

Veileder for landsomfattende tilsyn 2005

Kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer

”Manglende tilgjengelighet av relevante data for rette vedkommende til rett tid, er etter min oppfatning den største sikkerhetsrisiko i det moderne helsevesen.”

Avdelingsoverlege Torbjørn Sørbye, Nordlandssykehuset HF

Godkjent av helsedirektøren 14. februar 2005

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmenneses gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet

1. Innledning	3
2. Om utarbeiding av veilederen	3
2.1 Avgrensing: Risiko- og sårbarhetsvurdering.....	3
2.2 Definisjoner.....	3
3. Avgrensing av tilsynet	4
4. Generelt om regelverk	4
4.1 Kravet til forsvarlig virksomhet	4
4.2 Generelt om ansvar.....	5
4.3 Internkontroll – veiledere landsomfattende tilsyn 2005.....	10
4.4 Særlig om skriftlig dokumentasjon av internkontrollen.....	13
4.5 Særlig om dokumentasjon - pasientjournal	13
4.6 Generelt om kompetanse og opplæring.....	16
5. Valgte områder og lovgrunnlag	16
Område 1: Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i sengepost	16
Område 2: Formidling av resultater fra røntgen- og laboratorieundersøkelser til behandlerne i hastesituasjoner.....	21
Område 3: Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling	22
Område 4: Opplæring av nyansatte, vikarer og innleid helsepersonell.....	24
Område 5: Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.....	26
6. Gjennomføring	28
6.1 Generelt	28
6.2 Tilsynslag	28
6.3 Valg av virksomheter	29
6.4 Tidsramme.....	29
6.5 Adressat for melding om tilsyn og tilsynsrapporter	29
6.6 Forslag verifikasjoner med mer.....	29
7. Rapportering	30
8. Oppsummeringsrapport	30
9. Vedlegg	31
Vedlegg 1: Eksempel på sjekklister for verifikasjon av pasientjournaler (En liste pr pasientjournal)	31

1. Innledning

Helsetilsynet har bestemt at hovedtema for det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenesten i 2005 skal være: Kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Tilsynet skal omfatte kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom avdelinger/enheter. Tilsynet skal også omfatte elementer av kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende. Det er besluttet at tilsynet skal rettes mot helseforetak som har akutfunksjon innen gastrokirurgi og som behandler gastrointestinal cancer. Tilsynet skal gjennomføres ved bruk av fagrevisorer.

2. Om utarbeiding av veilederen

Oppdraget med å utarbeide veilederen for det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenesten i 2005 ble gitt til en arbeidsgruppe med 7 medlemmer. Gruppen har vært ledet av seniorrådgiver Magnar Kleppe, Statens helsetilsyn. Øvrige medlemmer i arbeidsgruppen har vært: Seniorrådgiver Brynhild Braut, Statens helsetilsyn, seniorrådgiver Pål Børresen, Statens helsetilsyn, seniorrådgiver Tonje Fisknes, Helsetilsynet i Nordland, rådgiver Astrid Sponheim Hunderi, Helsetilsynet i Østfold, rådgiver Bjørn Jamtli, Statens helsetilsyn og assisterende fylkeslege Anne-Lisbeth Vabø, Helsetilsynet i Hordaland. Arbeidsgruppen har hatt 5 møter. På deler av møtet den 22. september 2004 deltok dessuten overlege Gunnar Sandbæk, Radiologisk avdeling Aker universitetssykehus, overlege Jon Arne Søreide, Gastrokirurgisk seksjon, Sentralsjukehuset i Rogaland, seksjonsoverlege Ellen Schlichting, Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus og overlege Rolf Haagensen, Intensivavdelingen, Akershus universitetssykehus for å gi råd til arbeidsgruppen om områder som egner seg for dette tilsynet.

2.1 Avgrensing: Risiko- og sårbarhetsvurdering

Avgrensing og valg av områder for tilsynet er gjort etter en risiko- og sårbarhetsvurdering av fagfeltet. Det er valgt ut aktiviteter, prosesser og funksjoner der det er risiko for svikt og der svikten kan ha negative eller skadelige konsekvenser for pasienten.

2.2 Definisjoner

Prosedyre: ISO 9000 definerer prosedyre på følgende måte: ”Angitt fremgangsmåte for å fullføre en aktivitet eller prosess.” I veilederen brukes skriftlige prosedyrer. Det skilles på skriftlige prosedyrer og praksis. Praksis kan, men trenger ikke alltid være understøttet av skriftlige prosedyrer. Rutiner blir i noen sammenhenger brukt til både å omtale evt. skriftlig dokumentasjon og om praksis. For å unngå uklarhet tilrådes det ved dette tilsynet å bruke begrepene skriftlige prosedyrer og praksis.

Retningslinjer: Anvisning på god faglig praksis. Dersom virksomhetene har satt egne faglige retningslinjer som vesentlig avviker fra faglige tilrådinger, må det forventes at de kan gjøre rede for og dokumentere at praksis er faglig forsvarlig.

3. Avgrensning av tilsynet

Tilsynet skal rettes mot helseforetak som har akuttfunksjoner innen gastrokirurgi og som behandler gastrointestinal cancer. Dagkirurgisk virksomhet skal ikke omfattes av tilsynet. For å målrette det landsomfattende tilsynet med kommunikasjon innen gastrokirurgisk virksomhet mest mulig, er det valgt ut aktiviteter, prosesser og funksjoner der svikt vil kunne få negative eller skadelige konsekvenser for pasientene. Hvilke prosesser, aktiviteter og funksjoner tilsynet omfatter, fremgår av nedenforstående liste over valgte områder:

Område 1: Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i sengepost

Område 2: Formidling av resultater fra røntgen- og laboratorieundersøkelser til behandlende lege i hastesituasjoner

Område 3: Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling

Område 4: Opplæring av nyansatte, vikarer og innleid helsepersonell

Område 5: Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

Etter tilsynet skal helsetilsynet i fylket kunne svare på om helseforetakene gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedring av kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter har etablert en praksis som sikrer forsvarlig pasientbehandling på de områder tilsynet omfatter.

4. Generelt om regelverk

Dette kapitlet omhandler myndighetskrav av mer generell og gjennomgående karakter og som derved er relevant for flere av de områdene tilsynet omfatter. Vi har valgt å redigere stoffet på denne måten for å unngå for mye gjentakelser under omtalen av de ulike områdene i kapittel 5.

4.1 Kravet til forsvarlig virksomhet

Ved dette tilsynet er kravet til forsvarlig virksomhet helt sentralt. Dette kravet skal vurderes og bedømmes på alle de områder tilsynet omfatter. Helseforetaket/ virksomheten har et overordnet ansvar for å etablere og organisere et forsvarlig helsetjenestetilbud. Bestemmelser som har særlig betydning for virksomhetens ansvar, er plikten til generell forsvarlighet jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og plikten til å etablere forsvarlige informasjonssystemer, herunder journalsystemer jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

På områdene der forsvarlighetskravet er myndighetskravet vil det være mest hensiktsmessig å bruke spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 fremfor helsepersonelloven § 16 jf. helsepersonelloven § 4. Grunnen til dette er følgende presisering i rundskriv I-59/2000: ”Forsvarlighetsnormen etter spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn etter helsepersonelloven. Dersom en pasient blir skadet og det enkelte helsepersonell ikke kan bebreides, for eksempel fordi de rutiner som er etablert er uforsvarlige, vil likevel forsvarlighetsnormen i § 2-2 kunne anses overtrådt.”

Virksomhetens ansvar for forsvarlig helsetjenestetilbud omfatter en plikt til å ha tilstrekkelig personell, kvalifisert personell og forsvarlig medisinsk utstyr. Virksomheten skal videre sørge for nødvendig opplæring, etterutdanning og videreutdanning av sine ansatte, jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 3-10. Ved dette tilsynet vil sentrale elementer av forsvarlighetsnormen være virksomhetens plikt til å sikre at relevant og nødvendig informasjon for behandling av pasientene blir formidlet og mottatt mellom helsepersonell, blant annet ved forsvarlige informasjons- og kommunikasjonssystemer og ved opplæring av nytilsatte og vikarer.

For nærmere omtale av innholdet i forsvarlighetsnormen vises det til Ot.prp.nr. 10 (1998 – 99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., kapittel 2.3.4.2.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten gir en nærmere beskrivelse av hvordan virksomhetene skal sikre og dokumentere at de etterlever myndighetskrav, jf. også tilsynsloven § 3. Dette innebærer spesifikke krav til styring og ledelse. Helselovgivningen for øvrig inneholder regler som både dreier seg om innhold i tjenesten og krav til styring og ledelse og disse må sees i sammenheng med kravene til internkontroll.

Dersom det oppstår svikt i helsetjenesten, kan dette skyldes svakheter i organiseringen, manglende styring og ledelse, personlig svikt eller en kombinasjon av disse. Det vil være grenseflater og gråsoner mellom det ansvaret som tillegges virksomheten (styringssystemet), og det ansvaret som tillegges den enkelte yrkesutøver. For eksempel vil virksomhetens ansvar for forsvarlige kommunikasjonssystemer og den enkeltes ansvar for å yte forsvarlig hjelp ved å formidle opplysninger, innhente informasjon, dokumentere opplysninger og bruke virksomhetens systemer når dette er nødvendig, være en slik grenseflate ved dette tilsynet.

Dette tilsynet omfatter både organisering og styring av virksomhetens kommunikasjonssystemer og faglig utøvelse i form av kommunikasjon mellom helsepersonell, mellom enheter og med pasienter/pårørende. Det understrekes at systemrevisjon er en granskning av organisasjonen og ikke den enkelte utøver. Tilsynet skal ikke undersøke om det enkelte helsepersonell formidler relevante og nødvendige opplysninger som ledd i yrkesutøvelsen og ivaretar dokumentasjonsplikten, men om virksomhetene har etablert systematiske styringstiltak som sikrer etterlevelse av myndighetskrav, herunder kravet til forsvarlige informasjonssystemer og journalsystemer.

I forhold til de tema som er valgt skal hovedfokus være på formidling av relevante og nødvendige opplysninger i praksis og om virksomhetene har nødvendig systematisk styring av informasjonsflyten. Tilsynet skal altså undersøke om praksis er forsvarlig og om virksomhetene har sikret en forsvarlig styring av praksis.

I veilederen er det gitt noen eksempler på mulige avvik og merknader. Eksempelene er ikke uttømmende og kun ment som hjelp ved bedømming av observasjoner ved det enkelte tilsynet. Fagrevisor vil ha en sentral funksjon når det skal bedømmes om virksomhetenes beskrevne praktisering av kommunikasjon av relevante og nødvendige opplysninger er forsvarlig.

4.2 Generelt om ansvar

I utgangspunktet står helseforetakene fritt til å bestemme organisering og styringssystemer ut fra hva som anses hensiktsmessig og ønskelig. Det gjelder også hvilke krav helseforetaket vil stille til ledelse. Ledelse i sykehus er omtalt i rundskriv I-9/2002. Kravet om enhetlig ledelse er ikke tema ved dette tilsynet.

