



«Pasienter på feil avdeling»

Veileder for landsomfattende tilsyn i 2019 og 2020 – om helseforetakene sørger for at utlokaliserte somatiske pasienter får forsvarlige tjenester

Målgruppe: Tilsynsledere, revisjonsledere og revisorer i fylkesmannsembetene

Saksbehandlere: Aud Frøysa Åsprang og Susanne Lie

Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen

Godkjent dato: 9. januar 2019

[Veiledningsmaterialet som er utarbeidet for de landsomfattende tilsynene oppdateres ikke. Senere lovendringer, endringer i normerende produkter og faglig utvikling på området er derfor ikke innarbeidet. Dersom statsforvalterne ønsker å bruke veiledningsmaterialet til å gjennomføre egeninitierte tilsyn, må statsforvalterne oppdatere og bearbeide veiledningsmaterialet.]

Innholdsfortegnelse

1	Hva vi vil oppnå med dette tilsynet.....	3
2	Bakgrunn for og avgrensning av tilsynets tema	3
2.1	Hvorfor tilsyn med somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter?...4	
2.2	Hva inkluderes i tilsynet?	5
3	Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	7
3.1	Forsvarlighetskravet.....	7
3.2	Plikten til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring.....	8
3.3	Informasjon og pasientmedvirkning.....	8
4	Tilsynets tema: Somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter	9
4.1	Beslutning om utlokalisering av pasienter på grunn av plassmangel	10
4.2	Planlegging av nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak	14
4.3	Medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdering og oppfølging av utlokaliserte pasienter	19
5	Veiledning til samlet vurdering av om utlokaliserte pasienter får forsvarlige tjenester.....	28
6	Planlegging og gjennomføring av tilsynet	29
6.1	Praktisk innretning.....	29
6.2	Særlig om kompetanse i tilsynslaget.....	31
6.3	Særlig om informasjonsinnhenting gjennom samtaler med (tidligere) pasienter	32
6.4	Særlig om intervjuer med ansatte.....	32
6.5	Særlig om journalgjennomgang og egenvurdering – inkludert bevisvurdering.....	32
6.6	Tilsynsrapporter.....	33
6.7	Oppfølging av eventuelle lovbrudd.....	34
	Oversikt over vedlegg til veilederen	34

1 Hva vi vil oppnå med dette tilsynet

Tilsynsmyndigheten har som målsetting at tilsynet skal bidra til at utlokaliserte pasienter får gode og trygge helsetjenester. Pasientsikkerheten i sykehus skal være ivarettatt uansett hvordan helseforetak/sykehus er organisert, og uansett hvordan sykehus løser eventuelle utfordringer med plassmangel/overbelegg. Praktiske måter å møte plassmangel og overbelegg på, kan blant annet være å skrive ut pasienter så raskt som mulig etter at de er ferdigbehandlet, plassere pasienter på korridor, bruke «fortetning» (legge flere pasienter på samme rom) eller flytte pasienter til en sengepost som har kapasitet – men hvor pasientens helseproblem ikke hører hjemme (utlokalisering). Det er sistnevnte alternativ som er tilsynets tema. Hva vi legger i betegnelsen utlokalisert pasient, er definert i punkt 2.2.

Helsetjenesten er generelt en høyrisikovirksomhet, jf. IS-0583¹. Kompleksiteten er stor, med mange mer og mer spesialiserte profesjonsgrupper involvert, avansert utstyr og teknologi, økende behov for kommunikasjon og samhandling m.m. Utlokalisering av pasienter innebærer at kravene til sikkerhetstiltak øker og at ledere og medarbeidere derfor må ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering.

Pasienter kan oppleve utlokalisering ulikt avhengig av hvordan det kompenseres for risikoen ved at personell med relevant medisinskfaglig og sykepleiefaglig kompetanse er tilknyttet og fysisk befinner seg i en annen sengepost. Tilsynsmyndigheten skal gjennom dette tilsynet undersøke om helseforetakene iverksetter nødvendige risikoreducerende tiltak, og om det tas hensyn til samspillet mellom menneskelige, teknologiske og organisatoriske faktorer, jf. IS-0583. Jo høyere risiko det innebærer å flytte en pasient, jo flere sikkerhetstiltak/sikkerhetsbarrierer må etableres. Pasienter som er flyttet på grunn av plassmangel skal, i likhet med andre pasienter, sikres forsvarlige tjenester. Det er helseforetakets ansvar å sørge for dette.

I dette tilsynet skal vi undersøke helseforetakenes² praksis gjennom ulike kilder (inkludert strukturerte pasientsamtaler) og tilnærminger:

- kartlegging i helseforetakene av utlokaliserte pasienter
- egenvurdering (journalgjennomgang) i alle helseforetakenes sykehus der det avdekkes forekomst av utlokalisering gjennom kartleggingen
- systemrevisjon i minst ett sykehus i hvert helseforetak
- ny egenvurdering i helseforetakene som ledd i oppfølging av eventuelle lovbrudd

Veilederen er bygget opp etter ulike faser i et tenkt pasientforløp, se figuren under punkt 4. For mer informasjon om planlegging og gjennomføring, inkludert tidslinje, se kapittel 6.

2 Bakgrunn for og avgrensning av tilsynets tema

¹ Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. Helsedirektoratet, september 2016.

² Private sykehus inngår også i tilsynet.

2.1 Hvorfor tilsyn med somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter?

Overføringer mellom, og samarbeid på tvers av, organisatoriske enheter er en generell risiko for pasientsikkerheten. Risikoen øker ytterligere dersom pasienter flyttes til sengeposter som ikke har spesifikk kompetanse på pasientenes helseproblem³. I Norge finnes lite oppsummert kunnskap om dette temaet. I Sverige har helsemyndighetene imidlertid satt dette på dagsorden.

Kunnskapsoppsummeringene som er gjort viser følgende risikoområder⁴:

- ingen felles forståelse hos involvert personell av hvordan pasienten skal følges opp
- utydelig ansvarsfordeling
- mangelfulle rutiner for hvilke pasienter som kan utlokaliseres og hvordan disse pasientene skal følges opp
- mangelfull dokumentasjon
- mangelfull skriftlig og muntlig kommunikasjon om oppfølging av pasientene
- manglende utstyr og kompetanse
- stress og negativ påvirkning på muligheten til å gi gode og trygge tjenester

Det er også gjort noen europeiske studier som viser lignende resultater⁵. En konsekvens av utlokalisering kan også være forlenget liggetid for pasientene⁶. For utlokaliserte pasienter innebærer det økt risiko dersom helsepersonellet ikke har oppdatert kunnskap om og ferdigheter i vurdering av pasientens symptomer, herunder hva som skal tolkes som negativ utvikling og som må undersøkes og behandles. Alvorlige symptomer kan bli oversett, undervurdert eller underrapportert, noe som kan resultere i manglende eller utilstrekkelige tiltak, med det resultat at pasienten får mangelfulle helsetjenester. Personalet kan være klar over egen manglende kompetanse, noe som kan gjøre dem utrygge i møte med pasientene⁷. Dette trygger ikke den enkelte pasient og styrker heller ikke pasientsikkerheten.

At helseforetaket har mangelfull oversikt over hvilke pasienter som er utlokalisert, og hvor de faktisk befinner seg, er i vår kontakt med relevante fagmiljøer⁸ identifisert som en egen risiko.

Mer bakgrunnsinformasjon om utlokalisering av pasienter og tilhørende risiko finnes i vedlegg 1.

³ Pasientsikkerhet på «feil» avdeling? Læringsnotat fra Meldeordningen, IS-0592.

JM Lloyd et al. The practice of out-lying patients is dangerous: a multicentre comparison study of nursing care provided for trauma patients.

Skador i vården, 2013 – 2016.

Ingen på sjukhus i onödan. Hur kan vi tillsammans minimera överbeläggningar och utlokaliseringar för patientens bästa. Karina Aase (red.): Pasientsikkerhet. Teori og praksis. Kapittel 8.4 Risikofaktorer.

⁴ Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter.

⁵ Goulding et al. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff.

⁶ N Stylianou et al. Are medical outliers associated with worse patient outcomes? A retrospective study within a regional NHS hospital using routine data.

C Alameda, C Suarez, Clinical outcomes in medical outliers admitted to hospital with heart failure.

⁷ Pasientsikkerhet på «feil» avdeling? Læringsnotat fra Meldeordningen, IS-0592.

⁸ Se vedlegg 2.

2.2 Hva inkluderes i tilsynet?

Utlokaliserte pasienter; definisjon og begrepsbruk

Med «utlokalisert pasient» mener vi i dette tilsynet en innskrevet pasient som, *på grunn av plassmangel*, mottar spesialisthelsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Legene som har fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem, beholder vanligvis det medisinskfaglige ansvaret. Men pasientene inkluderes i tilsynet også dersom det medisinskfaglige ansvaret skulle bli overført til leger tilknyttet mottakende sengepost.

Utlokalisert pasient er et av flere begreper som brukes når en pasient mottar spesialisthelsetjenester på en annen avdeling/enhet/sengepost enn den som har relevant fagspesifikk kompetanse⁹. Andre begreper som benyttes i Norge er blant annet intern gjestepasient, pasient på feil avdeling, uteligger, utpostpasient og satellittpasient.

Med plassmangel mener vi at det ikke er tilgjengelige sengeplasser i sengeposten hvor pasientens helseproblem «hører hjemme». Dette kan ha sammenheng med (tilbakevendende) for lav kapasitet på et område eller for eksempel ferieavvikling, stengte enheter og/eller fravær av personell.

Unntatt fra definisjonen er korridorpasienter¹⁰ samt pasienter som er flyttet til annen enhet av medisinske grunner, eksempelvis på overvåkings-/intensivseng eller isolat m.m. Heller ikke barn (for eksempel kirurgipasienter) på barneavdeling regnes som utlokaliserte.

Dersom pasienthotell benyttes til behandling av innskrevne pasienter, vil det regnes som en utlokalisering.

Utlokalisering skjer typisk på to måter:

- Pasienten flyttes fra sengepost med relevant fagspesifikk sykepleiekompetanse til annen sengepost¹¹ uten relevant fagspesifikk sykepleiekompetanse.
- Pasienten flyttes direkte fra akuttmottak (oftest) uten relevant fagspesifikk sykepleiekompetanse til sengepost uten relevant fagspesifikk sykepleiekompetanse.

I denne veilederen vil avgivende avdeling/enhet/sengepost gjennomgående bli omtalt som avgivende sengepost, eller avgivende enhet der det er mest relevant (for eksempel akuttmottak). Mottakende avdeling/enhet/sengepost vil bli omtalt som mottakende sengepost.

Sykehus og fagområder som inngår og videre avgrensning

Utlokalisering er typisk en konsekvens av overbelegg, og overbelegg oppstår vanligvis på grunn av variasjon i antall øyeblikkelig hjelp-pasienter. Utlokalisering forekommer i all hovedsak i sykehus

⁹ I Sverige bruker de primært begrepet utlokalisert/utlokalisering. Definisjonen deres omfatter ikke utlokalisering der det medisinske ansvaret overføres. Eksempler på engelske begreper: outliers, outlying hospital in-patients, overflow, sleep-outs, boarders.

¹⁰ En korridorpasient defineres som en pasient som er plassert i en seng i en korridor, på et bad, skyllerom, dagligstue m.m.

¹¹ Årsaken er ofte at en annen pasient har større medisinsk behov for plassen.

med akuttfunksjoner, inkludert private sykehus. Sykehus uten akuttfunksjoner omfattes derfor ikke av tilsynet.

Utlokalisering kan skje med hvilke som helst pasientkategorier og kan variere fra sykehus til sykehus. Det vil imidlertid ofte være enkelte kategorier der det skjer i hyppigere og i større volum enn andre. For eksempel utgjør gastrokirurgiske pasienter en stor andel av alle bløtkirurgiske pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp, og disse pasientene er dermed ofte utsatt for plassmangel på sengeposten. Tilsvarende vil kunne gjelde for ortopediske og indremedisinske pasienter da disse også ofte innlegges som øyeblikkelig hjelp. I prinsippet er risikofaktorene nok så like for alle utlokaliserte pasienter, men risikoen vil variere ut fra pasientkategori, sykdommens alvorlighet, tilgang på utstyr, tilgang på relevant fagspesifikk kompetanse m.m.

I Norge har vi ikke (samlede) data som viser forekomst av utlokaliseringer. Kunnskap fra møter med fagpersoner¹² i helseforetakene har vist at vi må gå bredt ut i dette tilsynet for å kunne undersøke praksis i forbindelse med utlokalisering av pasienter i ulike sykehus. Tilsynet vil omfatte somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter med helseproblemer som sorterer under:

- gastrokirurgi
- ortopedisk kirurgi
- indremedisin, alle spesialiteter

Eksempler på tilstander som hører inn under disse medisinske fagområdene er gitt i vedlegg 3. Når det gjelder sengeposten pasienten flyttes til, er det ikke gjort noen avgrensning knyttet til hvor pasientene kan bli utlokalisert. Pasientene i de tre gruppene over kan i prinsippet bli flyttet til sengeposter innen alle fagområder.

