

«Den veit best **kor skoen trykkjer**, som har han **på**»

Arbeidet til tilsynsorgana skal fremje pasienttryggleik og betring i helsetenesta. Dette gjeld også oppfølginga som Undersøkingseininga i Statens helsetilsyn gjer av varsel om alvorlege hendingar i spesialisthelsetenesta etter spesialisthelsetenestelova § 3-3a. Gjennom dette arbeidet erfarer vi at leiinga i helseføretaka grip tak i alvorlege varslingspliktige hendingar på ulike måter. Somme er proaktive, tek raskt grep og går gjennom sjølve hendinga for å avdekkje kva som kan ha svikta i pasientbehandlinga. Korleis helseføretaka grip fatt i ei sak etter at alvorlege hendingar er varsla til tilsynsorgana, kan få noko å seie for korleis Undersøkingseininga følgjer opp med tilsyn. Artikkelen gjer greie for eit eksempel på korleis arbeidet i Undersøkingseininga kan støtte opp under den granskninga helseføretaka gjer sjølv av alvorlege hendingar.

Varslingspliktig alvorleg hending – dårleg kommunikasjon og samhandling i AMK-tenesta forseinka pasientbehandlinga

Ein ettermiddag i januar 2013 ringjer publikum 113 om at ein mann i paraglider har falle 20 – 40 meter utfor ei berghylle i fjellheimen. Vitne fortel at han undervegs trefte ein fjellvegg. Med ein gong etter fallet var han vaken, men hadde ryggmerter.

AMK-sentralen kontaktar legevaktslege og luftambulanselag. Næraste luftambulanselag er oppteken med eit anna oppdrag og ber om at AMK parallelt varslar redningshelikopter, sidan ulykka har skjedd i svært ulendt terreng. AMK-sentralen kontaktar naboregionen for å høyre om dei har ressursar som kan komme raskare. Det skjer på ei uprioritert linje, og telefon-

samtalen blir sett på vent. Da AMK-operatøren etter om lag ti minutt får kontakt, blir det avtalt at et Sea King redningshelikopter frå naboregionen skal hjelpe. På dette tidspunktet er det første luftambulanshelikopteret ledig og blir sendt til ulykkesstaden. Tolv minutt før ambulanshelikopteret er framme ved ulykkesstaden, blir dei varsla om at pasienten har slutta å puste.

Omtrent samtidig blir det klart at redningshelikopteret likevel ikkje er varsla som føresett. Dette blir no varsla med ein gong og startar på oppdraget. Helsepersonellet i luftambulansen kjem først til ulykkesstaden og set i gang med avansert hjarte-lungeredning straks, og held fram utan at pasienten responderer. Redningshelikopteret rekk aldri fram før pasienten blir erklært død.

Når helseføretaka granskar seg sjølve etter ei alvorleg hending

Undersøkingseininga fekk varsel om hendinga både frå Medisinsk naudmeldeteneste og AMK-sentralen. Vi kom raskt i dialog med dei som var involverte, henta inn relevant informasjon og fekk oversikt over kva som hadde skjedd. Undersøkingseininga såg det ikkje som påkravd å gjennomføre tilsyn på staden for å skaffe ytterlegare informasjon og oversikt over den konkrete hendinga.

Undersøkinga vi gjennomførte, viste at kommunikasjonen og samhandlinga mellom dei to AMK-sentralane ikkje hadde fungert tilfredsstillande. Bruk av uprioritert telefonlinje slik at ein akutt samtale blei sett på vent, saman med mangelfull informasjonsutveksling, gav tidstap i ein pressa akutt situasjon. Forvirring og misforståingar knytte til om redningshelikopter

faktisk var rekvirert, gjorde at dette kom seint av garde til ulykkesstaden. Det var grunnlag for å vurdere konkret om svikt i helsetenesta hadde medverka til at pasienten ikkje fekk forsvarleg medisinsk behandling i tide.



Måltjinga var å vurdere kva dei kunne gjere for å redusere risikoen for at noko liknande skulle skje igjen.”

I den innleiande dialogen med Undersøkingseininga var leiinga i dei tre involverte helseføretaka sjølv tydelege på at helsehjelpa ikkje blei gitt i tråd med

eigne retningslinjer og praksisskildring. Dei jobba aktivt for å finne ut kva som hadde svikta. Måltjinga var å vurdere kva dei kunne gjere for å redusere risikoen for at noko liknande skulle skje igjen.

