MOTTATT
SYKEHUSET ØSTFOLD
Saksarkivet
2029 NOV 2020

Fylkesmannen i Oslo og Viken

Vår dato: 09.11.2020

Vår ref: 2020/82

Deres dato: 14.02.2020

Deres ref: 19/00380-56

Sykehuset Østfold HF
Postboks 300
1714 GRÅLUM
Att. adm. direktør

Saksbehandler, innvalgstelefon
Torgunn Stensrud, 22003942

Oppfølging av lovbrudd etter tilsyn med somatiske helsetjenester til utlokaliserte pasienter ved Sykehuset Østfold HF, Kalnes

Fylkesmannen i Oslo og Viken og Fylkesmannen i Innlandet viser til gjennomført tilsyn med Sykehuset Østfold HF, Kalnes, i perioden 18. januar – 3. oktober 2019, med påfølgende rapport datert 3. oktober 2019. Det stedlige besøket ved sykehuset ble gjennomført i tidsrommet 11. – 14. juni 2019.

Vi viser videre til oversendelser fra Sykehuset Østfold HF, datert henholdsvis 14. og 24. februar 2020. Oversendelsene inneholdt helseforetakets tilbakemelding på hvordan avdekte lovbrudd skal rettes opp. Oversendelsesbrev er signert administrerende direktør Hege Gjessing og kvalitetssjef Marit Flåskjer.

Vi viser også til e-post-korrespondanse i henholdsvis april og september 2020 mellom kvalitetssjef og revisjonsleder. Med bakgrunn i covid-19 pandemien, ble det i april 2020 enighet om å utsette videre oppfølging av tilsynet til september 2020. Dette for ikke å belaste helseforetaket mer enn nødvendig. I e-post datert 30. september 2020 fikk vi blant annet en kort orientering om henholdsvis status ved sykehuset knyttet til covid-19 og status for forbedringsarbeidet knyttet til utlokaliserte pasienter. Vedlagt e-posten var oversikt over utlokaliseringer for periodene desember 2019 til mars 2020 og for juni og juli 2020. Det var videre vedlagt tabeller med egenvurderinger av journaldokumentasjon for utlokaliserte pasienter i august 2020. Det var også vedlagt informasjonsskriv til pasientene, observasjonskort for utlokaliserte pasienter samt prosedyre for visittgang ved kirurgiske døgnområder. I vedlegg til e-post fra oktober 2020 fremgår også oversikt over utlokaliseringer i september 2020.

Det ble avdekket to lovbrudd gjennom Fylkesmannens tilsyn med utlokaliserte pasienter. 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. Pasienter som flyttes mellom sengeposter innen samme klinikk, defineres også som utlokaliserte i dette tilsynet. Lovbruddene ved Sykehuset Østfold HF handler om at helseforetaket ikke sørger for at utlokaliserte pasienter får

E-postadresse: fmovpost@fylkesmannen.no
Sikker melding: www.fylkesmannen.no/melding
Postadresse: Pb 325, 1502 Moss
Besøksadresse: Moss: Vogts gate 17, Drammen: Grønland 32, Oslo: Stensberggata 27
Telefon: 69 24 70 00
www.fylkesmannen.no/ov
Org.nr. 974 761 319

forsvarlige helsetjenester og ikke sørger for sin plikt til å informere pasientene om utlokalisering og hva dette kan innebære for den enkelte.

Vår konklusjon etter tilsynet var at ledelsen ved helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad fulgte opp at pasientenes tjenester var målrettede og individuelt tilpassede. Dette medførte at utlokalisering ikke var blitt identifisert som et risikoområde og at risikoreduserende tiltak ikke var blitt iverksatt i tilstrekkelig grad.

Vi konkluderte videre med at helsepersonells kompetansebehov ikke var blitt tydeliggjort eller kartlagt og at det heller ikke var blitt tilstrekkelig tilrettelagt for nødvendig informasjonsutveksling og kommunikasjon på tvers av organisatoriske enheter. Videre var det ikke blitt tilrettelagt for nødvendig kompetanseoverføring mellom avgivende og mottakende døgnområde/avdeling. I tillegg var helseforetakets praksis knyttet til informasjon og pasientinvolvering ikke tilfredsstillende.