Nærmere avgrensning av tilsynet:

- Tilsynet gjelder utlokalisering med varighet minst ett døgn.
- Tidsperioden som skal undersøkes i journal, er tiden fra og med beslutning om utlokalisering og (minst)¹³ ett døgn etter utlokalisering.
- Tilsynet er ikke avgrenset mot noen spesiell aldersgruppe, bortsett fra at barn på barneavdelinger utelukkes.
- Utskrivningsklare pasienter som flyttes på grunn av plassmangel inngår ikke, da de i prinsippet er vurdert til ikke lenger å ha behov for spesialisthelsetjenester. Den medisinskfaglige og sykepleiefaglige oppfølgingen disse pasientene eventuelt har behov for mens de fortsatt er på sykehus, kan normalt ytes i alle typer enheter. Selve utskrivningen fra spesialisthelsetjenesten omfattes ikke av tilsynet.

Deltakere i arbeidsgruppen, referansegruppen samt kontakten med brukerorganisasjoner og fagpersoner i helseforetakene, er angitt i vedlegg 2.

¹² Se vedlegg 2.

¹³ Dersom det er nødvendig med mer informasjon for å kunne konkludere om helseforetakets praksis, og dersom aktuelle pasienter er utlokalisert mer enn ett døgn, anbefales det å utvide denne perioden til to døgn for de aktuelle pasientene.

3 Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Flere lover og forskrifter gjenspeiler samfunnets krav til spesialisthelsetjenesten og helsehjelpen pasienter skal motta der. Regelverket gir rammer for hva som må være på plass for at pasientsikkerheten skal være ivaretatt. Gjennom regelverket er både virksomheter og det enkelte helsepersonell pålagt plikter, og pasientene er gitt rettigheter. Ettersom dette er et tilsyn rettet mot helseforetakene¹⁴, er det virksomhetsansvaret og ikke individansvaret som blir undersøkt og vurdert.

3.1 Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2, er en rettslig standard. Dette innebærer at innholdet i forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor lovverket. Forsvarlighetskravet for helsetjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg derfor i takt med utviklingen av fagkunnskap, ny teknologi og endringer i verdioppfatning.

Beskrivelsene i Helsedirektoratets publikasjoner gir uttrykk for nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helsetjenestene. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold, men kan ikke benyttes i tilsynet som hjemmel ved eventuelle påpekte lovbrudd. Følgende publikasjoner fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er særlig aktuelle for dette tilsynet:

- *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)*
- *Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus*
- *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (IS-2236)*
- *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten (IS-0583)*

Ledelsen skal gjennom sin styring og oppfølging av tjenestene som ytes, sikre forsvarlige tjenester. Bakgrunnen for at vi her legger til grunn IS-2236 er det som står i innledningen til disse nasjonale faglige retningslinjene: «Sykehusenes akuttmottak illustrerer mange generelle problemstillinger ved organisering av spesialisthelsetjenester (...). Ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere faglige og styringsmessige utfordringer. (...) Det betyr at flere avdelinger i sykehuset er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket; noe som krever samhandling på tvers av avdelinger både på ledelsesnivå og på operativt nivå.» I dette tilsynet er særlig retningslinjenes kapittel 3, 8, 9, 10 og 13 relevante. Når det gjelder IS-0583, fremheves det i forordet at helsetjenesten må lære av uønskede hendelser, og at hendelser må analyseres for å forstå årsakene. Videre står det at risikoanalyser er viktige verktøy i planlegging av virksomheten for å forebygge uønskede hendelser. Følgelig legger vi til grunn at slike analyser bør være sentrale i arbeidet med å sikre gode og trygge tjenester, og tenker at særlig kapittel 1, tabell 17 og vedlegg 1 er relevante for å gi innhold til kravet om forsvarlige tjenester.

¹⁴ Se nærmere om dette i kapittel 6.

Konsensus i relevante fagmiljøer er også en viktig kilde til informasjon om hva som er faglig forsvarlig praksis. Vi har knyttet til oss flere fagpersoner fra helseforetak¹⁵ rundt om i landet for å få bistand til normeringen av forsvarlighetskravet i denne veilederen.

3.2 Plikten til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne plikten fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og innebærer en videreføring og presisering av kravene i den tidligere gjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetjenesten er pålagt å sikre forsvarlige tjenester gjennom sin styring. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Forskriften setter krav til at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen – i dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 til 3-3 og § 3-5. Dette skal bidra til gode og trygge tjenester også når rammebetingelsene blir satt på strekk, eksempelvis ved stor pågang av pasienter, mangel på kompetanse eller mangel på/fravær av personell. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at helsetjenestene er i tråd med gjeldende regelverk og av god nok kvalitet. Det innebærer at ledelsen må ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester, inkludert oversikt over risiko og uønskede hendelser, for å kunne iverksette riktige tiltak for å redusere risiko og ivareta pasientsikkerheten. Se også IS-2620.

3.3 Informasjon og pasientmedvirkning

Pasientmedvirkning i helsetjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 skal pasienter få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester. Medvirkningens form skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Informasjon til pasienter må gis på en måte som gjør at pasienten kan forstå den, og personellet skal tilstrebe å sikre seg at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av informasjonen, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

Dersom pasienten samtykker til det, eller forholdene tilsier det (eksempelvis dersom pasienten selv er for syk til å motta/forstå informasjonen), skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Dersom pasienten er under 18 år, har foreldrene som hovedregel rett til informasjon på lik linje med pasienten, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Pårørende har også en rett til å medvirke sammen med pasienten dersom han/hun mangler samtykkekompetanse (for eksempel på grunn av helseproblemet som foranlediget kontakten med spesialisthelsetjenesten), se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd. Hvem som er nærmeste pårørende er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

¹⁵ Se vedlegg 2.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9 stilles det krav om at virksomheten gjør bruk av erfaringer fra pasienter i arbeidet med forbedring av virksomheten, jf. kapittel 3.2.

4 Tilsynets tema: Somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter

Lovgrunnlag:

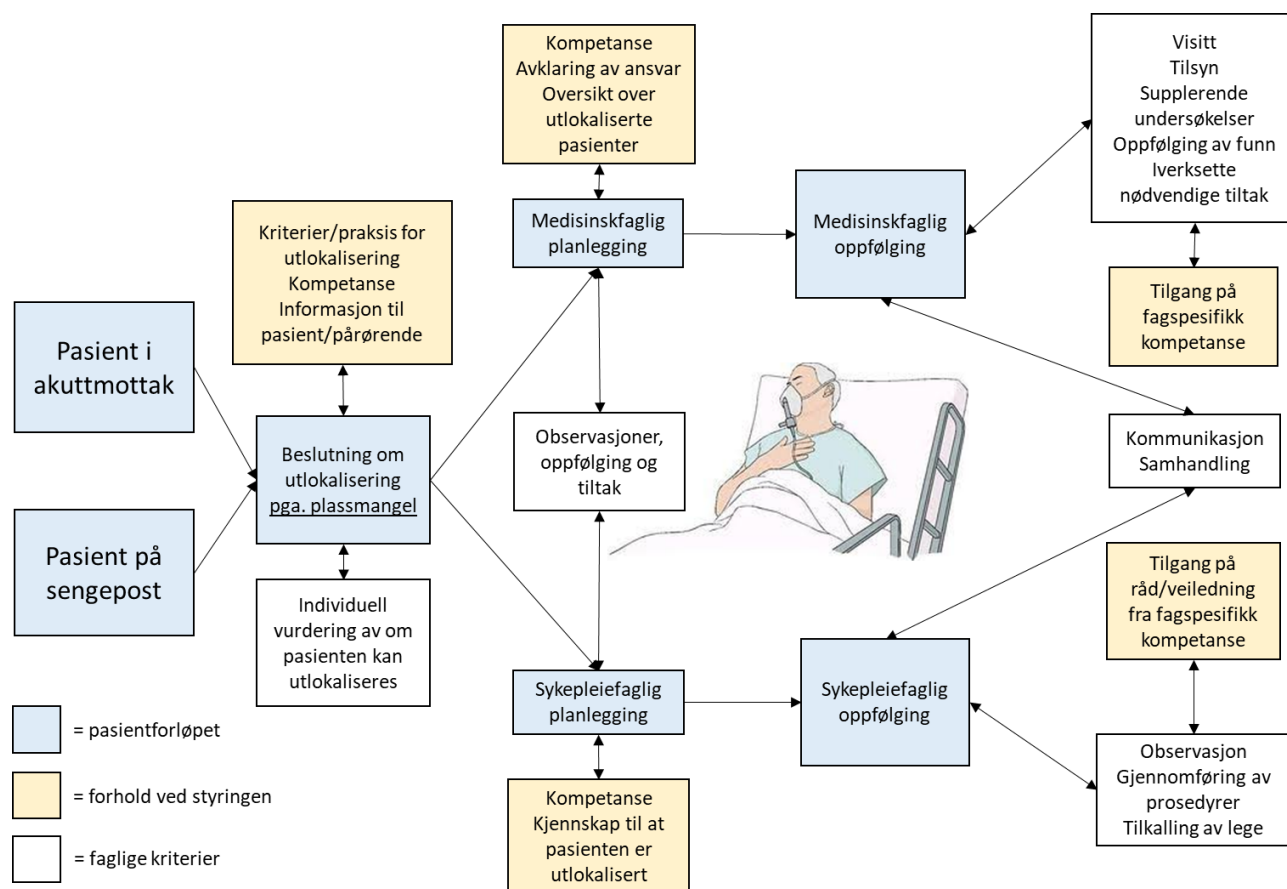
Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9, jf. § 5

Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 til 3-5 (vil bli omtalt særskilt der det er aktuelt)

Utlokalisering av pasienter kan organiseres og tilrettelegges slik at pasientene får forsvarlige tjenester. Da forutsettes det at helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde som styres og følges opp særskilt. Risikoreducerende tiltak må være iverksatt.

Tilsynets tema og noen forutsetninger som må være på plass for at utlokaliserte pasienter skal få tjenester av rett kvalitet, og at pasientsikkerheten skal ivaretas, er illustrert i denne figuren:



Veilederen er bygget opp etter et tenkt pasientforløp der 1) beslutningen om utlokalisering av en konkret pasient tas, 2) medisinskfaglig og sykepleiefaglig oppfølging/tiltak planlegges og 3) de planlagte tiltakene gjennomføres. De ulike fasene i forløpet er beskrevet i henholdsvis kapittel 4.1, 4.2 og 4.3.

4.1 Beslutning om utlokalisering av pasienter på grunn av plassmangel

4.1.1 Hva skal undersøkes?

- Ivaretas pasientsikkerheten – generelt og individuelt for den enkelte pasient – ved beslutning om utlokalisering?
- Sørger helseforetaket for at pasientsikkerheten ivaretas ved beslutning om utlokalisering?

4.1.2 Hva skal faktagrunnlaget vurderes mot – hva innebærer kravet til forsvarlige tjenester?

4.1.2.1 Ivaretagelse av pasientsikkerheten ved beslutning om utlokalisering

Overordnede kriterier for utlokalisering

Det må foreligge ledelsesforankrede kriterier eller omforent praksis for hvilke pasientkategorier som kan/ikke kan utlokaliseres og hvilke sengeposter som kan ta mot hvilke typer pasienter. Noen helseforetak vil kunne ha faste sekundærområder. Slike føringer vil fungere som en beslutningsstøtte for legen som skal gjøre en individuell vurdering av om en konkret pasient kan utlokaliseres.

Tips til undersøkelsen – overordnede kriterier/praksis

Enkelte pasientgrupper bør av medisinske og/eller etiske grunner ikke utlokaliseres, alternativt vil utlokalisering kreve ekstraordinære risikoreduserende tiltak. Eksempler på slike pasientgrupper kan være:

- uavklarte pasienter
- ustabile pasienter
- pasienter som skal få et tilbud som tilsvarer definerte behandlingsforløp (for eksempel ved slag, hjerteinfarkt m.m.)
- pasienter med risiko for smittespredning (for eksempel diaré/oppkast)
- pasienter med kognitiv svekkelse (flytting kan utløse en akutt forvirringstilstand)
- døende pasienter

Medisinsk vurdering av den enkelte pasient

Når behovet for utlokalisering oppstår, har lege tilknyttet avgivende sengepost myndighet til å beslutte/godkjenne hvilken pasient som skal utlokaliseres. Legen må i samråd med koordinator og/eller ansvarlig sykepleier ved mottakende sengepost ta stilling til om den konkrete pasienten som vurderes utlokalisert kan utlokaliseres uten for stor risiko. Vurderingen må gjøres på bakgrunn av den konkrete pasientens helseproblem og kliniske tilstand. Dersom det medisinske ansvaret overføres til lege tilknyttet mottakende sengepost, må overføringen også avklares med legen som overtar ansvaret.

Tips til undersøkelsen – individuell medisinsk vurdering

Det kan være konkrete forhold ved den enkelte pasient som det må tas hensyn til i vurderingen av om pasienten kan utlokaliseres. Eksempler på slike forhold kan være:

- Ortopediske pasienter med bruddskader eller som er operert, må håndteres av sykepleier med kompetanse på hvordan man skal flytte 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. krever spesiell vurdering med hensyn til om utlokalisering kan skje.
- Om pasienten medisineres med medikamenter som sykepleierne ved mottakende sengepost ikke er kjent med, for eksempel potente legemidler som opiater, insulin, cytostatika m.m.
- Pasienter med hyppig/omfattende behov for bistand fra personell med relevant fagspesifikk kompetanse.

Ofte vil vurderingen av om den enkelte pasient kan utlokaliseres gjøres i forbindelse med at pasienten settes på «flytteliste».

