

# Erfaringer fra stedlig tilsyn

Fagdirektør Brynhild Braut og seniorrådgiver Bente Karlsson  
Undersøkelsesenheten, Statens helsetilsyn

Erfaringskonferansen om varselordningen (spesialisthelsetjenestelovens  
§ 3-3a) for somatisk spesialisthelsetjeneste

Gardermoen 4. desember 2014

# Når beslutter Undersøkelsesenheten å gjennomføre stedlig tilsyn?

- *”når det er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst”*
- *når tilsynet kan bidra til raskere identifisering av uforsvarlige forhold*

Dvs. når det

- er mistanke om svikt/uforsvarlige forhold
- er uklart hva som har skjedd
- er mange involverte/på tvers av enheter/sykehus/nivåer
- er risiko for at lignende hendelser kan ramme andre pasienter
- gjelder en ”sårbar” pasient/pasientgruppe
- mangler opplysninger om at virksomheten selv følger opp hendelsen

# Hva skjer hos Undersøkelsesenheten før vi kommer på tilsyn?

- Innhenter informasjon om hendelsen og virksomheten
- Setter sammen et tilsynsteam med nødvendig kompetanse
- Har møte med Fylkesmannen for å få kunnskap om virksomheten
- Utarbeider en tidslinje, identifiserer områder der det er behov for mer opplysninger
  - Utmeisler foreløpige vurderingstemaer
  - Lager intervjuguide
- Innhenter fagkunnskap for å beskrive god praksis
- Planlegger tilsynsbesøket i samarbeid med foretaket
- Planlegger og evt gjennomfører samtale med pasient/pårørende

# Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

## Generelt:

- Økende grad av forståelse og samarbeid om vårt oppdrag
  - Varierende grad av tilrettelegging for involvert helsepersonell
- Fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder informasjon til og ivaretagelse av pasient/pårørende
- Passivisering av virksomheten når tilsynet kommer?
  - Tilsynets mandat er å avdekke uforsvarlige forhold og reagere når det er nødvendig, men

**Det er bedre at dere selv avdekker svikten enn at vi må gjøre det!**

# Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

## Involvert helsepersonell

- Er oftest sterkt berørt av hendelsen
- Klandrer seg selv
- Har skyldfølelse
- Er engstelige
- Lurer på: Hva *vil* tilsynet egentlig?

# Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

## Involvert helsepersonell

- Er oftest sterkt berørt av hendelsen
- Klandrer seg selv
- Har skyldfølelse
- Er engstelige
- Lurer på: Hva *vil* tilsynet egentlig?
- Lettere å snakke med mennesker enn å skrive

*men de aller fleste er*

***Helt åpne om sin  
rolle i hendelsen!***

**De fleste er sine egne strengeste dommere – strengere enn tilsynet!**

## Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

Når "fasiten" er klar, gir de fleste uttrykk for at

- de kunne gjort...
- de burde gjort...
- de tenkte ikke på...
- de burde ha forstått...
- .....

***- men de gjorde det ikke, og de vil fortelle det***

## Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

Når "fasiten" er klar, gir de fleste uttrykk for at

- de kunne gjort...
- de burde gjort...
- de tenkte ikke på...
- de burde ha forstått...
- .....

Tilsynet er interessert i:

Hva tenkte og gjorde du **der og da** - med den informasjonen og de ressursene du hadde da – ikke i etterpåklokskapens lys



## Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

Når "fasiten" er klar, gir de fleste uttrykk for at

- de kunne gjort...
- de burde gjort...
- de tenkt å gjøre på...
- de burde ha forstått...
- .....

*skylder vi  
pasientene  
våre!*

→ **LÆRING!!!**

# Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

## De nærmeste lederne:

- Er berørt i varierende grad
- Er ikke alltid like åpne

Misforstått "beskyttelse" av medarbeidere???