Helseforetaket hadde i undersøkelsesperioden for tilsynet nærmest daglige utlokaliseringer grunnet plassmangel, både innen samme klinikk og mellom klinikker. Dette stiller særlige krav til organisering, struktur og samhandling i utførelsen av de ulike oppgavene knyttet til utlokaliserte pasienter. Svakheter og svikt i det ovennevnte kan medføre fare for at utlokaliserte pasienter mottar helsehjelp som ikke er tilstrekkelig målrettet eller tilpasset den enkeltes helseproblem og uten tilfredsstillende kvalitet. Faren for svikt blir videre forsterket ved at pasienter i liten grad får tilstrekkelig informasjon om årsaken til at de har blitt flyttet og hva dette kan innebære for dem. Slik mangelfull informasjon gir pasientene liten anledning til selv å kunne følge med på behandlingen og oppfølgingen som blir gitt. Pasienter som flyttes på grunn av plassmangel skal i likhet med andre pasienter sikres forsvarlige tjenester.

Fylkesmannen har foretatt en vurdering av helseforetakets tilbakemelding til oss. I oversendelsesbrevet fra Sykehuset Østfold HF, Kalnes kommer det frem at forbedringsarbeidet er inndelt i flere trinn og at det er utarbeidet ulike tiltak for å rette påpekte lovbrudd. Fylkesmannens rapport er blitt fremlagt for helseforetakets styre og i den forbindelse ble administrerende direktør bedt om å utarbeide en tiltaksplan for å rette lovbruddene. En arbeidsgruppe bestående av hovedverneombud og representanter fra kvalitet og pasientsikkerhet, fag og utvikling, klinikkene, tillitsvalgte og tjenestebrukerne ble deretter nedsatt.

I desember 2019/januar 2020 ble det gjennomført en ny kartlegging av utlokaliserte pasienter ved Kalnes, i tillegg til at det ble gjort en egenvurdering av disse pasientenes journaldokumentasjon. Resultatene fra dette arbeidet er marginalt forbedret sammenlignet med kartleggingen fra januar/februar 2019, noe helseforetaket begrunner med at kartlegging og egenvurdering er vurdert strengere denne gangen, i tråd med føringer fra Fylkesmannen.

På bakgrunn av risikovurderingen som ble gjennomført i februar 2020 er det utarbeidet en handlingsplan. Helseforetaket har valgt ut 11 risikomomenter fra tilsynet og analysert og beskrevet disse som prioriterte målområder i handlingsplanen. Hvert prioritert målområde består av flere tiltak som skal iverksettes/er blitt iverksatt. Frister for gjennomføring av de ulike tiltakene, hvem som er ansvarlig, ønsket effekt, implementeringstiltak, status på innføring av tiltakene og kontroll av om tiltakene gir ønsket effekt kommer i hovedsak frem av handlingsplanen. Flere av tiltakene som er beskrevet i handlingsplanen er ikke iverksatt. Helseforetaket vurderer imidlertid at tiltakene er tilstrekkelige for å sikre forsvarlig oppfølging og behandling av utlokaliserte pasienter når tiltakene fullt ut er implementert. Dette vil imidlertid kreve en målrettet innsats over tid.

Det går frem av e-post fra september 2020 at forbedringsarbeidet knyttet til oppfølging av lovbruddene følges opp ukentlig i sykehusledermøtet, som del av prosessdirektørens rapport.

Fylkesmannens vurdering av helseforetakets første tilbakemelding

Vi vil i det følgende beskrive våre vurderinger av forbedringsarbeidet som er blitt iverksatt, som ledd i arbeidet med å bedre forholdene som lå til grunn for de avdekte lovbruddene. Avslutningsvis vil en oppsummering, konklusjon og videre krav til oppfølging av tilsynet komme frem.

Fylkesmannen vurderer at helseforetaket gjennom sin tilbakemelding viser at de har iverksatt flere viktige forbedringstiltak for å bringe virksomheten i samsvar med lovkravene og med det sikre god og trygg pasientbehandling for de utlokaliserte pasientene.

Vi har merket oss som positivt og nødvendig at det er foretatt en risikovurdering hvor flere sentrale funn fra tilsynet er vurdert og analysert og tiltak utarbeidet på bakgrunn av dette. Vi tar risikovurderingen til etterretning og bemerker at handlingsplanen fremstår som ryddig. Videre har vi merket oss som positivt og i tråd med våre krav til oppfølging, at en ny kartlegging og egenvurdering er gjennomført og at helseforetaket har foretatt en konkret vurdering av resultatene, noe som fremkommer tydelig av oversendelsesbrevet.