Tips til undersøkelsen – flytteliste

Noen helseforetak vil kunne ha såkalte flyttelister der gjerne øverste pasient på listen flyttes neste gang. En slik praksis må også være basert på individuelle vurderinger av om aktuell pasient kan utlokaliseres. Dokumentasjonen på vurderingen av at pasienten kan settes på flytteliste vil sjelden være detaljert. Pasienter som settes på flytteliste vil imidlertid ofte være relativt avklarte og stabile, og dokumentasjonen i journal om pasientens tilstand forventes å være informativ nok som beslutningsgrunnlag for legen som godkjenner utlokaliseringen.

Også pasienter som utlokaliseres fra akuttmottak skal individuelt vurderes med tanke på om det er forsvarlig¹⁶. Slike pasienter vil ofte være uavklarte og/eller ustabile, og det er en særskilt risiko for at nødvendig informasjon ikke blir overført fra akuttmottak til sengepost, for eksempel om pågående undersøkelser/utredning. Vurderingen av om en pasient i akuttmottak kan utlokaliseres skal gjøres av lege i relevant vaktteam, det vil si lege som har ansvar for pasienter i sengeposten der pasients helseproblem «hører hjemme». Også her må vurderingen skje i samråd med koordinator og/eller ansvarlig sykepleier ved mottakende sengepost.

Dersom den aktuelle pasientens tilstand endrer seg etter at det er godkjent at pasienten kan utlokaliseres, må lege ta stilling til om beslutningen skal stå ved lag.

Det forventes dokumentert hvilken sengepost pasienten medisinskfaglig hører til og hvilken lege som har godkjent utlokaliseringen. Vurderingen av at den konkrete pasienten kan utlokaliseres forventes også dokumentert. Dersom det medisinske ansvaret er overført til lege tilknyttet mottakende sengepost, forventes dette dokumentert. Implisitt må det kunne legges til grunn at det medisinske ansvaret ikke er overført hvis det ikke er dokumentert. Det vil kunne fremgå av det elektroniske journalsystemet hvilken legegruppe som har ansvar for pasienten.

Informasjon til pasient/pårørende

¹⁶ Enkelte sykehus/helseforetak vil kunne ha tatt en overordnet beslutning om at pasienter ikke skal utlokaliseres direkte fra akuttmottak, ettersom disse pasientene anses som høyrisiko.

Pasient og/eller pårørende¹⁷ må få informasjon om at pasienten utlokaliseres ettersom det generelt er en forhøyet risiko knyttet til utlokalisering, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Informasjon til pasienten om utlokaliseringen er sentralt for pasientens mulighet til medvirkning, noe som også er sentralt for helseforetakets ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Helsepersonellet må informere pasienten om hvorfor utlokalisering er nødvendig (plassmangel) og hva det kan innebære for den enkelte. Informasjonen kan for eksempel omfatte at det er behov for å konsultere og/eller hente sykepleiefaglig og medisinskfaglig kompetanse fra avgivende enhet for å gjøre undersøkelser og vurderinger. Informasjonen må kommuniseres på en måte som blir forstått og som trykker pasient/pårørende, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Informasjonen skal som det klare utgangspunkt gis til pasient/pårørende før pasienten faktisk flyttes¹⁸.

4.1.2.2 Helseforetakets tiltak for å ivareta pasientsikkerheten ved beslutning om utlokalisering

Utlokalisering av pasienter skal organiseres og tilrettelegges slik at pasientene får forsvarlige tjenester; for mer informasjon se rundskriv I-2/2013 om lederansvar i sykehus, kapittel 2. Da kreves det at helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde som styres og følges opp særskilt, noe som også er utdypet i samme rundskriv kapittel 3. Helseforetaket må ha gjort en risikovurdering knyttet til utlokalisering av pasienter, og denne må omfatte en vurdering av kompetanse- og ressursbehov inkludert personell, utstyr m.m. Videre må helseforetaket ha iverksatt risikoreduserende tiltak som for eksempel overordnede retningslinjer/kriterier for utlokalisering, oversikt over utlokaliserte pasienter, ansvarsavklaring og kompetanseoverføring. Tiltakene kan gjerne synliggjøres gjennom skriftlige prosedyrer/retningslinjer.

I tillegg vil det være nødvendig med oppfølging av om utlokaliseringen fungerer som forutsatt, inkludert om samhandling og kommunikasjon fungerer på tvers av organisatoriske enheter. Dette forutsetter at helseforetaket har oversikt over utlokaliserte pasienter, hvor de befinner seg og hvem som har medisinskfaglig ansvar for hver enkelt av disse pasientene. Oversikten må være lett tilgjengelig for både ledere og involvert helsepersonell.

Tips til undersøkelsen – samhandling/kommunikasjon

Det vil være nødvendig å intervjuere lederne både for avgivende enhet og mottakende sengepost inkludert felles overordnet leder. Ofte vil sistnevnte være en klinikk- eller divisjonsleder, men det kan også være administrerende direktør. I rundskriv I-2/2013 om lederansvaret i sykehus tydeliggjøres det at hver leder vil ha det faglige og administrative ansvaret for virksomheten i den enheten vedkommende er satt til å lede. Videre fremheves det at den øverste lederen i sykehuset vil ha det overordnede og administrative og faglige ansvaret for sykehusets virksomhet.

Når det gjelder samhandling og kommunikasjon, må det undersøkes hvordan det fungerer mellom

- sykepleiere i avgivende enhet og sykepleiere i mottakende sengepost
- leger tilknyttet avgivende enhet og sykepleiere i mottakende sengepost
- leger tilknyttet avgivende enhet og leger tilknyttet mottakende sengepost (dersom det medisinske ansvaret er overført)

¹⁷ Se pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 3-4.

¹⁸ Der hvor det er aktuelt, skal pårørende kontaktes så snart det er naturlig med hensyn til tidspunkt på døgnet og alvorlighetsgraden av pasientens tilstand.

Helseforetaket må sørge for at beslutningsmyndigheten om utlokalisering er avklart og kjent i virksomheten, og må ha tatt stilling til hvilken legekompentanse som kreves for å vurdere/godkjenne utlokalisering. Pasientene må sikres at en erfaren lege tilknyttet avgivende sengepost, med relevant fagspesifikk kompetanse, gjør den medisinskfaglige vurderingen knyttet til utlokalisering. Helseforetaket må videre ha praksis for at lege gjør nødvendig avklaring med sykepleier i planlagt mottakende sengepost om pasienten kan utlokaliseres dit. Det må også være tatt stilling til hvilken kompetanse som kreves hos sykepleieren som legen skal samhandle med.

Veiledning til vurderingen – kompetanse

Turnusleger (LIS 1) skal ikke gjøre slike vurderinger alene. Når det gjelder LIS-leger (LIS 2 og 3), er de i utgangspunktet kvalifiserte til å ta avgjørelsen, og det vil avhenge av den enkeltes erfaring om det eventuelt er nødvendig å trekke inn overlegekompentanse i vurderingen. Dersom kriteriene/praksis for utlokalisering er mangelfulle eller ikke er kjent i virksomheten, driver helseforetaket med forhøyet risiko, noe som tilsier skjerpede krav til legens kompetanse.

Den enkelte sengepost har ansvar for å vurdere om de har ressurser, inkludert kompetanse og utstyr, til å håndtere ulike pasientgrupper. Det må være praksis for at ansvarshavende sykepleier ved mottakende sengepost skal kunne uttrykke hvilke forutsetninger som eventuelt må være på plass for å kunne ta imot og gi aktuelle utlokaliserte pasienter gode og trygge tjenester. Slike forutsetninger kan eksempelvis være ekstra personell, fastvakt eller bistand fra avgivende sengepost i form av veiledning m.m. Forutsetningene forventes dokumentert i journal; alternativt må praksisen være kjent og godt innarbeidet. Informasjonen må tas hensyn til i vurderingen av om utlokalisering kan gjennomføres som tenkt.

Helseforetaket må ha avklart hva ansvaret innebærer dersom det medisinskfaglige ansvaret overføres til lege tilknyttet mottakende sengepost. Innholdet i ansvaret må være kjent for involvert helsepersonell.

Helseforetaket forventes å ha en omforent praksis for informasjon til pasienter/pårørende før utlokalisering skjer. Leder ved avgivende sengepost må følge med på at informasjon gis og at tilbakemeldinger fra enkeltpasienter om deres erfaringer og/eller bekymringer fanges opp og dokumenteres.

Det forventes at tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende benyttes i helseforetakets kontinuerlige kvalitetsforbedring på lik linje med informasjon om andre deler av tjenesten. Mangler, feil og uønskede hendelser må fanges opp og korrigeres, både på individ- og systemnivå, og tiltak iverksettes når det avdekkes behov for justerte eller nye sikkerhetsbarrierer. Noen ganger må det også gjøres nye risikovurderinger for å kunne iverksette relevante og fungerende risikoreduserende tiltak, eksempelvis ved gjentatt svikt i samhandling og kommunikasjon mellom avgivende og mottakende sengepost.

Veiledning til undersøkelse og vurdering av noen utvalgte sjekkpunkter i journal

Det skal undersøkes om:

1. Det foreligger en individuell vurdering av om utlokaliseringen kan gjennomføres.
2. Det medisinskfaglige ansvaret for utlokaliserte pasienter er avklart når utlokalisering skjer.

3. Pasient/pårørende har fått informasjon om utlokaliseringen før den skjer (det forventes ikke at det står hva informasjonen består i – dette må da undersøkes i andre kilder, for eksempel gjennom intervju og eventuelt styrende dokumenter).

Dette er 3 av 9 utvalgte «indikatorer» som skal gi et bilde av om utlokalisering av pasienter er resultat av systematisk styring eller ikke. Vi skal avdekke helseforetakets praksis og forventer i utgangspunktet at hvert av de angitte sjekkpunktene er dokumentert i alle journaler. Imidlertid kan det være faglige årsaker til at noe av dette ikke er dokumentert i enkeltstående tilfeller. Som utgangspunkt er det rimelig å legge til grunn at hvert enkelt av sjekkpunktene skal finnes i minst 90 % av journalene. Se kapittel 6.5 for mer informasjon om journalgjennomgangen.

Organisatoriske årsaker som ressursmangel, arbeidspress, mangelfull styring m.m. er generelt ikke akseptable grunner for manglende dokumentasjon i journal.

4.2 Planlegging av nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak

4.2.1 Hva skal undersøkes?

- Er det ved utlokaliseringstidspunktet planlagt for nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak?
- Sørger helseforetaket for at det gjennomføres slik planlegging?

4.2.2 Hva skal faktagrunnlaget vurderes mot – hva innebærer kravet til forsvarlige tjenester?

4.2.2.1 Planlegging av nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak

Innledende informasjonsinnhenting ved sykepleier

Sykepleier skal alltid utarbeide et kartleggingsnotat (innkomstnotat)¹⁹ ved innleggelse i sengepost. Et kartleggingsnotat er en systematisk datainnsamling om pasienten og skal omfatte pasientens status ved innkomst og opplysninger om oppstart av behandlingsforløpet. Eksempler på innhold i kartleggingen er pasientens oppfatning/vurdering av egen situasjon, ernæringsstatus, personlig hygiene, respirasjon, sirkulasjon, sosiale og/eller psykiske behov, smertegrad, legeordinerte tiltak m.m. Kartleggingsnotatet skal påbegynnes umiddelbart og ferdigstilles så snart det lar seg gjøre.

Tips til undersøkelsen – om kartleggingsnotat m.m.

Der pasienter utlokaliseres fra sengepost, skal det allerede foreligge et kartleggingsnotat samt et oppdatert overflyttingsnotat.

Ved utlokalisering fra akuttmottak, vil det oftest ikke være utarbeidet kartleggingsnotat; pasientdokumentasjonen vil da bestå i akuttjournal (triageringsdokument, observasjonsskjema

¹⁹ Veileder for dokumentasjon av klinisk sykepleie i EPJ (2017), versjon 5.1, Norsk sykepleierforbunds faggruppe for e-helse.

m.m.). Kartleggingsnotatet utarbeides i slike tilfeller ved mottakende sengepost, noe som kan medføre en risiko for at viktig informasjon ikke fanges opp, ettersom sykepleierne på mottakende sengepost ikke har spesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. I slike tilfeller vil det ofte være nødvendig å konferere og/eller hente bistand fra sykepleiere ved sengeposten der pasientens helseproblem «hører hjemme».

Kartleggingsnotatet utarbeides i dialog/samarbeid med pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Denne dialogen med pasienten må starte umiddelbart etter innkomst. Der pasienten ikke er i stand til å føre en slik dialog, skal som utgangspunkt pårørende involveres²⁰.

Medisinskfaglig planlegging

Medisinskfaglig planlegging skal være gjennomført og dokumentert på tidspunktet for utlokalisering, det vil si ved overflytting av pasienten til mottakende sengepost. Det må i utgangspunktet foreligge minimum en tentativ diagnose fra lege. Unntak kan forekomme ved uavklarte tilstander der det kreves ytterligere utredning/undersøkelser (for eksempel røntgen, blodprøver m.m.). Symptombeskrivelse skal da uansett foreligge.

Tips til undersøkelsen – dokumentasjon av medisinskfaglig planlegging

Der pasienten utlokaliseres fra sengepost, og pasientens tilstand er uforandret fra da pasienten ble vurdert å kunne utlokaliseres, skal det allerede foreligge et planlagt forløp.