**Det er bedre at dere selv avdekker svikten enn at vi må gjøre det!**

- Varierende grad av ivaretagelse av involverte  
"Naming, blaming & shaming" er sjelden, men forekommer

# Våre erfaringer fra stedlig tilsyn

## Topplederne:

Variierende

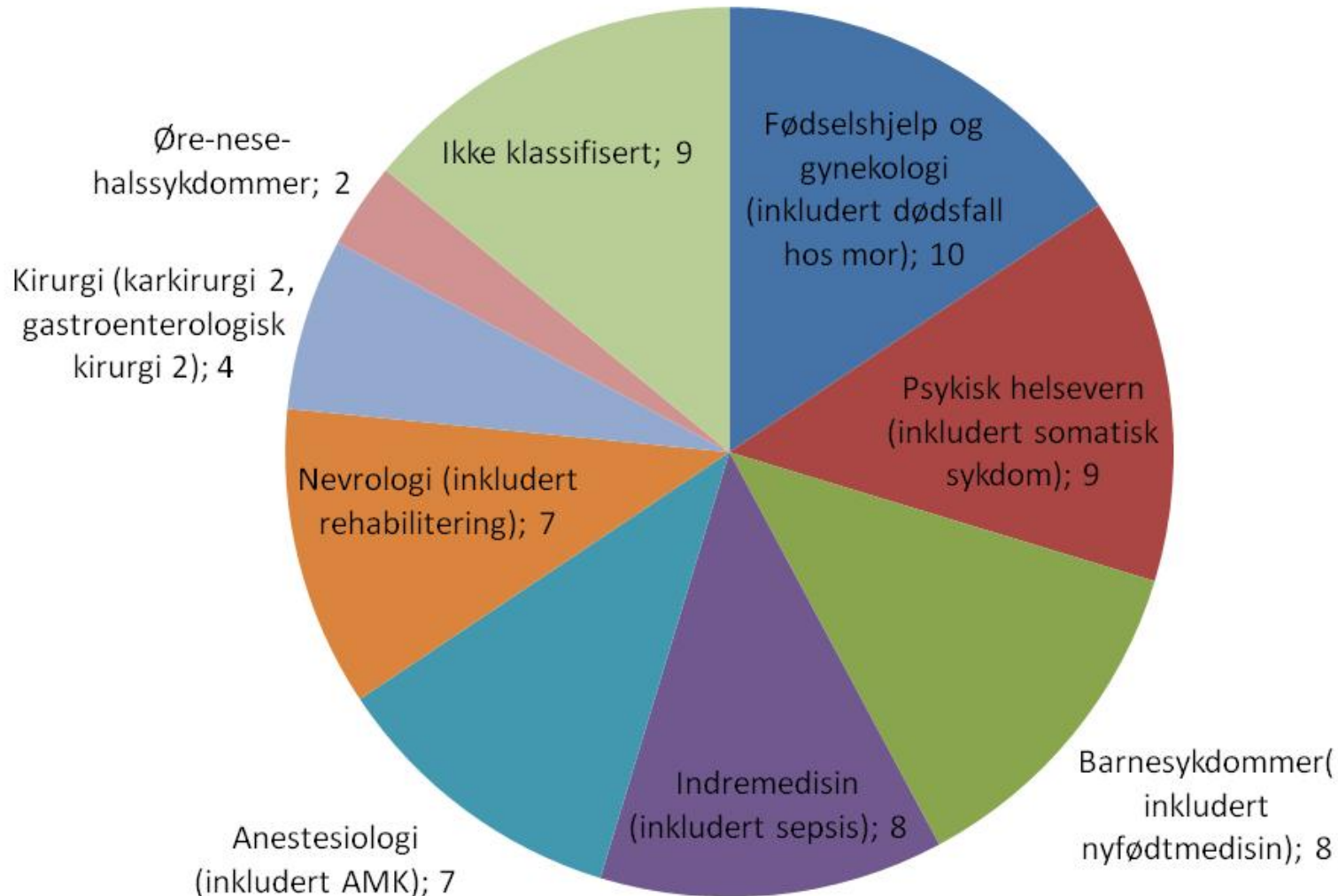
- grad av interesse??
- oppfølging av hendelsen
- oppfølging av involverte
- forståelse for at kvalitetsforbedring må skje i virksomheten