I forhold til tilsynets tema er det flere bestemmelser som innebærer krav om særskilte ansvarsposisjoner/funksjoner/oppgaver i tillegg til kravet om enhetlig ledelse.

Dette gjelder ”behandlingsansvaret” til lege for medisinske undersøkelser og behandling etter helsepersonelloven § 4, ”informasjonsansvarlig person” etter helsepersonelloven § 10, ”journalansvarlig” etter helsepersonelloven § 39 og ”pasientansvarlig lege” etter forskrift om pasientansvarlig lege med mer av 1. desember 2000 nr. 1218. Videre er det i regelverket gitt enkelte anvisninger på hvem som skal peke ut de som skal inneha disse ansvarsposisjonene.

Innenfor sykehus vil det være over- og underordningsforhold. Det vil i praksis som oftest være avdelingsoverlegen/overlege som leder av enhet, eller som mellomleder, som har et medisinskfaglig systemansvar for legetjenesten ved avdelingen/enheten. I Rundskriv I-9/2002 Ledelse i sykehus fremgår av kap. 3.2 blant annet at:

”Lederen vil ha et helhetlig ansvar, eller totalansvar, for den enheten vedkommende er satt til å lede. Lederen kan delegerer oppgaver og myndighet til å ta beslutninger til andre. Slik delegering innebærer imidlertid ikke at lederen "fraskriver seg" ansvaret for det aktuelle området. Lederen vil ha det overordnede ansvaret og må påse at de som utfører oppgaver og treffer beslutninger gjør dette på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Lederen beholder full instruksjonsmyndighet over de oppgaver som er delegert, og delegeringen kan helt eller delvis trekkes tilbake.

Lederens totalansvar innebærer at vedkommende skal forvalte ressursene enheten er tildelt og tilrettelegge for den virksomheten enheten skal utøve. Lederen må blant annet sørge for at virksomheten i enheten er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift og at de helsepersonell som tilbys eller ytes er forsvarlige. Herunder må lederen legge til rette for at alt helsepersonell i enheten kan overholde sine lovpålagte plikter.

Lederen må være varsom med å fatte beslutninger som kan innebære instruksjon i faglige spørsmål som vedkommende ikke har tilstrekkelig kompetanse på. Slike beslutninger må eventuelt fattes i samråd med en medisinskfaglig rådgiver, jf. punkt 3.3 nedenfor, eller andre med kompetanse på det aktuelle fagområdet. Der avdelinger som i hovedsak driver medisinsk diagnostikk og behandling ledes av en annen enn en lege som er spesialist på feltet, kan det under avdelingslederen ansettes en leder som har et samlet medisinskfaglig systemansvar.

I NOU 1997: 2 Pasienten først! Punkt 10.1.5.2 heter det: "... Ivaretagelsen av dette systemmessige ansvaret er et faglig ledelsesansvar, og krever kompetanse innen faget. Den som skal ha den faglige ledelsesfunksjonen må nødvendigvis ha faglig innsikt som er på høyde med de medarbeidere som vedkommende har faglig lederansvar for. ..." Departementet har fått opplyst at denne praksis er vanlig. Organiseringen må imidlertid være slik at det er klart at dette er en mellomleder i linjen, slik at det ikke i realiteten blir en todelt avdelingsledelse. På samme måte kan det vurderes om det er behov for å ansette systemfaglig(e) leder(e) innenfor ett eller flere andre fagområder når avdelingslederen mangler den nødvendige kompetansen.”

Behandlingsansvaret i form av beslutninger i behandlingssituasjoner innenfor somatiske sykehus er tillagt leger, jf. helsepersonelloven § 4, se også rundskriv I-9/2002. Det er legene som i konkrete situasjoner bestemmer hvilke medisinske undersøkelser og behandling som skal gjennomføres i samråd med pasienten. Avhengig av pasientenes behov, ulik spesialistkompetanse og organisering av virksomheten mv vil behandlingsansvaret for

medisinske undersøkelser og behandling kunne skifte og bli ivaretatt av flere på forskjellige tidspunkter, slik at pasienten må forholde seg til flere leger.

Behandlingsansvaret omfatter i utgangspunktet også å samordne undersøkelsene og behandlingen, gi tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan samtykke og medvirke, samt føre journal ved ytelse av helsehjelp. I helsepersonelloven er disse elementene av forsvarlighetsnormen nedfelt i egne bestemmelser som understreker og presiserer hva ansvaret og oppgavene innebærer. Bestemmelsene regulerer imidlertid også en adgang til å fordele oppgavene for samordning, pasientinformasjon og journalføring noe annerledes enn hva som i utgangspunktet følger av behandlingsansvaret.

Når det gjelder ansvarposisjonene; ”behandlingsansvarlig”, ”pasientansvarlig lege”, ”informasjonsansvarlig” og ”journalansvarlig”, kan de i prinsippet ivaretas av ulike personer, jf. forutsetningene til § 5 i forskrift om pasientansvarlig lege. Det fremgår imidlertid av merknadene til bestemmelsen blant annet at:

”Omsynet til kontinuitet, koordinerte tenester og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell taler for at flere oppgaver i forhold til pasienten bør samlast på same hand. Det er opp til den ansvarlege leiaren på det aktuelle nivået å ta stilling til kva som er mest tenleg når det skal peikast ut pasientansvarleg lege”.

På denne bakgrunn kan det avhengig av omstendighetene være grunnlag for å gi merknad dersom de ulike ansvarsposisjonene ivaretas av flere personer og det brukes mye tid og ressurser for å ivareta kommunikasjonen mellom disse og virksomhetens enheter, og kommunikasjonen mellom pasient og personell.

Selv om det ved disse reglene er nedfelt krav om funksjoner som skal understøtte og bidra til å sikre kommunikasjon mellom helsepersonell, mellom enheter og mellom helsepersonell og pasienter, innebærer ikke manglende etterlevelse av en eller flere av dem i seg selv at virksomhetene i praksis ikke har sikret kommunikasjon av relevant og nødvendig informasjon. Tilsvarende innebærer ikke nødvendigvis etablering av disse ansvarsposisjonene at virksomhetene i praksis har sikret kommunikasjon av relevant og nødvendig informasjon.

Mangler vedrørende form eller innhold ved disse lov- og forskriftspålagte ansvarsposisjonene vil kunne være relevante observasjoner i forhold til en eller flere av tilsynets områder dersom det i praksis er uklart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. For å synliggjøre sammenhengen mellom ivaretagelse av disse ansvarsposisjonene og resultater skal brudd på enkeltbestemmelser som regulerer disse ansvarsposisjonene primært brukes som observasjoner som ligger til grunn for avviket.

Manglene vil imidlertid også utgjøre selvstendige avvik fra lov eller forskriftsbestemmelser som for eksempel hvis virksomheten ikke oppnevner pasientansvarlig lege og/eller informasjonsansvarlig person. På bakgrunn av de formål som funksjonene pasientansvarlig lege og/eller informasjonsansvarlig person skal ivareta, skal avvik fra kravene til disse ordningene med tilhørende observasjoner rubriseres under Område 5: Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

Når det gjelder avvik fra kravet om journalansvarlig person skal dette kravet vurderes og bedømmes i sammenheng med kravet til forsvarlige informasjons- og journalsystemer som påhviler institusjonen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Det vises til omtalen nedenfor og kapittelets punkt 4.5.

Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Det er ved tilsynet ikke tilstrekkelig å kun undersøke om virksomhetene sørger for å oppnevne de som skal ivareta disse posisjonene. Det sentrale ved dette tilsyn er på hvert enkelt område å undersøke om kommunikasjonen av relevant og nødvendig informasjon er tilstrekkelig og forsvarlig.

Når de ulike områdene i kapittel 5 gjennomgås og faktum vurderes, må tilsynet avklare om ansvar og oppgaver på den ene siden er klart fordelt i forhold til styring av virksomheten og på den annen side klart fordelt mellom helsepersonell i den daglige pasientrettede virksomhet. For eksempel må det være klart hvordan relevant og nødvendig informasjon skal formidles og innhentes ved vaktskifte, ved muntlig kommunikasjon og/eller ved skriftlige eller elektroniske arbeidsdokumenter/journal.

I forbindelse med gjennomføring av tilsynet vil det være nødvendig å avklare forhold som gjelder ansvar og oppgaver i tilknytning til samtlige tema.

Foruten ansvar for forsvarlige informasjonssystemer, forutsettes det at ledelsen innenfor sykehus følger med på og har styring med det faglige innhold i tjenesten ved institusjonen, jf internkontrollforskriften §§ 3 og 4. I forhold til tilsynets områder forutsettes at det gjøres gjennom systematisk kompetanseutvikling av de ansattes kunnskap og ferdigheter i forhold til kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling og kontroll, evaluering og forbedring av prosedyrer, instruksjer, tiltak mv for å sikre slik kommunikasjon, overvåkning av resultater og komplikasjoner og regelmessig gjennomgang av styringssystemet og systematisk oppfølging av avvik.

Pasientansvarlig lege i sykehus

I mange situasjoner må pasienten forholde seg til forskjellige leger med ansvar for undersøkelser og behandling. I medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 har departementet fastsatt forskrift om pasientansvarlig lege med mer av 1. desember 2000 nr. 1218.

Ansvarlig leder i avdelingen/enheten skal peke ut en pasientansvarlig lege snarest mulig etter innleggelse eller poliklinisk forundersøkelse dersom det ikke er klart unødvendig, jf. forskriften § 3 og merknaden til § 5 i forskriften. Pasienten skal straks få vite hvem som er hennes/hans pasientansvarlige lege og hvilke oppgaver den pasientansvarlige legen har.

Formålet med ordningen er å skape kontinuitet i møtet mellom pasienter og spesialisthelsetjenesten gjennom å styrke samordning av behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient, jf. forskriften § 1 med merknader og forskriftshjemmelens forarbeider.

Pasientansvarlig lege skal ha en samordningsfunksjon og koordinerende funksjon for behandling av pasienten. Pasientansvarlig lege skal først og fremst være et fast kontaktpunkt for pasienten og ta seg av pasientens interesser under oppholdet. Den pasientansvarlige legen skal også fungere som et bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og som et bindeledd mellom pasienten og ledelsen på ulike nivå, herunder for å nyttiggjøre at pasienterfaringer brukes i kvalitetsarbeidet, jf. forskriften § 4 med merknader.

Den pasientansvarlige legen bør være den samme under hele oppholdet, med mindre hensynet til pasienten og en faglig forsvarlig oppfølging tilsier at en annen lege bør oppnevnes. For å

sikre pasientkontakten og kontinuiteten bør en annen lege ved avdelingen/enheten stå oppført som ansvarlig ved den pasientansvarlige legens fravær, jf. forskriften § 4 med merknader. Det er imidlertid ikke krav om at pasientansvarlig lege også skal ivareta andre funksjoner så som ansvar for behandlingen, journalen og informasjon, jf. forskriften § 5 og Ot.prp. nr. 10 (1998 – 99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Det vil være opp til ansvarlig leder ved aktuelle avdeling/enhet å utforme det nærmere innhold i ansvaret til pasientansvarlig lege og legge til rette for ordningen i tråd med intensjonene. Det vil være denne lederen som må beslutte om pasientansvarlig lege også skal være behandlingsansvarlig lege i henhold til helsepersonelloven § 4, jf. § 16 og hvordan de oppgaver som er tillagt funksjonen pasientansvarlig lege skal ivaretas når behandlingsansvaret og oppgaven som pasientansvarlig lege ikke er på samme hånd, jf. forskriften § 5 og merknaden til forskriften § 4.