I akuttmottak vil planleggingen gjøres på bakgrunn av eventuelt innleggelsesskriv, triageringsskjema, innkomstjournal, ambulansjournal m.m. Planleggingen kan ofte gjenfinnes i innkomstnotatet.

Den medisinskfaglige planleggingen kan rette seg mot både utredning/diagnostisering (herunder undersøkelser som skal utføres), observasjoner og behandling/tiltak (eksempelvis medikamentell behandling). Planleggingen skal fremgå av innkomstnotat, overflyttingsnotat eller tilsvarende dokumentasjon fra lege og/eller sykepleier (for eksempel notat fra siste legevisitt inkludert kurve med nedfelte mål for vitale parametere, observasjoner m.m.).

For både gastrokirurgiske, ortopediske og medisinske pasienter kan det være aktuelt at lege spesifiserer hvilke målinger som skal gjøres i tillegg til mottakende sengeposts standardmålinger²¹, hvor hyppig målingene skal gjøres og hvilke observasjoner som skal utløse kontakt med lege med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. Ofte må lege også informere om det for eksempel er bestilt en røntgenundersøkelse eller blodprøver, og om en bestemt lege skal kontaktes når undersøkelsen/prøvene er tatt, eventuelt når resultatene foreligger. Der pasienten skal opereres, må lege gi føringer for hvordan pasienten skal forberedes til operasjon (for eksempel faste, hygiene m.m.).

Den medisinskfaglige planleggingen skal resultere i føringer for når lege med relevant fagspesifikk kompetanse skal konfereres med/tilkalles (utenom visitt). Dette gjelder også dersom det medisinskfaglige ansvaret er overført. Det forventes dokumentert både hvilke observasjoner som

²⁰ Unntak kan forekomme der pasienten ikke har nære pårørende eller de pårørendes ønsker ikke er sammenfallende med det som antas å være pasientens ønsker.

²¹ Se nærmere om dette i kapittel 4.3.2.1.

skal gjøres på mottakende sengepost, og når pasienten på ny skal vurderes av lege og/eller når lege skal tilkalles ved behov. Der pasienten utlokaliseres fra akuttmottak, må det være særlig tydelig hvilken lege som skal tilkalles.

Tips til undersøkelsen – eksempler på medisinskfaglig planlegging

Gastrokirurgiske pasienter: Lege må ofte ordinere blodprøver og røntgen for å kunne vurdere om operasjon er nødvendig hos gastrokirurgiske pasienter. Legen må få beskjed når undersøkelsene er gjennomført.

Ortopediske pasienter: For ortopediske pasienter som har bruddskader eller er operert, må lege ordinere og gi instruksjoner for medikamentell tromboseprofylakse og smertebehandling, eventuell immobilisering m.m.

Medisinske pasienter: Medisinske pasienter vil ofte bli utredet standardmessig med blodprøver, røntgen thorax og EKG. Dette er undersøkelser som må ordineres av lege. Lege må ordinere medikamentell behandling til for eksempel medisinske pasienter med hjertesvikt og justere insulinbehandlingen til diabetespasienter med dårlig regulert blodsukker.

Sykepleiefaglig planlegging

På bakgrunn av kartleggingsnotatet samt innkomstnotat, overflyttingsnotat eller tilsvarende dokumentasjon fra lege²² eller sykepleier, skal det planlegges for sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak.

Hvis pasienten utlokaliseres fra sengepost, skal det normalt være planlagt for sykepleiefaglige observasjoner og oppfølging. Det må i tillegg gis føringer i overflyttingsnotatet som er tilpasset det at sykepleierne (og eventuelt også legene) på sengeposten som pasienten skal utlokaliseres til, i utgangspunktet ikke har spesifikk kompetanse på pasientens helseproblem.

Der pasienten utlokaliseres fra akuttmottak, vil den sykepleiefaglige planleggingen i sin helhet gjøres ved mottakende sengepost. Dette vil ofte forutsette bistand fra sykepleier ved sengeposten der pasientens helseproblem «hører hjemme». Det forventes at en mer fullstendig sykepleiefaglig planlegging foreligger senest ett døgn etter utlokaliseringen. Frem til planleggingsarbeidet er gjennomført, ligger kartleggingsnotatet til grunn for den sykepleiefaglige oppfølgingen. Det er derfor avgjørende at kartleggingsnotatet påbegynnes umiddelbart ved utlokalisering fra akuttmottak.

Den sykepleiefaglige planleggingen skal rette seg mot forhold knyttet til den aktuelle pasientens sykdomsbilde og relevante tiltak knyttet til disse problemstillingene. Planleggingen skal ta utgangspunkt i blant annet følgende funksjonsområder²³ så langt de er relevante for den enkelte pasient/pasientkategori:

- kommunikasjon/sanser
- åndedrett/sirkulasjon
- ernæring/væske/elektrolyttbalanse
- eliminasjon (væsketap/tarmfunksjon)
- hud/vev/sår
- aktivitet/funksjonsstatus

²² Se punktet «Medisinskfaglig planlegging» over.

²³ Listen er ikke uttømmende. Se ellers Veileder for dokumentasjon av klinisk sykepleie i EPJ (2017), versjon 5.1, Norsk sykepleierforbunds faggruppe for e-helse.

- smerte/søvn/hvile/velvære
- legedelegerte aktiviteter og observasjoner

Hvilken rutinemessig oppfølging pasienten skal få må presiseres i et eget notat, for eksempel ved å henvise til tilgjengelige faglige prosedyrer som gjelder for pasientens helseproblem. I planleggingen må det også fremgå eventuelle tilleggsmålinger og -observasjoner som skal utføres og som ikke rutinemessig gjøres ved mottakersengeposten. Dersom pasienten er utlokalisert fra akuttmottak, må sykepleier ved mottakende sengepost som er ansvarlig for planleggingen, sørge for at nødvendige presiseringer blir gjort og eventuelt innhente bistand fra sykepleier med relevant kompetanse.

Pasientens puls, blodtrykk og temperatur (vitale parametere) skal alltid følges opp rutinemessig. Det kan imidlertid være angitt at parameterne skal måles hyppigere enn vanlig. I tillegg kan det være nødvendig å følge opp andre forhold/vitale parametere som for eksempel respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, bevissthetsgrad, blødning og urinmengde per time. Det må fremgå av planleggingen hva som er referanseområde for målingene og hvilke verdier som skal utløse kontakt med ansvarlig lege. Det vil i mange tilfeller være nødvendig å observere en utvikling i pasientens tilstand ved å se flere målinger i sammenheng over tid og ta i betraktning endringer i pasientens generelle tilstand, som økende grad av slapphet/trøtthet, nyoppståtte symptomer eller andre diffuse symptomer/tegn.

Tips til undersøkelsen – henvisning til kjente prosedyrer/verktøy

I den sykepleiefaglige planleggingen kan det henvises til fagspesifikke prosedyrer/verktøy som forutsettes kjent og forstått av sykepleiere ved sengeposten. Et eksempel er EWS²⁴ (early warning score), der målinger av standard vitale parametere genererer poeng dersom de avviker fra normalverdiene. Hvis skåren øker, skal frekvensen på observasjonene trappes opp, og/eller personell med høyere kompetansenivå (lege) skal tilkalles for å vurdere pasienten. Varianter av dette verktøyet er blant annet NEWS (national early warning score) og MEWS (modified early warning score).

Tilsynslaget skal ikke undersøke om spesifikke prosedyrer/verktøy er brukt. Disse kan bidra til å sikre nødvendig systematikk i oppfølgingen av pasientene, men det kan ikke stilles krav om bruk av slike verktøy – det er *innholdet* i oppfølgingen som er det sentrale.

Andre aktuelle forhold som skal følges opp kan være knyttet til kost- og aktivitetsrestriksjoner, ernæringsstatus, status for avføring, mobilisering, liggesår-/trykksårrisiko, smerter og tilrettelegging for inntak av legemidler – med påfølgende tiltak ved behov.

Planleggingen kan også omfatte symptombilder som for eksempel akutt forvirring. Dette kan være relatert til flere årsaker (lavt blodtrykk, lav oksygenmetning, elektrolyttforstyrrelser, infeksjon m.m.), men symptomene og risikoen for pasientens helse kan i mange tilfeller være de samme: risiko for fall, svekket hukommelse, risiko for ikke å kunne tilpasse seg endringer ved flytting samt tankeforstyrrelser.

²⁴ Pasientsikkerhetsprogrammet inneholder Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (sykehus) (IS-2583), Helsedirektoratet, april 2018. Mer informasjon finnes her: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4084?download=false&ts=162e2b6ed14>

Informasjonsutveksling og samhandling

Helseforetaket må ha en innarbeidet praksis for informasjonsutveksling og samhandling på tvers av organisatoriske enheter og faggrupper. Lege tilknyttet avgivende sengepost har ansvar for å gi personellet ved mottakende sengepost informasjon om den medisinskfaglige planleggingen. Planleggingen må resultere i entydig informasjon og beskjeder som kan bli forstått av involvert personell. Sykepleierne i avgivende sengepost må gjøre mottakende sengepost særlig oppmerksom på hva oppfølgingen/tiltakene består i og gi veiledning om hvor nødvendig informasjon/aktuelle prosedyrer finnes, eventuelt om når det vil være nødvendig å innhente bistand fra dem.

Alt involvert personell har ansvar for å forsikre seg om at de har en omforent forståelse av både medisinskfaglig og sykepleiefaglig oppfølging, inkludert nødvendig samhandling mellom leger og sykepleiere.

4.2.2.2 Helseforetakets overordnede tiltak for å sørge for at det er gjennomført planlegging av nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak

Bakgrunnsinformasjon

Utlokalisering innebærer en økt risiko for pasientene, særlig med tanke på tilgang til kvalifisert personell. En særlig risikofaktor er sykepleiekompetansen i mottakende sengepost. Sykepleierne som jobber der har normalt kompetanse og erfaring knyttet til andre pasientgrupper, noe som gjerne også resulterer i mangelfull kunnskap om og erfaring med spesielle fagprosedyrer, medikamenter og aktuelt utstyr som utlokaliserte pasienter kan ha behov for.

Det er avgjørende at helseforetaket har etablert nødvendige risikoreducerende tiltak for å forhindre uønskede hendelser og konsekvenser for pasientene. For at pasientsikkerheten skal ivaretas, må helseforetaket sørge for at det før utlokalisering er gjort en medisinskfaglig og sykepleiefaglig planlegging som er utført av personell med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem.

Bakgrunnsinformasjon

En slik planlegging er nødvendig grunnlag for videre observasjoner og oppfølging av pasienten inkludert hvilken behandling og hvilke tiltak som må iverksettes etter at pasienten er utlokalisert. Planleggingen gir også grunnlag for vurdering av om mottakende sengepost har nødvendig kompetanse og utstyr for å ta imot pasienten. Medisinskfaglig planlegging må gjennomføres av eller kvalitetssikres av en erfaren lege.

Veiledning til vurderingen – kompetanse

Turnusleger (LIS 1) skal ikke utføre slik planlegging alene. Når det gjelder LIS-leger (LIS 2 og 3), vil det avhenge av den enkeltes erfaring om det eventuelt er nødvendig å trekke inn overlege/spesialistkompetanse i planleggingsarbeidet. Helseforetaket må ha tatt stilling til hvilken kompetanse som er nødvendig. Helseforetaket må sørge for at lege med nødvendig kompetanse er tilgjengelig både ved planleggingen og ved behov for justering/ny planlegging underveis i et pasientforløp. Tilgangen på spesialistkompetanse må være ledelsesstyrt; dette kan ikke overlates til det enkelte personell.

Helseforetaket må sørge for at sykepleier med relevant fagspesifikk kompetanse også er tilgjengelig ved behov for eventuell ny planlegging/justering underveis i et pasientforløp. Dersom pasienten utlokaliseres rett fra akuttmottak, og den sykepleiefaglige planleggingen ikke er fullført, har

mottakende avdeling ansvar for at planleggingen fullføres og kvalitetssikres, eventuelt med bistand fra avgivende sengepost.

Helseforetaket må ha omforente føringer for hva som kreves av kompetanse, planlegging, overflyttingsnotat og kommuniserte beskjeder ved utlokalisering av pasienter. Beskjeder må gis skriftlig; muntlige rapporter er kun et supplement. All informasjon/informasjonsutveksling må være egnet til å oppnå en omforent forståelse av pasientens helseproblem og hvordan pasienten skal følges opp med gode og trygge tjenester.

Helseforetaket må følge opp at føringene for den medisinskfaglige og sykepleiefaglige planleggingen er kjent og etterleves, inkludert at nødvendig samhandling og kommunikasjon fungerer. Oppfølgingen kan eksempelvis gjøres ved systematiske stikkprøvekontroller i journal eller ved internrevisjon. Det forventes at mottakende sengepost melder fra til involverte enheter/ledere dersom planleggingen mangler eller er mangelfull. Helseforetaket må sørge for at slike mangler kan fanges opp på en systematisk måte, og at de resulterer i korrigerende tiltak, både på individ- og systemnivå.

Veiledning til undersøkelse og vurdering av noen utvalgte sjekkpunkter i journal

Det skal undersøkes om:

4. Det foreligger medisinskfaglig planlegging av a) nødvendige observasjoner, b) utredning/diagnostisering og c) behandling/tiltak.
5. Det foreligger sykepleiefaglig planlegging av a) observasjoner, b) oppfølging og c) tiltak.