Når det gjelder kartlegging og egenvurdering som er utført i august 2020, legger vi ikke denne til grunn i vår vurdering. Vi forstår at denne kartleggingen kun omhandler utlokaliseringer mellom klinikker og ikke mellom avdelinger innen samme klinikk.

Fylkesmannen har flere kommentarer og spørsmål knyttet både til handlingsplanen og til risikovurderingen som ligger til grunn for innholdet i denne. Våre kommentarer og spørsmål vil fortløpende redegjøres for og vil i hovedsak følge systematikken i helseforetakets handlingsplan gjennom at vi vurderer tiltakene som er beskrevet. Det vil komme frem under de respektive punktene hva Fylkesmannen vurderer at helseforetaket må arbeide videre med og gi ytterligere tilbakemelding på.

Vi presiserer at denne tilbakemeldingen er en foreløpig vurdering etter helseforetakets første tilbakemelding til oss. Vi vil foreta en ny vurdering av om det er etablert en ny og robust praksis i tjenestene til utlokaliserte pasienter, når helseforetakets neste tilbakemelding er mottatt. Det er derfor viktig for oss å få så tydelige svar som mulig på det vi ber om i dette brevet. Svarene vil, sammen med kartlegginger, egenvurderinger, risikoanalyse og handlingsplan, danne grunnlag for vår konklusjon på hvorvidt lovbruddene er rettet opp og tilsynet kan avsluttes.

Om mangelfull informasjon til pasienter og pårørende

Av årsaksbeskrivelsen som kommer frem i risikovurderingen, er det beskrevet at tilsynet ikke fant dokumentasjon på at pasientene og pårørende var blitt informert om utlokalisering. To tiltak som skal iverksettes/er iverksatt kommer frem av handlingsplanen. Disse innebærer henholdsvis at overflytningsnotatet skal revideres av klinisk IKT slik at informasjon til pasientene blir dokumentert og at det er utarbeidet skriftlig informasjon til pasientene som utlokaliseres. Eksempel på et slikt informasjonsskriv lå vedlagt.

Fylkesmannen kan ikke se at helseforetaket har tatt hensyn til alle våre vurderinger knyttet til lovbruddet om informasjon og pasientinvolvering. Jf. vår rapport fant vi at helseforetaket ikke har en overordnet føring for hvordan og når pasientene skal informeres og hva det skal informeres om ved

beslutning om utlokalisering. Det vedlagte eksempelet på informasjonsskriv og beskrivelsen av at det skal sikres dokumentasjon av at informasjon er gitt gjennom utbedret overflytningsnotat, anses ikke alene som tilstrekkelige tiltak. De beskrevne tiltakene omhandler primært dokumentasjon av at pasienten blir informert. Fylkesmannen kan ikke se at helseforetaket tar stilling til, redegjør for eller har utarbeidet overordnede føringer for til hvilken tid informasjonen skal gis eller hva slags informasjon som skal deles. Informasjonsskrivet til pasientene beskriver heller ikke hva det innebærer for den enkelte å bli utlokalisert, eller at det kan bli behov for å innhente annen sykepleiefaglig og/eller medisinskfaglig kompetanse ved utlokalisering.

Vi kan heller ikke se at de to tiltakene berører det som er påpekt i rapporten knyttet til eventuell bruk av flyttelister og hva dette kan innebære for den enkelte pasient som blir utlokalisert.

Som det kommer frem av rapporten vurderer Fylkesmannen at pasientene bør bli bedre forberedt i forkant av at utlokalisering skjer og at de bør få tilstrekkelig informasjon slik at den enkelte selv kan følge ekstra med på den behandling og oppfølging som gis. Vi vurderer på det ovennevnte grunnlaget derfor at helseforetaket ikke har rettet opp i de underliggende problemstillingene knyttet til dette lovbruddet. Dette fordi de to tiltakene i handlingsplanen primært er knyttet til dokumentasjon av at pasientene har fått informasjon.

Fylkesmannen ber på dette grunnlaget om:

- en ytterligere redegjørelse for hvilke andre tiltak som skal iverksettes for å rette opp lovbruddet.

