medisinsk faglig rådgiver for medisinsk område, i tillegg er sekretær fast deltaker i gruppa. Sykehusenheten i Sandnessjøen har 430 ansatte, inkludert noe virksomhet i Brønnøysund. Sykehuset har akuttfunksjon som innebærer at en har alle funksjoner som lab, akutt/kirurgi, fødeavdeling, poliklinikker, røntgen, sengeposter etc. I tillegg til de somatiske avdelingene ligger også psykisk helse- og rus i enheten. Jeg startet som enhetsdirektør april 2015. I en tidlig fase ble det tydelig at ledergruppa hadde flere utfordringer. Gruppa hadde ikke et tydelig formål eller god struktur. Dette ble tatt tak i men pga relasjonelle utfordringer i gruppa ble det full stopp. For å levere på de krav og forventningene som ligger hos oss er det særdeles viktig at vi får en funksjonell ledergruppe som har grunnleggende tillit til hverandre og evner å arbeide sammen. Oppgaven rundt utvikling av ledergruppen er godt forankret hos adm.dir som har vært informert og involvert fra min oppstart og kjenner utfordringene og historikken godt.»

Videre skriver hun i punkt 2, Behovet for endring – hvorfor endring er nødvendig, dette:

«- Lokal ledergruppe har møter hver uke, viktige møter som håndterer alt av som gjelder den daglige driften men også rene utviklingsoppgaver og prosjekter. Disse oppgavene må løses på tvers i sykehusenheten noe som krever en vilje og evne til samarbeid. Frem til nå har manglende struktur og tillit ført til at man ikke i stor nok grad har lykkes med samhandling på tvers spesielt mellom de somatiske områdene. Manglende tillit i ledergruppa har vært synlig i ledermøter og er «kjent» i sykehusenheten.»

En av de lederne hun omtaler i sin oppgave er Svein Arne Monsen, områdesjef akutt/ kirurgi ved HSYK Sandnessjøen, som i et offentlig brev gjengitt i Rana Blad 12.04.2019 skriver dette: «- Min lojalitet ligger hos gode kollegaer på Mo, i Mosjøen og i Sandnessjøen. Min lojalitet ligger imidlertid først og fremst hos den neste pasienten jeg har foran meg. Jeg opplever at helseledere driver et byråkratisk urent spill der informasjon tilbakeholdes og styres. Dette går ut over de neste pasientene vi skal ta hånd om på Helgeland. Kanskje i generasjoner. Personlig går dette ut over min evne til å ta vare på den neste pasienten. Jeg kan ikke være en del av en ledelse der det helsefaglige har måttet trå til side for politikk. Det handler om integritet.»

Monsen er områdesjef og øverst faglig ansvarlig i hele den perioden det har vært undersøkt i forhold til tarmkreftkirurgi, fram til han sa opp i forbindelse med en varslings sak. Øverst faglig ansvarlig for nettopp den avdelingen som har vært gjenstand for tilsyn, der relasjonelle utfordringer var så store som nevnt i både oppgave fra Rachel Berg og Helsetilsyn og som helt klart har unnlatt å følge de krav som finnes om varslings av uventede dødsfall til politi og Helsetilsyn. Monsen har tydeligvis selv vært en stor del av den kulturen som har bidratt til at helsepersonell ved SSJ opplevde at risikoen for negativ oppmerksomhet fra foretaksledelsen og andre enheter i HSYK var stor dersom hendelser ble varslet til Helsetilsynet. Svein Arne Monsen er absolutt en av de helselederne som har drevet et byråkratisk urent spill der informasjon tilbakeholdes og styres og som helt klart har satt lokalpolitikk foran pasientsikkerheten.

Svein Arne Monsen er også en av de som har levert varsler på navngitte personer i ledelsen ved HSYK, varsler som etter grundig gjennomgang av eksterne ble avvist som grunnlag for varsling, og personene utsatt for varslingen er totalt frikjent.