På tilsvarende vis vil det være denne lederen som må utforme hvordan funksjonene ”journalansvarlig lege” og ”informasjonsansvarlig person” etter helsepersonelloven § 10 skal ivaretas, og hvordan disse funksjonene/ansvarsposisjonene skal ivaretas når de ikke er på samme hånd som behandlingsansvaret og funksjonen som pasientansvarlig lege, jf. forskriften § 5 og helsepersonelloven § 4, jf. § 16 og §§ 10 og 39 andre ledd.

Statens helsetilsyn legger på denne bakgrunn til grunn at pasientansvarlig lege først og fremst skal være det ene faste kontaktpunktet for pasienten. Det er noe uklart om og eventuelt i hvilken grad den pasientansvarlige legen, uten å samtidig være behandlingsansvarlig, skal ha en form for ”myndighet” når det i forskriften med merknader og av forarbeider til hjemmelsbestemmelsen fremgår at han/hun skal samordne, koordinere og være bindeledd.

Etter Statens helsetilsyns skjønn tilsier dagens regelverk at funksjonen som pasientansvarlig lege i regelverket ikke er tillagt en rolle med myndighet av vesentlig betydning, og at det vil være virksomheten som må bestemme hvilken instruksjonsmyndighet de pasientansvarlige legene eventuelt skal ha i forhold til koordinerings- og samordningsoppgaven.

Informasjonsansvarlig

Helsepersonell som yter helsehjelp skal informere etter reglene i pasientrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4, slik at pasientene kan gi et tilstrekkelig informert samtykke og medvirke ved behandlingen og oppfølgingen. I helseinstitusjoner må informasjonen samordnes, og virksomheten skal utpeke hvem som skal samordne og gi informasjonen til pasienten/pårørende.

Ledelsen av virksomheten og/eller avdelingen/enheten må se oppgaven i sammenheng med oppgaven som pasientansvarlig lege og ”vurdere konkret hvordan dette best kan gjennomføres ut i fra interne organisasjonsforhold o.l.” og det er ”...opp til virksomheten å utarbeide rutiner slik at denne bestemmelsen kan overholdes”, jf. merknaden til helsepersonelloven § 10 i Rundskriv I-20/2001 .

På denne bakgrunn må virksomheten og/eller leder av avdelingen utforme hvordan funksjonen ”informasjonsansvarlig person” skal ivaretas, og hvordan denne funksjonen/ansvarsposisjonen skal ivaretas når den ikke er på samme hånd som behandlingsansvaret, journalansvaret og funksjonen som pasientansvarlig lege.

Journalansvarlig

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for å koordinere informasjonen og dokumentasjonen for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen, jf. helsepersonelloven § 39 annet ledd og journalforskriften § 6. Dette er et koordineringsansvar for den enkelte pasientjournal, og er ikke et overordnet ledelsesansvar for virksomhetens journalsystem, kfr. journalforskriften § 4.

Virksomhetens ledelse står fritt ved utpekningen av journalansvarlig, jf. merknad til journalforskriften § 6, hvor det blant annet fremgår at:

” *I utgangspunktet kan det utpekes journalansvarlig fra en hvilken som helst helsepersonellgruppe, men i praksis vil det være en begrenset krets som hensiktsmessig kan ivareta dette koordineringsansvaret. Ved valg av journalansvarlig bør det blant annet sees hen til vedkommendes faglige kvalifikasjoner, jf. forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4, organiseringen av institusjonens virksomhet og kontinuitet i forhold til pasienten.*

Det kan ofte være hensiktsmessig at flere av de funksjoner eller roller som helselovene gir anvisning på, ivaretas av samme person, slik at den journalansvarlige person er den samme som innehar en eller flere av de andre funksjonene”.

Det fremgår også av merknaden til § 6 at:

”Den journalansvarlige vil ha ansvaret for at journal opprettes og for at den føres og behandles i samsvar med lov- og forskriftsbestemte krav. Den journalansvarlige er tillagt ansvaret for å ta stilling til « hvilke opplysninger som skal stå i journalen ». Journalansvaret vil blant annet innebære et koordineringsansvar. Når flere personer skal gjøre nedtegnelser i samme journal, kan det være behov for strukturering og samordning av journalopplysningene. Ansvar for å strukturere journalen innebærer at journalen må ordnes slik at den fungerer som et arbeidsverktøy i samsvar med intensjonene og som dokumentasjon for at det enkelte helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet og andre pliktbestemmelser. Nødvendige journalopplysninger må gjøres lett tilgjengelige for dem som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, diagnose, behandling og annen oppfølging av pasienten. Den journalansvarlige kan på dette grunnlag beslutte at opplysninger skal tas ut på grunn av irrelevans eller dobbeltføring og redigere innholdet. Den journalansvarlige skal om mulig rådføre seg med den som har gjort nedtegnelsene før opplysninger fjernes med mindre det er åpenbart unødvendig, jf. § 13 første ledd i forskriften her. Det må utvises forsiktighet med hensyn til å fjerne opplysninger som helsepersonell mener er av betydning for å dokumentere forsvarligheten av deres beslutninger og handlinger. Videre vil opplysninger om uenighet om behandling mv. kunne være viktig i forbindelse med senere behandling og eventuelt ved tilsynssak eller erstatningssak. Den journalansvarlige kan ikke beslutte at slike opplysninger ikke skal stå i journalen, jf. fjerde ledd”

Når det gjelder avvik fra kravet om journalansvarlig person bør dette kravet som nevnt vurderes og bedømmes i sammenheng med kravet til forsvarlige informasjons- og journalsystemer som påhviler institusjonen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Det vises til kapittelets punkt 4.5.

4.3 Internkontroll – veiledere landsomfattende tilsyn 2005

I 2005 skal Fylkesmennene/Helsetilsynet i fylkene gjennomføre tre landsomfattende tilsyn med fokus på tre ulike områder innen helse- og sosialtjenesten. Tematikken og lovgrunnlaget i disse tilsynene er forskjellige. Veilederne er utarbeidet av forskjellige arbeidsgrupper, og de

har ulik struktur og tilnærming. Målsettingen om å håndtere kravene til internkontroll på samme måte uansett tema og tjeneste ligger imidlertid fast. For å tydeliggjøre dette har Helsetilsynet valgt å sette inn denne felles teksten om forståelsen og håndteringen av kravene til internkontroll i alle tre veilederne.

Som en grunnleggende forutsetning for tilsyn gjennomført som systemrevisjon ligger den plikt helse og sosialtjenesten har til å ha internkontroll.

Helsetilsynet vil først presisere at den tilnærmingen til og forståelsen av internkontroll som ønskes, ikke betyr svekket fokus på internkontroll. Kravet til internkontroll er et funksjonelt krav, virksomheten skal ha den internkontroll ”som er nødvendig” for å sikre etterlevelsen av sosial- og helselovgivningen. Helsetilsynet ønsker å styrke koblingen mellom funksjonaliteten til internkontrollen og innfrielsen av de kravene som er rettet mot tjenesten. Denne koblingen er også forsøkt tydeliggjort i veilederen til internkontrollforskriften: *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial og helsetjenesten*.

Vedrørende konstatering av avvik – kapittel 5 i veilederen

Føringer:

1. Internkontroll skal ikke være eget tema i noen av tilsynene. Kravene til internkontroll skal inngå i vurderingen av om revisjonskriteriene er oppfylt.
2. Revisjonene skal undersøke hvordan den aktuelle virksomheten/tjenesten sikrer at praksis og resultater er forsvarlige.
3. Med begrepet ”sikre” menes at tilsynet både skal undersøke hvordan virksomheten systematisk styrer sine tjenester, og om den faktisk gir de resultater som lovgivingen krever. (Vi vil minne om at virksomheten skal ha oversikt over sine egne resultater, jf bl a § 4 g og h, og at det vil danne det naturlige utgangspunkt for å vurdere om internkontrollen er tilstrekkelig).

Dette innebærer at dersom det skal konkluderes med avvik i revisjonene, skal det være avvik i forhold til veilederens spørsmål/temaer og de hjemler som underbygger disse. Rapportene skal f.eks. i tilsynet om rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemning konkludere i form av avvik dersom det brukes ulovlig tvang og makt overfor utviklingshemmede. For å synliggjøre at vi ikke bare har undersøkt sluttresultatet, men også vurdert kommunens styring bør observasjoner med tilknytning til kravene i internkontrollforskriften § 4 inngå sammen med fakta (observasjoner) om resultater. Brudd på enkeltbestemmelser i internkontrollforskriften på det aktuelle området anføres da som observasjoner som ligger til grunn for avviket.

Tenkt eksempel fra årets felles helse og sosialtilsyn:

Avvik:

Kommunen sikrer ikke at tjenestemottakerne får medvirke ved utredning av tjenestebehov og valg av tjenester.

Avvik fra: Sos.tjl. § 8-4, pasl. § 3-1 og fvl. § 17, jf internkontrollforskriften § 4

Nedenfor er noen eksempler på aktuelle observasjoner som kunne underbygget et slikt avvik og i parentes anført sammenhengen til internkontrollforskriften:

- Oppgavene med å utrede tjenestebehov og fatte vedtak i hver enkelt sak er spredt på flere personer. Det er ingen fast praksis eller etablerte rutiner for hvem som skal sikre at personer som søker om tjenester får anledning til å medvirke eller hvordan dette skal gjøres (§ 4a og g)
- Intervjuer bekrefter at tjenestemottaker ikke rutinemessig får medvirke under saksutredning og valg av tjenester
- i kommunens prosedyre og sjekklister for saksbehandling ved tildeling av tjenester er brukermedvirkning ikke omtalt (§ 4g)
- det foreligger ingen stillingsinstruks, opplæringsplan el. der kompetansekravene til saksbehandlerne er angitt, 2 av kommunens 4 saksbehandlere er ufaglærte, disse har ikke mottatt opplæring eller veiledning i saksbehandling (§ 4c)
- kommunen har ingen rutiner for å følge opp om kommunens praksis oppfyller grunnleggende krav til saksbehandling ved tildeling av tjenester (§ 4g)
- I 9 av 20 saker om tildeling av hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning som er gjennomgått under revisjonen framgår det ikke hvilke tjenester vedkommende selv ønsker

Gjennomgående trekk ved styringen – sammendrag i rapporten

Den ønskede måten å konstatere avvik med underliggende observasjoner på, innebærer at det ikke blir anledning til å konstatere avvik av typen: ”virksomheten mangler et helhetlig internkontrollsystem”. Likevel vil det i noen situasjoner være gjennomgående mangler ved internkontrollen som revisjonslaget ønsker å kommentere. Dersom rapporten underbygger godt nok at det er gjennomgående mangler ved styringen (f eks at ansvar for oppgaver er uklart plassert, mangelfull opplæring, manglende vurderinger av fare for svikt, mange skriftlige prosedyrer som ikke er iverksatt, manglende registrering og oppfølging av avvik og uheldige hendelser, manglende oppfølging for å undersøke om internkontrollen fungerer mv), kan revisjonslaget løfte disse gjennomgående svakhetene frem i rapportens sammendrag. Sammen med avvik som viser at de faglige kravene ikke innfris, dvs at resultatet av styringen ikke er tilstrekkelig, mener Helsetilsynet at dette vil tydeliggjøre at internkontroll er nødvendig og har tett relasjon til fagligheten i de tjenester som skal ytes.