I oppfølginga vidare valde Undersøkingseininga å leggje vekt på at verksemdene hadde eit aktivt og formålstenleg opplegg for avvikshandtering som føresett i krava til internkontrollforskrifta og til kvalitetsforbetring i spesialisthelsetenestelova § 3-4.

Vi opna ei tilsynssak og bad helseføretaka om ei skriftleg tilbakemelding der dei skulle gjere greie for gangen i hendinga, kva dei sjølve meinte hadde svikta, og kva leiinga hadde gjort eller ville gjere for at denne typen svikt i kommunikasjon og samhandling ikkje skulle skje igjen.



Vi bad spesielt om at helseføretaka skulle gjere greie for kva rutinar og retningslinjer dei hadde for kommunikasjon når det er uklart kva helikopter som er raskast tilgjengeleg i ein akuttsituasjon, og ei vurdering av om rutinen blei følgd i denne konkrete situasjonen. Leiinga i helseføretaka skulle også skildre korleis dei framover ville følgje med på om eventuelle nye tiltak fungerte som føresett i praksis. Vidare måtte helseføretaka gjere greie for korleis dei vil informere og følgje opp pårørande, noko dei ikkje hadde gjort ved denne hendinga.

Etter den første oppfølgingsrunden med helseføretaka stod det framleis att nokre spørsmål som det ikkje var svart tilstrekkeleg godt på, slik Undersøkingseininga vurderte det. Helseføretaka hadde kvar for seg sett i verk tiltak for å forbetre tenesta, blant anna var kompetanseplanar og system for resertifisering av AMK-operatørane reviderte. Prosedyrar for alarmering og koordinering av luftambulansse var også endra. Det var likevel uklart for Undersøkingseininga om dei involverte verksemdene etter hendinga hadde hatt eit felles samarbeidsmøte på tvers av dei tre helseføretaka og med Norsk Luftambulansse. Det gjekk heller ikkje fram korleis dei pårørande var følgde opp. Undersøkingseininga

meinte desse tiltaka var nødvendige å få på plass, og bad derfor verksemdene om ei ny tilbakemelding innan ei fastsett tid.

Det felles samarbeidsmøtet blei gjennomført i september 2013, og konkrete læringspunkt frå hendinga blei gjennomgått og tiltak drøfta og bestemt. Eitt av helseføretaka har også hatt møte med pårørande, der dei fekk tilbod om å høyre lydlogg frå AMK-sentralen og gå gjennom det som hadde svikta i helsehjelpa. Alle dei tre helseføretaka har etablert som ny rutine at dei skal tilby pårørande samtale i situasjonar der svikt i helsehjelpa har hatt alvorlege og uventa konsekvensar for pasienten.

«Den veit best kvar skoen trykkjer, som har han på»?

Undersøkingseininga erfarer at leiinga i helseføretaka tek tak i alvorlege varslingspliktige hendingar på ulike måter. Somme er proaktive og følgjer raskt opp med intern gjennomgang parallelt med granskingane til Undersøkingseininga. Andre har ei meir passiv og avventande haldning.

Eit robust opplegg for avviksmelding og avvikshandtering er eit vesentleg element i det systematiske arbeidet. Leiinga skal gjere for å sikre forsvarleg helsehjelp og forbetre praksis. Systematisk gjennomgang av alvorlege

hendingar og andre meldingar om svikt skal vere med på å redusere risikoen for at uheldige og kritiske hendingar og feil skal skje.

«Den veit best kvar skoen trykkjer, som har han på», heiter det i eit ordtak. Evna til å erkjenne svikt og fare for svikt må vere til stades i tenestene og hos leiarane, saman med vilje til å møte alvorlege hendingar aktivt og gjere endringar når det er nødvendig. Statens helsetilsyn får tilbakemeldingar om at den eksterne vurderinga til tilsynsorganet kan vere eit nyttig bidrag for sjukehusa i kvardagen deira der tidspresset er stort og faren for alvorleg svikt kan vere overhengande. Undersøkingseininga har erfart at endringsbidraget vårt kan bli særleg effektivt når helseføretaka sjølve går gjennom hendinga raskt i etterkant, parallelt med tilsynsoppfølginga vår.

Helseføretak skal ifølgje spesialisthelsetenestelova § 3-3a med ein gong varsle alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn. Undersøkingseininga i Statens helsetilsyn vurderer konkret alle varsel, hentar inn informasjon om hendinga og vurderer kva som er ei formålstenleg oppfølging frå tilsynsorganet i kvart enkelt tilfelle.