



# Erfaringer med å være Tilsynsobjekt

Arthur Revhaug  
Klinikkssjef  
UNN HF

# Personlige refleksjoner etter å ha vært objekt mange ganger....

- Landsomfattende eller andre systemrevisjoner fra Helsetilsynet
- Eget ønsket tilsyn med virksomheten
- Tilsynet eget initiativ etter "pasienthistorier"



Det kommer melding om at det skal foretas:

- *”Landsomfattende tilsyn med helseforetak som har...”*
- *Melding om tilsyn med virksomhet...*



# Hva er målet?

- Kvalitetsbedring?
- Kontroll?

# Hva skjer før "det" kommer?

- Gjennomgang av rutiner
- Masse dokumentasjon forberedes
- Oppdateringer og annet viktig kvalitetsarbeid gjøres
- Bevisstgjøring på retningslinjer, lover, etc, hos de ansatte
  
- Motivasjon av medarbeidere
  - "de er ikke ute etter å TA dere..!" etc
  
- og så kommer "Tilsynet"



# Hva skjedde?

- "Tilsynet" kommer !
- De er korrekte og høflige.
- Tilsynet snakket med noen utvalgte og representative og tilfeldig utvalgte ansatte, leste journaler, - og vurderer etter sin mal for revisjonen.



# Hvordan oppleves det?

- Det oppleves som kontroll av de ansatte
- Kommunikasjonen er ”juridisk”
- Opplevs av de ansatte som personlig kontroll



# Hvordan oppleves det?

- Opplysninger som virksomheten oppfatter som viktige, men som ikke passer inn i malen "oppfattes" ikke..?



# Noen uker etter.....

- Kom rapporten fra tilsynet.....
  - Vi får x avvik og y merknader
  - ( som vi allerede var orientert om ved besøket)
  - Vi kunne kommentere disse.....



# Hva gjorde vi da?

- Startet å lukke avvikene!
- Dvs. justerte våre rutiner og ordninger slik at de er korrekte.



# Hva lærte vi?

- At de ansatte forstår behovet for bedre skriftlige og praktiske rutiner.
- Noen av disse oppfattes som helt klart viktige for pasientene!
- Andre oppfattes som uvesentlige for pasientbehandlingen
- Vi tror har nå dette slik det skal være.



## **Slakter UNN-rutiner!**

***Uforsvarlig journalsystem, manglende signering ved medisinnuttak, uklare ansvarsforhold og manglende opplysninger om informasjon gitt pasientene. Det er situasjonen ved gastrokirurgisk avdeling, UNN.***

**Av: [Merethe Ekanger](#)**

Eller slik...

# LOVBRUDD

ved fødeavdelingen





# Effekten...

- Andre ansatte og pasienter oppfatter at vi er alvorlige lovbrøyttere.....
- Opplevelsen skaper uro og mistillit hos pasienter som ikke har grunn til å være urolige!
- De ansatte overbeskytter seg mot mulige "feil".



# Hvor dårlige er/var vi?

- Neppe dårligere på dette enn andre avdelinger internt, - og ved andre sykehus landet om de hadde fått tilsyn.



# Hva gjør vi nå?

- Prøver å vedlikeholde rutinene og praksis.
- De ansatte har blitt redde.
- Forsøker å normalisere drift og adferd.



# Hva annet lærte vi?

- At de problemene som vi oppfattet som potensielle farer for pasientene og som ble formidlet "Tilsynet" .....passet ikke inn i malen for det aktuelle tilsyn.....og ble ikke tatt tak i.
- At media kun er opptatt av å selge overskrifter.












### Ventelistehåndtering i K3K klinikken

Versjon: 1  
 Gyldig fra: 15.03.2011

#### Dokumenter som inngår i denne samlingen

**Gyldig fra**

 PR22019 - Ventelistehåndtering i K3K	30.03.2011
 SJ3789 - Ventelisteansvar og rapporteringsansvar- oversikt over prosedyrer og kontrollskjema	04.04.2011
 PR27932 - Veiledning for å rette opp manglende feil eller feil utfylling av datofelter i henvisninger på venteliste	28.03.2011
 PR27713 - Veiledning for å rette opp manglende data/ feil utfylling i kontaktbildet	15.03.2011
 PR27714 - Veiledning for å rette opp manglende ventelisterregistrering på henvisningen for pasienter som allerede har påbegynt behandling	15.03.2011
 PR27715 - Veiledning for kontroll av øyeblikkelig hjelpsinntegninger mot venteliste	15.03.2011
 PR27717 - Veiledning for kontroll av fristbrudd som mangler venteliste sluttdato	15.03.2011
 PR27718 - Veiledning for kontroll av henvisninger som står åpen uten at det er planlagt flere oppmøter	16.03.2011
 PR27719 - Veiledning for kontroll av planlagte kontakter der oppmøtetiden er gått ut	16.03.2011

## Ventelisteansvar og rapporteringsansvar- oversikt over prosedyrer og kontrollskjema, UNN HF

Klinikk:

Avdeling/ seksjon:

Enhet/ fagområde:

**SPESIALRAPPORTER**

RAPPORTANSVARLIG:

RAPPORTERER TIL:

Prosedyre navn	DIPS Rapport id	Formål	Prosedyre Doc Map	Frist rapportering	Merknad
Uttrekk av henvisninger som er satt på venteliste i DIPS	S- 1007754	<ul style="list-style-type: none"> <li>Å kartlegge mønsteret for legenes prioriteringer og å prosentberegne antallet vurderte henvisninger med rett til prioritert helsehjelp samt fange opp avvik i måten legene prioriterer på</li> </ul>	<a href="#">PR 24140</a>	28. i hver måned	<a href="#">Kontrollskjema SJ 3779</a> skal benyttes
Uttrekk av henvisninger med tentativ diagnosekoder for stikkprøvekontroll av prioriteringer	S- 1007394	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stikkprøvekontroll av legenes prioriteringer</li> </ul>	<a href="#">PR 24142</a>	28 hver 3. måned	<a href="#">Kontrollskjema SJ 3780</a> skal benyttes Denne rapporten forutsetter at legene benytter tentativ diagnose når de vurderer henvisninger.
Identifikasjon av og sikring av informasjon til pasienter med risiko for å overskride tentativ oppmøtetid	D- 4829	<ul style="list-style-type: none"> <li>Å sikre at pasienter med risiko for å overskride utgått tentativ oppmøtedato identifiseres</li> <li>Å sikre at pasienter uten rett til prioritert helsehjelp med risiko for utgått tentativ oppmøtedato informeres hvis forventet tidspunkt for behandling/ undersøkelse overskrides</li> </ul>	<a href="#">PR 24141</a>	28. i hver måned	Kontrollskjema skal benyttes. Tilpasset kontrollskjema og rapporteringsprosedyrer må utarbeides av den enkelte enhet.
Uttak av rapport for oversikt over personlige arbeidsgrupper i DIPS	D- 3966	<ul style="list-style-type: none"> <li>Å sikre oversikt og kontroll over legenes personlige arbeidsgrupper i DIPS</li> </ul>	<a href="#">PR 23743</a>	Innen den 30. i hver måned	Rapportuttrekk delegeres fra avdelingsleder etter behov. Bør kjøres månedlig kontroll.



# Konklusjoner:

- Tilsynets revisjoner er viktige.
- Det er ikke tvil om at det er kontroll
- Jeg fortsetter å oppfatte Tilsynet som vår viktigste medspiller for å sikre kvalitet

# Tankefors:

- Hvordan kan spesialisthelsetjenesten og tilsynsmyndigheten samvirke best mulig for bedret kvalitet?
- Hva skal vi gjøre med de områdene som vi oppfatter som "risikoområder"?
- Hvordan skal vi dokumentere de økte ressene som lovpålagte oppgaver krever at vi skal ivareta?