Helsetilsynet vil understreke at evt. styringsvurderinger i sammendraget må være tilstrekkelig underbygget av funnene i revisjonen, og presenteres på en etterrettelig måte. Vurderingene og konklusjonene må ikke være mer vidtrekkende enn det funnene i rapporten kan underbygge.

Det bør ikke gis negative kommentarer vedrørende gjennomgående trekk ved styringen som indikerer brudd på internkontrollplikten dersom revisjonslaget ikke har konstatert noen avvik i forhold til revisjonens tema.

4.4 Særlig om skriftlig dokumentasjon av internkontrollen

Det følger av internkontrollforskriften § 5 at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig. Skriftlig dokumentasjon er et verktøy som skal bidra til å sikre ønsket praksis.

De utvalgte områdene ved tilsynet omfatter kommunikasjonsaspektene ved rutinepregede og i hovedsak dagligdagse aktiviteter, tiltak og prosesser i sykehuset. I noen situasjoner vil det være svært knappe tidsmarginer og/eller kritisk viktig at korrekt informasjon utveksles raskt og presist.

Behovet for skriftlighet når det gjelder prosedyrer for kommunikasjon må vurderes konkret, jf. internkontrollforskriften § 5. Aktuelle vurderingstema er:

- behov for å sikre lik praksis når det gjelder oppgaveløsning, samhandling og oppgavefordeling på tvers av vaktskift og personellgrupper
- behov for bestemte konkrete løsninger som de involverte må kjenne til (knappe tidsmarginer, sjeldne hendelser mv)
- behov for justering av praksis gjennom forbedringsprosesser.

Det må derfor legges til grunn at virksomhetene nøye har vurdert behovet for og utarbeidet skriftlige prosedyrer på områder med stor risiko for svikt.

Det forventes at virksomhetene sikrer nødvendig oppdatering av sine utviklede skriftlige prosedyrer knyttet til kommunikasjon, og at det er klart hvem som har ansvar for å foreta revisjon og godkjenne kommunikasjonsprosedyrene. Ved tilsynet må det avklares om virksomhetens aktuelle skriftlige prosedyrer om kommunikasjon i forhold til tilsynets områder er oppdaterte, implementerte og tilgjengelige. Dersom de ikke er oppdaterte, implementerte eller tilgjengelige og/eller det er uklart hvem som har ansvaret for dem, vil dette være relevante observasjoner i forhold til flere av tilsynets områder. Se også punkt 4.3 ovenfor vedrørende rubrisering og bedømmelse av brudd på enkeltbestemmelser i internkontrollforskriften.

4.5 Særlig om dokumentasjon - pasientjournal

Ansvar for å opprette og organisere informasjons- og journalsystemer påhviler institusjonen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Journalsystemene må til enhver tid fungere i tråd med kravet til forsvarlige helsetjenester. Tilretteleggingsplikten etter helsepersonelloven § 16 innebærer også at virksomheten må sørge for at helsepersonell i sin yrkesutøvelse har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde helsepersonellens dokumentasjonsplikt og plikt til forsvarlig virksomhet generelt.

Dette betyr at virksomhetens ledelse skal ha en overordnet styring av hva slags praksis som skal følges i forhold til dokumentasjon for å sikre forsvarlig kommunikasjon. Dette omfatter blant annet føringstidspunktet/nedtegnelsestidspunktet av relevante og nødvendige opplysninger, innholdet i journalene, tilgangen til opplysningene i journal og bruken av dem. Som hovedregel skal det opprettes en samlet journal for hver pasient selv om det ytes helsehjelp av flere med journalføringsplikt ved virksomheten, jf. pasientjournalforskriften § 5. Det fremgår av bestemmelsens 2. ledd at ”..dersom virksomhetenes enheter både faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester” kan hovedregelen fravikes. Og i merknadene til § 5 nevnes at separate journaler for psykiatriske og somatiske avdelinger kan være aktuelt. Det er mulighet for at også at enkelte institusjoner med gynekologiske

avdelinger har separate journaler for denne avdelingen. På bakgrunn av gastrokirurgiske avdelingers behov for relevante og nødvendige opplysninger må virksomheten sikre at avdelingen har tilgang til disse opplysningene innenfor institusjonen, jf. journalforskriften § 4 bokstav b og helsepersonelloven § 25 .

Journalen kan av praktiske grunner deles i en hovedjournal og tilleggsjournal dersom den ikke fungerer som et tjenelig arbeidsredskap på grunn av u håndterlig størrelse. Ved deling av journal skal det fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggsjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

Journalen kan både føres elektronisk og som papirjournal. ”Dersom den føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournalen”, jf. journalforskriften § 5 siste ledd.

På bakgrunn av at virksomhetene helt eller delvis fører elektroniske journaler og bruker elektroniske kommunikasjonssystemer er det nødvendig å skaffe seg kunnskap, veiledning og tilgang til systemet. Det er aktuelt å be om å få demonstrert journal og kommunikasjonssystemet, og om tilgang og bistand ved verifikasjon av journalene og systemene.

Journalen kan ikke deles inn etter ulike personellgruppers føring journal. Som nevnt i punkt 4.3 skal det utpekes en journalansvarlig som skal ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i journalen når flere ved en virksomhet skal dokumentere sin virksomhet, jf. helsepersonelloven § 39 og journalforskriften § 6. Formålet med bestemmelsen er å sikre at hver enkelt journal skal fungere som et godt og hensiktsmessig arbeidsverktøy ved at informasjon og dokumentasjon er koordinert, jf. merknaden til helsepersonelloven § 39 2. ledd i rundskriv I-20/2001. Det fremgår videre av merknadene til journalforskriften § 4 at ”I virksomheter hvor flere gjør nedtegnelser i journaler, bør det utarbeides interne retningslinjer for struktur og håndtering av journal. Det er viktig å ha klare retningslinjer for journalansvarliges rolle”. Videre fremgår av de generelle motivene til spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 at den pasientansvarlige legen bør ha en funksjon i forhold koordinering av den enkelte journal. Det skal fremgå av journalen hvem som er journalansvarlig, jf. forskriften § 6 3.ledd.

Ved dette tilsynet skal det først og fremst være fokus på om institusjonen har etablert en forsvarlig praksis når det gjelder pasientjournalen som kommunikasjonsverktøy og **ikke** på funksjonen journalansvarlig eller helsepersonells selvstendige ansvar for å føre journal i samsvar med helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal.

Det fremgår av pasientjournalforskriften § 7 2. ledd at: ”Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt”.

I merknaden til bestemmelsen heter det at: ”Kravet om at journalen skal føres fortløpende må sees i sammenheng med forsvarlighetskravet. I enkelte situasjoner er det viktig at journalen føres umiddelbart av hensyn til fortsatt helsehjelp som skal ytes av annet helsepersonell. I andre situasjoner har journalføringen ikke slik hast, men kan utstå noe for eksempel fordi behandlingsoppgaver må prioriteres. Journalføringen må imidlertid skje uten ugrunnet

opphold, og under enhver omstendighet ikke utstå så lenge at det blir uforsvarlig i forhold til behandling eller annen oppfølging av pasienten, eller i forhold til dokumentasjonsansvaret som sådan”

Det fremgår at helsepersonelloven § 40 at: *”Journalen skal føres i samsvar med god yrkeskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i eller i medhold av lov”.*

I journalforskriften § 8 presiseres hvilke opplysninger journalen skal inneholde dersom de er relevante eller nødvendige.

I forhold til intern kommunikasjon ved virksomheten fremgår det av § 8 at den blant annet skal inneholde: *”...opplysninger om pågående behandling...”* (bokstav e), *”Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging”* (bokstav f), *”Utveksling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel henvisninger,....., resultater fra rekvirerte undersøkelser,...* (bokstav l), og det heter i annet ledd at *” Arbeidsdokumenter,, røntgenbilder,..... er å anse som en del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte”.*

I forhold til kommunikasjon med pasientene fremgår blant annet at journalen skal inneholde opplysninger om: *”...nærmeste pårørende...”* (bokstav b), *”..nedtegnes hvem som samtykker på vegne av pasienten”* (bokstav c), *”Om det er gitt råd og informasjon til pasient og pårørende, og hovedinnholdet i dette, jf helsepersonelloven § 3-2...”* (bokstav i), *”Pasientens samtykke eller reservasjon vedrørende informasjonsbehandling...”* (bokstav j).

I tillegg følger det av forskrift om pasientansvarlig lege at det alltid skal fremgå av journalen hvem som er pasientansvarlig lege, eventuelt hvorfor slik kontaktperson ikke er utpekt, jf. forskriften § 3 siste ledd.

Ved dette tilsynet er det viktig å få frem om virksomhetenes journalsystem fungerer som det redskap det er forutsatt å være sammen med virksomhetens øvrige informasjonssystemer. Det sentrale er om relevante og nødvendige opplysninger for undersøkelse og behandling er lett tilgjengelig for de som trenger opplysningene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og journalforskriften § 4 bokstav b.

Selv om journalsystemet skal understøtte og bidra til å sikre kommunikasjonen mellom helsepersonell, mellom enheter og mellom helsepersonell og pasienter, innebærer ikke nødvendigvis manglende etterlevelse av en eller flere av journalforskriftens bestemmelser at virksomhetene i praksis ikke har sikret kommunikasjon av relevant og nødvendig informasjon etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Tilsvarende innebærer ikke ivaretagelse av disse bestemmelsene at virksomhetene nødvendigvis i praksis har sikret kommunikasjon av relevant og nødvendig informasjon.

Avvik fra bestemmelsene i journalforskriften, herunder kravet om journalansvarlig etter journalforskriften § 6, jf. helsepersonelloven § 39 annet ledd, vil være relevante observasjoner i forhold til flere av tilsynets områder. Slike avvik skal primært knyttes til tilsynets områder som observasjoner. Dersom rapporten underbygger godt nok at det er gjennomgående mangler ved journalsystemet, som for eksempel at relevante og nødvendige opplysninger ikke er tilgjengelig for de som trenger dem, skal revisjonslaget løfte disse gjennomgående

manglene frem i rapportens sammendrag som et eget avvik fra kravet til forsvarlige journalsystemer etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. de relevante bestemmelsene i forskriften.