Dette er 2 av 9 utvalgte «indikatorer» som skal gi et bilde av om utlokalisering av pasienter er resultat av systematisk styring eller ikke. Hver av indikatorene inneholder tre målepunkter som skal vurderes hver for seg. Vi skal avdekke helseforetakets praksis og forventer i utgangspunktet at hvert av de angitte sjekkpunktene er dokumentert i alle journaler. Imidlertid kan det være faglige årsaker til at noe av dette ikke er dokumentert i enkeltstående tilfeller. Som utgangspunkt er det rimelig å legge til grunn at hvert enkelt av sjekkpunktene skal finnes i minst 90 % av journalene. Se kapittel 6.5 for mer informasjon om journalgjennomgangen.

Organisatoriske årsaker som ressursmangel, arbeidspress, mangelfull styring m.m. er generelt ikke akseptable grunner for manglende dokumentasjon i journal.

4.3 Medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdering og oppfølging av utlokaliserte pasienter

4.3.1 Hva skal undersøkes?

- Blir utlokaliserte pasienter medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdert og fulgt opp i henhold til planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak?
- Sørger helseforetaket for slik vurdering og oppfølging?

4.3.2 Hva skal faktagrunnlaget vurderes mot – hva innebærer kravet til forsvarlige tjenester?

4.3.2.1 Medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdering og oppfølging i henhold til planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak

For at utlokaliserte pasienter skal få forsvarlig oppfølging og helsehjelp, er det avgjørende at mottakende sengepost er bevisst på at utlokaliserte pasienter har andre helsemessige behov enn pasientene som ellers er på sengeposten, og hvilke pasienter dette er. Denne kunnskapen må være på plass fra det tidspunktet den utlokaliserte pasienten ankommer sengeposten, slik at kontinuiteten i oppfølgingen/behandlingen ivaretas.

Veiledning til vurderingen – iverksetting av tiltak

Det forutsettes som utgangspunkt at pasientene følges opp med behandling/tiltak som er planlagt av leger og sykepleiere med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. Det kan imidlertid bli iverksatt behandling/tiltak som ikke er dokumentert planlagt, og tiltakene kan ha ulik kvalitet. Tilsynslagene skal ikke vurdere kvaliteten på helsehjelpen, men skal undersøke om det er praksis for at gjennomført tiltak er planlagt/kvalitetssikret av personell med relevant fagspesifikk kompetanse. Dette gjelder både medisinskfaglige og sykepleiefaglige tiltak.

Som det klare utgangspunkt skal planlegging av oppfølging og tiltak dokumenteres i journal. Det sentrale for tilsynsmyndigheten er ikke at journalføringen i seg selv er mangelfull, men at helseforetaket driver med for stor risiko for svikt i pasientbehandlingen dersom kontakten mellom enheter og personellgrupper som ikke jobber sammen til vanlig, kun er basert på muntlig informasjonsutveksling. Dette kan i tilfelle tilsi et brudd på kravet til forsvarlige helsetjenester.

Medisinskfaglig oppfølging, inkludert samhandling med sykepleiere

Lege med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem skal i utgangspunktet følge pasienten under hele oppholdet²⁵. Unntaksvis vil det medisinskfaglige ansvaret bli overført til mottakende sengepost ved utlokalisering, men også da skal lege med relevant fagspesifikk kompetanse være tilgjengelig for bistand/veiledning.

Tips til undersøkelsen – særskilt risiko ved overføring av medisinskfaglig ansvar

Overføring av det medisinskfaglige ansvaret til leger tilknyttet mottakende sengepost medfører særskilt risiko for uklar ansvarsfordeling mellom ansvarlig lege og lege med relevant fagspesifikk kompetanse. Der det forutsettes at ansvarlig lege tar kontakt med lege med relevant fagspesifikk kompetanse ved behov, er det en risiko for at ansvarlig lege ikke fanger opp aktuelle medisinske behov hos pasienten, gir mangelfulle/feilaktige medisinske råd, tar feil medisinske beslutninger m.m. En annen risiko er at ansvarlig lege forutsetter at legene med relevant fagspesifikk kompetanse følger opp pasienten av eget initiativ, mens disse legene forventer å bli tilkalt ved behov. Legene med relevant fagspesifikk kompetanse vil imidlertid kunne mangle oversikt over hvilke pasienter det er og/eller hvor de befinner seg, og pasientene vil ofte ikke inngå i den daglige fordelingen av arbeidsoppgaver som skjer på morgenmøte e.l. I tillegg kan helseforetakets tilgangsstyring medføre at legene med relevant fagspesifikk kompetanse ikke har tilgang til pasientens journal.

²⁵ Unntak kan forekomme for eksempel der pasienten er ferdigbehandlet og blir liggende på sykehus i påvente av sengeplass i kommunen, men det er utenfor dette tilsynets tema.

En annen risiko ved overføring av medisinskfaglig ansvar, kan være at det ikke fremgår av det elektroniske journalsystemet at den aktuelle pasienten er utlokalisert og ikke opprinnelig «hører hjemme» på sengeposten. Dette kan medføre at ansvarlige leger ikke er bevisste på at den utlokaliserte pasienten har helsemessige behov som skiller seg fra de andre pasientene på sengeposten.

Utlokaliserte pasienter må på lik linje med andre pasienter få daglig, rutinemessig visitt fra lege på dagtid og legetilsyn i tråd med den medisinskfaglige planleggingen for oppfølging og pasientenes øvrige behov/tilstand. Pasientenes konkrete tilstander og behov må avgjøre prioriteringsrekkefølgen²⁶. Det kan være medisinske årsaker til at ikke alle pasienter har behov for fysisk visitt fra lege daglig²⁷, men lege må minimum gjennomføre og dokumentere en såkalt «kurvevisitt»²⁸ for alle pasienter.

Veiledning til vurderingen – visitt fra lege

Legens beslutning om at en pasient ikke har behov for fysisk visitt må være basert på en konkret vurdering av den aktuelle pasientens risikobilde; det skal ikke skyldes organisatoriske årsaker som tidsnød, manglende oversikt, personellmangel e.l. Praksis for visitt må undersøkes gjennom ulike kilder, herunder journal, intervjuer, styrende dokumenter m.m. I journal skal det finnes signatur for visitt fra lege i kurven. Dersom lege har gått fysisk visitt, kan dette i tillegg fremgå av journalnotat fra lege og/eller sykepleier.

Vanligvis gjennomføres de faste legevisittene mellom kl. 09 og 12; det må minst forventes at det skjer i løpet av dagvakt, også i helger og høytider. Det må sikres at også utlokaliserte pasienter som er dårlige får visitt raskt.

Ansvarlig lege må følge opp med supplerende undersøkelser som for eksempel røntgen, blodprøver, klinisk undersøkelse, nevrologiske tester, bestilling av EKG m.m. Legen må også følge opp funnene ved de ulike undersøkelsene og ved behov iverksette nødvendige tiltak så snart som pasientens tilstand tilsier. Vanligvis vil lege med relevant fagspesifikk kompetanse stå for denne oppfølgingen. Dersom det medisinske ansvaret er overført til lege tilknyttet mottakende sengepost, må legen ta stilling til om/når det er behov for å konferere med lege med relevant fagspesifikk kompetanse.

Lege må gå gjennom pasientens faste medikamenter og vurdere om noen medikamenter skal seponeres eller om medikamenter må legges til. Det er en særlig risiko knyttet til at behovet for endring av medikasjon kan bli oversett dersom det medisinskfaglige ansvaret er overført til leger tilknyttet mottakende sengepost. Samme risiko vil være til stede dersom lege med relevant fagspesifikk kompetanse ikke er tilgjengelig i tilstrekkelig grad. Dette kan ha ulike årsaker, for eksempel at legen er opptatt med andre oppgaver, at sykepleierne på mottakende sengepost har høy terskel for å tilkalle lege m.m.

²⁶ At utlokaliserte pasienter får nødvendig legevisitt/-tilsyn må ikke medføre at pasienter som ikke er utlokaliserte blir nedprioritert. Prioriteringen skal imidlertid ikke undersøkes og vurderes i dette tilsynet.

²⁷ Dette kan for eksempel være der pasienten er i en fase i forløpet hvor det ikke gjøres medisinske vurderinger eller tiltak av betydning.

²⁸ Visitt der lege og sykepleier sammen gjennomgår pasientens kurve og journal, uten fysisk å tilse pasienten.

Det skal i journalnotatene fremgå hvilke vurderinger som er gjort på grunnlag av resultat av ulike undersøkelser; klinisk undersøkelse, blodprøver, radiologiske undersøkelser m.m. Videre skal det fremgå hvilke tiltak som skal iverksettes og eventuelt når nye undersøkelser skal gjøres. Visittgående lege for dagen skal ha signert i kurven, og ordinasjoner, seponeringer m.m. skal være dokumentert der. Unntak kan forekomme dersom operasjon er utført på en øyeblikkelig hjelp-pasient; operasjonsbeskrivelse kan da være det eneste legenotatet den dagen.

Det skal fremgå av journal (oftest sykepleienotat) om og når lege har vært tilkalt utenom visitt, hvilken lege som er tilkalt samt responsen på tilkallingen.

Sykepleiefaglig oppfølging, inkludert samhandling med lege

Sykepleier må følge opp alle legeordinasjoner knyttet til utstyr, medikamentell behandling, observasjoner, målinger, restriksjoner for mobilisering eller ernæring/væske m.m.

Utstyr som det er en risiko for at sykepleier på sengeposten ikke kan håndtere eller ikke har tilgjengelig, kan for eksempel være VAP, epiduralkateter/-anestesi, smertepumpe, tracheostomi, sekretsug/trachealsug, ventrikkelsonde, tarmstomi m.m. Ved behov må sykepleieren innhente bistand fra personell med relevant fagkompetanse. Det er spesielt viktig at sykepleier gjør seg kjent med medikamenter han/hun ikke har kjennskap til fra tidligere, både når det gjelder dosering, istandgjøring, administrering og observasjoner som skal gjøres etter at medikamentet er administrert. Det er en særlig risiko knyttet til medikamenter i tiden rett etter utlokalisering; pasientene kan bli liggende for lenge før de blir tilsett og nødvendige medikamenter blir gitt. For å fange opp negativ utvikling kan lege ha bestemt at det skal gjøres hyppigere målinger. Dersom verdiene/funnene ved målinger og observasjoner avviker fra grensene som er angitt av lege eller laboratoriet, må lege tilkalles med mindre det er angitt noe annet. Lege kan i tillegg ha angitt at ordinerte tilleggsmedikamenter skal administreres ved nærmere angitte målte verdier hos pasienten.

Sykepleier må også følge opp tiltakene som fremgår av den sykepleiefaglige planleggingen. Sårstell vil ofte inngå i den sykepleiefaglige oppfølgingen. For alle pasientkategorier er forebygging og oppfølging av trykksår relevant. Forebyggende tiltak kan for eksempel være mobilisering, trykkavlastning lokalt eller trykksårforebyggende madrass. Hos alle pasienter må sykepleier også vurdere om smertebehandlingen er tilstrekkelig og om smertene kan indikere en forverring av sykdommen. Også vurdering av perifere venekanylers tilstand og hygieniske status kan være relevant for alle pasientkategoriene. Videre må alle pasienter vurderes for fallrisiko²⁹, og tiltak må iverksettes ved behov.

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 for eksempel sørge for at matrestriksjoner/faste gjennomføres før kirurgiske inngrep, radiologiske undersøkelser, blodprøver m.m. Videre må sykepleier eksempelvis sørge for at medikamenter som er seponert før operasjon ikke gis og administrere preoperativ medikasjon som ordinert av lege.

²⁹ Pasientsikkerhetsprogrammet inneholder Tiltakspakke for forebygging av fall i helseinstitusjoner (IS-0460), Helsedirektoratet, 2014: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/3175?download=false&ts=14bdb0ce8bf>

Det forventes at sykepleier selv iverksetter akuttmedisinske tiltak innenfor sitt kompetanseområde ved behov. Dette kan for eksempel være å heve fotenden ved utvikling av lavt blodtrykk eller å gi oksygentilførsel ved lav oksygenmetning.

Den sykepleiefaglige oppfølgingen forventes fortløpende dokumentert og systematisk nedtegnet i sykepleienotat. Sykepleienotat skal foreligge for alle pasienter fra hver dag-, kvelds- og nattevakt. Sykepleienotatene i journalen kan være supplert av observasjonsskjema (på papir) og kurver for føring av resultat av målinger. Dersom den utlokaliserste pasienten er under aktiv/nystartet behandling, forventes det særlig grundig dokumentasjon av hvilke vurderinger som er gjort av observasjoner og målinger.

Alle legemidler som er gitt skal være ført i kurve. Det må også fremgå av journal/kurve når legemidlene ble gitt (tidspunkt eller tid på døgnet). Ved tilleggslegemidler forventes det også at begrunnelse er dokumentert, eventuelt i sykepleienotat.

Dersom sykepleier har innhentet råd/veiledning fra annen sengepost/sykepleier med kompetanse på håndtering av aktuell pasientkategori, forventes dette dokumentert i journal.

Eksempler på medisinskfaglig og sykepleiefaglig oppfølging

Tips til undersøkelsen – eksempler på oppfølging av gastrokirurgiske pasienter

Utstyr: Ernæringssonde, ventrikkelsonde, sårdræn, thoraxdræn, urinblæreskanner, stomi og stomiutstyr m.m.