Dette er også en av personene HSYK har valgt å sette i gruppen som skal vurdere tarmkreftkirurgien for framtiden i HSYK. Hvordan ledelsen i HSYK/ HN ser for seg at Monsens tilstedeværelse i en slik gruppe skal bidra til mer troverdighet og bedre samarbeid blant enhetene i HSYK er for meg en gåte.

I sin foreløpige rapport, datert 08.06.2021, skriver Helsetilsynet dette i sitt sammendrag (3. avsnitt):

«- **Ledelsen ved enheten i Sandnessjøen ga ikke opplysninger til foretaksledelsen da de ble kjent med en overhyppighet av komplikasjoner og dødsfall i 2016 eller at de på eget initiativ igangsatte en gjennomgang/kvalitetsarbeid rettet mot tarmkreftkirurgien.** Helgelandssykehuset HF hadde ikke etablert tilstrekkelige rutiner/praksis som sikret en helhetlig samhandling rundt resultatkrav og kvalitet for tarmkreftkirurgi i virksomheten.»

Videre: «- **Samarbeidet mellom enhetene, og mellom enhetsledelsen og foretaksledelsen, har vært konfliktfylt over lengre tid.** Dette kan ha påvirket åpenhetskulturen, samhandlingen og samarbeidet mellom foretaksledelsen og enhetsledelsen internt i virksomheten. **Den interne uenigheten har i perioder vært så tilspisset at det ser ut til å ha svekket helseforetakets samlede evne til å ivareta pasientsikkerhetsarbeidet på en tilstrekkelig måte.**»

På side 7 i dokumentet fra Helsetilsynet, punkt **2.1.2 Ledelse, systematisk styring og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid** står det: «- Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette gjelder organisering, planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. **Kravet om systematisk styring gjelder på alle ledelsesnivå i organisasjonen, både i helseforetaket og i underliggende enheter. Funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleves.**»

I punkt 2.3, side 10 og 11, **Særlige forventninger til virksomheter som utfører kirurgi til pasienter med tarmkreft.** siste avsnitt står dette: «- **Virksomhetens fokus på kvalitet er avgjørende for å opprettholde tilfredsstillende kvalitet på kreftkirurgien. For å lykkes med kvalitetsarbeidet må både toppledelsen og linjeledelsen på alle nivå bidra. Det forutsettes deltakelse i kvalitetsregistre og oppmerksomhet på resultatene som publiseres i rapporter fra disse.** Det systematiske kvalitetsarbeidet må være integrert og prioritert i virksomheten på lik linje med andre hovedoppgaver som inngår i den daglige virksomheten».

Punkt 2.3.1, side 11 står det om **Krav til risikostyring:** «- **Ledelse og styring i virksomheten medfører plikt til å ha oversikt over risikofaktorer, og sette inn risikoreduserende tiltak der risiko er kjent.** Når det kommer til kirurgisk virksomhet så vil det aldri være mulig å eliminere risiko fullstendig. Virksomhetens ledelse må derfor løpende identifisere områder der det er risiko for svikt, og innrette risikoreduserende tiltak for å sikre forsvarlige tjenester. **Ledere på alle nivåer i virksomheten, og spesielt ledere som arbeider nær pasienter, har et ansvar for å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet på det området de har ansvar for.** Arbeidet skal forankres hos, og etterspørres av virksomhetens øverste ledelse. **Det må være etablert gode rutiner for samhandling og informasjonsflyt gjennom hele lederlinjen.** Dette kan være en særlig relevant utfordring der helseforetak består av fusjonerte sykehus.»

Punkt 2.3.1.2, side 12, **Samhandling, åpenhet og tillit:** «- Arbeidet med å overvåke og følge opp pasientsikkerheten forutsetter åpenhet, samhandling og tillit. En god pasientsikkerhetskultur

**forutsetter et godt samspill mellom ansatte og ledere på alle nivåer**, og en felles bevissthet om hva som må på plass for å forhindre unødvendig skade.»