Det er ved tilsynet ikke tilstrekkelig kun å undersøke om virksomhetene sørger for et forsvarlig journalsystem. Det sentrale ved dette tilsyn er på hvert enkelt område å undersøke om kommunikasjonen av relevant og nødvendig informasjon er tilstrekkelig og forsvarlig i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

4.6 Generelt om kompetanse og opplæring

Når områdene i kapittel 5 vurderes, må tilsynet avklare om virksomheten har sikret at medarbeidere har tilstrekkelige kommunikasjonskunnskaper og ferdigheter innen de aktuelle områdene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 som krever at den enkelte er gitt påkrevet opplæring for å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Tilstrekkelige kommunikasjonskunnskaper og ferdigheter er en avgjørende betingelse for at pasientene skal få forsvarlig helsehjelp/behandling. Forsvarlig behandling av gastrokirurgiske pasienter i sykehus forutsetter at det er god samhandling mellom involvert helsepersonell. Det innebærer at de ansatte, i tillegg til gode fagkunnskaper på sitt felt, må ha kunnskap og praktiske ferdigheter når det gjelder både muntlig og skriftlig kommunikasjon og bruk av ulike tekniske hjelpemidler på dette feltet.

Et område som bør vies oppmerksomhet under tilsynet er hvordan virksomheten sikrer at vikarer og nyansatte får nødvendig introduksjon og opplæring når det gjelder virksomhetens informasjonssystemer og ivaretagelsen av kommunikasjon mellom helsepersonell, mellom enheter og med pasienter/pårørende, og bruk av ulike tekniske hjelpemidler på dette feltet så som virksomhetens journalsystem, slik at de kan yte forsvarlig helsehjelp. Det kan omfatte både introduksjonsprogram, fadderordning, og organisatoriske grep internt for å sikre at tilstrekkelig erfarent personell er tilgjengelig med videre.

Dersom det ikke er sikret nødvendige kommunikasjonskunnskaper og ferdigheter (kvantitativt og kvalitativt) for å ivareta de gitte oppgaver, foreligger et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 3-10, jf. internkontrollforskriften § 4 c. Det må også konkret vurderes opp mot kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

5. Valgte områder og lovgrunnlag

Område 1: Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i sengepost

Krav om forsvarlig kommunikasjon av relevante og nødvendige opplysninger følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlige helsetjenester, jf. lovens § 3-2 om plikt til forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Plikten til å yte forsvarlige helsetjenester omfatter krav til forsvarlig organisering av virksomheten og tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å overholde sine lovpålagte plikter. I tillegg krever helselovgivningen at slike virksomheter som det her føres tilsyn med, har etablert ansvarsposisjoner (stillinger) som er tillagt ansvar for kommunikasjonsoppgaver. Det vises til kapittel 4 pkt. 4.2. Det vises også til kapittel 4 pkt. 4.5 vedrørende pasientjournalbestemmelser og pasientjournalens betydning i dette tilsynet.

Tilsynet skal avdekke:

- om involvert helsepersonell kommuniserer relevant og nødvendig pasientinformasjon seg i mellom når pasienten er innlagt i sengepost, herunder
 - mellom underordnede og overordnede leger
 - mellom leger som har det daglige ansvaret og vaktansvar
 - mellom lege og pleiepersonell
 - mellom pleiepersonell på henholdsvis dag, kveld og nattevakter.

Beskrivelse av området

Kirurgisk sengepost behandler mindre alvorlig syke pasienter enn intensivavdeling. Avdelingen har generelt mindre kompetanse og ressurser til å observere, vurdere og behandle symptomer på alvorlig organsvikt. I forhold til pasientgruppen gastrokirurgiske pasienter vil kompetansen også variere med grad av spesialisering (generell kirurgisk versus gastrokirurgisk sengepost).

Forsvarlig overflytting fra postoperativ-/intensivavdeling til sengepost forutsetter for det første at pasienten har stabile vitalfunksjoner (respirasjon, sirkulasjon, bevissthet) og effektiv smertekontroll. En annen viktig forutsetning ved slik overflytting er at pasienten ikke har behov for behandling som ikke kan gis på sengepost. Sistnevnte krever at pasientens behov blir kommunisert fra postoperativ-/intensivavdeling før overflytting og at sengeposten vurderer om det er kompetanse og ressurser tilstede, til å overta pasienten.

Den medisinske oppfølgingen av postoperative pasienter dreier seg dels om å vurdere resultatene av gjennomført kirurgi, og dels om å forebygge og behandle eventuelle postoperative komplikasjoner. Å ivareta disse funksjonene krever blant annet at de observasjoner og vurderinger som blir gjort av involvert helsepersonell blir kommunisert mellom de ulike aktørene. Det vurderes i den sammenheng som særlig viktig at det helsepersonellet som skal ta beslutninger om medisinsk diagnostikk og behandling og sykepleie har tilgang til all relevant informasjon om pasienten. Sykepleiere har tradisjon for å føre "kardex" eller sykepleierpasientjournal, hvor observasjoner, vurderinger og tiltak blir journalført jevnlig, oftest etter hver vakt. Omfanget av denne journalføringen er imidlertid vesentlig mer begrenset enn den som vanligvis praktiseres ved intensivavdelinger. Det vurderes som usikkert i hvilken grad annet pleiepersonell (hjelpepleiere, pleiemedhjelpere) gjør egne nedtegnelser i pasientjournalen eller om journalføringen ivaretas av sykepleier på grunnlag av muntlig rapport fra dette personellet.

Pleiepersonell har tradisjon for å holde såkalte rapportmøter mellom hvert vakt. Ofte vil det være ansvarshavende sykepleier, team- eller gruppeleder som formidler informasjon på vegne av et vaktlag til det neste. Formålet med rapportmøtene er dels å gi informasjon om nye pasienter (diagnose, hovedproblemer etc), og dels å gi en oppdatering i forhold til inneliggende pasienter. Det må forventes at den pasientinformasjon som formidles på disse rapportmøtene utgjør et supplement og ikke et alternativ til de opplysninger som er nedtegnet i pasientpasientjournalen.

Kommunikasjonen mellom leger og pleiepersonell på sengepost kan deles i to:

- fortløpende dialog om enkeltpasienter (for eksempel telefonisk kommunikasjon av nye prøvesvar, endringer i pasients tilstand med mer)
- visitt/previsitt på dag- eller kveldstid

Formålet med kommunikasjonen mellom leger og pleiepersonell er gjensidig utveksling av informasjon om medisinske vurderinger og tiltak, sykepleiefaglige observasjoner og vurderinger, samt formidling av informasjon om resultater fra diagnostiske undersøkelser.

Den fortløpende dialogen mellom leger og pleiepersonell er i stor grad situasjonsstyrt. Henvendelsene fra pleiepersonell til legene vil dreie seg om problemer med ulik grad av alvorlighet og hast. Dette fordrer at lege med bred kompetanse er tilgjengelig til enhver tid, enten direkte eller indirekte for eksempel som bakvakt.

Den fortløpende dialogen mellom leger og pleiepersonell forutsetter også at sykehuset har adekvate interne kommunikasjonstjenester (telefon, calling) som gjør det mulig for pleiepersonellet å komme i kontakt med lege, uavhengig av hvor legen befinner seg.

Med visitt i sykehus forstås vanligvis at pasienten blir tilsett og vurdert av en eller flere leger og sykepleiere. I de fleste avdelinger som behandler akutte pasienter vil det gjennomføres visitt daglig. Formålet med visitten er dels å innhente oppdatert informasjon om pasientens tilstand, og dels å gi pasienten informasjon om blant annet sykdomsutvikling, planlagte diagnostiske undersøkelser og behandlingstiltak med mer.

Previsitt skjer i forkant av ordnær visitt. Vanligvis gjennomføres previsitt ved at aktuell(e) leger og sykepleier *uten deltakelse av pasient* foretar en gjennomgang av den enkelte pasients tilstand og planlegger fremtidige behandlingstiltak. Pasientjournalen med tilhørende vedlegg (røntgen- og laboratoriesvar) vil være en viktig informasjonskilde ved previsitt. Tilsvarende fungerer også previsitten som et forum hvor legene blir oppdatert om pleiernes observasjoner og vurderinger av pasienten. Ved de fleste sykehusavdelingene avholdes morgenmøter hvor blant annet avtroppende vaktlege(r) utveksler opplysninger med påtroppende vaktleger (dagvakt). Morgenmøtene er også et forum for drøfting av behandlingsstrategier i forhold til inneliggende pasienter. I varierende grad avholdes det ettermiddagsmøter hvor avtroppende vaktleger og operatører rapporterer til påtroppende vaktleger. I den grad avdelingen ikke har praksis for dette, vil det være av betydning å vurdere hvordan man likevel sikrer nødvendig kommunikasjon.

Verifikasjoner:

- gjennomgang av legedokumentasjonen og sykepleiedokumentasjon i pasientjournalene til 15 pasienter som har fått diagnosen gastrointestinal cancer i løpet av år 2004
- be sykepleier på sengepost om å kontakte vakthavende primærvakt/bakvakt ved hjelp av telefon, calling eller lignende en gang hver dag og registrer tiden det går frem til kontakt oppnås
- gjennomgang av eventuelle registrerte avvik de siste 6 måneder på manglende svar på calling og lignende

Konstatering av avvik og merknader:

Lege – pleiepersonell-relasjonen:

Dersom virksomheten ikke sikrer forsvarlig kommunikasjon mellom behandlingsansvarlig(e) lege(r) og det pleiepersonale som skal observere pasienten på kirurgisk sengepost, vil dette være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

For at kommunikasjonen kan anses som forsvarlig må:

- sykepleier på sengepost informeres om de medisinske funn og vurderinger som gjøres av den/de lege(r) som undersøker og vurderer pasienten ved innleggelse
- sykepleier på sengepost informeres om medisinske vurderinger som er gjort i tilknytning til det per- og postoperative forløpet hos operasjonspasienter. Det vurderes som særlig viktig at avvik fra forventet forløp og forhold som gir økt risiko for postoperative komplikasjoner sykepleier blir kommunisert til sykepleier på sengepost
- sykepleier gjøres kjent med medisinske forordninger som er gitt av lege, og forutsettes utført av pleiepersonell. Eksempler på dette vil være bestilling og innhenting av svar på rtg/lab-undersøkelser, forordning av medikamentell behandling, forordning av særskilte kliniske observasjoner, m.v.

Dersom virksomheten ikke sikrer forsvarlige rutiner (praksis) for formidling av viktige pasientobservasjoner og rtg./laboratoriesvar fra sykepleier til lege, vil dette være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4..

Det er her forutsatt at annet underordnet pleiepersonell (hjelpepleiere og pleiemedhjelpere) rapporterer til sykepleier om aktuelle observasjoner, og at sykepleier formidler disse videre til behandlingsansvarlig lege. Denne premiss er likevel ikke til hinder for at også annet pleiepersonell kan formidle slike funn til behandlingsansvarlig lege.

