

Fagleg forsvarleg tenesteyting og risikoforståing – realitet og ideal i helse- og omsorgstenesta

Geir Sverre Braut
Statens helsetilsyn

ESRA Norge
Oslo, 19. juni 2013

Risiko kan forståast på mange måtar

Ordet risiko blir brukt noko ulikt i ulike faglege samanhengar

Medisin: vekt på sannsynlegheit for sjukdom eller død

Risk is the probability that an event will occur. (F. eks. Burt, BA, 2001)

Matematikk/aktuarfag: forventata tapt nytte

Økonomi: forventata nytte (vinst eller tap)

Teknikk: kombinasjon av sannsynlegheit for og konsekvens av uønskete hendingar ($R = f(p, c)$), ofte til og med uttrykt så enkelt som $R = p \times c$)

Risiko som uvisse om framtidige utfall

Men risiko bør *ikkje* sjåast på som ein nødvendig eller ibuande, uforanderleg eigenskap ved ein aktivitet

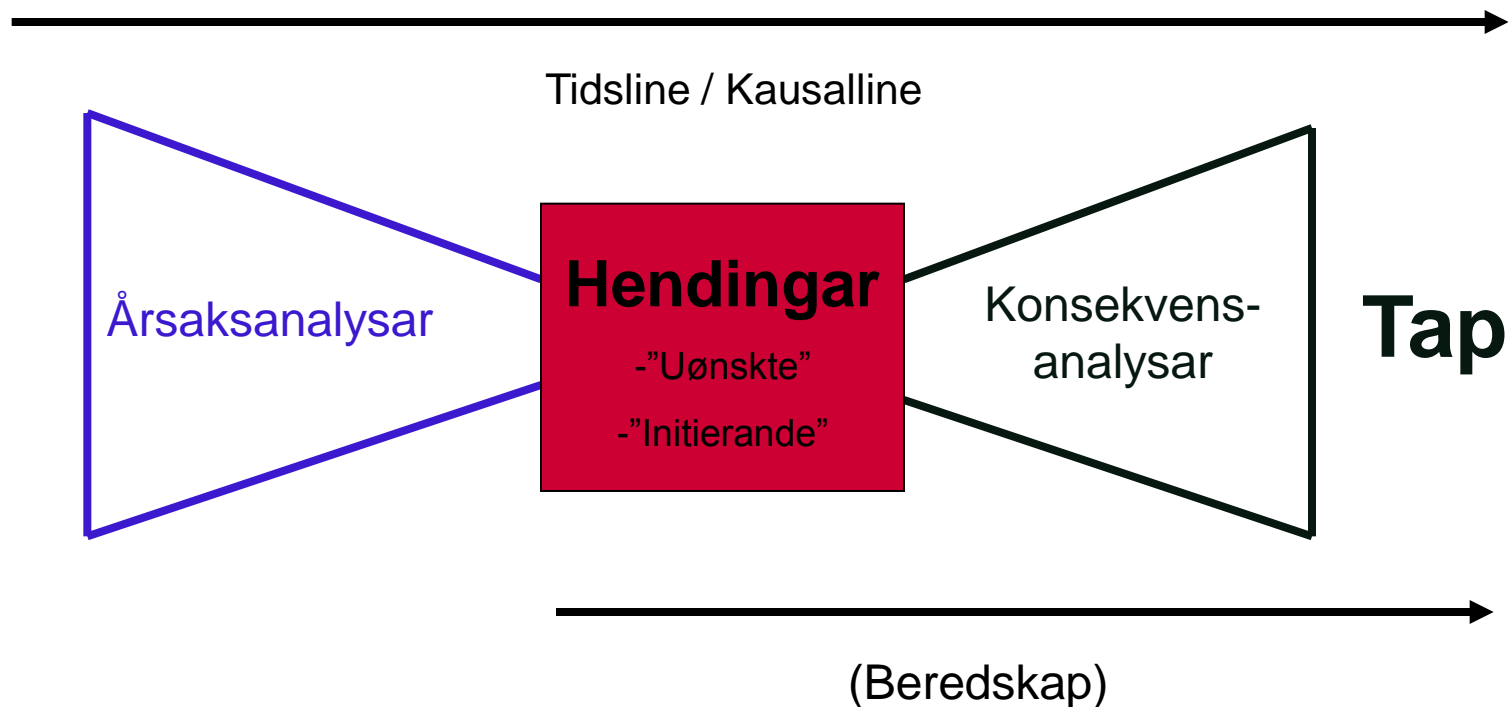
Det er noko vi både kan og ønskjer å påverke