Om pasienter som utlokaliseres direkte fra akuttmottaket

Tilsynet avdekket at i kartleggingsperioden på en måned, ble i underkant av 50 % av utlokaliserte pasienter flyttet direkte fra Akuttmottaket uten å være innom moderposten. Det ble også avdekket at pasienter innen en og samme diagnosegruppe kunne utlokaliseres til ulike døgnområder.

Det er beskrevet ett tiltak i handlingsplanen som gjelder pasienter som utlokaliseres direkte fra Akuttmottaket. Tiltaket er å kartlegge om prosedyren «pasientflyt – førende prinsipper» følges. Den ønskede effekten av tiltaket er beskrevet som å unngå utlokalisering direkte fra Akuttmottaket. Det er under *status* beskrevet at tiltaket er innført, men det fremkommer ikke *implementeringstiltak*. *Kontroll om tiltak gir ønsket effekt* skal være at helseforetaket har oversikt over antallet utlokaliserte pasienter direkte fra akuttmottaket samt foreta en egenvurdering av dokumentasjon som gjelder observasjon og behandling. Det fremkommer imidlertid ikke hvordan og når egenvurdering av slik dokumentasjon skal foregå.

I risikovurderingen gjort av dette målområdet fremkommer også et annet tiltak som beskrives å skulle overføres til handlingsplanen. Tiltaket er å ferdigstille og implementere *plan for høy aktivitet* i klinikk for medisin og kirurgi, og ønsket effekt er reduksjon i antall utlokaliserte pasienter.

Det er i handlingsplanen anført at begge de nevnte tiltakene er innført, men det fremkommer ikke i tilbakemeldingen til oss hva tiltakene innebærer og hva som er (foreløpige) resultater av disse. Vi ser imidlertid av tilsendt oversikt over utlokaliseringer i 2020, at den prosentvise andelen av utlokaliseringer direkte fra Akuttmottaket har en nedgang gjennom de månedene som er registrert, men at antallet som utlokaliseres direkte fortsatt er høyt. Oversikten viser også at pasienter innen en og samme diagnosegruppe fortsatt utlokaliseres til flere ulike døgnområder, spesielt innen medisinsk klinikk.

Når målet er å redusere utlokaliseringer generelt samt å unngå utlokalisering direkte fra Akuttmottaket spesielt, for dermed å minimere risiko for svikt, er det av betydning at det redegjøres for hvordan disse tiltakene har hatt eller vil gi ønsket effekt over tid.

Fylkesmannen ber på dette grunnlaget om:

- helseforetakets redegjørelse på hvordan de nevnte tiltakene, i tillegg til tiltaket om at *20 nye rom defineres til 2 pasienter*, har gitt eller vil gi en reduksjon i antall utlokaliserte pasienter, for dermed å unngå at pasienter blir utlokalisert direkte fra Akuttmottaket. Vi minner her om at utlokaliseringer som skal legges til grunn for redegjørelsen, omhandler utlokaliseringer både mellom og innad i klinikker
- en redegjørelse for hva som skal dokumenteres når pasienter blir flyttet direkte fra Akuttmottaket og hva som ligger i kontroll av *egenvurdering av dokumentasjon*

Om mangelfull kompetanse på mottakende avdeling

Av konsekvensbeskrivelsen som fremkommer i risikovurderingen, er det beskrevet at det for de ansatte kan skape stress å oppleve at egenkompetanse ikke strekker til. Fylkesmannen finner dette rimelig. Vi bemerker imidlertid at det primært er helseforetakets ansvar og et ledelsesansvar å istandsette ansatte til å håndtere arbeidsoppgaver som de blir pålagt å utføre. Dette gjelder også å sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å gi forsvarlige helsetjenester til utlokaliserte pasienter. Under tilsynet rapporterte flere ansatte om opplevd stress, høy arbeidsbelastning og mangel på tid til å tilegne seg nødvendig kompetanse. Helseforetaket hadde i liten grad iverksatt kompetansehevende tiltak eller utarbeidet kompetanseplaner med tanke på de ansattes behov for opplæring knyttet til blant annet observasjoner og oppfølging av utlokaliserte pasienter. Fylkesmannen fant at dette økte risikoen for svikt i pasientbehandlingene i denne gruppen.