Medikasjon: Lege må ordinere profylaktisk antibiotika og/eller tromboseprofylakse før operasjoner der dette er rutine. Oppstart/skifte av antibiotika kan bli nødvendig ved utvikling av infeksjon. Pasientene kan ha sterke smerter både før og etter operasjon, noe som må følges opp med ordinerings av smertestillende legemidler.

Observasjoner: Forverring av tilstanden eller komplikasjoner til den kirurgiske behandlingen vil kunne oppstå utover i forløpet, og det kan da bli nødvendig at lege med relevant fagspesifikk kompetanse igjen vurderer pasienten. Eksempler på forverring av grunntilstanden er perforert blindtarm, sprukne eller nekrotiske tarmer, eller utvikling av sepsis. Symptomer som må fanges opp kan være vedvarende eller økende buksmerter, kvalme og brekninger/oppkast eller økende bukromfang som følge av luft- og/eller væskeopphopning i tarmer. Komplikasjoner etter operasjon kan blant annet være infeksjon, blærefylling (urinretensjon), tarmslyng og sårruptur. Aktuelle symptomer som sykepleier skal følge med på kan være feber, oppkast, økende CRP, rødhet i sårområdet, økte smerter, bortfall av vannlatning, manglende tarmfunksjon, væske i bandasjen m.m.

Målinger: Det kan være nødvendig at lege ordinerer beregning av væskebalanse, væske inn og væske ut. Væsketap som skal måles kan være væskemengde fra ventrikkelsonde; oppkast; vannlatning/urinproduksjon; avføring/diaré; funksjon av stomi fra tynntarm eller tykktarm; tap av væske gjennom bandasjer m.m. Det kan også være nødvendig å måle annen drenasje (for eksempel fra galleganger, sårdræn m.m.) for å vurdere nødvendigheten av drenasjen. Væskeinntak er drikke, intravenøs væske og sondeernæring.

Tiltak: Netto væsketap eller -overskudd må følges opp av lege. Ved funn av et samlet væsketap, må sykepleier gi pasienten hjelp til å få i seg drikke og ernæring, eventuelt få tilført væske intravenøst

eller via ernæringssonde etter ordinasjon fra lege. Hos pasienter som har ernæringssonde må sondens funksjon og leie kontrolleres³⁰, og det må vurderes om virkningen av væske- og ernæringstilførsel er optimal, gjennom å følge med på avføringsmønster, kvalme/oppkast, smertebilde, mobilitet m.m.

Restriksjoner: Ved væskeoverskudd skal det vurderes/gjennomføres væskerestriksjoner og observeres for ødemer.

Tips til undersøkelsen – eksempler på oppfølging av ortopediske pasienter

Utstyr: Krykker, sprikepute, strekk, motorisert kneskinne, ekstern fiksasjon, sårdren, pulsoksymeter m.m.

Medikasjon: Lege må ordinere profylaktisk antibiotika og/eller tromboseprofylakse før operasjoner der dette er rutine. Oppstart/skifte av antibiotika kan bli nødvendig ved utvikling av infeksjon. Pasientene kan ha sterke smerter både før og etter operasjon, noe som må følges opp med ordinerings av smertestillende legemidler.

Observasjoner: Sykepleier må følge med på smerter og se disse i sammenheng med sirkulatorisk og sensorisk tilstand perifert (farge, temperatur, hevelse, smerte, følelse/sensibilitet) og mulige komplikasjoner til skaden/operasjonen. Slike komplikasjoner kan være infeksjon, blodpropp (dyp venetrombose, lungeemboli) eller utvikling av muskellosjesyndrom³¹. Symptomer på dyp venetrombose er typisk smerter og hevelse i underekstremitetene. Lungeemboli vil ofte gi tungpustethet og smerter i brystet. Ved gipsbehandling som gir trykksymptomer (smerte, dårlig sirkulasjon og/eller nedsatt følelse perifert) må lege varsles for eventuell justering av gipsen.

Målinger: Sykepleier må måle smertegraden der pasienten har smerter, for eksempel ved bruk VAS-skala. Det kan være nødvendig å bruke pulsoksymeter for å vurdere sirkulasjonen. Sykepleier må også måle væskemengden fra eventuelle sårdren.

Tiltak: Det kan være nødvendig med justering av gips eller løsning av laske (gipsskinne). Ved mye væske i underekstremitetene, bør bena heves. Røntgenundersøkelser vil være nødvendig ved mistanke om dyp venetrombose eller lungeemboli.

Restriksjoner: Ortopediske pasienter må få hjelp til mobilisering innenfor rammer fastsatt av lege. Spesielt ved innsatt hofteprotese må pasienten hjelpes til å overholde restriksjoner for bevegelse i hoften, herunder at aktuell fot ikke skal krysse midtlinje og at pasienten ikke bøyer seg for mye fremover.

Tips til undersøkelsen – eksempler på oppfølging av medisinske pasienter

Utstyr: Hjemmerespirator, CPAP, BiPAP, VAP, Hickman-kateter, dialysekateter, pleuradren m.m.

³⁰ VAR healthcare (oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten) har integrasjonsløsning med DIPS og tre store leverandører av EPJ-systemer.

³¹ Akutt medisinsk tilstand med avklemming av blodårer og nedsatt oksygentilførsel til muskulatur og nerver som følge av forhøyet trykk innenfor muskelhinnen (fascien).

S Elsayed, TD Cosker, A Grant, Pressure for beds – does it put our orthopaedic patients at risk? Injury 2005, 36(1): 86-87.

Medikasjon: Ordinasjon av medikamentell behandling vil gjerne være aktuelt til pasienter med hjertesvikt. Aktuell medikamentell behandling kan være blant annet ACE-hemmere³², betablokkere og vandrivende legemidler. Sykepleier må sørge for at legemidlene gis i riktig dose og til riktig tid. Pasienter med diabetes og høyt blodsukker bør følges opp med hyppig måling av blodsukker og eventuell justering av insulin-/tablettbehandling. Effekten av den medikamentelle behandlingen av diabetes må vurderes av ordinerende lege med tilstrekkelig kompetanse.

Observasjoner: Hos hjertesviktpasienter vil forhold som grad av tungpust, eventuelt ødemer og vekt avta/tilta som følge av behandlingen. Hos diabetespasienter vil forhøyet blodsukker gi utslag i økt urinproduksjon, noe som kan medføre dehydrering, og dette må det observeres for. Opphopning av ketoner (ketoacidose) ved forhøyet blodsukker er en alvorlig tilstand som utvikler seg med tiltakende slapphet, tegn til uttørring og redusert bevissthet som krever særskilt overvåkning.

Målinger: Hos pasienter med hjertesvikt må sykepleier følge med på utviklingen av symptomer knyttet til respirasjon og hevelser, gjennom måling av væskeinntak og urinproduksjon samt vurdering av ødem. Hos pasienter med diabetes, må sykepleier følge med på blodsukkernivået, medisiner og pasientens matinntak. Ved forhøyet blodsukker må også væskebalansen følges med på.

Tiltak: Hos pasienter med hjertesvikt kan det være nødvendig at lege ordinerer ultralyd av hjertet. Ved brystmerter må det eventuelt tas EKG, og arytmier (for eksempel atrieflimmer med svært høy frekvens, alvorlige ventrikulære rytmer, blokkeringer av hjertets impulsledningsystem) kan være behandlingstrengende. Svimmelhet må følges opp med puls- og blodtrykkmåling, og sykepleier må iverksette fallrisikoreduserende tiltak. Ketoacidose hos pasienter med diabetes krever overvåkning på avdeling med særskilt kompetanse ettersom de må følges med måling og eventuell korreksjon av pH, insulin intravenøst, drypp m.m.

Restriksjoner: Væskeinntaket må begrenses hos hjertesviktpasienter.

4.3.2.2 Helseforetakets overordnede tiltak for å sørge for medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdering og oppfølging av utlokaliserte pasienter – i tråd med planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak

Bakgrunnsinformasjon

Utlokalisering av pasienter kan innebære at sykepleierne ved mottakende sengepost har mangelfull kjennskap til gjeldende retningslinjer og fagprosedyrer, herunder mangelfull kjennskap til relevant utstyr som trengs i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter. Når det gjelder medisinskfaglig vurdering og oppfølging av utlokaliserte pasienter, er den største risikoen knyttet til eventuell mangelfull tilgang på medisinskfaglig kompetanse på pasientens helseproblem. Ofte vil det være de samme legespesialistene som er tilknyttet avgivende sengepost som har det medisinske ansvaret for pasienten etter utlokalisering. Det vil for disse legene kunne være en utfordring å ha oversikt over utlokaliserte pasienter og hvor de fysisk befinner seg.

³² Angiotensinkonverterende enzymhemmere, virker direkte på blodårene og hjertet, slik at blodtrykket reduseres og belastningen på hjertet går ned.

I tillegg kan det være en utfordring å prioritere disse pasientene siden de ofte befinner seg et helt annet sted i sykehuset enn legens andre pasienter, og gjerne kommer i tillegg til en allerede full pasientliste. Følgelig vil utlokaliserte pasienter kunne bli glemt dersom helseforetaket ikke har etablert sikkerhetsbarrierer som hindrer at det skjer. For å hindre at pasientsikkerheten settes i fare, kreves det risikoreduserende tiltak.

Helseforetaket må sørge for tilgjengelig og tydelig informasjon om hvilke pasienter som er utlokalisert, hvilken sengepost den enkelte pasienten skulle ha vært på, hvilken sengepost pasienten er utlokalisert til og hvilke leger som har det medisinskfaglige ansvaret.

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. Sykepleierne ved mottakende sengepost skal kunne identifisere eventuelle behov for hjelp fra sykepleiere som kjenner pasientgruppen bedre, og de må ha kunnskap om hvilken sengepost og hvilke sykepleiere de skal henvende seg til for å få nødvendig hjelp. Det forventes at dette er styrt fra overordnet ledernivå og at utlokaliserte pasienter ikke blir skadelidende på grunn av mangelfull tilgang på personell med relevant fagspesifikk kompetanse, enten det gjelder sykepleiere eller leger.

Helseforetaket må legge til rette for nødvendig kompetanseoverføring mellom avgivende og mottakende sengepost. Eksempelvis kan det løses gjennom internopplæring, hospitering eller faste sykepleievisitter med deltakelse fra sykepleier med kjennskap til aktuell pasientgruppe. Det må være en omforent forståelse av innholdet i den sykepleiefaglige planleggingen, og det må være tilgang på sykepleiere som er i stand til å følge opp pasienten, inkludert å kunne avdekke både forverring og forbedring i tilstanden. Dette innebærer kjennskap til relevante retningslinjer/fagprosedyrer og, om nødvendig, hjelp til gjennomføring og eventuelt bruk av tilhørende utstyr, som sykepleierne ofte kan være ukjent med. Helseforetaket må også ha en styrt praksis for tilgang på nødvendig utstyr som normalt ikke finnes på sengeposten der pasienten er utlokalisert. Det må være klarlagt både hvor man kan henvende seg og hvem som kan hjelpe til med oppkobling/kontroll/bruk/vedlikehold av utstyret.

Videre er det avgjørende at samarbeidet mellom ansvarlig lege og sykepleierne fungerer. Legene har alltid ansvaret for den medisinske behandlingen av den enkelte pasient, men sykepleierens observasjoner og kliniske vurderinger vil inngå i det grunnlaget legene baserer sine beslutninger på. Det skal være kjent hvilke leger som kan tilkalles til utlokaliserte pasienter, hvordan de kan treffes og når disse anslagsvis kommer til sengeposten for å gjennomføre visitt. Kommunikasjon og samhandling mellom involvert helsepersonell må foregå på en måte som understøtter pasientsikkerheten. Der det er motsetninger og kommunikasjonsproblemer, må helseforetaket håndtere dette på en måte som forhindrer utrygghet hos personalet og negativ påvirkning på kvaliteten på helsetjenestene.

Veiledning til vurderingen – samhandling/kommunikasjon

Svikt kan lettere oppstå når helsepersonell som ikke kjenner hverandre skal samarbeide. Terskelen for å kontakte lege med relevant fagspesifikk kompetanse må være lav. Det forventes også at legen kommer når han/hun blir tilkalt, og at eventuelle forsinkelser ikke skyldes organisatoriske forhold. Noen vil kunne ha kriterier/retningslinjer for tilkalling. Dersom legen og sykepleierne normalt ikke samarbeider til daglig, og sykepleierne kanskje heller ikke har spesiell kunnskap om aktuell pasientgruppe, er det å anse som høyrisiko. På et sykehus er det ofte ulike kulturer for eksempelvis

Samhandling mellom sykepleier og lege. Hvem tar kontakt med hvem når, og hva forventes av hvem når? Dersom dette skal fungere, må det avklares eksplisitt.

Helseforetaket må, uavhengig av organisering, ha oversikt over om det er legekapasitet til å ivareta alle pasienter ved utlokalisering og sørge for at lege med relevant fagspesifikk kompetanse er tilgjengelig.

Dersom det medisinskfaglige ansvaret er overført sammen med pasienten til lege som er tilknyttet mottakende sengepost, må det være praksis for at ansvarlig lege gjør seg kjent med planleggingen av medisinskfaglig oppfølging av aktuell pasient og gjør nødvendige justeringer i tråd med eventuelle nye avdekkede behov. Videre må det tilrettelegges for at legen får kjennskap til gjeldende retningslinjer og andre føringer for medisinskfaglig oppfølging av aktuelle utlokaliserte pasienter, inkludert kjennskap til bruk av nødvendig utstyr.

