

Oppsummering av landsomfattende tilsyn
2019/2020 med somatiske spesialisthelsetjenester
til utlokaliserte pasienter

Pasienter på «feil avdeling»

- helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten



Innhold

Sammendrag	4
Del 1	
Helsetilsynets oppsummering og vurdering	7
1 Helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten	8
2 Mangelfull risikostyring i de fleste helseforetakene	14
3 Statens helsetilsyns vurderinger	29
4 Statens helsetilsyns forventninger og anbefalinger	32
Del 2	
Tilsyn virker. Artikler fra tre helseforetak som har vært omfattet av tilsynet med utlokalisering	34
5 Tilsyn ved Helse Bergen HF – helsehjelp til utlokaliserte pasienter	35
6 Tilsyn ved Stavanger universitetssjukehus – helsehjelp til utlokaliserte pasienter	38
7 Landsomfattende tilsyn med utlokaliserte pasienter - erfaringer fra St. Olavs hospital	40
8 Litteratur	42
9 Samisk og engelsk sammendrag	44

En historie om en pasient som døde på «feil avdeling»

«Lungepasient ble plassert på nyreavdeling. Døde etter seks dager.»
Aftenposten, 19.06.2016, oppdatert 21.06.2016.

Pasienten, en kvinne i slutten av 60-årene, hadde en kronisk lungesykdom. Da hun ble alvorlig syk og innlagt på sykehus, var det ikke ledig plass på lungeseksjonen. Pasienten ble derfor lagt på nyreseksjonen. Rutinen var at nyrelegene hadde det medisinske ansvaret for pasienten. Pårørende fortalte til Aftenposten at pasienten hadde blitt stadig sykere i løpet av oppholdet. Hun hadde forsøkt gjentatte ganger å få tilsyn av lungespesialist, men dette skal ha blitt avvist. Hun ble stadig reddere, ifølge de pårørende. Hun hadde skrevet på Facebook og sendt sms til pårørende om sin bekymring. Ifølge pasient- og brukerombudet hadde pasienten, med sin egen kunnskap om sykdommen, allerede første dagen sagt at den foreskrevne medisinen neppe ville ha noen virkning. Pasienten lå på nyreavdelingen i seks dager før hun døde av sykdommen. Statsforvalteren konkluderte i tilsynssaken med at tiltak som ble iverksatt ikke klarte å fange opp alvorlighetsgraden i pasientens sykdomstilstand eller behovet for nødvendig utrednings- og behandlingstiltak. Sykehuset innrømmet at pasienten ikke fikk den spesialistkompetansen hun skulle hatt. ●

Sammendrag

Overbelegg og plassmangel kan sette pasientsikkerheten på strekk

Plassmangel og overbelegg er ikke uvanlig på norske sykehus. Praktiske måter å løse dette på kan være å skrive ut pasientene raskt etter at de er ferdigbehandlet, å plassere dem på korridoren, å legge flere pasienter på hvert rom eller å flytte pasienten til en avdeling eller sengepost som har ledig kapasitet. Det siste omtales gjerne som utlokalisering.

Statsforvalterne gjennomførte i 2019 landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten og undersøkte om helseforetakene oppfattet utlokalisering som en situasjon som gir økt risiko for svikt i helsehjelpen. De undersøkte også om helseforetakene hadde iverksatt tiltak for å redusere risiko, både på overordnet og utøvende nivå.

Det skal ikke være tilfeldig hvilke pasienter som blir flyttet hvor

Pasienter skal ha gode og trygge helsetjenester også når de på grunn av plassmangel blir overført til en avdeling som ikke har fagspesifikk kompetanse til å behandle deres helseproblem. Overføringer mellom, og samarbeid på tvers av organisatoriske enheter, kan true pasientsikkerheten.

Risikoen for komplikasjoner og uønskede hendelser øker ytterligere dersom pasienter blir flyttet til sengeposter som ikke har spesifikk kompetanse på pasientenes helseproblem. For å redusere risikoen må sykehusledelsen ha god oversikt, tydelige planer og kriterier og ta aktive grep som kan forebygge at pasientene får utilstrekkelig helsehjelp, og at det skjer uønskede hendelser. Helseforetakene skal ha overordnede kriterier for hvilke pasientgrupper det er *minst* risiko å flytte, og det skal være avklart *hvor* pasienter kan flyttes.

Helsetilsynet forventer også at helseforetakene legger til rette for nødvendig informasjonsutveksling mellom de aktuelle enhetene, og at pasientene blir fulgt opp av helsepersonell med rett kompetanse.

Åtte av ti helseforetak oppfattet utlokalisering som normalsituasjon, ikke som et risikoområde

I 2 av de 10 helseforetakene som var omfattet av tilsynet, ble det ikke avdekket lovbrudd. Felles for disse var at risiko ved utlokalisering var erkjent og håndtert, både på overordnet og tjenesteutøvende nivå.

Ved 8 av de 10 undersøkte helseforetakene var ikke praksis ved utlokalisering resultat av systematisk styring. Helseforetakene oppfattet utlokalisering som en normalsituasjon og hadde lite oppmerksomhet >

rettet mot den økte risikoen det fører til for pasientene. De manglet fungerende sikkerhetsbarrierer for å hindre svikt i pasientbehandlingen.

Tilsynet viste at helseforetakene hadde gjort få risikovurderinger, og iverksatt få tiltak for å sikre gode og trygge tjenester for pasienter som var plassert på «feil avdeling». De fleste helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig oversikt over *hvor* mange pasienter som var plassert på andre avdelinger, og *hvor i sykehuset* disse pasientene var.

Konsekvenser kunne være at pasienter fikk forsinket legevisitt, eller at de noen ganger ikke fikk visitt i det hele tatt. Pasientene kunne også få mangelfull oppfølging av sykepleiere og leger med rett kompetanse til å behandle deres aktuelle helseproblem.

Et annet gjennomgående funn var at helsepersonell som jobbet pasientnært, hadde større bevissthet om risiko og ulemper ved utlokalisering enn hva ledelsen hadde. Helsepersonellet forsøkte ofte å redusere risikoen med ad hoc-løsninger, både individuelt og på gruppenivå. Særlig sykepleierne opplevde utlokalisering som en belastning, både mentalt og fysisk.

Pasientene ble sjelden vurdert individuelt og konkret med tanke på risiko ved utlokalisering. Der tilsynet fikk informasjon om at slike vurderinger ble gjort, var det sjelden dokumentert i journalen. I noen av helseforetakene kunne nye pasienter i akuttmottaket bli plassert der det var en ledig seng, uten at det ble gjort en konkret og individuell vurdering eller uten at ansvarlige leger og sykepleiere ble involvert. Pasienter fikk ikke alltid informasjon om at de ble lagt på «feil» sengepost eller hva det kunne innebære. Det ble sjelden dokumentert at informasjonen var gitt.

Formål med avvikssystemene i helseforetakene er å identifisere uønsket praksis, inkludert risikoområder, for å gjøre nødvendig forbedring i tjenestene. Tilsynet avdekket at det var registrert svært få avvik som åpenbart kunne knyttes til utlokalisering. Dette til tross for at helsepersonell i intervju fortalte at de jevnlig meldte avvik, for eksempel om manglende eller forsinket legevisitt.

Helsetilsynet ser alvorlig på at pasienter på «feil avdeling» ikke er sikret trygge og gode helsetjenester

Helsetilsynet ser alvorlig på at de fleste av foretakene ikke hadde sikret at disse pasientene fikk helsetjenester i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet.

Tilsynet har avdekket at de fleste helseforetakene ikke vurderte at utlokalisering var forbundet med risiko. Dette tyder på at foretakene kan ha en vei å gå for å forbedre og integrere pasientsikkerhet i >

virksomheten. Både ledere og medarbeidere skal ha en beredskap for å forutse, identifisere, forebygge og håndtere risiko.

Tilsynsmyndigheten har merket seg at foretakene som var omfattet av tilsynet, er godt i gang med nødvendig og til dels omfattende forbedring av tjenestene (se eksempler i artikler skrevet av tre helseforetak i del 2 av rapporten). Vi forventer at alle helseforetakene fortsetter å jobbe med forbedringer kontinuerlig og sørger for at pasienter som er plassert på en annen avdeling enn der de hører hjemme får forsvarlige tjenester.

Helsetilsynet forventer også at

- de regionale helseforetakene bidrar til læring og erfaringsoverføring mellom sykehus og helseforetak i egen region i etterkant av dette tilsynet
- helseforetakene gjør risikovurderinger av egen praksis når det er overbelegg og må overføre pasienter til andre avdelinger og sengeposter
- helseforetak som ikke har vært omfattet av dette landsomfattende tilsynet, bruker egne avviksmeldinger, statsforvalternes tilsynsrapporter, denne oppsummeringsrapporten og Helsetilsynets veileder (2) i eget forbedringsarbeid •

Del 1

HELSETILSYNETS OPPSUMMERING OG VURDERING

1

Helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten

Tilsynsmyndigheten vil med dette landsomfattende tilsynet bidra til økt bevissthet om pasientsikkerhet og risiko ved utlokalisering, og om muligheter for å gjøre pasientbehandlingen tryggere med risikoreducerende tiltak.

I dette kapitlet oppsummerer vi bakgrunnen og begrunnelsen for at vi valgte dette som tema for tilsynet.

En pasient som er utlokalisert, er i dette tilsynet en innskrevet pasient som på grunn av plassmangel mottar spesialisthelsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk medisinsk-faglig og sykepleiefaglig kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

1.1 Hva er utlokalisering?

Det er et gjennomgående prinsipp i spesialisthelsetjenesten at helsepersonell med spesifikk fagkompetanse (spesialitet eller spesialutdanning) skal behandle og følge opp pasienten. Dette prinsippet angir hvilken sengepost pasienten normalt skal ligge på. Legene som har fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem, beholder som regel det medisinske ansvaret.

1.2 Når blir pasienter utlokalisert?

Utlokalisering skjer når det er fullt på den sengeposten pasienten skulle fått behandling, og det er ledig plass på andre sengeposter. Plasseringen kan skje direkte fra akuttmottaket. Alternativt kan «riktig» sengepost frigjøre en plass ved å overføre en pasient som allerede er på sengeposten til en annen sengepost slik at pasienten fra akuttmottaket får plassen. Sengeposter som ofte har overbelegg, har gjerne «flyttelister», dvs. en oversikt over pasienter som kan flyttes dersom en akuttpasient trenger plassen.

1.3 Risiko ved utlokalisering av pasienter

Pasientsikkerheten i sykehus skal være ivaretatt uansett hvordan helseforetaket er organisert, og uansett hvordan de løser utfordringer med plassmangel og overbelegg.

Utlokalisering av pasienter kan være et forsvarlig alternativ ved overbelegg. Det forutsetter at helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde og styrer og følger opp særskilt. Risikoreducerende tiltak må være iverksatt. For eksempel må helseforetaket ha på plass overordnede kriterier for utlokalisering, oversikt over pasienter som er plassert på en annen avdeling enn moderavdelingen, ha avklart hvem som har medisinsk-faglig ansvar for pasienten og ha plan for overføring av kompetanse til mottageravdelingen. >



«Risikoen øker ytterligere når pasienter blir flyttet til sengeposter som ikke har fagspesifikk kompetanse på hens aktuelle helseproblem.»

Selv om norske sykehus generelt sett gir trygge tjenester av høy kvalitet, er helsetjenesten en høyrisikovirksomhet (1). Kompleksiteten er stor med mange spesialiserte profesjonsgrupper involvert og avansert utstyr og teknologi. Behovet for kommunikasjon og samhandling er omfattende, både internt på samme sengepost og mellom sengeposter og enheter andre steder i sykehuset. Ved utlokalisering av pasienter øker kravene til sikkerhetstiltak, og ledere og medarbeidere må ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. De som har medisinsk ansvar for den enkelte pasient, må vurdere helt konkret om hen vil få like god behandling på en annen avdeling.

Pasientsikkerheten kan bli satt på strekk ved overføringer mellom og samarbeid på tvers av organisatoriske enheter. Risikoen øker ytterligere når pasienter blir flyttet til sengeposter som ikke har fagspesifikk kompetanse på hens aktuelle helseproblem. Dersom helsepersonellet ikke har oppdatert kunnskap og ferdigheter, kan alvorlige symptomer bli oversett, undervurdert eller underrapportert – noe som igjen kan innebære manglende eller utilstrekkelige behandlingstiltak og at pasienten får mangelfulle helsetjenester.