Risiko blir då meir i retning av settet av **mogelege** hendingar, og følgjene av desse med tilhøyrande uvisse

$$R = f (c, u, c^*, (p \mid k))$$

Fritt omskrive etter Aven T. Risikoanalyse. Oslo: 2008

Det helsefaglege risikobiletet blandar tapet saman med den uønskte hendinga – og barrieretenkinga er ikkje klår



Tilsynsmelding 2005

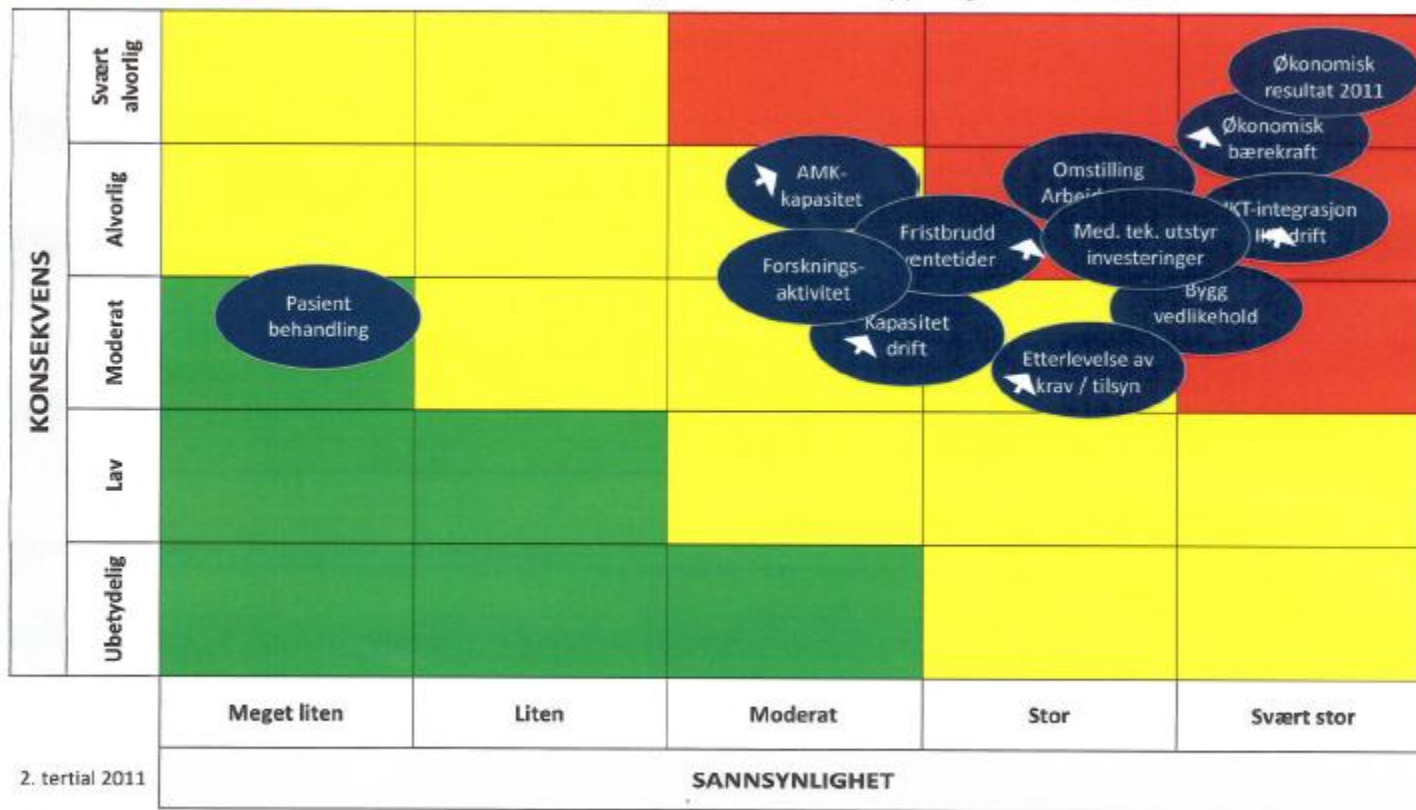



”Tilsyn handlar om å vise korleis forholda er i høve til korleis dei bør vere”

Vesentlege utfordringar:

- Grenseflater
- Fagleg styring/leiing
- Internkontroll
- Læring i organisasjonen

Revidert risikovurdering 2. tertial 2011 – Oppdragsdokument 2011



 Pilene angir retning for endring av risikoområdene siden forrige tertial.

Eit døme på vurdering i etterkant



Innflytting i nye Ahus
Gjennomgang og vurdering av
styringsdokumentasjon

Rapport for Statens helsetilsyn
Utgave 2
23.08.2010

Ukjente trusler har ikke vært vektlagt, og har ikke vært benyttet som eksplisitt beslutningsunderlag for forberedelse av overflytting til nytt sykehus. Dette har bl.a. medført at både uttesting av sikkerhetskritiske funksjoner og beredskapsplanlegging i forhold til mulige ukjente trusler under oppstart har blitt utilfredsstillende gjennomført, med de følger som framgår av korrespondansen.

Konkret kan en oppsummere følgende:

1. Det henvises til hvor mange risikovurderinger som er gjort underveis, men uten at det er nevnt noe om hva som er vurdert og heller noe om hvordan det har vært vurdert. Resultater fra risikovurderingene er heller ikke omtalt, ei heller om noe av det som inntraff var vurdert i risikovurderingene. Det er framlagt risikovurderinger som i hovedsak er fra forprosjektfasen.
