

# Utrykningsgruppa - trussel eller støtte?

## Erfaringer etter tilsyn ved Sykehuset Telemark

Kristian Heldal, klinikkoverlege, Sykehuset Telemark HF, Skien

1. juni 2010 ble Statens helsetilsyns utrykningsgruppe etablert som et toårig prøveprosjekt for å sikre raskere og bedre opplyste hendelsesforløp/saksforhold og som en følge av dette, kortere saksbehandlingstid ved alvorlige tilsynssaker. Allerede tre uker senere fikk Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF sitt første (og hittil eneste) møte med utrykningsgruppa da en 28 år gammel utenlandsk sjømann døde kort tid etter at han ble innlagt med spørsmål om en alvorlig infeksjon. Etter en gjennomgang av hendelsesforløpet ble det reist tvil om pasienten hadde mottatt forsvarlig helsehjelp og vi valgte derfor å kontakte utrykningsgruppa på e-post slik de nye retningslinjene tilsa. Etter telefonkonferanse mellom en representant for utrykningsgruppa og medisinsk faglig ansvarlige overlege ved Medisinsk klinikk, bestemte Statens helsetilsyn at utrykningsgruppa skulle komme på tilsyn to dager senere. Fram til da fikk vi i oppgave å fremskaffe alle relevante retningslinjer og journaldokumentasjon, i tillegg til å identifisere og informere aktuelle intervjuobjekter.

Dagene fram til tilsynet skulle finne sted ble også benyttet til å gjennomgå saken med alle involverte, både for å danne et bilde av hva som egentlig hadde skjedd, hvor det eventuelt hadde sviktet og for å gi faglig og personlig støtte til involvert helsepersonell. Det var tydelig at hendelsen hadde vært meget traumatisk for alle og det var derfor nødvendig å bruke mye tid på dette.

Selve tilsynet ble gjennomført i en god tone. Man innledet med et felles møte og deretter ble alle involverte intervjuet hver for seg, og med mulighet til å ha med seg en tillitsvalgt. Samtlige intervjuobjekter opplevde intervju-situasjonen som god. Tilsynet ble avsluttet med en oppsummering der medisinsk faglig ansvarlig overlege og sykehusets kvalitetssjef deltok. Vi ble lovet en relativt rask tilbakemelding med beskrivelse av hendelsesforløpet og mulighet til å kommentere dette. Denne beskrivelsen var gjennomgående meget god og vi hadde svært få kommentarer til den. Det tok imidlertid nesten 4 måneder før den kom. Deretter gikk det ytterligere 3 måneder før den endelige rapporten kom, der det ble konkludert med at Sykehuset Telemark HF ikke hadde gitt pasienten forsvarlig helsehjelp. I tillegg ble flere av de involverte kritisert for å ha gjort sviktende vurderinger, men det ble ikke gitt noen individuelle reaksjoner.

Hva var positivt ved dette tilsynet? Først og fremst at det ble gjennomført så kort tid etter hendelsen, mens detaljene fortsatt var ferske. Selve gjennomføringen var også svært tilfredsstillende, og det var viktig at de involverte fikk anledning til å ha med seg en tillitsvalgt. I den sjokkfasen mange befant seg i er det avgjørende at man kan få hjelp til å bearbeide inntrykkene. Vurderingene av hendelsesforløpet og konklusjonene i rapporten ble også vurdert å være av høy kvalitet. Problemet var bare at det tok lang tid før de kom. Dette førte til at man gjenopplevde hendelsen flere ganger og at man stadig hadde en redsel for individuelle reaksjoner hengende over seg. I ettertid ble vi gjort oppmerksom på at man med følgende formulering

hadde ment å si at det *ikke* ville komme individreaksjoner da man sendte ut beskrivelsen av hendelsesforløpet etter fire måneder: *”Statens helsetilsyn vil vurdere om Sykehuset Telemark HF har gitt aktuelle pasient en forsvarlig helsehjelp i tråd med kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.”* Det var imidlertid ingen av oss som forsto at dette impliserte at det ikke ville bli vurdert individuelle reaksjoner.

Selv om vi gjerne skulle vært hendelsen foruten, har vi i ettertid opplevd en betydelig læringseffekt. I vår egen utredning identifiserte vi flere systemfeil som fortløpende ble korrigert. Dette ble gjennomført mye raskere enn dersom vi skulle ventet på utrykningsgruppas konklusjoner. I det store og det hele var konklusjonene også sammenfallende. En slik tidlig gjennomgang vil helt klart være nyttig, og bør vurderes innført også ved mindre alvorlige hendelser. Viktigheten av å gi faglig og personlig støtte til de involverte ble også svært tydelig. Samlet opplever vi at vi har

kommet styrket ut av hendelsen, både med tanke på vår medisinske praksis og krisehåndtering. Det hadde imidlertid kunne vært enda bedre dersom tilbakemeldingene og konklusjonene hadde kommet raskere og at de var skrevet på et språk som alle kunne forstå. I forhold til at ordningen skal videreføres er det derfor av stor betydning at man vektlegger dette i tillegg til at man fortsatt sørger for å opptre forståelsesfullt ovenfor det helsepersonellet man har tilsyn med og som befinner seg i en dyp faglig og personlig krise. Det er også viktig å oppfordre til at avdelinger som mottar tilsyn gjør sin egen utredning parallelt med utrykningsgruppens.

” Samtlige intervjuobjekter opplevde intervjusituasjonen som god.”

## Varselordninga og lovgrunnlaget:

Helseministeren påla 4. mai 2010 dei regionale helseføretaka å påleggje underliggjande helseføretak og dei verksemdene dei har avtale med, å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlege hendingar i ein prøveperiode på to år frå 1. juni 2010.

Frå 1. januar 2012 er ordninga lovfesta gjennom spesialisthelsetenestelova § 3-3a

*Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser:*

*For å sikre tilsynsmessig oppfølging, skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.*

Frå merknadene til spesialisthelsetenestelova § 3-3a:

*Det forutsettes at tilsynsmyndigheten fører dialog både med pasient, pårørende og involvert personell i den utstrekning det er nødvendig for at saken skal bli tilstrekkelig opplyst.*

Når ein vurderer om ein skal varsle, skal ein leggje vekt på:

- om hendinga kan komme av feil, forsømingar eller uhell på system- og/eller individnivå,
- om det er uklart kva som har skjedd, og
- om saka er kompleks med fleire involverte frå helsepersonellet.

Helseføretaka skal med ein gong (snarast og seinast dagen etter) varsle Statens helsetilsyn. Kvar enkelt verksemd må på bakgrunn av korleis ho er organisert, bestemme kven som har ansvar for å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlege hendingar.

Jamfør helsetilsynslova § 2 6. ledd, oppgåver for Fylkesmannen og Statens helsetilsyn:

*... Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, skal Statens helsetilsyn snarest mulig foreta et stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.*

Lovregelen inneber med andre ord ikkje at Statens helsetilsyn må rykkje ut i alle saker som blir varsla. Dersom Helsetilsynet ikkje rykkjer ut, må ein vurdere anna tilsynsoppfølging.

I 2011 mottok Statens helsetilsyn 140 varsel. 42 prosent av varsla (59 varsel) var frå psykisk helsevern og 58 prosent (81 varsel) frå somatiske helsetenester.

Ti prosent av varsla (14 varsel) førte til utrykking, og 48 prosent (67 varsel) blei sende over til Fylkesmannen for vidare tilsynsoppfølging.

Flest varsel kom frå St. Olavs hospital HF (18 varsel), Oslo universitetssjukehus HF (15 varsel) og Helse Møre og Romsdal HF (12 varsel).