I Norge har det vært lite oppmerksomhet om risiko ved utlokalisering, og det finnes lite oppsummert kunnskap om temaet. Den tidligere Meldeordningen i Helsedirektoratet publiserte i 2016 et læringsnotat om pasientsikkerhet på «feil avdeling» (17). Meldinger om uønskede hendelser viste at utlokalisering av pasienter øke risikoen på tre områder:

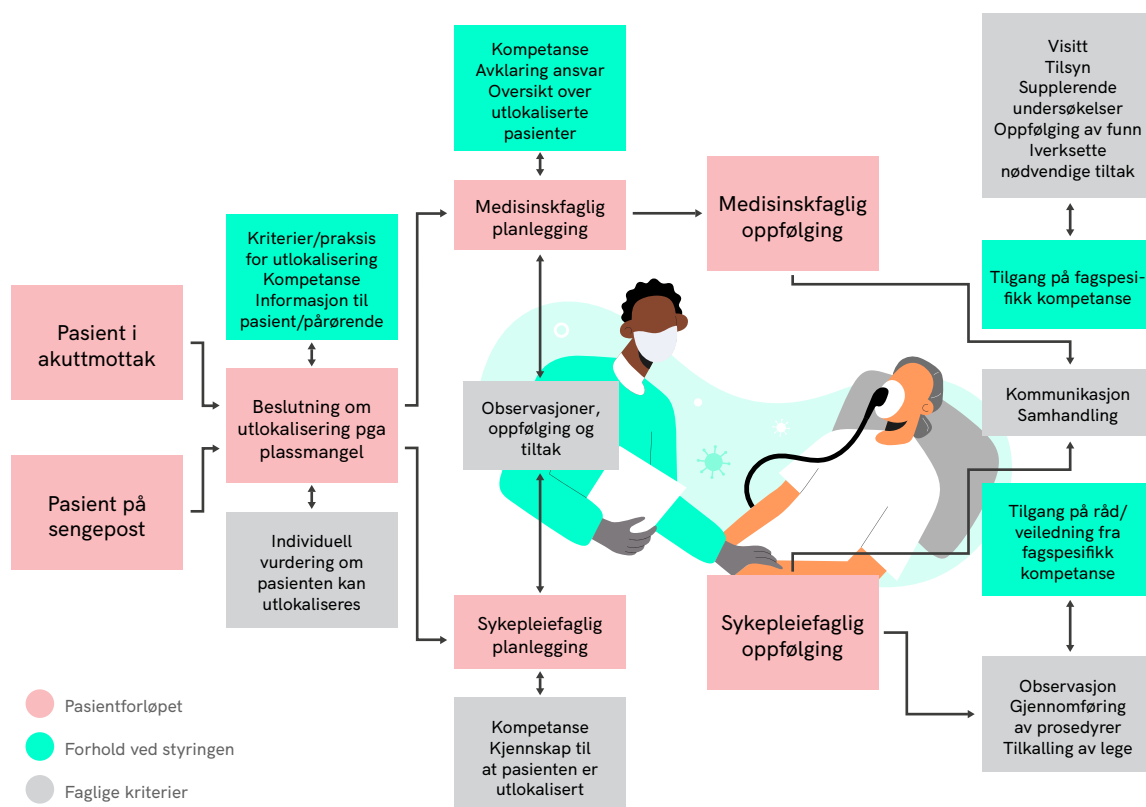
- **uklarheter om medisinsk ansvar**
- **manglende tilgang til kompetanse, utstyr og teknologi**
- **manglende observasjon og oppfølging**

En rekke utenlandske artikler beskriver at utlokalisering (20, 22, 24, 26) innebærer økt risiko for redusert kvalitet, redusert effektivitet, dårlig arbeidsmiljø og redusert pasientopplevd kvalitet (15). Redusert kvalitet i faglige vurderinger og forsinkelser i forløpet innebærer økt risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen (28).

I Sverige har helsemyndighetene og svenske sykehuseiere satt risiko ved utlokalisering på dagsorden. Gjennom kartlegging og undersøkelser har de vist at andelen pasienter som ble utlokalisert hadde økt fra 3,1 til 4,5 prosent fra 2015 til 2016. De fant også at frekvensen av pasientskader hos utlokaliserte pasienter var nærmere 13 prosent, nesten dobbelt så høy som for pasienter som lå på avdeling med fagspesifikk kompetanse og medisinsk ansvar for pasienten (5, 9, 14). >

Figuren illustrerer kritiske trinn ved utlokalisering

Den viser noen forutsetninger som må være på plass for at utlokaliserte pasienter skal få tjenester av rett kvalitet, og at pasientsikkerheten skal ivaretas:



1.4 Ulike grader av risiko ved utlokalisering

For pasientene kan utlokalisering bety ulik grad av risiko. Risikoen avhenger blant annet av om sengeposten som pasienten blir overført til, har kompetanse som er relevant for behandling av hans helseproblem. For noen pasienter kan flytting til en annen avdeling innebære høy risiko fordi de har en tilstand som krever kompetanse som mottakende sengepost ikke har.

Utlokalisering mellom svært ulike fagområder, som ortopedi og gynekologi, eller hjertesykdommer og mage-/tarmkirurgi, kan representere større risiko enn utlokalisering mellom nærliggende >

fagområder. Blir pasienten overført direkte fra akuttmottak uten å ha vært innom «riktig» sengepost innebærer det en større risiko enn utlokalisering fra «riktig» sengepost, spesielt om tilstanden er ustabil eller uavklart. Helsetilsynet har eksempler fra tilsynssaker der pasienter har blitt lagt på indremedisinske sengeposter med akutte magesmerter eller kraftige infeksjoner som viste seg å være operasjonstrengende. Plasseringene medførte forsinkelse av operasjonsvurdering og dermed forsinkelse av riktig behandling, og fikk til slutt fatale utfall for pasientene.

Det kan også innebære økt risiko å utlokalisere til sengeposter som kan oppfattes som faglig nærliggende områder. Dette kan for eksempel gjelde mellom seksjoner innen indremedisin og kirurgi, jf. pasienthistorien innledningsvis.

1.5 Risikoreduksjon ved utlokalisering

For å sikre forsvarlige tjenester til pasienter som ved plassmangel er flyttet til annen avdeling, må helseforetaket identifisere risiko ved flytting og iverksette risikoreduserende tiltak. Risikoen ved utlokalisering varierer med lokale forhold, sykehusets organisering, og om pasientens tilstand er tilstrekkelig avklart og stabil.

Helseforetakene må ha overordnede føringer for hvilke pasientkategorier som kan flyttes, og hvor de kan flyttes. Foretaket må ha tydeliggjort hvem som har medisinsk ansvar og beslutningsmyndighet ved flytting, samt hva som trengs av ressurser og kompetanse ved mottakende avdeling. Helseforetakene må også legge til rette for nødvendig kompetanseoverføring mellom sengepostene/enhetene som er involvert.

Helseforetakene skal også legge til rette for at helsepersonellet har oversikt over hvor pasientene er for å sikre at de har tilgang til rett kompetanse. Lege med riktig kompetanse skal gjennomføre visitt sammen med ansvarlig sykepleier på sengeposten og at visitten gjennomføres i samsvar med god praksis på «riktig» sengepost.

Det er også avgjørende at helseforetaket legger til rette for nødvendig utveksling av informasjon, kommunikasjon og samhandling på tvers av profesjoner og organisatoriske enheter. Videre må helseforetaket følge opp at planlagte tiltak blir iverksatt og fungerer i praksis slik at pasienten får nødvendig behandling. Helseforetaket skal bruke tilbakemeldinger og erfaringer fra pasienter og pårørende i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid sammen med informasjon fra medarbeidere som er involvert i pasientbehandlingen, og fra andre deler av tjenesten. >

Eksempler på risikoreducerende tiltak som helseforetakene skal ha

- overordnede retningslinjer/kriterier for hvilke pasienter som ved plassmangel kan flyttes og hvor
- oversikt over hvilke pasienter som ved plassmangel er flyttet til annen avdeling
- avklare hvem som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten
- sikre at pasienten har tilgang til rett kompetanse

1.6 Gjennomføring av tilsynet

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Formålet var å undersøke om det enkelte helseforetaket gjennom systematisk styring legger til rette for og følger opp at utlokaliserte pasienter får forsvarlige tjenester. Statsforvalterne gjennomførte tilsynsbesøk i foretaket, intervjuet relevante ledere, ansatte og pasienter, og gjennomgikk aktuelle styringsdokumenter og annen dokumentasjon, samt gjorde befarings- og stikkprøver i journal. I tillegg gjennomførte helseforetakene selv en kartlegging av omfanget av utlokaliserte pasienter, samt en journalgjennomgang for å belyse egen praksis med utlokalisering.

Basert på kunnskap fra møter med fagpersoner i helseforetakene, besluttet Helsetilsynet å avgrense tilsynet til å gjelde pasienter som ble utlokaliserte fra fagområdene gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi og indremedisin.

Helsetilsynet utarbeidet en veileder for tilsynet som beskriver tilsynets tema og avgrensning, kravene som ble lagt til grunn og den praktiske innretningen (2). I veilederen peker vi også på noen pasientgrupper der utlokalisering kan innebære særlig risiko dersom det ikke er tilgang på personell med riktig kompetanse:

- ortopediske pasienter med bruddskader eller som er operert og må håndteres av sykepleier med kompetanse på forflytting en pasient med for eksempel lårhalsbrudd eller nakkeskade, eller hvordan krykker/andre hjelpemidler skal brukes
- pasienter med spesialutstyr som for eksempel thoraxdren, smertepumpe, tracheostomi, epidural o.a. som krever spesiell vurdering med hensyn til om utlokalisering kan skje >

pasienter som medisineres med medikamenter som sykepleierne ved mottakende sengepost ikke er kjent med, for eksempel potente legemidler som opiat, insulin, cytostatika m.m.

- **pasienter med hyppig/omfattende behov for bistand fra personell med relevant fagspesifikk kompetanse.**

Denne samler rapporten bygger på statsforvalternes rapporter fra gjennomførte tilsyn ved 10 helseforetak. Tilsynene ble gjennomført i 2019. Etter planen skulle det gjennomføres tilsyn med de resterende helseforetakene i 2020. Disse planene måtte endres på grunn av koronapandemien. Tilsynene ble gjennomført ved følgende helseforetak:

- Helse Bergen HF (Haukeland)
- Helse Fonna HF (Haugesund)
- Helse Førde HF (Førde)
- Helse Stavanger HF (Stavanger)
- St. Olavs hospital HF (Trondheim)
- Sykehuset Innlandet HF (Hamar)
- Sykehuset Telemark HF (Skien)
- Sykehuset Østfold HF (Kalnes)
- Sørlandet sykehus HF (Kristiansand)
- Vestre Viken HF (Drammen)

Alle rapportene er tilgjengelige på Helsetilsynets nettsider (www.helsetilsynet.no) . •

2



«Helseforetaket skal ha identifisert utlokalisering som et risikoområde, og praksis skal være styrt og bli fulgt opp særskilt.»

Mangelfull risikostyring i de fleste helseforetakene

2.1 Helseforetakenes erkjennelse og håndtering av risiko ved utlokalisering

God praksis

Helseforetaket skal ha identifisert utlokalisering som et risikoområde, og praksis skal være styrt og bli fulgt opp særskilt. Det må være iverksatt risikoreducerende tiltak som kan forebygge komplikasjoner og uønskede hendelser. Pasientene må være trygge på at de får forsvarlig helsehjelp på avdelingen de er plassert på. Helseforetaket må ha ledelsesforankrede kriterier for hvilke pasientkategorier som kan og ikke kan utlokaliseres, og hvilke sengeposter som kan ta mot hvilke typer pasienter. Det innebærer også at helseforetaket må vurdere kompetanse- og ressursbehov, inkludert om mottakende avdelinger har tilgjengelig personell med relevant fagkompetanse, nødvendig utstyr m.m.. Helseforetaket skal ha oversikt over pasienter som er plassert på andre avdelinger enn der de hører hjemme, hvor disse befinner seg og hvem som har medisinsk faglig ansvar for pasientene. Oversikten må være lett tilgjengelig både for ledere og involvert helsepersonell. Samhandling og kommunikasjon må fungere på tvers av organisatoriske enheter.

Videre forventes det at helseforetaket har en omforent praksis for å gi informasjon til pasienter og pårørende før utlokalisering skjer. Leder ved avgivende sengepost må følge med på at informasjon blir gitt og at tilbakemeldinger fra enkeltpasienter om deres erfaringer og/eller bekymringer blir fanget opp og dokumentert.

Helseforetaket må følge opp om utlokaliseringen fungerer som forutsatt både på overordnet og pasientnært nivå.