Av årsaksbeskrivelsen som fremkommer i risikovurderingen, er det beskrevet at det er høyere sannsynlighet for mangelfull kompetanse når pasientene overflyttes mellom klinikkene enn innad i samme klinikk. Dette er en vurdering Fylkesmannen slutter seg til. Vi vil imidlertid peke på at det under tilsynet kom fram at det særlig innad i medisinsk klinikk ofte forekom utlokaliseringer, noe også kartleggingen viste. Tilsynet avdekket også opplevd mangelfull kompetanse hos mottakende avdelinger når pasientene ble utlokalisert *innad i samme klinikk*.

Helseforetakets årsaksbeskrivelse vurderes derfor ikke som dekkende for den risikoen tilsynet avdekket, også knyttet til utlokaliseringer innad i samme klinikk. Følgelig vurderer vi at tiltakene som skal iverksettes/er iverksatt heller ikke er tilstrekkelige for å rette opp mangelfull kompetanse ved mottakende avdelinger, med mindre tiltakene også skal iverksettes som kompetansehevende tiltak innad i klinikkene.

Det er beskrevet syv tiltak som skal iverksettes/er iverksatt for å øke kompetansen hos ansatte på mottakende avdelinger. Av disse vurderer vi at blant annet tiltaket med at planer for behandling og observasjon skal være utarbeidet og beskrevet i journal, herunder i overflytningsnotatet for sykepleierne, som viktig og nødvendig. Tiltakene vedrørende kartlegging av hvilken kompetanse det er behov for å øke samt at planer for opplæring legges inn i plan for fag- og kompetanseutviklingen, er andre viktige og nødvendige tiltak. Det er også viktig at det er definert og avgrenset at det er vaktansvarlig sykepleier ved moderposten som er den som skal kontaktes ved behov for råd og veiledning. Det er imidlertid ikke beskrevet hvordan de sju tiltakene skal implementeres, evalueres og eventuelt korrigeres. Det er heller ikke beskrevet hvordan helseforetaket skal følge opp at tiltakene virker over tid.

Det er beskrevet en ny ordning der det er de vaktansvarlige sykepleierne ved moderpostene som skal kontaktes ved behov for kompetanse i mottakende avdelinger. Det er ikke konkretisert hvordan denne ordningen skal gjennomføres. Om ordningen skal fungere ved at det i hovedsak skal være opp til de mottakende avdelingene å melde fra om mangel på kompetanse, blir premisset som da legges til grunn slik Fylkesmannen forstår det, at de mottakende avdelingene selv må forstå at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å identifisere og håndtere de ulike utfordringene som kan oppstå. Et annet risikomoment vil kunne være at de vaktansvarlige sykepleierne potensielt vil kunne få mange henvendelser som skal håndteres samtidig. Dette kan skje ved høyt belegg og mange utlokaliseringer fra moderpost til ulike avdelinger, både innad i samme klinikk og mellom klinikker. Til sammen vil dette kunne øke risikoen for svikt.

Fylkesmannen ber på dette grunnlaget om:

- en redegjørelse for hvordan helseforetaket skal håndtere og sikre tilstrekkelig kompetanse hos personalet på mottagende avdelinger, herunder også ved utlokaliseringer innad i samme klinikk
- en redegjørelse for hvordan ordningen med kompetansebistand fra vaktansvarlige sykepleiere skal fungere
- en redegjørelse for foreløpige resultater av alle tiltakene på dette området. Dersom det er gjennomført kompetansekartlegginger og/eller utarbeidet nye kompetanseplaner som ligger til grunn for resultatene, ber vi om kopi av disse

<u>Om mangelfull dokumentasjon og tilrettelegging av nødvendig informasjonsutveksling og kommunikasjon på tvers av organisatoriske enheter</u>

Helseforetaket har beskrevet flere tiltak som til sammen skal sørge for at behandlingstilbudet til utlokaliserte pasienter bringes til et forsvarlig nivå. Ved utlokalisering innebærer dette muntlig rapport ved overlevering av pasienter, opprettelse av overflyttingsnotater som oppdateres ved behov samt opprettelse av behandlingsplaner innen 24 timer fra sykepleierne. Videre innføres daglige legevisittnotater. Gjennomgang og kontroll av dokumentasjonen på utlokaliserte pasienter utføres i døgnområdene. Vaktansvarlig sykepleier, som også er kontaktperson mot andre døgnområder, er ansvarlig for denne kontrollen når seksjonsleder ikke er til stede.