Undersøkelsesenhetsens bidrag er å understøtte dette

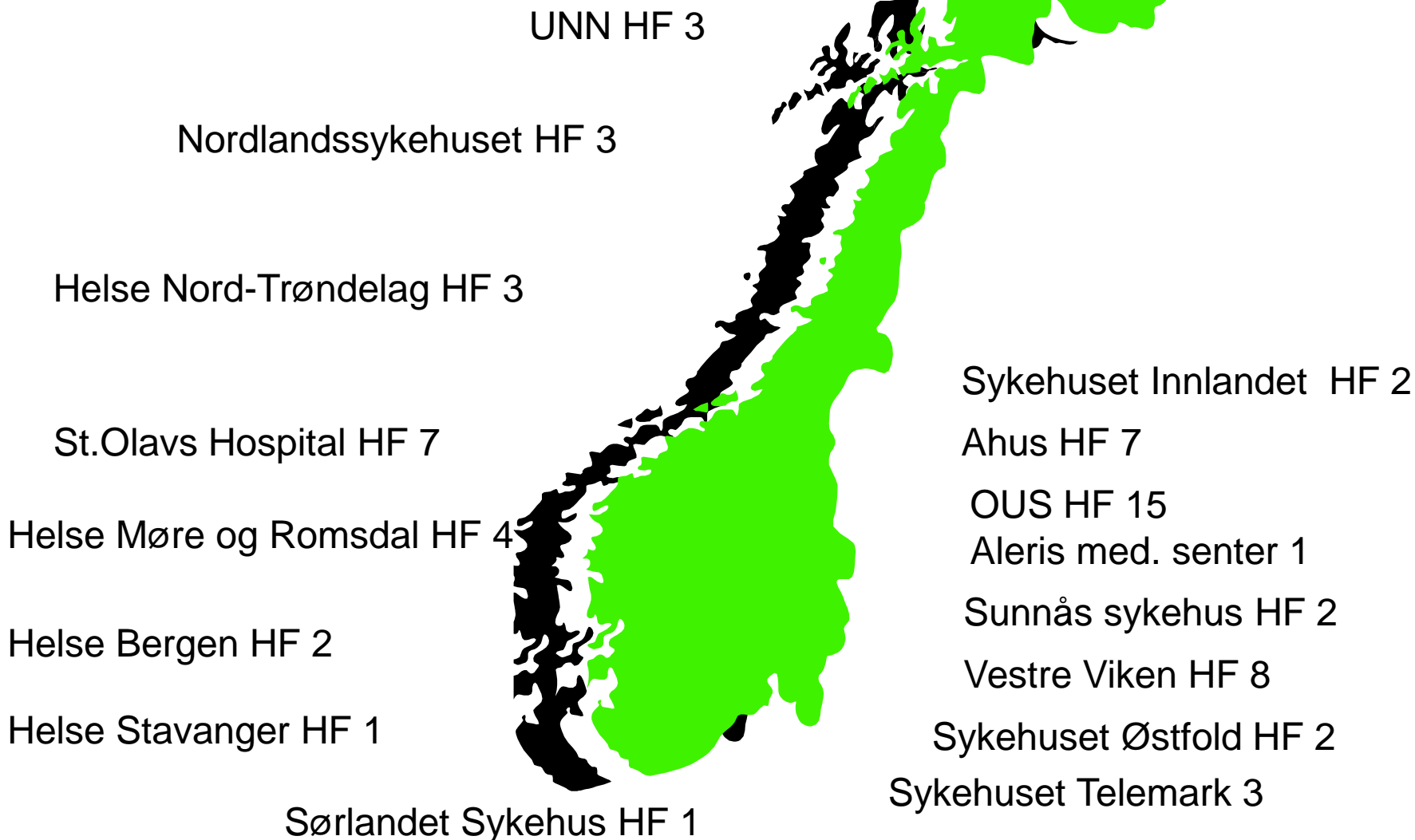
# Hva skjer hos Undersøkelsesenheten etter tilsynsbesøket?