Tilsynet avdekket

Helseforetakene hadde, med få unntak, mangelfull risikoforståelse om utlokalisering av pasienter. Det var derfor liten oppmerksomhet knyttet til hvor mange pasienter og hvilke pasientkategorier som var plassert på en annen avdeling, hvilke kompetanse- og ressursbehov de hadde og hvilket behov det var for å iverksette tiltak som kunne redusere risiko og sikre pasientene forsvarlig oppfølging under hele sykehusoppholdet.

Alle helseforetakene oppfattet at det var risiko forbundet med å plassere pasientene i en annen klinikk enn der pasientens helseproblem normalt hørte hjemme. Det forekom likevel at pasienter ble utlokalisert uten at det var iverksatt spesielle tiltak for å redusere risiko. >



«Tilsynet avdekket at i de fleste virksomheter var det betydelig forskjell mellom ledernes og helsepersonellens oppfatning av risiko ved utlokalisering.»

Før tilsynsbesøket skulle hvert helseforetak kartlegge utlokaliserte pasienter med helseproblemer som sorterer under gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi og indremedisin.

Resultatet av kartleggingen tydet på at det var få pasienter som var plassert på en annen avdeling enn den de «tilhørte». I intervjuene med ansatte kom det imidlertid frem at omfanget var betydelig mer omfattende enn kartleggingen kunne tyde på. Ulikheten mellom antall registrerte pasienter som var utlokalisert og ansattes oppfatning av omfanget, kan ha sammenheng med at helseforetakene hadde lite oppmerksomhet mot risiko og mangelfull oversikt over disse pasientene.

Tilsynet viste at det også var vanlig at pasienter ble utlokalisert direkte fra akuttmottak. I praksis ble ofte utlokalisering besluttet av pasientkoordinatorer som har som oppgave å ha oversikt over tilgjengelige sengeplasser. Beslutningen ble ofte tatt uten at lege gjorde en individuell vurdering av risikoen ved utlokalisering av den enkelte pasient. Andre foretak hadde besluttet at det ikke skulle utlokaliseres direkte fra akuttmottaket.

I tilsynet fant vi også eksempler på at helseforetak hadde etablert rutiner og praksiser som kan bidra til å redusere risiko:

«I morgenmøtet får legene opplyst hvilke pasienter som ligger på annen sengepost og det blir avklart hvilken lege som har ansvaret for pasienten(e). Ved Gastroenterologisk kirurgisk avdeling og på infeksjonssengeposten er det forhåndsdefinert hvilke leger som har ansvaret for de utlokaliserte pasientene. Mandag - fredag tar postsekretær ut oversikt over utlokaliserte pasienter. Vaktleder i Akuttmottak tar ut oversikt i helgene. Det hender at det blir gjort feilregistrering i journalsystemet ved flytting av pasient til annen avdeling. Det medfører at listen som leveres til morgenmøtet ikke inneholder alle utlokaliserte pasienter.»

Tilsynet avdekket at i de fleste virksomheter var det betydelig forskjell mellom ledernes og helsepersonellens oppfatning av risiko ved utlokalisering. Lederne oppfattet risikoen som mindre enn det både leger og sykepleiere gjorde. Flere steder ble det avdekket at pasientkategorier som etter legenes mening ikke skulle vært utlokalisert, likevel hadde blitt det.

Ansatte opplyste i intervjuer at de ofte skrev avviksmeldinger knyttet til utlokalisering, og at de burde, og kunne, skrevet langt flere enn de gjorde. De ansatte fortalte at det tok lang tid å logge seg på systemet, og om de meldte erfarte de at ledelsen ikke tok tak i meldingene. Det var i realiteten vanskelig å identifisere og finne igjen avviksmeldingene de >

ansatte registrerte i de elektroniske kvalitetssystemene siden det manglet mulighet for å filtrere meldingene på utlokalisering. Ledelsen har ansvar for å etablere en meldekultur som motiverer ansatte til å melde fra om avvik. Ledelsen på sin side må ta tak i avviksmeldingene, følge de opp og rapportere tilbake til de ansatte om hva som blir gjort. Ett av helseforetakene har i løpet av oppfølgingen av tilsynet lagt inn en slik funksjon i avvikssystemet.

2.3 Helseforetakenes oversikt over pasienter som var utlokalisert

God praksis

Helseforetakene må ha oversikt over hvilke pasienter som til enhver tid er plassert på en annen avdeling enn den som har fagspesifikk kompetanse i det aktuelle helseproblemet. Oversikt bidrar til at pasienter ikke blir «glemt» og at observasjoner, behandling og oppfølging gjøres med utgangspunkt i den enkelte pasientens helseproblem og i tråd med god praksis.

Oversikter over utlokaliserte pasienter er viktig for planlegging av drift, allokering av ressurser og kvalitets- og forbedringsarbeid.

Tilsynet avdekket

De fleste helseforetakene hadde mangelfull eller manglende oversikt over sine utlokaliserte pasienter. Leger og sykepleiere kompenserte ofte for dette med egne måter å få oversikt på, for eksempel ved å gjøre avtale med akuttmottaket om rapportering ved utlokalisering og sette opp egne oversikter på vaktrommene.

Ett foretak som hadde oversikt, benyttet daglige pasientlister der avgivende avdeling kunne se hvor på sykehuset de til enhver tid hadde pasienter liggende.

Noen virksomheter mente å ha oversikt over utlokaliserte pasienter, men hadde i realiteten kun oversikt over ledige sengeplasser som de kunne benytte ved overbelegg og plassmangel. Noen hadde oversikt over hvilke sengeposter som hadde pasienter fra andre sengeposter og hvor mange, men ikke hvilke sengeposter disse egentlig hørte hjemme på.

Vanligere var at det ikke fantes noen slik oversikt, noe disse sitatene fra to tilsynsrapporter illustrerer: >

«Det ligg ikkje føre tal på kor mange pasientar som blir utlokaliserte grunna mangel på plass frå somatiske avdelingar ved [helseforetaket] i løpet av ein gitt periode/året.»

«Noen poster har oversikt på tavle over inneliggende pasienter hvor moderpost fremgår. Det er i sykehusets elektroniske journalsystem DIPS tilgang til postlister med oversikt over kirurgiske pasienter på post, men flere leger er ukjent med muligheten for å søke opp pasienter etter fagområde/seksjon slik at utlokaliserte kirurgiske pasienter også kommer med. Leger på kirurgisk avdeling opplever at det er vanskelig å holde oversikt over pasienter de har ansvar for som ligger på annen sengepost enn moderposten. Det er ikke etablert sikkerhetsbarrierer som hindrer at pasienter blir glemt.»

Det var ofte de samme sengepostene som hadde plassmangel og utlokaliserte pasienter, mens andre sengeposter sjelden eller aldri hadde plassmangel. Det var naturlig nok større variasjon i hvilke sengeposter som mottok pasienter. Ved et helseforetak ble eksempelvis 30 pasienter utlokalisert fra indremedisinske sengeposter i løpet av en uke, mens det i andre helseforetak var svært få.

De fleste foretak manglet styringsdata. Foretak som brukte journalsystemet DIPS hadde teknisk mulighet for å registrere pasienter som var på «feil» avdeling, men måtte filtrere pasientoversiktene spesielt for å få oversikt over egne pasienter på andre sengeposter. Noen hadde også muligheter for å ta ut rapporter. Disse funksjonene viste seg imidlertid å være lite kjent og/eller brukt.

2.4 Helseforetakenes overordnede og individuelle vurderinger og beslutninger om utlokalisering

God praksis

Beslutning om hvilke pasienter som skal utlokaliseres, forventes tatt i tråd med overordnede føringer og etter en individuell vurdering. Det bør være ansvarlig spesialist, alternativt en

LIS-lege (LIS forkortet «Lege i spesialisering»), med myndighet til det som tar beslutningen. LIS 1 (tidligere turnuslege) bør ikke ha ansvar for slike beslutninger. Etter en individuell vurdering av om pasienten kan flytte til en «feil» avdeling og eventuelt hvilken, bør legen bør ta beslutning i samarbeid med for eksempel sykepleier på «riktig» sengepost eller pasientkoordinator. >



«Tilsynet viste at beslutning om utlokalisering oftere var en ad-hoc beslutning, enn et resultat av systematisk styring.»

Tilsynet avdekket

Helseforetakene hadde gjennomgående mangelfulle føringer eller kriterier og mangelfull praksis for vurdering og beslutning om hvilke pasienter som det var minst risiko å utlokalisere. Vurderinger og beslutninger var sjelden dokumentert. Tilsynet viste at beslutning om utlokalisering oftere var en ad-hoc beslutning, enn et resultat av systematisk styring.

Tilsynet viste at det gjennomgående var manglende eller mangelfull dokumentasjon av individuelle vurderinger av om det var forsvarlig å overføre den enkelte pasient til «feil» avdeling. Sykehusenes overordnede kriterier for utlokalisering var gjerne mangelfulle og lite kjent.

Følgende sitater fra tilsynsrapportene illustrerer dette:

«Helseforetaket viser til at det alltid gjøres en individuell vurdering av om pasienter kan utlokaliseres, men vurderinger og beslutninger er ikke dokumentert. Sykehusets kriterier for utlokalisering er mangelfulle og ikke kjent for alle ansatte, og det er ikke tydeliggjort hvilken kompetanse som trengs for å vurdere og fatte beslutning om pasienter kan utlokaliseres.»

«Vaktleger uttaler at de ikke alltid vet hvilken avdeling pasienten vil bli utlokalisert til, når utlokalisering skjer direkte fra akuttmottaket. Spesielt leger fra kirurgiske spesialiteter har ofte forlatt akuttmottaket, f.eks. for å operere, før dette er besluttet. Dette vanskeliggjør en eventuell mer spisset/detaljert planlegging.»

Tilsynet avdekket også at det var vanlig at utlokalisering skjedde uten at mottakende sengepost ble involvert i beslutningen, og at de oppfattet at de ikke kunne protestere på beslutningen.

Ved gjennomgang av journaler var det mange eksempler på at det i noen helseforetak ikke ble dokumentert at det var gjort en individuell vurdering av risikoen ved utlokalisering. Det var også ulike oppfatninger av i hvilken grad legene var involvert i slike beslutninger. I intervju ble det sagt at legene gjerne hadde klare oppfatninger av hvor pasienten skulle ligge, men at de ikke alltid ble konsultert, eller alternativt ble ikke deres vurderinger tatt hensyn til.

Det fantes også eksempler på at helseforetak hadde retningslinjer og rutiner for utlokalisering som støtte for nødvendige beslutninger, og hadde forhåndsdefinerte områder for utlokaliserede pasienter, såkalte >

flytsoner der det ble drevet kompetanseutvikling og simuleringstrening for å kunne ta imot utlokaliserte pasienter.

Selv om både risikoforståelse og overordnede føringer var på plass, kunne det likevel forekomme avvik fra ønsket praksis.

2.5 Planlegging av observasjoner og tiltak før utlokalisering

God praksis

Når pasienter blir plassert på en annen avdeling enn der hen hører hjemme med sitt helseproblem, er det knyttet særskilt risiko til samhandlingen på tvers av organisatoriske enheter og faggrupper. Det er derfor avgjørende for kvaliteten på helsetjenestene at sentral informasjon kommuniseres skriftlig.

Før utlokalisering forventes det at plan for oppfølging skal være dokumentert for å sikre forsvarlig oppfølging på mottakende sengepost. Oppfølgingsplanen skal fremgå av journalnotat fra lege og/eller sykepleier. Når pasienten blir utlokalisert direkte fra akuttmottak, må det følge med beskjeder eller notater om videre utredning og behandling, observasjoner, hvordan prøvesvar skal følges opp og så videre. Det forventes at dette er på plass ved overføring fra akuttmottak til sengepost. Ved utlokalisering må det i tillegg tas hensyn til at mottakende avdeling og sengepost kan trenge mer utfyllende og detaljert informasjon enn når pasienten blir overført til «riktig» sengepost. Når pasienten utlokaliseres fra sengepost ute i et forløp, skal det videre forløpet allerede være planlagt av postansvarlig lege, den som har det medisinsk-faglige ansvaret for pasienten. Manglende planlegging kan føre til forsinkelser i diagnostikk og behandling, mangelfulle observasjoner og tiltak – og i verste fall mangelfull eller manglende helsehjelp.