Det forventes at ledelsen har kunnskap om risikofaktorer og risikonivået ved utlokalisering av pasienter, og at de jevnlig etterspør og følger opp resultater knyttet til tjenestekvalitet og pasientsikkerhet. Se kapittel 3 i rundskriv I-2/2013 om lederansvaret i sykehus for mer informasjon.

I tilfeller der svikten har sin årsak i mangelfull samhandling og kommunikasjon mellom avgivende og mottakende sengepost, og disse ikke finner en felles løsning, skal problemstillingen løftes opp til felles overordnede leder. Det vil ofte være en divisjonsdirektør/klinikkisjef, men det kan også være administrerende direktør. Etablerte sikkerhetsbarrierer må justeres ved behov, og om nødvendig må det etableres nye risikoreduserende barrierer.

Veiledning til undersøkelse og vurdering av noen utvalgte sjekkpunkter i journal

Det skal undersøkes om:

6. Planlagte sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak er gjennomført.
7. Planlagt medisinskfaglig oppfølging av utredning/diagnostisering og behandling/tiltak er gjennomført i perioden på inntil to døgn etter utlokaliseringen.
8. Det er gjennomført rutinemessig visitt fra lege på dagtid.
9. Pasientene har fått sine legemidler i tråd med ordinasjon fra lege, i rett antall og til rett tid (enten til et angitt tidspunkt eller med en angitt hyppighet).

Dette er 4 av 9 utvalgte «indikatorer» som skal gi et bilde av om utlokalisering av pasienter er resultat av systematisk styring eller ikke. Indikator 6 og 7 inneholder henholdsvis tre og to målepunkter som skal vurderes hver for seg. Vi skal avdekke helseforetakets praksis og forventer i utgangspunktet at hvert av de angitte sjekkpunktene er dokumentert i alle journaler. Imidlertid kan det være faglige årsaker til at noe av dette ikke er dokumentert i enkeltstående tilfeller. Som utgangspunkt er det rimelig å legge til grunn at hvert enkelt av sjekkpunktene skal finnes i minst 90 % av journalene. Se kapittel 6.5 for mer informasjon om journalgjennomgangen.

Organisatoriske årsaker som ressursmangel, arbeidspress, mangelfull styring m.m. er generelt ikke akseptable grunner for manglende dokumentasjon i journal.

5 Veiledning til samlet vurdering av om utlokaliserte pasienter får forsvarlige tjenester

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og korrigeres. Utlokalisering av pasienter setter særlig store krav til organisering, struktur og samhandling i utførelsen av de ulike oppgavene.

Ledelsen ved helseforetaket/sykehuset må identifisere utlokalisering av pasienter som et risikoområde, og må tydeliggjøre tilgang på relevant fagspesifikk kompetanse som en av risikofaktorene. De må sørge for at det er gitt nødvendige føringer for utlokalisering, inkludert føringer for samhandling og kommunikasjon med tydeliggjøring av ansvar for ulike beslutninger. Ikke minst må de tilrettelegge for god samhandling og kommunikasjon. Ledelsen må følge opp at planlagte tiltak er iverksatt og fungerer, og at disse bidrar til gode og trygge tjenester.

Helseforetaket må sørge for å ha kunnskap om kvalitet og uønskede variasjoner i pasientbehandlingen, og praksis må justeres hvis det er nødvendig. Det må tas hensyn til samspillet mellom mennesker, teknologi og organisasjon (MTO, se nærmere om dette under kapittel 4.1). Systematisk styring skal kunne hindre at menneskelige feil får konsekvenser for pasientene, jf. James Reasons sveitserostmodell³³. Dette forutsetter fungerende sikkerhetsbarrierer som ikke svikter samtidig.

Utlokalisering forventes å skje som følge av en administrativ beslutning om at det på grunn av plassmangel er behov for å flytte en pasient. Beslutningen om utlokalisering av en gitt pasient etter overordnede kriterier tar utgangspunkt i kategorier/grupper av pasienter, og ikke den enkelte pasients helseproblem. En konkret medisinskfaglig vurdering av om den enkelte pasient kan flyttes må derfor gjøres.

Utlokalisering av pasienter stiller ekstra store krav til samhandling og samarbeid mellom personell og ulike organisatoriske enheter. Personellet kan ha ulik arbeidskultur og kjenner hverandre kanskje ikke så godt. Ofte vil det fungere bra, og sikkerheten opprettholdes, fordi helsepersonell stadig gjør tilpasninger og improvisasjoner for å håndtere uventede situasjoner. Imidlertid vil de handlingene som vanligvis gir et godt resultat kunne være de samme som i en annen situasjon fører til et uønsket resultat på grunn av skiftende forutsetninger/rammebetingelser og stor variasjon i hvordan arbeidet utføres. Se IS-0583 om resilience, Safety II og FRAM-metoden (Functional Resonance Analysis Method). Det er derfor 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.

I vedlegg 4 er behovet for samhandling mellom ulike funksjoner synliggjort ved hjelp av et FRAM-diagram³⁴.

Tilsynslagene skal vurdere og ta stilling til om helseforetakets praksis er resultat av systematisk styring og er i tråd med kravene til kvalitet og pasientsikkerhet. Alternativt kan det bli avdekket en

³³ J Reason (1997*). Managing the risks of organizational accidents. Burlington: Ashgate.

³⁴ Erik Hollnagel. FRAM – Funktionel Resonans Analyse Metode. Center for Kvalitet, Region Syddanmark

praksis som utgjør et vesentlig avvik fra det som anses som gode og trygge tjenester. Tilsynslaget må da vurdere og ta stilling til om avdekkede lovbrudd gjelder innenfor hele eller avgrensede deler av tilsynets tema samt hvilken betydning/hvilke konsekvenser dette vil kunne ha for helseforetakets utlokalisererte pasienter. Slike konsekvenser kan for eksempel være forsinket/mangelfull utredning, diagnostisering, behandling m.m. Det er viktig at konklusjonene er mest mulig pasientnære/tjenestenære, slik at helseforetaket får et tydelig bilde av hva svikten kan resultere i. Se også kapittel 6.5 om de ulike sjekkpunktene/indikatorerne i journal, der det fremgår at noen av disse er mer pasientnære enn andre.

Dersom helseforetaket oppfatter utlokalisering som en «normalsituasjon», vil det være lite oppmerksomhet knyttet til den økte risikoen som utlokalisering innebærer for pasientene. Følgelig vil det sannsynligvis mangle fungerende sikkerhetsbarrierer for å hindre svikt i pasientbehandlingen. Manglende eller mangelfulle sikkerhetsbarrierer er en trussel for pasientsikkerheten³⁵. Helseforetaket har i tilfelle ikke sørget for systematisk styring og driver med unødig stor risiko. Resultatet kan bli en uønsket variasjon i kvaliteten på tjenestene, der utfallet kan være at utlokalisererte pasienter ikke blir fulgt opp med målrettede og individuelt tilpassede tiltak. I slike tilfeller må det konkluderes med lovbrudd; helseforetakets praksis er i strid med kravet til forsvarlige tjenester i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2³⁶.

6 Planlegging og gjennomføring av tilsynet

6.1 Praktisk innretning

Kontaktfylkesmennene har ansvar for at tilsynet gjennomføres i tråd med føringer gitt i denne veilederen, inkludert føringene om nødvendig kompetanse i tilsynslagene i kapittel 6.2.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon, jf. Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon (Internserien 4/2018), som gir anbefalinger om praktisk innretning for å gjøre godt og virkningsfullt tilsyn. I tillegg skal helseforetakene i forkant gjennomføre en kartlegging av deres utlokalisererte pasienter og gjøre egenverdinger i alle aktuelle sykehus.

Ettersom dette tilsynsopplegget også vil kreve innsats fra helseforetaket, mener vi det er klokt å gi en orientering til alle helseforetakene om tilsynet relativt tidlig, ved hjelp av brev, møter, telefon eller på andre måter. Det bør informeres om hvordan tilsynet skal gjennomføres og hvilken rolle helseforetaket er tiltenkt. Målet er at helseforetakene skal bli inspirert og motivert til å bidra konstruktivt.

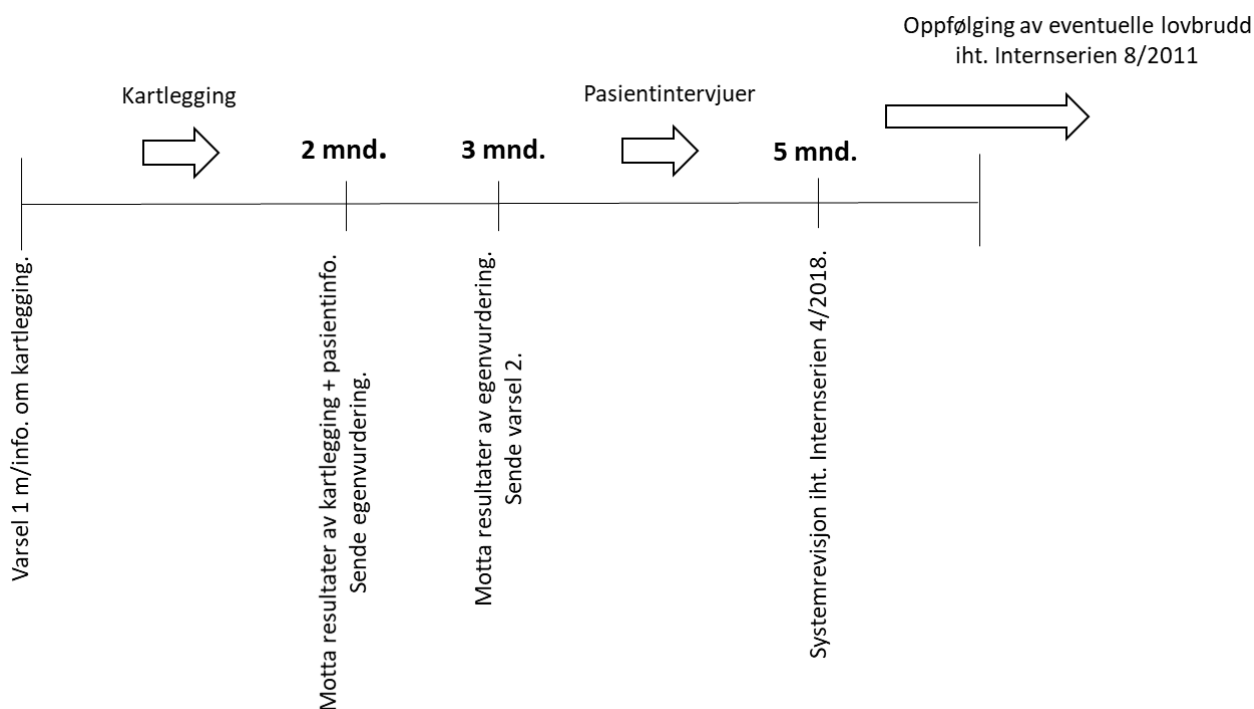
Oversikt over tilsynets ulike aktiviteter:

³⁵ Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter, Rapport, Socialstyrelsen 2012.

³⁶ Se Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon kapittel 5.8.3 og 6.2.4. Lovbrudd hjemles i både spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 jf. § 5. Aktuelle hjemler i pasient- og brukerrettighetsloven brukes når det er relevant, se denne veilederens kapittel 3.3.

- Første varsel om tilsyn skal sendes helseforetaket fem til seks måneder før systemrevisjon er tenkt gjennomført i (minst) ett av deres sykehus. Helseforetaket informeres om at de i den sammenheng skal gjøre en kartlegging i alle sine sykehus av gastrokirurgiske, ortopediske og medisinske pasienter som utlokaliseres på grunn av plassmangel. Kartleggingen skal i hvert sykehus gjennomføres i fire uker. Eventuelt stoppes kartleggingen tidligere hvis det er oppnådd 30 pasienter i hver kategori. Pasientene må ha vært utlokalisert i minst ett døgn.
- Helseforetaket følger opp at kartleggingen gjennomføres i alle helseforetakets aktuelle sykehus, og resultatene av kartleggingen overleveres/oversendes til tilsynslaget etter nærmere avtale og innen to måneder etter at første varsel er sendt. Helseforetaket må samtidig oversende en liste med navn, adresse og helst telefonnummer til pasientene som har vært utlokaliserte i kartleggingsperioden.
- Umiddelbart etterpå sendes helseforetaket egen vurderingen med følgebrev og egen vurderingsskjema og bes om å gjennomføre egen vurdering ved alle sykehus der det er registrert utlokaliserte pasienter i aktuell periode.
- Resultatene av egen vurderingene skal leveres/sendes til fylkesmannen senest én måned etter at egen vurderingsskjema er sendt ut. Ettersom dette er informasjon i et pågående tilsyn, vil det kunne være uheldig om informasjonen blir offentlig tilgjengelig før tilsynets rapport foreligger. Vi anbefaler at dokumentasjonen unntas offentlighet i medhold av offentleglova § 5 om utsatt innsyn, ettersom informasjonen fra egen vurderingene alene kan gi et misvisende bilde av helseforetakenes praksis.
- På bakgrunn av informasjonen fra kartleggingene og egen vurderingene, beslutter fylkesmannen i hvilke sykehus det skal gjennomføres systemrevisjon og sender ut andre varsel om tilsynsbesøk og at systemrevisjon vil bli gjennomført om ca. to måneder.
- Samtidig sender fylkesmannen informasjonsbrev til pasienter som er aktuelle for intervju. For å sikre et tilstrekkelig og representativt utvalg, anbefaler vi at det sendes informasjonsbrev til inntil 20 pasienter i hver aktuelle kategori, med mål om ca. ti informanter i hver kategori. Tilsynslaget må på forhånd ha undersøkt at pasientene er i live. Pasientintervjuer gjennomføres så snart som mulig og før selve systemrevisjonen.
- Oppsummerende møte kan ha tre faser/mål: 1) presentasjon og enighet om funn fra tilsyn utført som systemrevisjon, 2) kort oversiktspresentasjon og diskusjon av funn fra egen vurderingene, gjerne sett opp mot hverandre og opp mot funn i systemrevisjonen – hva er likhetene? hva er forskjellene? og 3) danne grunnlag for et felles oppfølgings- og forbedringsarbeid i helseforetaket.
- Fylkesmannen skal følge opp alle egen vurderingene som er gjort og ta stilling til om egen vurderingene indikerer/viser lovbrudd. Ved usikkerhet om det foreligger lovbrudd, oppfordres fylkesmannen til å be helseforetaket om å undersøke om funnene i egen vurderingen er et resultat av mangelfull systematisk styring. Egen vurderingene må også sees i sammenheng med resultatene fra gjennomført systemrevisjon i helseforetaket og om tilsvarende svikt kan foreligge i flere av helseforetakets sykehus. Der hvor egen vurderingen (eventuelt egen vurdering sett i sammenheng med systemrevisjon) tilsier at det foreligger lovbrudd, skal det aktuelle helseforetaket/sykehuset følges opp til de har rettet avdekkede lovbrudd og ny egen vurdering viser at praksis er i tråd med angitte lovkrav.
- Oppfølging av lovbrudd skal gjennomføres i tråd med «Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter». Alle sykehusene i et helseforetak hvor det er avdekket lovbrudd skal følges opp samlet, og endret praksis skal dokumenteres gjennom nye egen vurderinger i aktuelle sykehus før tilsynet med helseforetaket kan avsluttes. Se også kapittel 6.7.