- Beskrive de relevante organisatoriske forholdene og pasientbehandlingen
- Analysere opplysningene systematisk for å avdekke utløsende og eventuelle bakenforliggende årsaker
  - Foreløpig rapport til uttalelse både til virksomhet og pårørende
- Vurdere om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og i lys av saken vurdere om virksomhetene er forsvarlig organisert
- Vurdere både virksomhetsperspektivet og individperspektivet
- Konkludere om det foreligger lovbrudd
  - Endelig rapport- tilbud om møte

# Hvilke fagområder har vi gjort stedlig tilsyn innenfor?



# Hvor har vi vært på stedlig tilsyn?



# Hva har vi funnet ved de stedlige tilsynene vi har gjennomført i 2014?

- Organisatorisk svikt/risiko for at lignende kan ramme andre pasienter innenfor følgende områder:
  - *Kommunikasjon, informasjon, dokumentasjon og samhandling*
  - *Opplæring og kompetanse*
  - *Organisasjon, risikostyring og ledelse.*
  - *Teknikk og utstyr*
  - *Prosedyrer, rutiner og retningslinjer; prosess, godkjenning og implementering*

## Eksempler på områder der vi har avdekket svikt

- Mangelfull samhandling ved utarbeiding/godkjenning av prosedyrer som involverer flere enheter
- Forsinket overflytting og dårlig kommunikasjon mellom sykehus
- Mangelfulle rutiner for samhandling ved oppfølging av alvorlig syke pasienter innenfor og mellom sykehus
- Mangelfull opplæring i og samhandling ved resuscitering
- Forsinket behandling ved sepsis, mangelfull overvåkning av ustabile pasienter
- Mangelfull postoperativ overvåkning inkludert dårlig kommunikasjon mellom sykepleiere og anestesileger



## Flere eksempler på svikt

- Manglende implementering/etterlevelse av retningslinjer
- Svikt i samhandling mellom jordmødre og gynekologer ved risikofødsler
- Mangelfulle rutiner for og kompetanse i fosterovervåkning og ristimulering
- Uklare retningslinjer for tilkalling av barnelege/anestesilege ved uventet dårlig nyfødt
- Svikt i behandling av psykiatriske pasienter med somatisk sykdom både i psykiatrisk avdeling og somatisk avdeling
- **Se for øvrig [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)**

# Våre utfordringer

- Saksbehandlingstid!!!!
- Kompetanse:
  - Helsefaglig: Ikke alle spesialiteter representert, men svikten vi avdekker gjelder ofte generelle forhold som samhandling, kommunikasjon, ledelse, opplæring etc.
  - Granskningsmetodikk og sikkerhetsteori inkludert hendelses- og årsaksanalyse (*men det er HF'enes hovedansvar!!*)
- Opprettholde fokus: System mer enn enkeltpersoner
- Oppfølging av avgjørelser for å få til reell endring
  - unngå "skinntiltak og skuebrød"

## Effekt av forbedringstiltak (National Center for Patient Safety, USA)

Svært effektivt	Effektivt	Mindre effektivt
Massivt engasjement og fokus på pasientsikkerhetskultur og –arbeid fra ledelsen	Forbedret kommunikasjon og dokumentasjon	Dobbelkontroll
Endringer i fysisk utforming	Redusert arbeidsbelastning	Visuelle eller andre varselsignaler
Brukertestning av nye produkter før innkjøp	Reduksjon/eliminering av forstyrrelser	Nye retningslinjer, protokoller
Tekniske barrierer som umuliggjør feilbruk	Hukommelsesstøtte, eks sjekklister	Undervisning/ utdanning
Forenkling av prosessen og reduksjon av antall trinn i prosessen	Reduksjon av produkter/ preparater med likt navn/utseende	Flere studier/analyser
Standardisering av utstyr/ produkter, prosesser og rutiner	Praktiske øvelser	
	”Motlesning” av muntlige ordinasjoner	
	Reserveløsninger for viktige funksjoner	
	Brukervennlig IT-støtte	



**“To err is human,  
to cover up is  
unforgivable,**

**to fail to learn is  
inexcusable”**

*Sir Liam Donaldson  
Chief Medical Officer  
Storbritannia 1998-2010*