Tilsynet avdekket

Med et par unntak ble ikke utlokalisering fra akuttmottak til sengepost, eller fra sengepost til en annen sengepost, planlagt og dokumentert godt nok. Det ble i for liten grad tatt hensyn til at mottakende sengepost har behov for en mer detaljert plan for oppfølging av pasienter med andre helseproblem enn de normalt håndterer. Tilsynet avdekket at den medisinsk-faglige planleggingen var mangelfull, noe som blir illustrert i sitater fra to av tilsynsrapportene: >

«Journalgjennomgang viser at det gjøres en medisinskfaglig planlegging før utlokalisering. Det varierer imidlertid hvor omfattende denne er. Det oppgis i intervjuer at kvaliteten varierer, og at dette er personavhengig. Det er enighet om at detaljnivået i en medisinskfaglig plan må/bør være mer detaljert når pasienten utlokaliseres. Blant annet vil det være observasjoner som må gjennomføres, som ligger utenfor de parametra som inngår i NEWS (National Early Warning Score). Imidlertid tar planleggingen på generelt grunnlag ikke hensyn til at den sykepleiefaglige/medisinskfaglige kompetansen i mottakende avdeling ved utlokalisering er annerledes enn i moderavdeling. Vaktleger uttaler at de ikke alltid vet hvilken avdeling pasienten vil bli utlokalisert til, når utlokalisering skjer direkte fra akuttmottaket.»

«Av prosedyre for oppfølging av satelittpasienter fremgår det at det også skal lages overflyttingsnotat av moderpostens lege/akuttmottakslege før pasienten overflyttes. Det fremgår av intervjuer og journalgjennomgang at det varierer om dette gjøres i praksis. Det er ikke etablert praksis for tilbakemelding fra mottakende avdeling til involverte enheter eller ledere dersom planleggingen er mangelfull.»

Ved de fleste helseforetak var medisinskfaglig planlegging av utlokaliseringen mangelfullt dokumentert i journal. I noen av tilsynene kom det frem at beskjeder ofte ble gitt muntlig og ikke alltid ble dokumentert i journalen.

Det er kjent fra tidligere tilsyn at dokumentasjon av videre plan ved overføring fra akuttmottak til sengepost ofte er mangelfull og at informasjonen fremkommer i ulike dokumenter – noe digitalt og noe på papir. Akuttskjema er ofte på papir og blir ofte ikke lagret. Hva som er gitt beskjed om, fremgår ofte av innkomstnotat fra sykepleier i mottakende sengepost.

Hovedinntrykket fra tilsynene er at det blir gitt informasjon om videre plan ved utlokalisering, men at informasjonen er mangelfullt dokumentert og lite tilpasset behovet for informasjon til mottakende sengepost. Ved utlokalisering, fra akuttmottak og sengepost, forekom det at legene ikke ble informert om at pasienten ble overført, og/eller til hvilken sengepost.

Tilsynet fant også eksempler på god praksis på dette området, som i dette eksemplet fra en av tilsynsrapportene:

«Sykehuset bruker som tidligere beskrevet observasjonsark i akuttmottaket for å dokumentere pasientens vitalia, tentative diagnose, ordinerer av medisiner og plan for videre utredning og behandling. I tillegg skrives et innkomstnotat og et førstedagsnotat >

med tentativ diagnose og plan for utredning og behandling i DIPS. Det ble i intervjuer fortalt at disse opplysningene følger pasienten ved ankomst sengeposten, og at opplysningene er tilstrekkelige for å kunne følge opp pasienten videre, enten det er egne pasienter eller pasienter fra en annen sengepost eller annen avdeling. Flere fremhevet at LIS-legene i akuttmottaket var flinke til å dokumentere, herunder skriftlig plan for den enkelte pasienten.»

2.6 Informasjon til pasienter som ble utlokalisert

God praksis

Pasienter skal ha nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og de har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester. Pasienter som blir plassert på «feil» sengepost må informeres om dette på en slik måte at de samtidig blir trygget i situasjonen. Pasientene bør informeres om at de på grunn av plassmangel i sykehuset må flyttes til en sengepost der deres helseproblem normalt ikke hører hjemme. Pasientene bør også informeres om hva en utlokalisering vil innebære for dem og hvordan de kan få kontakt med behandlingsansvarlig lege innenfor riktig fagområde ved behov.

Tilsynet avdekket

Noen helseforetak hadde etablert en praksis med å gi pasienter informasjon om at de skulle utlokaliseres. Det var imidlertid ikke vanlig å informere om at dette kunne innebære spesiell risiko. Vanligvis var verken innholdet i informasjonen eller at informasjon var gitt, dokumentert.

Tilsynet avdekket variasjon i helseforetakenes praksis når det gjaldt hvordan pasienter ble informert om at de på grunn av plassmangel skulle flyttes til en avdeling som ikke er spesialister på deres helseproblem. Det ble opplyst i intervjuer med ledere og helsepersonell at informasjon var gitt muntlig og at det sjelden ble dokumentert i journal.

Informasjon om hva utlokalisering hadde å si for pasienten ble vanligvis ikke gitt, og det ble av enkelte begrunnet med at slik informasjon kunne skape bekymring hos pasienten. Dette kan eksempelvis innebære at pasienten ikke er kjent med at legene og sykepleierne på sengeposten vanligvis behandler andre helsetilstander enn pasientens aktuelle helseproblem. >

Journalgjennomgangen bekreftet den mangelfulle dokumentasjonen om utlokalisering. Noen pasienter kunne få informasjon om utlokalisering på vei til ny avdeling, andre kunne få informasjon når de spurte om hvorfor de var på en annen avdeling enn diagnosen deres skulle tilsi.

En gjennomgående tilbakemelding i samtaler med tidligere pasienter som hadde vært utlokalisert til «feil» avdeling, var at de ikke var informert om hvorfor de ble flyttet til en annen sengepost eller hva det kunne innebære. De ga også uttrykk for at de kunne oppleve seg utrygge og ikke ivaretatt ved den mottakende sengeposten.

En av de tidligere pasientene fortalte for eksempel, at hen hadde fått informasjon om utlokaliseringen og blitt forsikret om at mottakende sengepost hadde like god kompetanse på aktuelt helseproblem. Ved ankomst til den nye avdelingen, ble pasienten imidlertid raskt orientert om at de ikke hadde så mye kunnskap om pasientens helseproblem på den avdelingen.

Følgende sitat fra en av tilsynsrapportene oppsummerer et gjennomgående trekk ved utlokalisering:

«Det fremkom under intervjuer med ansatte at pasientene hadde liten mulighet til å medvirke ved beslutningen om utlokalisering, fordi det allerede var meldt en ny pasient til døgnområdet som da hadde behov for plassen.»

2.7 Medisinskfaglig ansvar for den utlokaliserte pasienten

God praksis

Det medisinskfaglige ansvaret for pasienten skal være tydelig avklart, kjent og etterlevd under hele pasientforløpet. I praksis betyr det at det skal være avklart hvilket fagområde pasienten tilhører. Leger tilhørende dette fagområdet har ansvar for oppfølging og behandling av pasienten, for at legevisitt blir avviklet på faste og avtalte tidspunkter og at utredning og behandling skjer i tråd med god praksis. Helseforetaket må kartlegge ressursbehov, fordele arbeidsoppgaver, bidra til klare ansvarsforhold og at dette er kjent i avgivende og mottakende sengepost.

Tilsynet avdekket

I 2 av 10 helseforetak som var omfattet av dette tilsynet, var det klart hvilken avdeling som var moderavdeling og at legene ved denne hadde behandlingsansvaret for pasienten. Likevel var det ofte uklart hvilke >

av disse legene som skulle utføre oppgavene, og om det var satt av tid til dette.

Tilsynet avdekket eksempler på mangelfull oppfølging av pasienter som var plassert på en annen avdeling enn der de hørte hjemme gitt helseproblemet de hadde. Det var ikke avklart hvilken lege som har ansvar for legevisitt og annen oppfølging av den enkelte pasient. Det manglet legeressurser og ikke minst hadde de mangelfull oversikt over pasientene som lå på en annen avdeling enn moderavdelingen. Konsekvensen av dette var særlig manglende eller forsinket visitt, og sykepleierne måtte ofte etterlyse visitt og annet legetilsyn. Dette illustreres med følgende sitat fra en tilsynsrapport:

«I intervju kom det fram at før visitt veit sjukepleiar på mottakande sengepost ofte ikkje kva lege som har ansvaret for pasienten. Ved behov for å kontakte legen, ringer sjukepleiar først sengeposten pasienten kom frå for informasjonen, men det hender at dei ikkje veit kva lege som har ansvaret.»

Der moderpostprinsippet ikke ble fulgt, kunne det gi seg spesielle utslag. Dette kan illustreres med et konkret eksempel fra ett av tilsynene:

«En ortopedisk (kvinnelig) pasient ble plassert på gynekologisk sengepost. Fra dag én hadde gynekologen bedt om at pasienten fikk tilsyn fra ortoped og at overflytning til moderavdeling måtte skje så snart som mulig. Det ble gjennomført og dokumentert tilsyn fra ortoped, med anvisninger om hva gynekologen skulle gjøre. Gynekologisk avdeling sendte daglige tilsynsforespørsler til ortopedisk avdeling. Den ortopediske pasienten ble værende på gynekologisk avdeling under hele sykehusoppholdet. Epikrisen ble skrevet av gynekologen «for ortopedisk avdeling». Epikrisen var utelukkende klipp og lim av ortopedenes tilsynsnotater under oppholdet og var mangelfull med hensyn til videre oppfølging siden det ikke var omtalt i ortopedenes tilsynsnotater.»

Tilsynet avdekket at leger, særlig ved helseforetak som ikke fulgte moderpostprinsippet, opplevde usikkerhet rundt egen rolle og eget ansvar:

«I intervju oppgir mange leger at de ikke nødvendigvis opplever å ha tilstrekkelig kunnskap til å ta avgjørelser om videre utredning og behandling av pasienter de har fått utlokalisert fra andre fagområder. Diagnostisering og behandling kan derfor bli forsinket.» >

2.8 Gjennomføring av den medisinskfaglige oppfølgingen på mottakende sengepost

God praksis

For å sikre at pasienter som blir utlokaliserte får like gode tjenester som andre pasienter, er det avgjørende at pasientene blir fulgt opp av leger og annet helsepersonell med riktig kompetanse. Sykepleierne ved mottakende sengepost, må vite hvilke sykepleiere og leger de kan kontakte i moderavdeling og ha enkel tilgang til dem - særlig ved akutt behov. Legene som skal tilkalles, må ha oversikt over de utlokaliserte pasientene de har ansvar for. Gjennomføring av daglig legevisitt sammen med ansvarlig sykepleier forutsetter at det er satt av tid og ressurser til dette.

Tilsynet avdekket

De fleste helseforetak hadde ikke sørget for nødvendig medisinskfaglig oppfølging. Dette gjaldt både daglig visitt og tilkalling av lege ved behov.

Ved tilsynet ble det avdekket at daglig visitt til utlokaliserte pasienter var en stor utfordring de fleste steder. Legevisitt fra moderavdeling kom ofte sent på dagen, noe som medførte forsinkelser i utredning og behandling. Dette førte igjen til forsinket utskrivning. Sykepleierne måtte ofte etterlyse visitt og kunne ha problemer med å finne ut hvilken lege de skulle kontakte. Hvis legen ble etterlyst sent på dagen eller var opptatt med andre oppgaver, kunne det hende at visitt uteble helt. Det kunne også være en utfordring at sykepleierne var opptatt med egne pasienter, når legen fra moderposten kom for å gjennomføre visitten. Resultatet kunne være at legene gikk visitt uten å ha med sykepleier og at de heller ikke dokumenterte fra visitten i pasientens journal. Sykepleier visste da ikke hva som var gjort eller sagt på visitten. Sykepleierne fortalte at de ofte skrev avviksmeldinger når dette hendte og når visitten var forsinket eller uteble.

Legene visste i slike tilfeller ofte ikke om alle pasienter som var utlokalisert, eller hadde ikke tid til å rekke rundt til alle. Dokumentering på enkeltpasienter på en sengepost kunne være tidkrevende og var ikke tilrettelagt for.

Legene begynte gjerne visittgang på egen sengepost og kom dermed sist til til pasientene som var plassert på andre avdelinger. Dette kunne skje uten forutgående vurdering av hvilke pasienter det hastet mest med å tilse. Det var verken tilrettelagt for at legene kunne ha oversikt over pasienter på andre avdelinger eller for at sykepleier kunne delta på legevisitten. >

Ved enkelte helseforetak ble det dokumentert at ansvar for visitt var avklart, og at det var satt av legerressurser til å gå visitt til de utlokaliserte pasientene. Ofte var visittansvaret bare beskrevet som «lege fra moderavdelingen». Det kunne bety at det er samme lege som skal ha ansvar for alle moderpostens pasienter og i tillegg de som var plassert på en annen avdeling. Dette kunne være betydelig flere pasienter enn de som lå i egen avdeling, og betydelig mer tidkrevende å gå rundt til andre deler av sykehuset. Det medførte at pasientene som var utlokaliserte fikk sen visitt og at lege måtte etterlyses.