Fylkesmannen vurderer at dette er viktige og nødvendige tiltak og vi har særlig merket oss tiltakene knyttet til sykepleiefaglig og medisinskfaglig planlegging og dokumentasjon. Det fremstår imidlertid som noe uklart hvordan helseforetaket har tenkt å implementere tiltakene samt kontrollere og følge opp at tiltakene virker etter hensikten. Blant annet vises det til at helseforetaket skal foreta egenvurdering av dokumentasjonen og videre at tertialvise rapporter kan tas ut. Sammen med kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen er klinisk IKT blant de ansvarlige for gjennomgang og kontroll av dokumentasjonen, i tillegg til at seksjonslederne og avdelingslederne har et ansvar for å sikre dokumentasjon ved utlokalisering. Samstemming av kravene til dokumentasjon av klinisk IKT og kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen er blant de ønskede effektene.

Opplevelse av stress, arbeidspress, høy arbeidsbelastning og mangel på tid, særlig for sykepleiertjenesten ved både avgivende og mottakende avdelinger, kan etter vår vurdering gjøre det vanskelig å få utarbeidet behandlingsplaner samt skrive overflyttingsnotater av tilstrekkelig kvalitet. Dersom mottakende avdeling i tillegg har utilstrekkelig kompetanse til å identifisere eventuelle mangler i denne dokumentasjonen, og således heller ikke ber om veiledning hos vaktansvarlig sykepleier ved avgivende avdeling, kan dette være en annen faktor som kan forsterke og øke den potensielle faren for svikt i pasientbehandlingen.

Vi ser av tilsendt e-post i september 2020 at overføringsnotater for utlokaliserte pasienter nå er inkludert i årlig møte mellom klinisk IKT og døgnområdene.

Vi ber på dette grunnlaget om:

- en mer detaljert beskrivelse av hvordan de iverksatte tiltakene skal implementeres, kontrolleres og følges opp for på denne måten å vise hvordan helseforetaket har arbeidet med å redusere de nevnte hindringer og således faren for svikt i tjenesten
- en vurdering av effekten av tiltakene i tillegg til en konkret beskrivelse av resultatene av gjennomførte tiltak

Om mangelfull oversikt over utlokaliserte pasienter og fravær av at pasienter flyttes mer enn en gang

Helseforetaket bruker de elektroniske plattformene IMATIS og DIPS for å gjenfinne utlokaliserte pasienter. Flere tiltak er beskrevet i handlingsplanen for å bedre både den daglige og den totale oversikten over de utlokaliserte pasientene for på denne måten å redusere risikoen for svikt i pasientbehandlingen.

Vi ser av tilsendt dokumentasjon at det utarbeides månedlige oversikter gjeldende utlokaliserte pasienter, også utlokalisering direkte fra Akuttmottaket. Det fremkommer imidlertid ikke hvordan medisinsk klinikk har definert hva som er en «utlokalisert pasient», jf. risikovurderingens punkt 3.11. I e-post fra september 2020 fremkommer at Klinikk for medisin ikke anser pasienter i indremedisinsk avdeling som utlokalisert når de ligger på annet fagområde. De betegnes kun som utlokalisert når de legges i kirurgiske, nevrologiske eller kreft døgnområder. Det fremgår videre at Klinikk for kirurgi heller ikke betegner pasienter som legges i andre kirurgiske senger som utlokalisert. I vedlegg til e-post fra oktober 2020 vises statistikk for henholdsvis antall utlokaliserte utenfor klinikk og internt i klinikk. I tillegg benyttes begrepet gjestepasienter.

Fylkesmannen ber på dette grunnlaget om:

- en redegjørelse for tiltakene på dette målområdet samt en vurdering av om helseforetaket per i dag har fullstendig oversikt over alle utlokaliseringer, internt i klinikkene og mellom klinikker
- en presisering av hva helseforetaket legger i begrepene utlokalisering og utlokalisert pasient, samt gjestepasient
- status for gjeldende målsetting i medisinsk klinikk om at pasientene ikke skal flyttes mer en enn gang
- status for tiltaket gjeldende dedikert pasientlogistikkansvarlig overlege ved hvert somatisk fagområde, herunder om stikkprøvekontroller er foretatt
- kopi av eventuelle funksjonsbeskrivelser fra klinikkene

Om at ledelsen ikke sørger for en systematisk overordnet gjennomgang av avviksmeldingene

Flere tiltak knyttet til dette området kommer frem av handlingsplanen. Fylkesmannen registrerer imidlertid at ikke alle våre vurderinger knyttet til funnene om avviksbehandling er hensyntatt fra helseforetakets side.