På side 15 i rapporten skriver Helsetilsynet «- **Foretaket har hatt et tverrgående kvalitetsutvalg som har hatt lav møteaktivitet og stort forfall til møtene i mange år, slik at det har ikke fungert etter hensikten som et viktig verktøy for kvalitetsforbedring på overordnet nivå. Det ble besluttet at arbeidet i kvalitetsutvalget skal prioriteres, og fagsjefen fikk i oppgave å lede det.** Det fremgikk av intervjuer ved det stedlige tilsynet at det har vært liten tradisjon for felles fagutvikling, samhandling og samarbeid på tvers mellom de underliggende enhetene i HSYK.»

Da er det naturlig å spørre seg, hva er årsaken til at kvalitetsutvalget har hatt lav møteaktivitet og stort forfall til møtene i mange år? Hvor ligger årsaken til dette, er det hos den enkelte deltager eller ligger det en underliggende årsak som handler om relasjonelle problemer (hvis man går ut fra beskrivelsene gitt av Rachel Berg)? Hvordan kan HSYK forvente forbedringer dersom interessen eller viljen hos det tverrgående kvalitetsutvalget ikke er større?

Ledelsen ved enhet HSYK Sandnessjøen består av områdesjef for kirurgi og akutt, som er leder for åtte underliggende avdelinger: kirurgisk poliklinikk, kirurgisk sengepost, fødeavdeling, operasjon og anestesi, intensiv og akuttmottak, kontortjeneste, fødestue/dialyse/poliklinikk Brønnøysund og kirurgiske leger. Områdesjef for medisin er leder for seks underliggende avdelinger: medisinsk dagenhet og poliklinikk, medisinsk sengepost, lab/blodbank, røntgen, rehabiliteringsmedisinsk døgnpost, fysikalsk medisin avdeling og medisinske leger. Avdelingsleder for leger er personalleder for alle legene, både overleger/spesialister og LISleger på hvert sitt område. For området kirurgi og akutt omfatter det både anestesileger, kirurgiske leger og gynekologer. Avdelingsleder for leger i område kirurgi er LIS under spesialisering i gastroenterologisk kirurgi. Fra 1. august 2020 gikk vedkommende ut i permisjon. I permisjonstiden har en spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering fungert i vikariatet som avdelingsleder.

Med tanke på den ukulturen som har vært kjent over lang tid i HSYK, der store relasjonelle problemer har bidratt svært negativt og sannsynligvis medført redsel for/ unngåelse av å melde avvik, samtidig som hver områdesjef har hatt lederansvar for flere underliggende avdelinger, vil det være sannsynlig at kulturen for ikke å melde gjelder flere områder enn tarmkreftkirurgi som hittil har vært fokus for ettersyn. Dette kommer blant annet fram i artikkel i NRK den 17.06.2021, der et par mistet sitt ufødte barn muligens på grunn av feil hos blant annet HSYK Sandnessjøen i følge Statsforvalteren. Det står blant annet i artikkelen at både HSYK Sandnessjøen og Leirfjord kommune har brutt krav til forsvarlig behandling av pasienten, og i tillegg at *sykehuset får skarp kritikk for manglende journalføring*. Dette skjer i april 2021, altså midt i en periode der sykehusenheten er og har vært under tilsyn for lignende problemstillinger innenfor et annet fagfelt. Har man ikke lært av tidligere feil eller er ukulturen så innarbeidet at det er vanskelig å gjøre noe med?

På side 17 i rapporten fra Helsetilsynet skriver de at rutiner for meldinger og varsling til eksterne instanser og myndigheter, har ikke fått den samme oppmerksomheten. **Hendelsene/dødsfallene som denne saken er utløst av, ble ikke varslet verken til politi eller Helsetilsynet.** *Det fremsto for Helsetilsynet ved det stedlige tilsynet at det har vært usikkerhet blant de ansatte om varsler kunne bli misbrukt som argument i en lokaliseringdiskusjon.* Videre skriver Helsetilsynet at det i tillegg er varslet om *to hendelser* knyttet til tarmkreftkirurgisk aktivitet ved SSJ våren 2020. *Begge ble varslet flere måneder etter at hendelsene fant sted, og etter at foretaksledelsen hadde gitt beskjed om at de oppfattet hendelsene som varslingspliktige.* Ledelsen i SSJ hadde gjort hendelsesanalyse etter en av hendelsene. **Den interne analysen hadde konkludert med at hendelsen skulle varsles til Helsetilsynet uten at dette var gjort.** I samtaler med helsepersonell fra SSJ under det stedlige