Følgende sitater fra to av tilsynsrapportene utdyper dette:

«Det fremgår at kirurgiske (både ortopediske og gastrokirurgiske) utlokaliserte pasienter ofte er de som sist får visitt, og at det ikke nødvendigvis er pasientens konkrete tilstand og behov som avgjør prioriteringsrekkefølgen. Av intervjuer med pasienter og ansatte samt journal-gjennomgang fremgår at noen pasienter ikke får daglig visitt.»

«Det framkom av intervjuer at kirurgiske leger i liten grad skrev journalnotater etter å ha gått visitt på utlokaliserte pasienter, mens medisinske leger i stor grad skrev slike journalnotater. Det ble også fortalt at legevisitt til utlokaliserte kirurgiske pasienter kunne skje uten at sykepleier var til stede under visitten. Dette kunne medføre mangelfull informasjonsutveksling mellom lege og sykepleier og at undersøkelses- og prøvesvar dermed kunne bli oversett.»

Det var imidlertid også helseforetak der ansvaret for medisinsk faglig oppfølging var formelt avklart under hele pasientforløpet. Dette ble for eksempel gjort ved å fordele legerressurser på morgenmøte, slik at utlokaliserte pasienter skulle være sikret visitt og fagspesifikk legekompentanse.

Kombinasjonen av disse to eksemplene fra tilsynsrapportene illustrerer en gjennomgående risiko som ble avdekket ved flere av helseforetakene:

«Det fremgår av intervjuer at leger opplever at det er utfordrende å holde oversikt over pasienter som til enhver tid er utlokalisert, og at ikke alle er kjent med muligheten til å få frem postlister hvor også utlokaliserte pasienter synliggjøres. Under morgenmøter foretas det gjennomgang av pasienter og oversikt over utlokaliserte pasienter, men dette fordrer at lege som skal følge opp satelittpasienter er tilstede eller får videreformidlet informasjon om disse.» >

«I intervju kom det fram at før visitt veit sjukepleiar på mottakande sengepost ofte ikkje kva lege som har ansvaret for pasienten. Ved behov for å kontakte legen, ringer sjukepleiar først sengeposten pasienten kom frå for informasjonen, men det hender at dei ikkje veit kva lege som har ansvaret.»

2.9 Sykepleiefaglig kompetanse for kartlegging, planlegging og oppfølging

God praksis

Sykepleier skal alltid utarbeide et kartleggingsnotat ved innleggelse i sengepost. Et kartleggingsnotat skal omfatte pasientens status ved innkomst og opplysninger om oppstart av behandlingsforløpet. Kartleggingsnotatet skal påbegynnes umiddelbart og ferdigstilles så snart det lar seg gjøre. Sykepleier skal også utarbeide pleieplan som normalt skal være laget innen ett døgn etter innleggelsen. Frem til planleggingsarbeidet er gjennomført, ligger kartleggingsnotatet til grunn for den sykepleiefaglige oppfølgingen.

Der pasienten utlokaliseres fra akuttmottak, vil den sykepleiefaglige planleggingen ofte i sin helhet gjøres ved mottakende sengepost. Hvis pasienten utlokaliseres fra sengepost, skal det foreligge en dokumentert plan for videre oppfølging. Informasjonen må være tilpasset at sykepleierne på mottakende sengepost ikke har spesifikk kompetanse på pasientens helseproblem.

Sykepleier ved mottakende sengepost må følge opp alle legeordinasjoner som bruk av utstyr, medikamentell behandling, observasjoner, målinger, restriksjoner for mobilisering, ernæring og væske. Sykepleier har ansvar for å iverksette og følge opp rutiner som er nødvendige for at undersøkelser og behandling av pasientene kan gjennomføres som planlagt. Sykepleier må også følge opp tiltakene som er beskrevet i den sykepleiefaglige planleggingen. Ved behov må sykepleieren innhente bistand fra personell med relevant fagkompetanse.

Den sykepleiefaglige oppfølgingen skal være fortløpende dokumentert og systematisk nedtegnet i sykepleienotat. Sykepleienotatene skal være supplert av observasjonsskjema og kurver for føring av resultat av målinger. Dersom den utlokalisererte pasienten er under aktiv/nystartet behandling, forventes det særlig grundig dokumentasjon av hvilke vurderinger som er gjort av observasjoner og målinger. >

Tilsynet avdekket

Ved de fleste helseforetakene mente sykepleiere at de ofte ikke hadde rett kompetanse til å gjøre kartlegging og utarbeide pleieplan for utlokaliserte pasienter, og oppfattet utlokalisering som en økt risiko for pasientene. De uttrykte bekymring for å gjøre feil, og at det var en ekstra belastning å ha ansvar for utlokaliserte pasienter. Tilsynet avdekket mangelfull praksis knyttet til sykepleiefaglig planlegging, her eksemplifisert med sitat fra en av tilsynsrapportene:

«Ansatte fortalte at de kunne oppleve utarbeidelse av behandlingsplan for utlokaliserte pasienter som kom direkte fra akuttmottaket, som vanskelig. Årsaker til dette ble oppgitt å være få opplysninger i innkostnotat i tillegg til at de selv hadde lav eller manglende kompetanse på pasientens tilstand og sykdom. På grunn av mangelfull rapport eller dokumentasjon måtte de ansatte bruke ekstra tid på å sette seg inn i den utlokaliserte pasientens sykdom og medikamentbruk, samt konferere og etterlyse informasjon om pasienten.»

Det var også eksempler i tilsynsrapportene hvor helseforetak hadde satt i verk tiltak med tanke på bedre sykepleiefaglig planlegging:

«Vi fikk opplyst at det skal foreligge innkostjournal fra lege i akuttmottak før pasientene blir flyttet til sengepost. Sykepleier i akuttmottak registrerer målinger og observasjoner i kurve. Kurven blir overført når pasienten er kommet på post. Sykepleier i akuttmottak gir i tillegg muntlig rapport til sykepleier på sengepost. Ved gjennomgang av pasientjournaler til ni gastrokirurgiske pasienter som var utlokalisert fra akuttmottak til annen sengepost i flytsonen, fant vi at sykepleiere på mottakende sengepost hadde utarbeidet innkostnotat til hver av pasientene i løpet av første døgn. Vi fikk opplyst at sykepleierne har lav terskel for å ta kontakt med moderposten for informasjon og veiledning.»

Tilsynet avdekket også mangelfull sykepleiefaglig oppfølging, her illustrert med sitater fra to tilsynsrapporter:

«Sjukepleiarar på sengepost pasientar blir utlokaliserte til, har ikkje den fagspesifikke kompetansen på tilstandane til dei utlokaliserte pasientane. Dette gjeld også ved utlokalisering mellom postar i medisinsk avdeling. I intervjuet kom det fram at sjukepleiarane på mottakende avdeling til tider er utrygge på kva som skal observerast av vitale parameter og ev tilleggsmålingar, og kva >

retningslinjer/prosedyrar som gjeld for den aktuelle tilstanden. Ofte veit dei ikkje kor langt i forløpet pasienten er komen, kva som er planlagt og kva som skal gjerast og observerast vidare. I tillegg kan det vera ukjente medisinar. Dette er informasjon dei må leite etter i pasientjournalen og den elektroniske kurven, alternativt avklare med lege og eller sjukepleiarar på avgjevande avdeling».

«Av intervjuer fremgår det imidlertid at sykepleiere kan oppleve utrygghet under oppfølging av satellittpasienter [utlokaliserte pasienter] som tilhører andre pasientkategorier enn de normalt følger opp. De opplever å få bistand fra moderpost, men informasjonsutvekslingen oppleves utfordrende og tidkrevende. Dette begrunnes med at de gangene de har utlokaliserte pasienter er det samtidig som oftest høyt pasientbelegg på sykehuset og alle har det svært travelt...»

Gjennomgangen av alle tilsynsrapportene etterlater et hovedinntrykk av mangelfull dokumentasjonen knyttet til gjennomføring av sykepleiefaglige planer. Det var eksempler på flere helseforetak som selv vurderte dokumentasjonen av de sykepleiefaglige planene som god, mens tilsynet avdekket at gjennomføring av sykepleiefaglige planer var dokumentert i betydelig lavere grad enn det som fremkom av helseforetakenes egne journalgjennomganger. ●

3



«Ledelsen ved helseforetaket/sykehuset må identifisere utlokalisering av pasienter som et risikoområde.»

Statens helsetilsyns vurderinger

Plassmangel og overbelegg er en risikosituasjon som krever «føre var»-holdning i helseforetakene

Dette landsomfattende tilsynet har gitt oss kunnskap og innsikt i hvordan helseforetakene arbeider med risiko når det er plassmangel og de må utlokalisere pasienter til «feil» avdeling; det vil si flytte pasienter til avdelinger som ikke har fagspesifikk kompetanse til å behandle helseproblemet de er innlagt i sykehuset for.

Ved de fleste av helseforetakene som ble omfattet av dette tilsynet, ble utlokalisering sett på som normalsituasjon, og ikke som et risikoområde som krever spesiell oppmerksomhet og tiltak for å sikre pasientene forsvarlig helsehjelp uansett hvilken avdeling de er på. Utlokalisering av pasienter setter særlig store krav til organisering, kommunikasjon og samhandling i gjennomføring av de ulike oppgavene.

Helsetilsynet er bekymret for at pasienter blir overført til avdelinger de ikke hører hjemme på, men som har plass, uten at helseforetaket på forhånd har vurdert risikoer og iverksatt tiltak for å ta ned risiko.

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres.

Ledelsen ved helseforetaket/sykehuset må identifisere utlokalisering av pasienter som et risikoområde. De må sørge for at det er gitt nødvendige føringer for utlokalisering, inkludert føringer for samhandling og kommunikasjon og gjøre det tydelig hvem som har ansvar for ulike beslutninger. Ledelsen må følge opp at planlagte tiltak er iverksatt og fungerer, og bidrar til gode og trygge tjenester.

Pasientene må være sikret tilgang til kvalifisert personell

Utlokalisering innebærer økt risiko for pasientene. Dette må ledelsen i helseforetaket være spesielt klar over og gjøre tydelig at tilgang på relevant fagspesifikk kompetanse er en særlig risikofaktor. Det gjelder tilgang på sykepleiekompetansen i mottakende sengepost, men også plassering av ansvar for medisinskfaglig oppfølging. Det betyr f.eks. at det skal være klart hvem som har ansvar for å gjennomføre legevisitt til utlokaliserte pasienter til faste tidspunkter slik at utredning og behandling blir fulgt opp i tråd med god praksis. Sykepleierne som jobber på mottakende sengepost har vanligvis kompetanse og erfaring knyttet til andre pasientgrupper, men det er ikke gitt at de har kunnskap om og erfaring med spesielle fagprosedyrer, medikamenter og aktuelt utstyr som utlokaliserte pasienter har behov for. Det betyr at det er ikke sikkert at de har tilstrekkelig faglige grunnlag for å gjøre >

observasjoner, behandling og iverksette tiltak, og ikke minst vite når de bør tilkalle riktig kompetanse.

Derfor er det bekymringsfullt at de fleste helseforetakene i dette tilsynet ikke sørget for og fulgte opp at den medisinskfaglige og sykepleiefaglige planleggingen blir gjort av personell med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem før utlokalisering. En slik praksis setter pasientsikkerheten i fare.

Det er også verdt å merke seg at ledelsen og helsepersonellet i de fleste virksomhetene hadde svært ulik oppfatning av risiko ved utlokalisering. Lederne oppfattet risikoen som mindre enn det både leger og sykepleiere gjorde.

Mangelfull oversikt over pasienter på feil avdeling setter pasientsikkerheten i fare

Legespesialistene som er tilknyttet avgivende sengepost mangler ofte oversikt over utlokaliserte pasienter, både når det gjelder hvor mange de har ansvar for og hvor pasientene befinner seg. Dette kan resultere i mangelfull medisinskfaglig vurdering og oppfølging av disse pasientene. Ettersom pasientene ofte befinner seg et annet sted i sykehuset enn der legens øvrige pasienter er, og gjerne kommer i tillegg til en allerede full pasientliste, risikerer utlokaliserte pasienter å bli uteglemt.

Helsetilsynet forventer at helseforetaket har god oversikt over hvilke pasienter som er utlokalisert til hvilke avdelinger, og at oversikten er lett tilgjengelig både for de medisinskfaglig ansvarlige legespesialistene og for sykepleierne på «moderavdelingen».