For å oppnå målet som er satt om en systematisk og overordnet gjennomgang av avviksmeldingene, forutsetter dette at *alle avvik meldes av alle ansatte*. Vi kan ikke se at helseforetaket har beskrevet noe om hvordan det skal jobbes med de underliggende problemstillingene som lå til grunn for hvorfor ikke alle avvik ble meldt i henhold til prosedyrer og ønsket praksis.

Et velfungerende avvikssystem forutsetter at nær alle avvik meldes og at tilbakemeldinger og forslag til tiltak er tilstrekkelige for å hindre nye tilsvarende hendelser. Dersom ansatte fortsatt lar være å melde avvik enten på grunn av manglende tillit til avvikssystemet eller manglende tid, vanskeliggjør det videre arbeid med å bruke avvikene som ledd i et ledelsesstyrt og systematisk oppfølging- og forbedringsarbeid.

Vi bemerker som positivt at verneombud og tillitsvalgte beskrives å være involverte i tiltakene knyttet til avvikshåndtering. Videre bemerkes som positivt at tiltaket om felles stikkord/søkeord i avviksmeldinger som gjelder utlokaliserte pasienter er iverksatt, noe som kan gi mer valide oversikter/statistikker over avviksmeldinger på dette temaet.

Fylkesmannen ber på dette grunnlaget om:

- at helseforetaket ser hen til vår rapport om temaet risikoanalyser og avviksbehandling og redegjør for sitt helhetlige og systematiske arbeid med avviksmeldinger og oppfølging av disse, herunder om praksis nå er endret
- en oversikt over antall avvik knyttet til temaet utlokaliserte pasienter de siste seks måneder
- en oversikt på tiltak som er iverksatt/skal iverksettes, kontrolltiltakene og resultatene av om tiltakene har gitt ønsket effekt

Om forsinket/sen legevisitt

Forsinket eller sen legevisitt er ett av de prioriterte målområdene i handlingsplanen. I risikoanalysen fremgår at en konsekvens av forsinket/sen legevisitt til utlokaliserte pasienter kan være forlenget liggetid, forsinket oppstart av behandling, stress hos personalet og frustrasjon hos pasientene.

Fylkesmannen ber på dette grunnlaget om:

- status på de planlagt iverksatte tiltakene samt hvilke evaluering og kontrolltiltak som er iverksatt for å sikre at tiltakene har gitt ønsket effekt
- resultatene av tiltakene, herunder eventuelle konsekvenser dette har fått for pasientene

Om å unngå utlokalisering

Av årsaksbeskrivelsen i risikovurderingen, fremgår det at vurderingen av ressurser og omdømme generelt gjelder for risikovurderingen som helhet. Verken forslag til tiltak eller vurdering av tiltak fremgår her. Det fremstår derfor som noe uklart for Fylkesmannen hva som menes. I handlingsplanens første punkt er imidlertid to tiltak beskrevet, hvor det ene er at *en plan for høy aktivitet* i klinikk for medisin og kirurgi skal ferdigstilles og at *20 nye rom defineres til to pasienter.*

Fylkesmannen ber om:

- at helseforetaket redegjør for hva planen for høy aktivitet er, status på implementeringstiltakene samt om effekten av tiltakene har hatt ønsket effekt om at antallet utlokaliserte pasienter er redusert.
- kopi av planen

Fylkesmannens oppsummerende kommentarer, konklusjon og videre oppfølging

Landsomfattende tilsyn med somatiske helsetjenester til utlokaliserte pasienter har blant annet som mål å føre til bedret pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, reduksjon av uønsket variasjon og læring. Fylkesmannen vurderer at oppfølging av helseforetakets risikovurdering med påfølgende handlingsplan er viktig for å nå disse målene. Vi vurderer imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig for å

bringe virksomheten i samsvar med lovkravene og dermed sikre at utlokaliserte pasienter får forsvarlige tjenester.

Helseforetaket har beskrevet flere viktige og nødvendige tiltak for å redusere risiko for at svikt skal skje i flere deler av pasientforløpene for utlokaliserte pasienter. Vi vil bemerke at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad har beskrevet hvilke vurderinger som er gjort og hvilke tiltak som er iverksatt for å arbeide med de underliggende utfordringene som helseforetaket har knyttet til pasient-tilstrømningen, overbelegget og kapasitetsutfordringene. Dersom situasjonen er tilsvarende lik som den var under gjennomføringen av tilsynet og at utlokalisering fortsatt skjer nærmest daglig enten innad eller mellom klinikkene, vil tiltakene som er iverksatt/skal iverksettes likevel ikke være tilstrekkelige for å forhindre svikt slik Fylkesmannen vurderer det.