tilsynet, fremkom det at **en årsak til dette kan ha vært at helsepersonell ved SSJ opplevde at risikoen for negativ oppmerksomhet fra foretaksledelsen og andre enheter i HSYK var stor dersom hendelser ble varslet til Helsetilsynet.** Senter for fag, forskning og utdanning ved HSYK var ikke informert om hendelsen eller om hendelsesanalysen da den ble gjennomført.

Her bekrefter altså både ledelse og helsepersonell ved HSYK Sandnessjøen at de har vært fullt klar over at hendelsene skulle vært varslet helsetilsynet, og at de oppgir at en årsak til de **ikke** varsler er risikoen for negativ oppmerksomhet fra foretaksledelsen og andre enheter i HSYK. Tenk over det! Hensynet til negativ oppmerksomhet rundt egne feil/ avvik går foran hensynet til pasientens rettigheter og lovverket. **Hendelsene/dødsfallene som denne tilsynssaken er utløst av, ble ikke varslet verken til politi eller Helsetilsynet.** **Det fremsto for Helsetilsynet ved det stedlige tilsynet at det har vært usikkerhet blant de ansatte om varsler kunne bli misbrukt som argument i en lokaliseringdiskusjon.**

*Det er også viktig å understreke at da tidligere fagsjef, Ida Bukholm, forlangte at alle unaturlige dødsfall og alvorlige avvik skulle meldes til tilsyn/ politiet, ble det sendt varsel på henne med begrunnelse på at hun ville innføre «nye» rutiner. Når hun da fulgte de reglene som krever varsling av avvik til tilsynsmyndighet ble resultatet av dette at hun ble presset ut av sin stilling.*

Slik jeg ser det har ledelsen både i HSYK, med administrerende direktør/ medisinsk fagsjef/ styrets leder/ stedlig ledelse enhet Sandnessjøen, ledelse i Helse Nord (HN), med administrerende direktør/ medisinsk fagsjef/ styrets leder, Helse- og omsorgsdepartementet med Helse- og omsorgsminister, en plikt til å sørge for at:

- 1 Pasientsikkerheten ivaretas ved at alle funksjoner ved HSYK Sandnessjøen underlegges tilsyn på lik linje med funksjon tarmkreftkirurgi. Dette med henvisning til funn og uttalelser i tilsynsrapport fra Helsetilsynet og senere artikkel i NRK den 17.06.2021, der manglende kvalitet på tjeneste og journalføring fremkommer. Dette understreker påstandene i oppgaven Rachel Berg leverte i 2017 der interne konflikter setter stopp for arbeidet med den kvaliteten pasienten har krav på.
- 2 Videre at ansvarlige ledere som har unnlatt å melde hendelsene verken til politi eller Helsetilsynet, slik de etter loven skal gjøre, blir meldt inn til de enhetene det hører hjemme (politi/ statsforvalter/ Helsetilsyn, e.l.).
- 3 Ledere/ tidligere ledere som har vært en del av denne ukulturen i HSYK må irettesettes og fjernes fra posisjoner der de fortsatt kan gjøre skade.

Hensynet til negativ oppmerksomhet rundt egne feil og avvik kan - og skal - aldri komme foran pasientenes sikkerhet og rettigheter. For noen har dette endt med uventet og unødvendige dødsfall, og både de og deres pårørende har krav på at dette blir tatt tak i og at risikoen for gjentagelse minimeres.

Børge Hundnes

Mo i Rana den 21.06.21