For å redusere faren for svikt knyttet til utlokalisering, må foretaket identifisere risiko og iverksette risikoreducerende tiltak slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Tilsynet viste at det er mulig å sikre utlokaliserte pasienter gode og trygge tjenester. Et av helseforetakene hadde eksempelvis identifisert utlokalisering av pasienter som et risikoområde, og satt i verk nødvendige tiltak. De hadde gitt føringer for hvilke pasienter som kunne utlokaliseres. Beslutningen om at en pasient kunne utlokaliseres, ble tatt av lege med relevant fagspesifikk kompetanse i samråd med sykepleier. Det medisinskfaglige ansvaret for pasienten var avklart når pasienten ble overført eller plassert på en annen avdeling enn der hen hørte hjemme. Pasienten ble som hovedregel informert av sykepleier om flyttingen. Det var gitt føringer for medisinsk- og sykepleiefaglig planlegging og formidling av opplysninger om pasienten til mottakende sengepost. Utlokaliserte pasienter ble fulgt opp av lege og sykepleier på mottakende sengepost. Det var lav terskel for å ta kontakt med moderpost for tilleggsopplysninger og veiledning, >

eventuelt også purring på legevisitt. Ledelsen fulgte med på om de iverksatte tiltakene fungerte som forutsatt og at forbedringer ble gjort.

Utlokalisering skal være planlagt, og ikke skje ad hoc

Ved de fleste helseforetakene som ble undersøkt, ble utlokalisering sett på som et godt alternativ til korridor plassering og en praktisk måte å løse plassmangel på, men uten at utlokalisering ble ansett som et særlig risikoområde. Følgelig var det lite oppmerksomhet rundt risiko ved utlokalisering, og det var derfor heller ikke iverksatt risikoreducerende tiltak. Tilsynet avdekket at helsepersonell opplevde utlokalisering som en belastning, både mentalt og fysisk i en ellers travel hverdag. Ettersom det kan være ulik praksis og arbeidskultur på avgivende og mottakende sengeposter, eksempelvis for samhandling mellom sykepleiere og lege, kunne det oppstå misforståelser som svekket pasientsikkerheten.

Utlokalisering fra akuttmottak anses som en særlig risiko hvis pasientens helsetilstand ikke er avklart. I pressede situasjoner ble pasienter likevel utlokalisert fra akuttmottakene - selv om pasientens tilstand og behandlingsbehov var uavklart.

Ettersom utlokaliserte pasienter ofte fikk mangelfull informasjon om at de var plassert på «feil sengepost», og hva det innebar i praksis, kunne det representere tilleggsrisiko. Pasientene hadde reduserte muligheter for å ivareta sine egne interesser og medvirke i forløpet, noe som er alvorlig med tanke på kvalitet og sikkerhet i oppfølging og behandling.

En mangelfullt styrt praksis for utlokalisering vurderes som uakseptabel, og kan sette liv og helse i fare. Symptomer kan overses og mistolkes slik som vist i eksempelet i innledningen av denne rapporten. Utfallet ble fatalt, pasienten døde. Små endringer i pasientens tilstand kan være starten på alvorlige forverringer og skal kunne fanges opp av sykepleierne og kommuniseres til legene uten ugrunnet opphold. Utlokaliserte pasienter skal ikke være skadelidende på grunn av mangelfull tilgang på personell med relevant fagspesifikk kompetanse, enten det gjelder sykepleiere eller leger.

Helsetilsynet forventer at helseforetakene tar et aktivt grep, gjør risikoanalyser, identifiserer risikoområder og gjør det de kan for å ta ned risiko til det de anser kan være akseptabelt nivå. Det skal ikke være tilfeldig hvilke pasienter som blir utlokalisert ved plassmangel, og heller ikke tilfeldig hvilke avdelinger pasienter blir plassert på. •

4



«Helsetilsynet ser alvorlig på at disse pasientene ikke er sikret tjenester i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet.»

Statens helsetilsyns forventninger og anbefalinger

Utlokaliserte pasienter skal ha gode og trygge tjenester

Praksisen for utlokalisering ved åtte av ti undersøkte helseforetak var ikke et resultat av systematisk styring. Utlokalisering ble delvis oppfattet som en normalsituasjon uten spesiell risiko. Følgelig hadde helseforetakene lite oppmerksomhet knyttet til den økte risikoen det innebærer for pasienter å bli plassert på en avdeling som ikke har spesialistkompetanse på deres spesifikke helseproblem.

Helseforetakene manglet fungerende sikkerhetsbarrierer som kan hindre svikt i pasientbehandlingen. Helsetilsynet ser alvorlig på at disse pasientene ikke er sikret tjenester i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet. De fleste foretakene hadde ikke oversikt over hvor ofte pasienter ble utlokalisert, hvor mange pasienter som til enhver tid var på «feil» avdeling og på hvilke avdelinger pasientene var. De hadde derfor ufullstendige styringsdata, og fikk heller ikke informasjon om kvalitetsproblemer som kunne ha sammenheng med utlokalisering.

Rapportene fra det landsomfattende tilsynet avdekket at det var store variasjoner mellom helseforetakene når det gjaldt oppmerksomhet på og erkjennelse av den risikoen utlokalisering kan innebære.

Gjennomgående var forståelsen av risiko ved utlokalisering større blant helsepersonell som ble intervjuet enn blant ledelsen. Det ble ved flere helseforetak avdekket en «ad hoc-praksis» der det i hovedsak handlet om å finne en ledig seng. Involvert personell håndterte situasjonen etter beste evne ut fra den informasjon og kunnskap de hadde om den enkelt utlokaliserte pasienten. Helseforetakene hadde i liten grad lagt til rette for at oppfølging og behandling av utlokaliserte pasienter skulle være resultat av helhetlig planlegging og styring av tjenestene.

Utlokalisering forventes å skje som følge av en ledelsesforankret og medisinsk-faglig beslutning om at det på grunn av plassmangel er behov for å flytte en pasient. Beslutningen om hvilke pasienter som kan - eventuelt hvilke som ikke kan - utlokaliseres, bør inngå i helseforetakets overordnede føringer. Videre må det også gjøres en konkret medisinsk-faglig vurdering av om den enkelte pasient kan utlokaliseres.

Utlokalisering av pasienter stiller store krav til samhandling og samarbeid mellom personell og ulike organisatoriske enheter.

Personellet kan ha ulik arbeidskultur og kjenner ikke hverandre så godt. De kan ha ulik innsikt i og forståelse av pasientens helseproblem, og det kan lett oppstå misforståelser som kan sette pasientsikkerheten i fare. Helsepersonellet gjør riktignok tilpasninger og improvisasjoner for å håndtere uventede situasjoner, men praksisen fremstår personavhengig og sårbar og med uønsket variasjon. >

Det er knyttet stor risiko til den praksisen som er avdekket i dette tilsynet. Helseforetakets praksis med utlokalisering skal være fundamentert på systematisk styring og i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet. Det er avgjørende at helseforetakets ledelse tilrettelegger for samhandling på tvers av involverte organisatoriske enheter, og at det foreligger overordnede føringer for utlokalisering som er basert på risikovurderinger, og som er kjent.

Utlokalisering innebærer økt risiko. Det handler om risikoreduksjon.

Fortsatt behov for risikoreduserende tiltak

Flere av helseforetakene har i forbindelse med tilsynet iverksatt til dels omfattende tiltak for å sikre gode og trygge tjenester til utlokaliserte pasienter, tiltak som skal bidra til nødvendige endringer av disse tjenestene. Helsetilsynet forventer at alle helseforetakene fortsetter dette arbeidet som krever kontinuerlig oppmerksomhet og oppfølging.

Statsforvalterne følger opp helseforetakene og tiltakene som blir iverksatt. Hvert enkelt tilsyn avsluttes ikke før helseforetakene kan dokumentere at tjenestene er tilfredsstillende endret og i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet. Tre av foretakene som var omfattet av tilsynet, har i egne artikler delt sine erfaringer fra tilsynet og hvordan de har arbeidet med risikoreduksjon, se del 2 i denne rapporten.

Forventninger til helseforetak og sykehus som ikke har vært omfattet av tilsynet

Helsetilsynet forventer at også helseforetak som ikke har vært omfattet av dette landsomfattende tilsynet bruker oppsummeringsrapporten og tilsynets veileder for gjennomgang og forbedring av egen praksis med utlokalisering av pasienter.

Forventninger til de regionale helseforetakene

Statens helsetilsyn forventer at de regionale helseforetakene sørger for at utlokaliserte pasienter får gode og trygge tjenester og bidrar til læring på tvers og erfaringsoverføring mellom sykehus og helseforetak i egen region. ●

Del 2

TILSYN VIRKER. ARTIKLER FRA TRE HELSEFORETAK SOM HAR VÆRT OMFATTET AV TILSYNET MED UTLOKALISERING

5



«Utgangspunktet vårt er at all flytting av pasienter innebærer risiko uansett årsak, og at flytting av plasshensyn er uønsket.»

Tilsyn ved Helse Bergen HF – helsehjelp til utlokaliserte pasienter

Clara Beate Gram Gjesdal, ass. direktør Pål Farsund, rådgiver Brit Pedersen, spesialrådgiver

Bakgrunn

Våren 2019 ble det gjennomført et nasjonalt tilsyn om helsetjenester til utlokaliserte pasienter. Tilsynet avdekket avvik hos flere helseforetak, også Helse Bergen.

I tilsynet fikk Helse Bergen kritikk for særlig to forhold: at vi gjennomførte utlokalisering direkte fra Akuttmottak, og at vi manglet en samlet oversikt over pasienter som var utlokaliserte. Tilsynet påpekte også at vi ikke hadde regelmessig evaluering og korrigerende tiltak for å redusere risiko, og at vi ikke var flinke nok til å informere pasientene som ble utlokaliserte. Tilsynet satte fokus på en risiko vi visste at vi hadde og på tiltakene vi hadde satt i verk, men som vi ikke hadde fulgt opp effekten av på en god nok måte.

Vi rigget oppfølgingen av tilsynet som et forbedringsprosjekt med bred involvering fra mange kliniske avdelinger og profesjoner. Det var viktig å ha en felles forståelse av problemet. Vi satte fokus på risiko ved flytting/overganger og rigget tiltak i forhold til risikonivå.

Utlokalisering har ulikt omfang innen de ulike fagområdene. I indremedisinske avdelinger anses utlokalisering som mindre risikofyllt enn i kirurgiske enheter, fordi mange indremedisinske pasientgrupper kan bli hensiktsmessig behandlet i flere enheter. Det rammeverket som nå er utarbeidet kan likevel benyttes av både de kirurgiske og de indremedisinske fagene.

Om utlokaliseringsrutinene

Utgangspunktet vårt er at all flytting av pasienter innebærer risiko uansett årsak, og at flytting av plasshensyn er uønsket. Mottaksmodellen ved Haukeland universitetssykehus skal forebygge utlokalisering. Men når det i noen situasjoner er nødvendighet å flytte en pasient for å gi plass i en spesialavdeling til ny pasient med høyere medisinsk prioritet, må vi ha gode risikoreduserende tiltak. Disse skal være enkle, praktiske og mulig å etterleve.

De tre hovedelementene i den nye utlokaliseringsrutinen er risikovurdering, ansvars plassering og informasjon.

1. Risikovurdering

Individuell vurdering av risiko ved flytting av hver enkelt pasient skal bygge på:

- om pasienten har behov for medisinsk eller sykepleiefaglig spesialkompetanse >

- **om mottakende enhet har tilstrekkelig medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasienten på adekvat måte**

Risikoen skal vurderes som "høy" eller "lav". Den individuelle vurderingen skjer i moderavdelingen ved å sette pasient på «flytteliste». Flyttingen iverksettes dersom det kommer pasient som har større behov for plassen i spesialavdelingen.

2. Ansvars plassering

Det er viktig å sikre at ansvaret er klart definert for å ivareta pasientsikkerhet og tjenestekvalitet. Mottagende avdeling har medbestemmelsesrett ved overflytting av pasient. Avgivende avdeling har avgjørende myndighet om flytting, mottakende avdeling har avgjørende myndighet om hvor tett avgivende enhet skal følge opp pasienten.