Tiltakene som er beskrevet iverksatt/eller som skal iverksettes knyttet til de 11 utvalgte prioriterte målområdene, vurderes heller ikke som tilstrekkelige for etablering av en ny og robust praksis i hele virksomheten. Vi vurderer at tiltakene har mangler særlig knyttet til evaluering og kontroll av om disse virker etter hensikten og over tid. Vi viser ellers til våre vurderinger under det enkelte målområde.

Evaluering og kontroll anses særlig å være en lederoppgave. Gjennom handlingsplanen registrerer vi at de ansvarlige for gjennomføringen av de ulike tiltakene er konkretisert, men det fremgår i liten grad hvordan øverste ledelse i helseforetaket skal holdes orientert og selv følge med på og følge opp utviklingen og at praksis endres. Hvordan styret skal holdes orientert om videre utvikling fremkommer heller ikke. Det fremgår imidlertid av tilsendt e-post i september 2020 at oppfølging av forbedringsarbeidet skjer ukentlig i sykehusledermøtet, som del av prosessdirektørens rapport. Det fremgår videre at antall avvik også inngår i dette møtet, slik som i oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og klinikksjef.

Fylkesmannen ber på det ovennevnte grunnlaget om:

- en nærmere redegjørelse for hvordan helseforetakets ledelse følger opp forbedringsarbeidet knyttet til dette tilsynet, herunder hvordan helseforetakets styre holdes løpende orientert
- tilbakemelding på de enkelte punkter knyttet til de ulike målområdene
- kopi av handlingsplanen med justerte frister for gjennomføring av tiltak
- en kommentar til vedlegget knyttet til nye stillinger da dette ikke er tydelig for oss dersom det ikke settes inn i en oppklarende kontekst om hvordan stillingene skal anvendes i helseforetaket
- at helseforetaket gjennomfører en ny kartlegging av utlokaliserte pasienter, jf. rapportens pkt. 6
    - kartleggingen skal omfatte utlokaliseringer både innad i klinikken og mellom klinikker og gjelder pasienter i pasientgruppene indremedisin, ortopedi og gastrokirurgi
    - kartleggingen skal foregå i fire uker eller til det er kartlagt 30 pasienter i hver kategori
- at helseforetaket gjennomfører en ny egenvurdering av kvalitetsindikatorene seks, syv og ni, jf. rapportens pkt. 6
    - vi har merket oss at ved tidligere egenvurderinger, er alle ni hovedindikatorene vurdert, selv om vi ba om egenvurdering av tre. Vi vurderer at det kan være fornuftig å gjenta vurderingen av alle ni for å kontinuere kvalitetsforbedringsarbeidet etter samme modellen som det er igangsatt, men dette påkreves ikke fra vår side
    - det legges til grunn at egenvurderingene av dokumentasjon/evalueringene foretas i samarbeid med sykepleiertjenesten ved både avgivende og mottakende avdelinger. Sykepleietjenesten er den tjenesten som jobber mest direkte med pasientkontakt og oppfølging, og dermed er i særlig behov av at de iverksatte tiltakene virker etter hensikten slik at pasientbehandlingene til enhver tid er forsvarlige

- ledelsens kommentarer til resultatene av kartlegging og egenvurdering, samt en ny vurdering av om de iverksatte tiltakene fungerer etter hensikten, jf. rapportens pkt. 6

Før tilsynet kan avsluttes er det nødvendig for oss å få bekreftet at helseforetakets praksis er endret på de områder hvor vi i vår rapport påpekte mangler og svikt. Vi ber derfor om at helseforetaket besvarer våre spørsmål og kommentarer og utarbeider ytterligere tiltak ved behov, samt oversender etterspurt dokumentasjon.

Fylkesmannen imøteser helseforetakets tilbakemelding **innen 26. februar 2021.**

Med hilsen

Marianne Skjerven-Martinsen
fylkeslege/avdelingsdirektør

Torgunn Stensrud
revisjonsleder/seniorrådgiver

Helseavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent