

5 :

Stedlig tilsyn etter alvorlig hendelse – bør benyttes oftere

*Artikkelen er skrevet av Helga Arianson,
fylkeslege hos Fylkesmannen i Vestland*

Fylkesmannen i Hordaland (Vestland fra 2019) har hatt som mål å gjennomføre flere stedlige tilsyn etter alvorlige hendelser. I 2018 valgte vi dette etter fem alvorlige hendelser. I fire av sakene døde pasienten. Fire saker har kommet til oss ved at virksomheten har varslet Statens helsetilsyn som igjen har sendt sakene til oss. I ett tilfelle ba de oss om å gjennomføre stedlig tilsyn. I de andre har vi selv valgt dette.

Stedlig tilsyn i akuttmottak

En mann på 40 år med smerter i brystet og mistanke om hjerteinfarkt ble innlagt akuttmottak og undersøkt raskt av triagelege som gav ham oransje hastegrad. I påvente av videre observasjon og oppfølging av sykepleier og lege ble han plassert på et eget rom. Rutinen er at pasienter med oransje hastegrad skal observeres av sykepleier og ses til av lege innen 15 minutter. På grunn av høy aktivitet og mange pasienter med rød hastegrad ble han ikke tilsett før etter 90–100 minutter. Da fant de ham død. Alarmen hadde vært utløst og kvittert ut. Det var ikke større aktivitet i mottaket enn en vanlig dag. Beredskapsrutinen var ikke benyttet.

Vi intervjuet 11 personer i fire klinikker og gjennomgikk relevant dokumentasjon. Akuttmottak er en kompleks organisasjon, og det hadde pågått omlegging av driften i to år. Primærvaktordningen (leger) var et samarbeid mellom tre medisinske klinikker og mottaksklinikken. Legene var presset og de rakk ikke å gjøre alle oppgavene. Det var daglig flere pasienter som trengte lege straks enn de var leger i primærvaktsjiktet. Det oppsto derfor jevnlig samtidighetskonflikter både for legene og sykepleierne. Sengepostene tok ikke imot pasienter som var klare til å bli flyttet, slik at disse opptok kapasitet i mottak. Både leger og sykepleiere hadde varslet om at disse forholdene førte til at pasientsikkerheten var truet. De hadde varslet om at det daglig hendte at pasienter med oransje hastegrad (alvorlig syke pasienter) måtte vente mer enn en time på legeundersøkelse. I følge avviksmeldingene hadde flere oransje pasienter ventet betydelig lengre, en hadde ventet i 8 timer.

Vi fant ut at ledere på alle nivå var kjent med avviksmeldingene og at pasientsikkerheten var truet. Det hadde vært forsøkt flere tiltak, men ingen hadde ført til nødvendig bedring. Både leger og sykepleiere var blitt vant til at rutiner ikke kunne etterleves.

Når vi får sakene som varselsaker får vi tidlig informasjon og kan gjennomføre undersøkelsene raskt, oftest innen en uke.

Under tilsynet forsto vi at det var ledere som var uenige i omorganiseringen som pågikk. Vi så at flere ledere ikke hadde forstått alvorret i meldingene. Vi oppfattet det som at noen av disse ikke hadde forstått hvilket ansvar de hadde¹.

Å konkludere med at pasienten ikke hadde fått forsvarlig behandling var ikke vanskelig. Utfordringen var å plassere ansvaret for svikten rett. Vi kom til at de legene og sykepleierne som var på vakt i akutt-mottaket denne dagen ikke kunne lastes. De hadde prioritert så godt de kunne, men det var ikke mulig å gi forsvarlig hjelp til alle. Tre klinikkdirektører og administrerende direktør fikk ansvaret for svikten. De hadde kjent til at det var økt pasientrisiko i nesten to år. Det var gjort forsøk på å få til endringer, men det hadde ikke lyktes.

Rask saksgang er viktig og nyttig for alle parter

Når vi får sakene som varselsaker får vi tidlig informasjon og kan gjennomføre undersøkelsene raskt, oftest innen en uke. Hvis politiet undersøker saken, må vi avklare med dem at vi kan starte ut tilsyns-saken. Det har så langt ikke bydd på problem.

Vi har utarbeidet en prosedyre og har pekt på de fagpersonene som skal delta i stedlige tilsyn. Teamet settes sammen straks og det tas kontakt med virksomheten. Dette krever at både en som kan lede arbeidet (revisjonsleder) og relevant fagpersonell rydder plass. Så langt har vi klart dette. I prinsippet blir undersøkelsen gjennomført som en systemrevisjon der vi intervjuer personell og ledere som har vært involvert eller har et ansvar i linjen. Vi ber om pasientjournal og avtaler tidspunkt for intervju. Som regel har vi kjennskap til avdelingen eller institusjonen fra tidligere. Dette er svært nyttig bakgrunnskunnskap som gir grunnlag for hvilke spørsmål som kan være viktige å stille i ulike intervju for å få belyst mest mulig av sakskomplekset. På dette grunnlag og ut fra det vi vet om hendelsen forbereder vi spørsmål og bestemmer hvem vi skal snakke med. Avtaler gjøres muntlig på telefon med en kontaktperson i virksomheten og programmet sendes over når det er klart.

Pårørende involveres alltid tidlig

Vi informerer pasient eller pårørende om tilsynet og avtaler hvordan de vil involveres. Noen ønsker møte, men de fleste har ønsket å bli holdt skriftlig orientert og få mulighet til å uttale seg til den foreløpige rapporten.

¹ Mann fekk ikkje forsvarleg behandling og døydde. Avgjerd i tilsynssak – Helse Bergen HF Haukeland universitets-sjukehus. Rapport fra Fylkesmannen i Hordaland. Bergen: Fylkesmannen i Hordaland, 2018.

Helsepersonellet gir uttrykk for at de er glade for at vi kommer så fort og for at de kan forklare seg muntlig.

Hendelsen blir fort og godt opplyst

Vi møter sjelden motstand fra helseforetakene mot å gjennomføre tilsynet slik. Noen ganger må ett eller to intervju utsettes på grunn av praktiske forhold. Helsepersonellet gir uttrykk for at de er glade for at vi kommer så fort og for at de kan forklare seg muntlig. Under besøket i institusjonen ber vi også om ytterligere skriftlig dokumentasjon, noen ganger på bakgrunn av informasjon i intervjuene. Fordi vi har et systemperspektiv i tilsynet, undersøker vi også organisatoriske forhold, ansvarsforhold og rammebetingelser og ikke bare selve hendelsen. Selv om vi også undersøker individers handlinger, vil disse bli satt i sammenheng med hvordan ledelsen har lagt til rette for helsepersonellet der hendelsen fant sted. Både pårørende og tjenesten får utkast til rapport til gjennomlesing og spiller ofte inn momenter eller fakta som vi tar hensyn til i den endelige rapporten.

Komplekse organisasjoner og hendelser

Denne måten å gjennomføre et tilsyn på krever mer enn en skriftlig saksbehandling. Det krever evne til å improvisere, til å forstå og etterspørre rett informasjon. Det krever at en forstår kompliserte organisasjoner og kan forholde seg til komplekse hendelseskjeder. Alvorlige hendelser i et sykehus har nesten alltid sammensatte årsaker. En ting er å vurdere om behandlingen har vært forsvarlig. En helt annen ting er å plassere ansvaret rett. Vår vurdering er at det ofte er det som er mest krevende.

Fleksibilitet gir gevinst

Vår erfaring er at selv om denne måten å gjennomføre et tilsyn på krever rask aksjon og fleksibilitet både fra oss og fra tjenestene, er det svært nyttig. Saken blir helt klart bedre opplyst. Vi kan vurdere og konkludere mye raskere enn ved skriftlig saksbehandling. Dette vet vi er bra for pårørende og pasienter, men også for helsepersonellet. Helsepersonell reagerer sterkt når de deltar i en behandling der de «mister» en pasient. Å gå lenge med en uavklart situasjon om hvordan dette blir bedømt, er en påkjenning som ikke skal underverdes. Vår vurdering er at vi ikke bruker nevneverdig mer ressurser ved denne måten å gjennomføre et tilsyn på enn ved en ordinær skriftlig saksbehandling, men ressursbruken er uforutsigbar og konsentrert.