Ansvars plassering følger av risikovurderingen. Hvis utlokalisering medfører lav risiko, dvs. at pasienten har en tilstand som kan behandles adekvat av mottakende enhet, så overføres både det sykepleiefaglige og medisinskfaglige ansvaret til mottakende enhet. Hvis utlokalisering medfører høyere risiko, forblir det medisinsk faglige ansvaret i avgivende enhet, herunder utredning og behandling av den aktuelle tilstand, visittgang og ansvar for epikrise. Det skal utarbeides et utlokaliseringsnotat som angir avtale om medisinsk ansvar og samarbeid om pasienten. Utlokaliseringsnotatet brukes både for å utveksle informasjon om den enkelte pasient, og for å gi en samlet oversikt over antall utlokaliserte pasienter.

3. Informasjon

Pasienten og pårørende skal gis tilpasset informasjon om flyttingen, og det skal dokumenteres at informasjon er gitt.

Utlokalisering fra Akuttmottak

All utlokalisering er uønsket, men utlokalisering direkte fra Akuttmottak er spesielt uønsket da det innebærer en større risiko enn utlokalisering fra sengepost. Vi har derfor utarbeidet egne forebyggende rutiner for å hindre utlokalisering direkte fra Akuttmottak. Det er definert hvilke pasientkategorier som kan gå til Mottaksklinikken og hvilke pasientgrupper som skal ha sin primær plassering ved fagspesifikk avdeling. Dette danner grunnlaget for hvilke tiltak som skal iverksettes ved utlokalisering fra Akuttmottak. >

Implementering

Haukeland universitetssykehus er en stor organisasjon, og det tar tid å få en felles tankegang i ulike kulturer og miljø. Vi har derfor valgt å bruke lang tid på å implementere utlokaliseringsrutinene i sykehuset, og det er benyttet mange ulike kanaler og fora for å informere bredt og få innspill til forenkling og forbedring av rutinene.

Vi har per mai 2021 brukt de nye rutinene i et halvt år, og vi ser at dette begynner å bli innarbeidd i de fleste kliniske avdelingene. Antall utlokaliserte pasienter i sykehuset blir fulgt fra måned til måned i virksomhetsrapporten og fra dag til dag i kapasitetsmøter.

Arbeidet med oppfølgingen av tilsynet har medført at sykehuset nå har mye større oppmerksomhet på å unngå utlokalisering, har fått bedre oversikt over omfang av utlokalisering, samt at vi har fått gode rutiner som ivaretar pasientsikkerheten. Vi evaluerer fortløpende og gjør korrigeringer for å forbedre og forenkle rutinene. ●



Tilsyn ved Stavanger universitetssjukehus – helsehjelp til utlokaliserte pasienter

Helle K. Schøyen, administrerende direktør

Liss Søreide, fagsjef for kvalitet og pasientsikkerhet

I oktober 2019 gjennomførte fylkesmennene (nå statsforvalterne) landsomfattende tilsyn med helsehjelpen til utlokaliserte pasienter. For Stavanger universitetssjukehus (SUS) sin del ble det ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Dette er sykehuset svært fornøyd med. SUS har jobbet systematisk med denne problemstillingen gjennom mange år, og både dedikerte ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjeneste har gjort en betydelig innsats for å få dette til på en god måte.

Status ved tilsynet

Arbeidet for en bedre og sikrere pasientflyt har vært omfattende og pågått over flere år - med mange korrigeringer underveis. Konstant overbelegg, korridorpasienter, utlokaliserte pasienter, frustrerte medarbeidere og pasientsikkerhetsrisiko var bakgrunnen for at SUS satte i gang arbeidet.

Våre viktigste suksesskriterier har vært:

Definere indikatorer/kriterier

- beskrive utfordringsbildet, med tallfesting av belegg og nivå for overbelegg
- beredskapstekning, med kriterier for aksjoner ved vedtatte nivåer for overbelegg

IKT-verktøy

- bruke «SmartCrowding», hvor registrering og analyse gir oversikt over ledige senger i hele sykehuset
- åpenhetskultur - daglig status over ledige senger er tilgjengelig for alle klinikker

Organisering

- etablering av medisinsk og kirurgisk flytsone
- pasientflytkoordinatorer som, ved hjelp av fastlagte indikatorer og verktøy, til enhver tid har oversikt over belegg og ledige senger. Dette bidrar til korrekt plassering av innlagte pasienter
- i morgenmøtet får legene opplyst hvilke pasienter som ligger på en annen sengepost, og det blir avklart hvilken lege som har ansvaret for pasienten. Ved noen enheter er det forhåndsdefinert hvilke leger som ansvar for de utlokaliserte pasientene >

SmartCrowding er et nytt system for å styrke sykehus og helseforetak med forbedret operasjonell ledelse og drift i forhold til pasientstrøms-håndtering (flyt) og ressurs-planlegging i perioder med høy aktivitet.

Plan for høy aktivitet (PHA)

- **internt system som beskriver kommunikasjons- og beslutningslinjer på tvers i sykehuset for håndtering av pasientflyten**

Dokumentasjon

- **alle prosedyrer og retningslinjer for pasientflyt er lett tilgjengelig i dokumentstyringsystemet**

Utlokalisering av pasienter ved Stavanger universitetssykehus utgjør fortsatt en risiko for pasienter og medarbeidere. Sykehuset sitt system for håndtering av høyt pasientvolum bidrar imidlertid til reduksjon av denne risikoen, og utviklingen følges fortløpende.

Evaluering og avviksmeldinger viser at det fortsatt er rom for forbedringer. Lege-til-lege-kommunikasjon og dokumentasjon av vurderingsgrunnlag for beslutning om utlokalisering i pasientens journal, er eksempler på forbedringsområder.

Gjennomføring av tilsynet

Sykehusets planlegging og koordinering av tilsynet ble utført av sentral stab i tett samarbeid med klinikkene. De praktiske forberedelsene var omfattende og ressurskrevende. I tillegg til å oversende etterspurt dokumentasjon, finne medarbeidere til intervju, samt praktisk gjennomføring, ble det også avholdt forberedende møter med de aktuelle medarbeiderne. Hensikten med disse møtene var å sikre at alle kjente til hva denne type tilsyn innebærer, og hvilken rolle de hadde i dette.

Alle som ble intervjuet, ble oppfordret til å ha med en bisitter. De aller fleste benyttet seg av dette. Å ha noen med seg under intervjuene opplevde mange som positivt. Det å snakke med «myndighetene» oppleves sterkt, selv om det er et systemtilsyn.

Stavanger universitetssjukehus erfarte at tilsynet var godt forberedt fra Helsetilsynets side. Dialogen med tilsynsaktørene var god, og spørsmål og uklarheter ble raskt besvart. Spesielt positivt og nyttig var forhåndsmøtet med god informasjon og mulighet for avklaringer. Tilsynsaktørene fremstod vennlig med forståelse og respekt for sykehusets medarbeidere og drift. ●

7

Landsomfattende tilsyn med utlokaliserte pasienter - erfaringer fra St. Olavs hospital

Merete Blokkum, direktør for virksomhetsstyring

Før tilsynet

Utlokaliserte pasienter har vært en del av sakskomplekset «fullt sykehus – fullt akuttmottak» ved St. Olavs hospital.

Den totale beleggssituasjonen ved sykehuset var over år krevende og svingninger i beleggssituasjonen som følge av sesongvariasjoner, tilfeldige variasjon i antall øyeblikkelig hjelp innleggelser, antall utskrivningsklare etc., medførte at situasjonen med «fullt sykehus – fullt akuttmottak» ble opplevd å være normalen. Klinikken hadde ansvar for å ha oppdaterte flyttelister med oversikt over avklarte pasienter som kunne utlokaliseres og pasienter som kunne være kandidater for lettposten. Ved situasjoner med fullt akuttmottak og fullt sykehus, ble det arrangert daglige kapasitetsmøter. Beslutning om utlokalisering av pasienter ble tatt av beleggskoordinator og akuttlege i Akuttmottaket forutsatt at det hadde vært direkte kontakt mellom vakthavende lege ved moderpost og mottakerpost. Ved utlokalisering ble det medisinskfaglige ansvaret overført til mottakende avdeling. Sykehuset manglet imidlertid en sanntidsoversikt over utlokaliserte pasienter.

Gjennomføring

Det ble iverksatt flere tiltak knyttet til styrking av kapasitet og kompetanse i front i akuttmottaket ved sykehuset. For å adressere «rotårsaken» og sikre god pasientlogistikk og pasientsikkerhet, herunder redusere behovet for utlokalisering av pasienter, vedtok Styret for St. Olavs hospital en styrking av den totale kapasiteten ved foretaket i budsjettet for 2019. I løpet av 2019-2020 ble akuttmottaket utvidet, og man åpnet en akuttpoliklinikk. I tillegg åpnet man et nytt sengetun med sju senger ved Kirurgisk klinikk samt at man etablerte Medisin- og lungeovervåkning med til sammen ni overvåkningssenger. Lettposten ved Pasienthotellet ble også besluttet videreført.

Parallelt med kapasitetsutvidelsen, gikk ledelsen gjennom og oppdaterte prosedyrer og retningslinjer for ansvar og oppfølging av pasientene ved utlokalisering. Det ble også prioritert å få på plass verktøy for å holde sanntids oversikt over hvor de utlokaliserte pasientene er, slik at man så raskt som mulig kunne ta de tilbake til moderavdeling.

Følgende endringer ble identifisert

Før en pasient kan utlokaliseres skal det være direkte dialog mellom vakthavende lege på moderavdeling og vakthavende lege på >

mottakeravdeling og beslutningen om utlokalisering skal dokumenteres. Pasienten skal informeres muntlig og skriftlig om utlokaliseringen.

Det ble videre stadfestet at moderavdelingen, dvs. avdelingen der pasientens diagnose hører hjemme, har medisinskfaglig ansvar og således ansvar for at pasienten får forsvarlig helsehjelp, også når vedkommende er utlokalisert.

Selv om moderavdeling/klinikk har overordnet medisinsk faglig ansvar, må daglig pleie og medisinsk observasjon ivaretas av leger og sykepleiere ved mottagende enhet. Moderavdeling skal tilse sine utlokaliserte pasienter daglig, og tilsynet skal dokumenteres i pasientens journal.

Avdelingene skal til enhver tid ha oversikt på sine utlokaliserte pasienter i sengetunsapplikasjonen Imatis Visi. Det viste seg krevende å få på plass en sanntidsrapport. Men da koronapandemien traff oss og det var behov for daglig rapportering på innlagte pasienter med covid-19, løste man også utfordringen med sanntidsrapportering på utlokaliserte pasienter.

Erfaring

St. Olavs hospital vil understreke at tilsynet har medført at fokuset og bevisstheten vedrørende god og trygg medisinskfaglig håndtering av utlokaliserte pasienter har økt betydelig i hele organisasjonen. Dette har i tillegg til økt kapasitet for håndtering av akutte pasienter, oppdaterte retningslinjer og digitale oversikter bidratt til at pasientsikkerheten ved utlokalisering av pasienter ved sykehuset, er betydelig styrket. ●

8

Litteratur

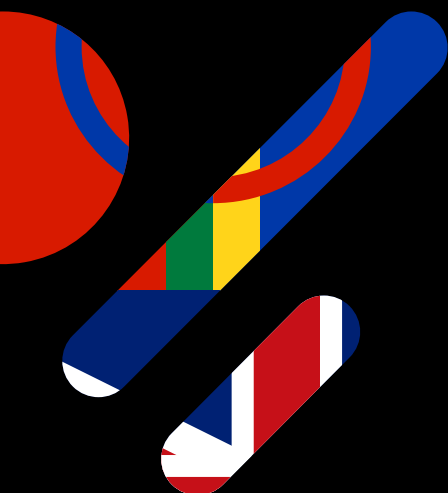
1. Risiko- og hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet, 2016 (sist faglig oppdatert 10. mars 2020).
2. «Pasienter på feil avdeling». Veileder for landsomfattende tilsyn i 2019 og 2020 - om helseforetakene sørger for at utlokaliserte somatiske pasienter får forsvarlige tjenester. Internserien 1/2019. Oslo: Statens helsetilsyn, 2019.
3. La Regina M et al. What Quality and Safety of Care for Patients Admitted to Clinically Inappropriate Wards: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine* 2019; 34(7): 1314–1321.
4. Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2016.
5. Skador i vården 2013-2016. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2017.
6. Lloyd J et al. The practice of out-lying patients is dangerous: A multicentre comparison study of nursing care provided for trauma patients. 2005; 36(6): 710-713.
7. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.
8. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Stockholm: Socialstyrelsen, 2018.
9. Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus. Stockholm: Socialstyrelsen, 2019.
10. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Agera för säker vård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2020.
11. Stylianou N et al. Are medical outliers associated with worse patient outcomes? A retrospective study within a regional NHS hospital using routine data. 2017; 7(5): e015676.
12. Bättre sjukvård, men överbeläggningar och väntetider kvarstår. Stockholm: Socialstyrelsen, nyhetssak, publ. 30.07.2018.
13. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. SOU 2016/2. Stockholm: Socialdepartementet, 2016.
14. Pasientskader i Norge 2016 målt med Global Trigger Tool. IS-2663. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
15. Sjødahl R et al. Olägenheter och ineffektivitet med kirurgiska satellitpatienter, Strukturerad journalgranskning och enkätstudie. *Läkartidningen* 109(7): 338-341.
16. Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. IS-2236. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
17. Pasientsikkerhet på «feil» avdeling? Læringsnotat fra Meldeordningen. IS-0592. Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
18. Överbeläggningar och utlokalisering är en patientsäkerhetsrisk. Tillsynsrapport 2016. Stockholm: IVO, 2016.
19. Stowell A et al. Hospital out-lying through lack of beds and its impact on care and patient outcome. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2013; 21(17).

8 Litteratur

20. Goulding L et al. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Quality and Safety* 2012; 21(3):218-24.
21. Sprivulis PC et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 2006; 184(5): 208-212. Erratum in: *Med J Aust* 2006; 84(12):616.
22. Elsayed S, Cosker TD, Grant A. Pressure for beds—does it put our orthopaedic patients at risk? *Injury* 2005; 36(1):86-87.
23. Lepage B et al. Use of a risk analysis method to improve care management for out-lying inpatients in a university hospital. *Qual Saf Health Care* 2009; 18(6): 441-445.
24. Alameda C, Suarez C. Clinical outcomes in medical outliers admitted to hospital with heart failure. *Eur J Intern Med* 2009; 20(8):764-767.
25. State of the Health System. Beds in the NHS. UK. London: British Medical Association, 2017.
26. Patterson L. Wrong bed, wrong ward. *Kings Fund* December 6., 2012. [foredrag, publisert på Kings Funds Vimeokonto].
27. Rutherford PA et al. *Achieving Hospital-wide Patient Flow (Second Edition)*. IHI White Paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2020.
28. Rutberg H. « Att bristerna leder till patientskador vet vi ». *Dagens Medicin (Sverige)*, 03.04. 2017.
29. Lungepasient ble plassert på nyreavdeling. Døde etter seks dager. *Aftenposten*, 19.06.2016, oppdatert 21.06.2016.
30. Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser kunne det skjedd hos oss? Eksempler og erfaringer 2010-2013 fra Undersøkelsesenhetsens arbeid med varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (§ 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven). Rapport fra Helsetilsynet 3/2014. Oslo: Statens helsetilsyn, 2014.

9

Samisk og engelsk sammendrag





Pasieantta «boasttu ossodagas»

- Dearvvašvuodafitnodagat sáhttet unnidit vára ja buoridit pasieantasihkarvuoda

Čoahkkáigeassu riikaviidosaš somáhtalaš spesialistadearvvašvuodabálvalusaid bearráigeahčus eretsirdojuvvon pasieanttaide 2019/2020

Dearvvašvuodabearráigeahču raporta

RAPORTA 1/2022 • GEASSEMÁNU 2022

Badjelmeare olu pasieanttat ja sadjevátni sáhttá fanahit pasieantasihkarvuoda – iige leat eahpedábálaš norgga buohcceviesuin. Praktihkalaš vuogit čoavdit dan sáhttet leat olggosčállit pasieanttaid johtilit maŋŋil go leat geargan dálkkodemiin, ja bidjat daid feaskáarii, bidjat eanet pasieanttaid seamma juohke latnjii, dahje sirdit pasieanttaid ossodahkii dahje seangalatnjii mas lea guoros kapasitehta. Dat maŋemus lohkkuojuvvo dávjá eretsirdimin.

Stáhtahálddašeaddjit čadahedje 2019:s riikaviidosaš bearráigeahču spesialstadearvvašvuodabálvalusain ja iske ipmirdedje go dearvvašvuodafitnodagat eretsirdima dillin mii lassánahttá vára ahte ii oaččo dan dearvvašvuodaveahki maid galgá. Sii iske maiddáii leat go dearvvašvuodafitnodagat álggahan doaibmabijuid unnidit várá, sihke bajit dásis ja doaimmahandásis.

Dát bearráigeahčču lea addán midjiide máhtu ja dieđuid movt dearvvašvuodafitnodagat barget varain go lea sadjevátni ja sii fertejit eretsirdit pasieanttaid «boasttu» ossodahkii; mii mearkkaša sirdit pasieanttaid ossodagaide gos ii leat erenomáš fágagelbbolašvuoha dálkkodit dearvvašvuodaváttu man dihte leat veallamen buohcceviesus.

Gávccis dan logi dearvvašvuodafitnodagain mat ledje fárus bearráigeahčus ii oaidnán eretsirdima várrasuorgin mii gáibida earenoamáš fuomášumi ja álggahit doaibmabijuid sihkkarastin dihte pasientii dohkálaš dearvvašvuodaveahki beroškeahhtá guđe ossodagas sii leat.

Dearvvašvuodabearráigeahčču ballet ahte pasieanttat sirdojuvvojit ossodagaide gosa eai gula, muhto man lea sadi, nu ahte dearvvašvuodafitnodat ii leat árvvoštallan vára ja álggahan doaibmabijuid unnidit vára. Ii galgga leat sahtedohko guđet pasieanttat sirdojuvvojit gosa.

Bearráigeahčču čájehii ahte dearvvašvuodafitnodagat ledje dahkan unnán várraárvoštallamiid ja álggahan unnán doaibmabijuid sihkkarastin várás buriid ja oadjebas bálvalusaid pasieanttaide mat ledje biddjon «boasttu ossodahkii». Eanas dearvvašvuodafitnodagain leat ollislaš dieđut man olu pasieanttat ledje biddjojuvvon eará ossodagaide, ja gos dát pasieanttat ledje. Váikkuhus sáhtii leat ahte doavtterfitnan pasieanttaid luhtte maŋŋonii dahje ahte ii oktage fitnan >



sin luhte obanassiige muhtumin. Pasieanttat sáhtte maiddáí oažžut váilevaš čuoovoleami buohccedivššáriin ja doaktáriin geain lea rievttis gelbbolašvuohta dálkkodit dearvvašvuođaváttu mii sis lea.

Dearvvašvuođaláhka bidjá gáibádusaid jođihussii ja vuogádatlaš stivrejupmái sihkkarastin dihte dohkálaš bálvalusaid. Dárbblaš doaimbajut galget plánejuvvot, doibmiiddjojuvvot, ja rievdaduvvot.

Dearvvašvuođafitnodaga jođihus ferte identifiseret pasieanttaid eretsirdima várrasuorgin. Sii fertejit fuolahit leat addon dárbblaš láidestusat eretsirdimii, oktan láidestusaiguin ovttasbargui ja gulahallamii ja dahkat dan čielggasin geas lea ovddasvástáduš iešguhtege mearrádusain. Jođihus ferte čuoovolit ahte plánejuvvon doaimbajut leat álggahuvvon ja doibmet, ja váikkuhit buriid ja oadjebas bálvalusaide. •



Patients in the “wrong departments”

– health trusts can reduce risk and improve patient safety

Summary of nationwide supervision 2019/2020 of somatic specialist health services for outlying patients

Report from the Norwegian Board of Health Supervision

REPORT 1/2022 • JUNE 2022

Overcrowding and lack of space can put patient safety at risk – and is not uncommon in Norwegian hospitals. Practical ways of solving this issue include discharging patients promptly after their treatment has been completed, placing them in corridors, assigning more patients to each room, and moving patients to a department or ward which has spare capacity. The latter is often referred to as “outlying”.

In 2019, the county governors carried out a nationwide supervision of the specialist health service and investigated whether the health trusts perceived outlying as a situation that increases the risk of healthcare failure. They also investigated whether the health trusts had implemented measures to reduce risk, both at overarching level and at the point of delivery.

This supervision has provided us with knowledge and insight into how the health trusts are working with regard to risk in cases where there is a shortage of beds and they are forced to transfer patients to the “wrong” department, i.e. move patients to departments which do not have the specialist expertise needed to treat the health problem for which they were admitted.

Eight of the ten health trusts covered by the supervision did not consider the outlying process to be a risk area that requires special attention or the implementation of measures to ensure that patients receive adequate healthcare regardless of which department they are in.

The Norwegian Board of Health Supervision is concerned that patients are being transferred to departments where they do not belong, but which have space, without the health trust having previously assessed the risks or implemented measures to reduce risk. Determining which patients are moved where should not be a random process.

The supervision showed that the health trusts had carried out few risk assessments, and implemented few measures to ensure good and safe services for patients who were placed in the “wrong department”. Most health trusts did not have an adequate overview of the numbers of patients who had been transferred to other departments, or where in the hospital these patients actually were. Possible consequences include delays in doctors attending to patients or failing to attend to patients at all. Patients were also at risk of receiving inadequate >



9 Samisk og engelsk sammendrag

follow-up from nurses and doctors with the right expertise to treat their health problems.

Health law sets requirements for management and systematic governance to ensure that services are appropriate. Necessary measures must be planned, implemented, evaluated and corrected.

The management of health trusts/hospitals must identify the outlying of patients as being a risk area. They must ensure that necessary guidelines have been issued regarding outlying, including guidelines for interaction and communication, and make it clear who is responsible for each decision. The management must follow up to ensure that planned measures have been implemented and are functioning satisfactorily, and contribute to high-quality, safe services. ●

Alle utgivelser i **Rapport fra Helsetilsynet** finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på helsetilsynet.no

ISBN 978-82-93595-47-2
Rapport fra Helsetilsynet 1/2022
Pasienter på «feil avdeling»
– helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten
Elektronisk versjon.

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

[Tilsynsrapporter som inngår i dette landsomfattende tilsynet](#)

Pasienter på «feil avdeling»

- helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten

Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2019/2020 med somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter

RAPPORT FRA HELSETILSYNET 1/2022 • JUNI 2022

Overbelegg og plassmangel kan sette pasientsikkerheten på strekk – og er ikke uvanlig på norske sykehus. Praktiske måter å løse dette på kan være å skrive ut pasientene raskt etter at de er ferdigbehandlet, å plassere dem på korridoren, å legge flere pasienter på hvert rom eller å flytte pasienten til en avdeling eller sengepost som har ledig kapasitet. Det siste omtales gjerne som utlokalisering.

Statsforvalterne gjennomførte i 2019 landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten og undersøkte om helseforetakene oppfattet utlokalisering som en situasjon som gir økt risiko for svikt i helsehjelpen. De undersøkte også om helseforetakene hadde iverksatt tiltak for å redusere risiko, både på overordnet og utøvende nivå.

Dette tilsynet har gitt oss kunnskap og innsikt i hvordan helseforetakene arbeider med risiko når det er plassmangel og de må utlokalisere pasienter til «feil» avdeling; det vil si flytte pasienter til avdelinger som ikke har fagspesifikk kompetanse til å behandle helseproblemet de er innlagt i sykehuset for.

Åtte av de ti helseforetakene som var omfattet av tilsynet så ikke på utlokalisering som et risikoområde som krever spesiell oppmerksomhet og iverksetting tiltak for å sikre pasientene forsvarlig helsehjelp uansett hvilken avdeling de er på.

Helsetilsynet er bekymret for at pasienter blir overført til avdelinger de ikke hører hjemme på, men som har plass, uten at helseforetaket på forhånd har vurdert risikoer og iverksatt tiltak for å ta ned risiko. Det skal ikke være tilfeldig hvilke pasienter som blir flyttet hvor.

Tilsynet viste at helseforetakene hadde gjort få risikovurderinger, og iverksatt få tiltak for å sikre gode og trygge tjenester for pasienter som var plassert på «feil avdeling». De fleste helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig oversikt over *hvor mange pasienter* som var plassert på andre avdelinger, og *hvor i sykehuset* disse pasientene var. Konsekvenser kunne være at pasienter fikk forsinket legevisitt eller at de noen ganger ikke fikk visitt i det hele tatt. Pasientene kunne også få mangelfull oppfølging av sykepleiere og leger med rett kompetanse til å behandle deres aktuelle helseproblem.

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres.

Ledelsen ved helseforetaket/sykehuset må identifisere utlokalisering av pasienter som et risikoområde. De må sørge for at det er gitt nødvendige føringer for utlokalisering, inkludert føringer for samhandling og kommunikasjon og gjøre det tydelig hvem som har ansvar for ulike beslutninger. Ledelsen må følge opp at planlagte tiltak er iverksatt og fungerer, og bidrar til gode og trygge tjenester.



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN, SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no