Med viktige pasientobservasjoner og rtg./laboratoriesvar forstås her observasjoner, funn og prøvesvar som avviker fra det normale og som samtidig vil være av betydning for den videre medisinske behandling av pasienten å formidle til behandlingsansvarlig lege.

For at rutineene for formidling skal kunne anses som forsvarlige må det:

- være mulig for sykepleier å raskt kunne komme i direkte kontakt med behandlingsansvarlig lege. Dette betyr bl.a. at det må være funksjonelle calling/telefonsystemer som gjør det mulig for sykepleier å komme i kontakt med denne legen uavhengig av hvor vedkommende befinner seg. Videre må behandlingsansvarlig lege være tilgjengelig. Ift. tilgjengelighet anser man at samtidighetskonflikter vil kunne oppstå uten at dette kan anses som uforsvarlig. Gjentatte samtidighetskonflikter som medvirker til at behandlingsansvarlig lege som hovedregel ikke er tilgjengelig vurderes imidlertid ikke som forsvarlig
- være etablert praksis for at sykepleier, når dette er indisert, faktisk informerer behandlingsansvarlig lege om prøvesvar og observasjoner med en viss hastegrad
- at mottaker av prøvesvar og observatør/mottager av opplysninger om observasjoner, enten selv har faglige forutsetninger for å vurdere behovet for raskt å formidle disse til behandlingsansvarlig lege, eller konsekvent formidler slike opplysninger til behandlingsansvarlig lege uten unødig opphold
- at det i avdelingen er etablert rutiner for informasjonsoverføring av pleiefaglige observasjoner med lav hastegrad til lege(r) med behandlingsansvar. Eksempler på dette vil være visitt/previsitt og rutiner for at legene leser de deler av pasientjournalen som er ført av sykepleier/annet pleiepersonell.

Lege-lege-relasjonen:

Dersom virksomheten ikke sikrer at påtroppende lege er gitt, og/eller har tilgang til informasjon om pasienter ved sengepost som vedkommende har behandlingsansvar for, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

For at informasjonsoverføringen mellom behandlingsansvarlige leger ved vaktskifte skal kunne anses som forsvarlig forutsetter dette at avdelingen/legegruppen har faste rutiner for utveksling av pasientopplysninger om de pasienter den enkelte lege har behandlingsansvar for. Videre forutsetter det at oppdaterte pasientjournaler for disse pasientene er tilgjengelig.

Dersom virksomheten ikke sikrer at kommunikasjonen mellom for- og bakvakt er forsvarlig, vil dette være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

For at kommunikasjonen mellom for- og bakvakt skal anses som forsvarlig må det være etablert praksis for rapporteringsrutiner mellom vaktskiktene. I denne vurderingen må det legges vekt på at det er klart definert hvordan slik kommunikasjon skal foregå (muntlig /skriftelig, løpende/faste møter, tilfeldig /systematisk) og hvilke forhold/pasienter/problemstillinger som skal rapporteres fortløpende og hvilke forhold som kan vente til neste rapportmøte. Det må også foretas en vurdering av reell tilgjengelighet av bakvakt (samtidighetskonflikt) og ”kulturelle forhold” som terskel for tilkalling osv. Dette gjelder både nyinnlagte pasienter under utredning, og pasienter i oppfølgingsfasen der det oppstår forhold som kan representere komplikasjoner.

Dersom det ikke er forsvarlig kommunikasjon av de medisinske vurderinger som er gjort av lege ved annen enhet (annen avdeling) til lege som har behandlingsansvaret for pasienten, vil dette være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

Problemstillingen vurderes som relevant ift. akutt tilsyn fra annen spesialitet som ledd i utredning, og ved gjentatte vurderinger ved oppfølging av tilstander som krever annen særskilt kompetanse. Videre vurderes problemstillingen som relevant i forhold til pasienter som for eksempel på grunn av plassmangel er plassert i annen avdeling.

For at kommunikasjonen mellom spesialist ved annen avdeling som utfører medisinsk tilsyn på en pasient og lege som har behandlingsansvaret skal kunne anses som forsvarlig forutsetter dette at det er etablert praksis for kommunikasjon både skriftelig og muntlig. Det er sentralt at det kommuniseres klart hvilken problemstilling som er reist, hvilke funn og vurderinger som er gjort under tilsynet og ansvaret for oppfølging i det videre forløpet enten det er et ”engangstilsyn” med negativt resultat eller positivt funn der løpende bistand under oppholdet kan være aktuelt for vurdering av problemstillinger som ligger utenfor moderavdelingens kjernekompetanse.

Pleiepersonell – pleiepersonell-relasjonen:

Dersom virksomheten ikke sikrer at medisinske forordninger blir fulgt opp av pleietjenesten, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

For at avdelingens rutiner for oppfølging av medisinske forordninger skal kunne anses som forsvarlig må disse være utformet slik at man sikrer at medisinske forordninger blir ført og oppdatert i tråd behandlingsansvarlige leges anvisninger.

Dersom virksomheten ikke sikrer at påtroppende pleiepersonell er gitt, og/eller har tilgang til informasjon om pasienter ved sengepost som vedkommende har oppfølgingsansvar for, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

For at informasjonsoverføringen mellom pleiepersonell ved vaktskifte skal kunne anses som forsvarlig forutsetter dette at avdelingen/pleiepersonellgruppen har faste rutiner for utveksling av pasientopplysninger om de pasienter personellet har oppfølgingsansvar for. Videre forutsetter det at oppdaterte pasientjournaler for aktuelle pasienter er tilgjengelig.

Område 2: Formidling av resultater fra røntgen- og laboratorieundersøkelser til behandelende lege i hastesituasjoner

Krav om forsvarlig kommunikasjon av relevante og nødvendige opplysninger følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlige helsetjenester, jf. lovens § 3-2 om plikt til forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Plikten til å yte forsvarlige helsetjenester omfatter krav til forsvarlig organisering av virksomheten og tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å overholde sine lovpålagte plikter. I tillegg krever helselovgivningen at slike virksomheter som det her føres tilsyn med, har etablert ansvarsposisjoner (stillinger) som er tillagt ansvar for kommunikasjonsoppgaver. Det vises til kapittel 4 pkt. 4.2. Det vises også til kapittel 4 pkt. 4.5 vedrørende pasientjournalbestemmelser og pasientjournalens betydning i dette tilsynet

Tilsynet skal avdekke:

- om resultater fra bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser i hastesituasjoner formidles til behandelende lege innen den tid kravet til faglig forsvarlighet setter, herunder spesielt:
 - om patologiske svar meldes til vakthavende kirurg
 - om det avklart hvilket ansvar sykepleier har for å melde fra til lege om at prøvesvar foreligger (for eksempel nattetid)
 - om det dokumenteres at laboratorier og røntgenavdelingen har formidlet svar og eventuelt til hvem.

Beskrivelse av området

I mange sykehus er det etablert rutiner for varsling av rekvirerende lege, vakthavende lege(r) eller pasientens avdeling ved prøvesvar som indikerer alvorlig patologi og/eller som krever rask intervensjon (stor hastegrad). I den grad laboratorier og røntgenavdelingen formidler slike funn *telefonisk* til sengeposten, vil henvendelser om dette kunne bli mottatt av ”tilfeldig” helsepersonell og av merkantilt personell. Tilsvarende vil også *skriftlige* svar på røntgen og laboratorieundersøkelser bli mottatt av personell med varierende grad av medisinsk kompetanse. Et sentralt spørsmål blir da om slike svar er mottatt og uten unødvendig opphold formidlet til den legen som følger opp pasienten.

Verifikasjoner

- foreligger det dokumentasjon av at resultat er formidlet ? I så fall be om å få se et tilstrekkelig antall
- når virksomheten har beskrevet sine ordninger og praksis på området bør revisjonsleder og fagrevisor i fellesskap finne frem til relevante verifikasjoner og (eventuelt) gjennomføre et tilstrekkelig antall slike.

Konstatering av avvik og merknader

Dersom virksomheten ikke sikrer forsvarlig formidling av røntgen og laboratoriefunn formidles til behandlende lege, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

Område 3: Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling

Kravet om forsvarlig kommunikasjon av relevante og nødvendige opplysninger følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlige helsetjenester, jf. lovens § 3-2 om plikt til forsvarlig journal- og informasjonssystemer. Plikten til å yte forsvarlige helsetjenester omfatter krav til forsvarlig organisering av virksomheten og tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å overholde sine lovpålagte plikter. I tillegg krever helselovgivningen at slike virksomheter som det her føres tilsyn med, har etablert ansvarsposisjoner (stillinger) som er tillagt ansvar for kommunikasjonsoppgaver. Det vises til kapittel 4 pkt.4.2. Det vises også til kapittel 4 pkt.4.5 vedrørende pasientjournalbestemmelser og pasientjournalens betydning i dette tilsynet.

Tilsynet skal avdekke:

- om involvert helsepersonell kommuniserer relevant og nødvendig pasientinformasjon seg i mellom når pasienten er innlagt i intensivavdeling, herunder:
 - mellom anestesilege og kirurg
 - mellom sykepleier og kirurg
- om sykepleier på intensivavdeling kommuniserer relevant og nødvendig pasientinformasjon til sykepleier på sengepost når pasienten overflyttes fra intensivavdeling til vanlig sengepost

Beskrivelse av området

Med intensivpasient mener vi en pasient som får kompenserende hjelp ved svikt i en eller flere vitale organfunksjoner over tid. Oppholdets lengde varierer etter sykdom og behandling, men tidsaspektet er fra dager til måneder. I intensivmedisin deltar ofte en rekke legespesialiteter i behandlingen av den enkelte pasient. I følge *Standard for intensivmedisin* bør prosessansvar (gjennomgående ansvar for tilrettelegging av diagnostikk og terapi, samt for oppfølging) og resultatansvar (ansvar for sluttresultatet) for den enkelte pasient / grupper av pasienter ligge hos avdelingsoverlegen på den avdelingen som pasienten er innskrevet som i dette tilsynet vil si (gastro) kirurgisk avdeling. Avdelingsoverlegen på eieravdelingen (i de fleste tilfeller anestesivdelingen) har det overordnede medisinske ansvar for virksomheten ved intensivavdelingen. Medisinsk ansvar er et samlebegrep og omfatter flere elementer som kan ivaretas av en eller flere fagpersoner.

Det er viktig å undersøke om det er utarbeidet ”forpliktende avtaler” med klart definerte samarbeidsrutiner og ansvarsområder for involvert helsepersonell, herunder retningslinjer ved

faglig uenighet. Kommunikasjonen mellom anestesilege og kirurg vil i all hovedsak foregå muntlig ved møter, planlagte visitter, tilkalling og skriftlig via pasientjournalnotater. Kommunikasjon mellom sykepleier og kirurg vil foregå muntlig ved planlagte formiddagsvisitter og tilkalling.

Det må finnes kommunikasjonsprosedyrer i intensivavdelingen, slik at kvalifisert hjelp raskt kan tilkalles ved behov.

Hos en intensivpasient skal pasientjournaldokumentasjon i fri tekst inneholde:

- henvisningsnotat fra kirurgisk avdeling. Avslag på intensivbehandling må dokumenteres og begrunnes i journal
- innkomstnotat. Notatet skal inneholde en klinisk vurdering og indikasjonsstilling for behandling. Ved eventuelt begrensning i behandlingen skal dette anføres i notatet etter samråd med avdelingen der pasienten er innlagt
- løpende journalnotater. Disse skal skrives regelmessig og være systematiske. De bør inneholde kliniske vurderinger av pasientens tilstand, behandlingstiltak samt funn og konklusjoner ved viktige undersøkelser, tilsyn og behandlingstiltak
- Uskrivningsnotat. Alle pasienter som har ligget på intensivavdelingen skal ha et utskrivningsnotat ved overflytting til sengepost eller annet sykehus. Dette bør inneholde oppsummering med begrunnelse for utskrivning, status ved utskrivning og informasjon om pågående behandling.

I tillegg er det viktig at alle deler av pasientjournalen er kronologisk ordnet. Utover legens dokumentasjon i fri tekst skal også pasientjournalen dokumentere:

- fysiologiske målinger og kliniske tegn. Disse skal være ført på kurve for å vise endring over tid, slik at sammenhengen mellom pasientens tilstand og terapeutiske intervensjoner kommer frem
- ordinasjon av medikamenter, væske og andre terapeutiske tiltak registreres fortløpende og signeres
- regnskap over gitte legemidler, infusjoner m.v. også angivelse av tid. Døgndose av medikamenter skal angis. Væskeregnskap settes opp minst en gang pr. døgn
- prøvesvar. Visse sentrale laboratoriesvar bør påføres kurve (Hgb, blodgass, elektrolytter etc.) Det må fremgå av lokale retningslinjer hvem som har ansvaret for dette.

Det må finnes kriterier for overflytting av pasient fra intensivavdeling til sengepost.

Forsvarlig overflytting fra intensivavdeling til sengepost forutsetter for det første at pasienten har stabil vitalfunksjoner (respirasjon, sirkulasjon, bevissthet) og effektiv smertekontroll. En annen viktig forutsetning er at pasienten ikke har behov for behandling som ikke kan gis på sengepost.

Forsvarlig kommunikasjon mellom sykepleier på intensiv og sykepleier på sengepost må sikre:

- kunnskap om pasientens tilstand ved tilstrekkelig opplysninger om pasientens bevissthet, respirasjon, sirkulasjon, væskestatus / eliminasjon og den psykiske tilstanden
- informasjon om nødvendig utstyr og prosedyrer som er i bruk
- nødvendig opplæring av personalet.

Verifikasjoner

- Gjennomgang av 15 journaler på gastropasienter som har vært innlagt på intensivavdelingen i 2004

Konstatering av avvik og merknader

Dersom virksomheten ikke sikrer forsvarlig kommunikasjon mellom anestesilege og kirurg mens pasienten er innlagt på intensivavdelingen, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

Dersom virksomheten ikke sikrer forsvarlig kommunikasjon mellom sykepleier på intensivavdeling og kirurg for pasient som er innlagt på intensivavdeling, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

Dersom virksomheten ikke sikrer forsvarlig kommunikasjon mellom sykepleier på intensivavdeling og sykepleier på sengepost når pasienten overflyttes fra intensivavdeling til vanlig sengepost, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-2, jf. internkontrollforskriften § 4.

Område 4: Opplæring av nyansatte, vikarer og innleid helsepersonell

Krav om forsvarlig kommunikasjon av relevante og nødvendige opplysninger følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlige helsetjenester, jf. lovens § 3-2 om plikt til forsvarlige journal- og informasjonssystemer. Plikten til å yte forsvarlige helsetjenester omfatter krav til forsvarlig organisering av virksomheten og tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å overholde sine lovpålagte plikter.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 krever at den enkelte er gitt påkrevet opplæring for å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig og innehar tilstrekkelige kommunikasjonskunnskaper og ferdigheter innen de aktuelle områdene. Mangelfull opplæring kan føre til avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 3-10. Plikten til å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter er presisert i internkontrollforskriften § 4 c. Mangelfulle kommunikasjonsferdigheter hos nyansatte og vikarer kan medføre avvik fra forsvarlighetskravet jf. internkontrollforskriften § 4 c. Det vises til kapittel 4 pkt. 4.6.

Tilsynet skal avdekke:

- om nyansatte, vikarer og innleid helsepersonell har tilstrekkelige språkkunnskaper
- om nyansatte, vikarer og innleid helsepersonell får tilstrekkelig opplæring i bruk av og tilgang til pasientjournalssystemer og andre systemer for å sikre kommunikasjon av pasientopplysninger, herunder
 - tildeling av passord og koder
 - fysisk tilgjengelighet til datamaskiner.

Beskrivelse av området

Formelt blir helsepersonell som regel ansatt eller innleid av helseforetaket. I praksis vil det imidlertid ofte være den enkelte avdeling som har ansvar for tilsetting av helsepersonell og innleie av vikarer. Som en konsekvens av dette vil det faktiske ansvaret for å vurdere helsepersonellens skikkethet påhvile den enkelte avdeling.

Autorisasjon som helsepersonell innebærer en form for ”offentlig garanti” for at helsepersonellet oppfyller de formelle krav til utdanning og praksis som kreves innen yrket. En slik garanti har imidlertid vesentlige begrensninger, noe som gjør at arbeidsgiver i tillegg til å sjekke om helsepersonellet har gyldig norsk autorisasjon, også må forvise seg om at helsepersonellet har de nødvendige faglige kunnskaper og ferdigheter og på annen måte er skikket til stillingen. Norske språkferdigheter er ikke et vilkår for å få autorisasjon som helsepersonell. Helsepersonell i klinisk stillinger må kunne kommunisere både med pasienter og samarbeidende helsepersonell. For helsepersonell i kliniske stillinger må det derfor stilles krav om at disse innehar nødvendige språkferdigheter i norsk.

For at helsepersonell skal fungere tilfredsstillende i en helseinstitusjon kreves både nødvendig fagkompetanse og kjennskap til virksomhetens interne rutiner og ansvarsforhold. Dette krever at nyansatte og vikarer gis nødvendig opplæring.

Mange sykehus har tatt i bruk elektroniske kommunikasjons- og dokumentasjonsverktøy som krever særskilt opplæring og brukertilgang i form av ID-kort, passord etc. Eksempler på slike systemer er elektronisk pasientpasientjournal, elektronisk bildeforiming (rtg. bilder), interne telefon- og calling- systemer m.v.. Dette krever at nyansatte og vikarer gis nødvendig brukertilganger og opplæring.

Verifikasjoner

- gjennomgå innholdet i introduksjons-/opplæringsprogrammene for de ulike yrkesgrupper
- gjennomgå deltakerlister fra opplæringsmøter/-samlinger for nytilsatte dersom slike lister finnes (inntil 10 slike lister)
- gjennomgå 10 sjekklister for gjennomført opplæring (eller opplæringsprogram) for nytilsatte dersom slike lister finnes.

Konstatering av avvik og merknader

Dersom virksomheten ikke sikrer at nyansatte og vikarer har tilstrekkelig språkkunnskaper til å kunne kommunisere med annet helsepersonell og med pasientene, vil det være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller § 3-10, jf. internkontrollforskriften § 4 c.

Dersom virksomheten ikke sikrer nyansatte og vikarer tilstrekkelig opplæring i kommunikasjonsverktøy og/eller rutiner vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller 3-10, jf. internkontrollforskriften § 4 c.

Dersom virksomheten ikke sikrer nyansatte og vikarer tilgang til kommunikasjonsverktøy for å kunne kommunisere med annet helsepersonell, vil det være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og/eller 3-10, jf. internkontrollforskriften § 4.

Område 5: Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

Tilsynet skal holde fokus på forsvarlig kommunikasjonen med pasient/pårørende som forutsetning for forsvarlig behandling. God kommunikasjon med pasienten er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig behandling. Dette gjelder i forhold til å gi pasienten informasjon om helsetilstand, behandling og prognose, samt å få informasjon fra pasienten som er relevant for behandlingen. God kommunikasjon vil forutsette at det etableres et tillitsforhold og at kommunikasjonen skjer på en slik måte at pasienten både føler seg trygg til å gi opplysninger og er mottagelig for informasjonen.

Helsepersonell som yter helsehjelp har etter reglene i pasientrettighetsloven §§ 3-2 til 3-5 plikt til å informere pasientene/pårørende. Dette er blant annet en forutsetning for pasientens rett til å medvirke ved behandlingen og oppfølgingen etter pasientrettighetsloven § 3-1.

Det følger av helsepersonelloven § 21 flg, jf pasientrettighetsloven § 3-6, at helsepersonell skal hindre at andre får kjennskap til folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Virksomhetene må organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16.

Det skal ikke føres tilsyn med pasientenes rettigheter etter pasientrettighetsloven, men om kommunikasjonen i praksis er slik at den muliggjør faglig forsvarlig behandlingen etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Ved eventuelt avvik fra kravet til forsvarlig kommunikasjon etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 skal det også vises til aktuelle bestemmelse i pasientrettighetsloven §§ 3-1 til 3-5 eller spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 4.

Behandlingsansvaret til leger i sykehus omfatter å gi informasjon slik at pasienten kan medvirke ved behandlingen og oppfølgingen.

I helseinstitusjoner må informasjonen samordnes, og virksomheten skal utpeke hvem som skal samordne og gi informasjonen til pasienten/pårørende, jf. helsepersonelloven § 10. Det vises til kap. 4.2 vedrørende ansvaret til behandlingsansvarlig, journalansvarlig, pasientansvarlig lege og informasjonsansvarlig og forholdet mellom posisjonene, samt grenseflaten mellom helsepersonells ansvar og virksomhetens ansvar.

Innenfor virksomhetens styring og rammer vil det være opp til ansvarlig leder ved aktuelle avdeling/enhet å utforme det nærmere innhold og oppgavene til ”informasjonsansvarlig person” etter helsepersonelloven § 10, og hvordan denne funksjonen skal ivaretas når de ikke er på samme hånd som behandlingsansvaret og funksjonen som pasientansvarlig lege, jf. helsepersonelloven § 4 og § 16 og § 5 i forskrift om pasientansvarlige lege med mer. Det fremgår av merknaden til helsepersonelloven § 10 i Rundskriv I-20/2001 at det er ”...opp til virksomheten å utarbeide rutiner slik at denne bestemmelsen kan overholdes”. Det kan for eksempel være aktuelt med rutiner eller tiltak for å informere pasienter/pårørende med særlige behov.

Det fremgår av pasientrettighetsloven § 3-5 siste ledd at ”Opplysning om den informasjon som er gitt skal nedtegnes i pasientjournalen”. Det vises til veilederens punkt 4.5 vedrørende bedømmelsen av avvik fra journalforskriften.

Sykehus har også ansvar for opplæring av pasienter og pårørende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 4. Det fremgår av merknaden til bestemmelsen at ” Når dette nå tas med er det spesielt med tanke på behovet og viktigheten av opplæring til kronisk syke, der evne til mestring er helt avhengig av opplæring og er en helt nødvendig forutsetning for at pasient og pårørende skal kunne takle situasjonen etter utskrivningen. En god opplæring vil også bidra til å redusere komplikasjoner og til å bedre livskvaliteten for den enkelte”. Kravet til faglig forsvarlighet innebærer at det også vil være andre pasienter enn kronisk syke som må læres opp av sykehusene.

Tilsynet skal avdekke:

- om pasienter preoperativt mottar nødvendig informasjon om sin sykdom, prognose og behandlingsalternativer for å sikre forsvarlig behandling
- om det er lagt til rette for at pasienter kan gi relevante og nødvendige opplysninger
- om pasientene får formidlet alvorlige opplysninger uten at uvedkommende er tilstede
- om pasienter før utskrivning får informasjon om den behandling som er gitt, funn og komplikasjoner og annen informasjon som pasienten trenger i det videre forløpet.

Beskrivelse av området:

Forsvarlig behandling forutsetter som regel en trygg kommunikasjon mellom lege og pasient. Det følger av forsvarlighetskravet for virksomheter at sykehuset må legge til rette for dette. I enkelte faser av behandlingsforløpet i en kirurgisk avdeling er det et særlig behov for kommunikasjon og tilrettelegging for denne. Det gjelder preoperativt, postoperativt, ved utskrivelse og ved formidling av informasjon om alvorlig sykdom og prognose. Tilsynet skal fokusere på kommunikasjonen i disse fasene.

I mange sykehus ligger pasientene på flersengsrom og i praksis gis og innhentes helseopplysninger mens andre pasienter er i samme rom som for eksempel under visittgang. Tilsynet skal ikke generelt vurdere og bedømme arbeidsformen ”visittgang” i forhold til taushetsplikten.

Forsvarlig behandling vil som regel forutsette at pasienten kan gi relevant og nødvendig informasjon. For å sikre dette må virksomheten ha tilrettelagt for muligheten til samtaler på tomannshånd, og sikre at pasientene er informert om at de har adgang til å be om å få informasjon og å gi informasjon uten at uvedkommende er tilstede. Videre må virksomheten sikre at pasientene også faktisk får informasjon uten uvedkommendes tilstedeværelse når de ber om dette. Samtidig må det være en bevissthet hos de ansatte om nødvendig tilrettelegging som etterfølges i praksis.

Kravet om forsvarlig behandling innebærer at formidling av alvorlige opplysninger så som kreftdiagnoser, prognoser og behandlingsalternativer skjer uten at uvedkommende er til stede. Ved informasjon om alvorlig sykdom er det særlig viktig at det etableres et tillitsforhold og at kommunikasjonen skjer på en slik måte at pasienten både er mottagelig for informasjonen og føler seg trygg til å gi opplysninger. Gode rammer for kommunikasjon og en god behandlingsallianse vil i disse tilfellene kunne være avgjørende for å gi forsvarlig behandling. Det må forventes at sykehusene sikrer en organisering som ivaretar dette.

Verifikasjoner

- gjennomgang av legedokumentasjonen og sykepleiedokumentasjon i pasientjournalene til 15 pasienter som har fått diagnosen gastrointestinal cancer i løpet av år 2004 for å etterspore innhold og omfang av gjennomført kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter

Konstatering av avvik og merknader

Dersom virksomheten ikke sikrer at pasientene/pårørende preoperativt får nødvendig informasjon om sykdom, prognose og behandlingsoalternativer eller kan gi nødvendige opplysninger av hensyn til behandlingen, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 og internkontrollforskriften § 4.

Dersom virksomheten ikke sikrer at pasientene/pårørende postoperativt ikke får nødvendig informasjon om funn og alvorlige komplikasjoner vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. pasientrettighetsloven § 3-2 og internkontrollforskriften § 4.

Dersom virksomheten ikke sikrer trygg kommunikasjon mellom lege og pasientene om alvorlige forhold vil det være et avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. og internkontrollforskriften § 4.

Dersom virksomheten ikke sikrer at pasientene/pårørende ved utskrivning får informasjon om den behandling som er gitt, og nødvendig opplæring og informasjon som pasienten må ta hensyn til i den videre forløpet, vil det være avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2, spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr.4 og internkontrollforskriften § 4.

6. Gjennomføring

6.1 Generelt

Tilsynene skal gjennomføres som systemrevisjoner over to dager. Behovet for formøte må vurderes særskilt. Det vises til gjeldende prosedyre og rapportmal. Det er besluttet at tilsynet med kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling skal gjennomføres med regionale tilsynslag med bruk av fagrevisor. Det forutsetter utstrakt samarbeid mellom Helsetilsynet i fylkene både hva angår forberedelser og gjennomføring. Det forventes at tilsynene gjennomføres mest mulig likt for å sikre at forholdene blir tilstrekkelig grundig undersøkt og at bedømmelsen skjer på en mest mulig ensartet måte. Det er viktig at samarbeidet oppfattes som gjensidig forpliktende og at det legges til rette for størst mulig stabilitet når det gjelder sammensetningen av tilsynslagene.

6.2 Tilsynslag

Ved tilsynet bør tilsynslagene ikke ha mer enn 4 til 5 medlemmer. Statens helsetilsyn har bestemt at alle tilsynene innen hvert regionale helseforetak skal gjennomføres med samme revisjonsleder og med samme fagrevisor. Resten av laget må sammensettes slik at det blir ett gjennomgående lag der fortrinnsvis alle fylkene er representert. Dersom dette fører til at

tilsynslaget blir for stort, må det ordnes slik at det alltid er med en revisor fra det aktuelle fylket (en stedlig representant). Revisjonsleders ansvar opphører når endelig tilsynsrapport foreligger. Ansvar for oppfølging av avvik ligger hos Helsetilsynet i fylket, og bør skje i samråd med revisjonsleder.

Fagrevisorer

Fagrevisor skal være spesialist i gastrokirurgi. Fagrevisor bør ha en aktiv rolle både i forberedelsen og under intervju, verifikasjoner og intern oppsummering. Statens helsetilsyn utpeker fagrevisorer og sørger for opplæring. Det tas sikte på å gjennomføre opplæring av fagrevisorene i februar 2005. Statens helsetilsyn dekker utgiftene til lønn, reise og opphold for fagrevisorene i forbindelse med planlegging og gjennomføring av tilsynene. Hver region vil få tildelt en fagrevisor. Revisjonsleder har ansvar for den videre kontakten og samarbeidet med fagrevisoren.

6.3 Valg av virksomheter

Tilsynet skal rettes mot helseforetak som har akuttfunksjon innen gastrokirurgi og som behandler gastrointestinal cancer. Det er ønskelig å få en best mulig innsikt i de kommunikasjonsmessige forhold rundt disse pasientgruppene.

Det forventes at det gjennomføres 4 – 6 tilsyn i hver region. For øvrig forutsettes at tilsynsobjektene i hver region velges etter en risiko- og sårbarhetsvurdering.

6.4 Tidsramme

Det landsomfattende tilsynet med kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling skal gjennomføres innen 1. juli 2005. Det vil kreve effektiv planlegging og gjennomføring av tilsynene innen den enkelte region.

6.5 Adressat for melding om tilsyn og tilsynsrapporter

Statens helsetilsyn har besluttet at *helseforetakene* skal være adressatene for tilsynet. Det innebærer at varsel om tilsyn, rapport etter tilsyn og eventuell anmodning om lukking av avvik skal rettes til helseforetaket. Helseforetakene er i liten grad pekt ut som pliktsubjekter i helselovgivningen. Med få unntak er pliktene lagt på enten de regionale helseforetakene eller direkte på sykehusene. Valg av helseforetakene som adressat for tilsynet er gjort ut fra at disse, uavhengig av hvilken styringsmodell som er valgt, vil ha det overordnede ansvaret for virksomhetene. Helsetilsynet har lagt avgjørende vekt på å legge ansvaret for virksomhetens oppfølging av tilsynet til det nivå som har myndighet og ressurser til å rette opp eventuelle mangler. At helseforetakene skal være adressat for tilsynet betyr imidlertid ikke at de alltid er pliktsubjekt. Ved utforming av rapportene kan ikke avvik knyttes til helseforetaket i de tilfellene lovbestemmelsene f.eks. legger plikten til helseinstitusjonen.

6.6 Forslag verifikasjoner med mer

Pasientjournaler

Pasientjournaler vil være den viktigste kilden for de verifikasjonene som bør gjennomføres ved dette tilsynet. Resultatet må sammenholdes med opplysninger fra intervju og styrende dokument. Som nevnt under punkt 4.6 vil det kunne være behov for å skaffe seg kunnskap,

veiledning og tilgang til elektroniske journaler og kommunikasjonssystemer, samt bistand ved verifikasjon av journalene.

7. Rapportering

Det vises til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport og som finnes på henholdsvis *Losen: vår etat/felles fylkeslegemeny/tilsynsmeny for fylkeslegene/prosedyrer* og rapportmal *fil Ny/ generelt/fylkeslegemal*.

Gjeldende rapportmal skal benyttes. Det bes om at sammendraget i rapporten gir svar på hovedspørsmålene som er stilt i kapittel 5. I tilfelle det ikke gis avvik eller merknad, skal det i rapporten kun opplyses at det i forhold til det aktuelle område ikke er påpekt avvik eller gitt merknad.

Tilsynsrapporten og oversendingsbrevet skal sendes Statens helsetilsyn til e-postadresse ebs@helsetilsynet.no for å bli lagt ut på Statens helsetilsyns hjemmesider på internett.

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de erfaringer som er innhentet fra landsomfattende tilsyn 2004, komme tilbake til hvordan tilsynet med kommunikasjon for å sikre forsvarlig pasientbehandling skal oppsummeres i hver region og presenteres for de regionale helseforetakene.

8. Oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for det landsomfattende tilsynet.

9. Vedlegg

Vedlegg 1: Eksempel på sjekkliste for verifikasjon av pasientjournaler (En liste pr pasientjournal)

	Verifikasjonspunkt	Funn - Konklusjon
1	Er den tilgjengelig innen akseptabel tid for alle med behov? Hvis nei, løser bruk av for eksempel prejournal informasjonsbehovet?	
2	Kommer journalnotater, operasjonsbeskrivelser, prøvesvar, m.v. raskt nok inn i journalen slik at de blir tilgjengelig for alle med behov?	
3	Er pasientjournalen med bilag slik den (faktisk) foreligger et tilstrekkelig godt redskap for kommunikasjon mellom helsepersonell på de områder pasientjournalen er tiltenkt denne funksjonen?	
4	Foreligger det tilstrekkelige journalnotater i forbindelse med overflytting av pasienter fra for eksempel intensivavdelingen til vanlig sengepost?	
5	Er det dokumentert skriftlig om pasienten preoperativt har mottatt nødvendig informasjon om sin sykdom, prognose og behandlingsalternativer til å kunne medvirke?	
6	Er det dokumentert skriftlig om pasienten før utskrivning har fått informasjon om den behandling som er gitt, funn og komplikasjoner og annen informasjon som pasienten trenger?	