Forslag til mulig tidslinje for tilsynets ulike aktiviteter:



Vedlegg 5 Utkast første varselbrev med informasjon om kartlegging vedlagt kartleggings skjema og skjema for pasientidentifikasjon

Vedlegg 6 Utkast til andre varselbrev vedlagt oversikt over tilsynets aktiviteter

6.2 Særlig om kompetanse i tilsynslaget

Vi mener at det er i hvert tilsynslag er behov for lege og sykepleier med erfaring fra og god innsikt i spesialisthelsetjenesten, inkludert journalsystemet. Legen og sykepleieren må samlet ha erfaring med kirurgiske og medisinske pasienter. I tillegg må hvert tilsynslag ha med to erfarne revisjonsledere. Dersom det er problemer med å skaffe tilstrekkelig fagkompetanse i noen av tilsynslagene, må slik kompetanse leies inn ved bruk av eksterne fagrevisorer og dekkes av fylkesmennenes egne midler. De fire kontaktfylkesmennene har ansvar for at det settes sammen kompetente tilsynslag. Se for øvrig utsendt invitasjon til oppstartsamlingen (e-post datert 19. oktober 2018).

Kontaktfylkesmennene må vurdere og ta stilling til om fagrevisor med erfaringskompetanse skal delta i planleggingen og/eller gjennomføringen av tilsynet. Vi viser her til Internserien 4/2018 kapittel 5.1. Fylkesmannen må selv rekruttere og stå for opplæringen av fagrevisorer med erfaringskompetanse.

6.3 Særlig om informasjonsinnhenting gjennom samtaler med (tidligere) pasienter

Tilsynslaget skal innhente informasjon om tjenestene gjennom strukturerte samtaler med samtykkekompetente pasienter som har vært utlokalisert. Dersom pårørende ønsker å være informant på vegne av pasienten, bør det normalt kunne aksepteres dersom pasienten selv av helsemessige årsaker ikke er i stand til å gi informasjon/gjennomføre samtale og pasienten samtykker til dette.

Vi anbefaler at tilsynslaget gjennomfører samtale med rundt 10 (tidligere) pasienter i hver kategori, og at det velges informanter med nyest mulig utskrivelse (hvis antallet utlokaliseringer åpner for å kunne velge). Tilsynslaget må ta høyde for at et betydelig antall tidligere pasienter ikke ønsker å være informanter eller at de av andre årsaker ikke svarer. Invitasjon bør derfor sendes til langt flere tidligere pasienter enn det antallet tilsynslaget har planlagt å ha samtale med. Tilsynslaget må på forhånd ha undersøkt om pasientene fortsatt er i live.

Vi har utarbeidet forslag til samtaleguide beregnet på telefonsamtale. Dersom tilsynslaget finner det mest hensiktsmessig å innhente informasjon gjennom direkte møter, så er det anledning til det. Temaene i samtaleguiden skal inngå, men spørsmålene kan tilpasses den enkelte samtale.

Vi anbefaler at to fra tilsynslaget gjennomfører samtalen. Informanten må informeres om hvor mange og hvem som vil delta når tidspunkt for samtalen avtales. Pasienten bør informeres om/minnes på at det er helt greit å ha med seg en støtteperson under samtalen, dersom vedkommende ønsker det.

Innhentet informasjon skal oppsummeres slik at den kan brukes i videre forberedelse og gjennomføring av tilsynet, se Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon, punkt 5.8.

Vedlegg 9 Utkast til informasjonsbrev til tidligere pasienter (mulige informanter)

Vedlegg 10 Utkast til samtaleguide for bruk til intervju av tidligere pasienter

6.4 Særlig om intervjuer med ansatte

Ettersom tilsynet inkluderer flere ulike pasientgrupper, må vi intervjuere ledere/ansatte fra flere organisatoriske enheter enn vi normalt gjør i et landsomfattende tilsyn. Det kan medføre et så høyt antall informanter at det kan bli u håndterbart dersom vi skal intervjuer en og en. Vi anbefaler derfor bruk av gruppeintervjuer (2-3 deltakere) i tillegg til individuelle intervjuer. Aktuelle informanter i gruppeintervjuene bør befinne seg på samme nivå i organisasjonen, med tilsvarende ansvar og oppgaver, jf. Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon (Internserien 4/2018), kapittel 5.8.2.

6.5 Særlig om journalgjennomgang og egenvurdering – inkludert bevisvurdering

Når pasienter utlokaliseres, er det en særskilt risiko knyttet til samhandling på tvers av organisatoriske enheter og faggrupper. Det er derfor avgjørende for kvaliteten på helsetjenestene at sentral informasjon kommuniseres skriftlig. Vi er ikke opptatt av journalføringen som sådan, men vi

legger til grunn at informasjonsutveksling gjennom journal er en forutsetning for å kunne yte forsvarlige helsetjenester til utlokaliserte pasienter.

Vi har i kapittel 4 fremhevet ni særskilte sjekkpunkter/indikatorer som vi mener skal være dokumentert i journal. Disse indikatorene har noe ulik karakter; indikator 6, 7 og 9 sier mest om resultatsiden, det vil si den pasientnære tjenesteutøvelsen, mens de andre indikatorene handler mer om strukturer og prosesser som må være på plass og fungere for å sikre forsvarlige tjenester.

Ideelt sett bør det foreligge 30 journaler fra hver pasientkategori som har vært utlokalisert i det enkelte sykehus. Imidlertid vil forekomsten neppe være så høy i mindre helseforetak/sykehus. Fylkesmannen må da ta utgangspunkt i de journalene som foreligger etter helseforetakets kartlegging, både ved gjennomføring av systemrevisjon og ved gjennomgang av egenvurderingene.

Det vil være gjennomført egenvurderinger i alle helseforetakets aktuelle sykehus. Sykehusene skal ikke selv ta stilling til om det er avdekket lovbrudd eller ikke; det skal gjøres av fylkesmannen.

Tilsynslaget må som utgangspunkt ha tillit til resultatene i helseforetakets/sykehusets egenvurderinger. Det kan ved systemrevisjonen likevel være behov for å ta stikkprøver ettersom resultatene skal inngå i bevisvurderingen. Vi anbefaler at tilsynslaget kontrollerer ti journaler i hver pasientkategori for å verifisere resultatene fra egenvurderingene. Dersom det foreligger mindre enn ti journaler i en kategori, må tilsynslaget kontrollere alle journalene. Hvis det avdekkes en vesentlig ulikhet i helseforetakets og fylkesmannens vurdering av journalene, må tilsynslaget vurdere å gjennomgå samtlige journaler fra det aktuelle sykehusets egenvurdering på nytt.

Gitt et utvalg på 30 journaler innenfor en pasientkategori, legges det til grunn at hvert sjekkpunkt skal finnes i minst 90 % av journalene. Informasjonen fra et slikt journalutvalg vil alene ha stor bevisverdi. Imidlertid vil journalmaterialet i praksis kunne variere ned mot en håndfull journaler i en kategori. Da kan vår vurdering i beste fall være en indikasjon på helseforetakets praksis. Ved et lavt antall journaler, kan ikke informasjonen fra journalgjennomgangen legges til grunn som et faktum alene, men må undersøkes også gjennom andre kilder.

Vedlegg 7 Egenvurdering med følgebrev

Vedlegg 8 Utkast til egenvurderingsskjema

6.6 Tilsynsrapporter

Tilsynsrapportene skal redegjøre for hva som er undersøkt, både gjennom systemrevisjon og egenvurderinger. Det skal også redegjøres for tilsynets konklusjoner med tilhørende faktagrunnlag, krav og vurderinger, jf. Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon, kapittel 6. Statens helsetilsyns rapportmal skal benyttes. Den er tilgjengelig via NESTOR.

Det kan være aktuelt å ha resultatet fra alle egenvurderingene som et vedlegg til rapporten.

Vedlegg 11 og 12 Utkast til rapportens kapittel 1 og 2

6.7 Oppfølging av eventuelle lovbrudd

Alle lovbrudd skal følges opp i tråd med Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter (Internserien 8/2011). Se de to siste punktene i oversikten over tilsynets ulike aktiviteter i kapittel 6.1.

Lovbrudd kan avdekkes gjennom systemrevisjon alene, egenvurderinger alene eller gjennom en kombinasjon av disse.

Fylkesmannen vil ha grunnlag for å konkludere med lovbrudd også ved sykehus der det ikke er gjennomført systemrevisjon. Dette forutsetter at egenvurderinger er gjort av 30 pasienter innen en gitt kategori, eller at egenvurderingene ellers er entydige.

Der egenvurderingene er basert på færre enn 30 journaler innen en kategori, og viser uønsket variasjon i helseforetakets ulike sykehus, må resultatene sees i sammenheng med informasjonen som kom frem i systemrevisjonen(e) som er utført i helseforetaket. Sammenholdt kan dette gi grunnlag for konklusjon om lovbrudd i foretaket som helhet. Se også kapittel 6.1 som nevnt over.

Helseforetaket må iverksette tiltak for å rette påpekte lovbrudd, enten disse er avdekket gjennom systemrevisjon eller egenvurderinger, eller en kombinasjon av disse. Foretaket må dokumentere at praksis er endret og at pasientsikkerheten ivaretas for utlokaliserte pasienter. Dette innebærer ny gjennomgang (egenvurdering) av de ni hovedindikatorene i journaler fra inntil 30 av de siste utlokaliserte pasientene³⁷ i hver kategori i alle sykehus der det ble avdekket lovbrudd. Vi forutsetter at helseforetaket/sykehuset på dette tidspunktet har oversikt over og kan gjenfinne utlokaliserte pasienter. Resultatet fra egenvurderingene (de ni journalindikatorer) må sannsynliggjøre at det er etablert en ny og robust praksis i helseforetaket i tråd med kravene til forsvarlige tjenester. Først da kan tilsynet avsluttet.

Oversikt over vedlegg til veilederen

1. Bakgrunnsinformasjon om utlokalisering av pasienter
2. Deltakere i arbeidsgruppen og referansegruppen samt kontakt med brukerorganisasjoner og fagpersoner i helseforetakene
3. Eksempler på tilstander som faller inn under gastrokirurgi, ortopedi og indremedisin
4. Tilsynets tema fremstilt ved hjelp av FRAM-diagram
5. Utkast til første varselbrev med informasjon om kartlegging vedlagt kartleggingsskjema og skjema for pasientidentifikasjon
6. Utkast til andre varselbrev vedlagt oversikt tilsynets aktiviteter
7. Egenvurdering med følgebrev
8. Utkast til egenvurderingsskjema
9. Utkast til informasjonsbrev til tidligere pasienter (mulige informanter)
10. Utkast til samtaleguide for bruk til intervju av tidligere pasienter
11. Utkast til tekst til rapportens kapittel 1

³⁷ Inntil 30 pasienter i hver kategori de siste fire uker som har vært utlokalisert i minst ett døgn. Se også første punkt i kapittel 6.1.

- 12. Utkast til tekst til rapportens kapittel 2
- 13. Litteraturoversikt

Endringslogg

Veilederen skal oppdateres etter behov.

9. januar 2019	Veilederen godkjent av ledelsen
13. mars 2019	Endringer i oversikt over vedlegg
7. mai 2019	Endringer i veilederens kapittel 4.3.2.1 (ny veiledning til vurderingen) og 6.5 (presisering av vurdering av sjekkpunkter i journal) samt vedlegg 6 Vedlegg til andre varselbrev (punkt 11)