2. Det kan synes som om en kun har risikovurdert (og beredskapsplanlagt) i forhold til kjente trusler, og i for liten grad har vært opptatt av ukjente trusler, kanskje pga. for liten vekt på uavhengighet og distanse i gjennomføringen av risikovurderinger.

Den måten en har gjennomført risikovurderinger på etter forprosjektfasen har vært utilstrekkelig for å identifisere ukjente trusler, vurderingene framstår som for usystematiske og udokumenterte av både kjente og ukjente trusler, og har ikke gitt den uavhengige gjennomgang av mulige trusler som risikovurderinger forventes å gi. Risikovurderingene har heller ikke gitt en overordnet dokumentasjon av alle trusler, besluttede tiltak og aksept av restrisiko.

Når en har mislyktes med å skaffe seg bredest mulig oversikt over mulige trusler, har en ikke hatt det nødvendige underlag for å utarbeide relevant, risikotilpasset styringsdokumentasjon, herunder opplærings-, test- og beredskapsplaner som reflekterer de aktuelle trusler.

Brev av 10. september 2010

*På dette grunnlag konkluderes at ut fra den framlagte dokumentasjonen er det **et negativ svar på spørsmålet om forsvarlig kontroll med risiko forut for innflytting.***

Det var på den annen side etablert en beredskap for å takle problemer som oppsto. Det framgår at tiltak for å takle de problemer som oppsto ble vesentlig mer omfattende enn det som var forventet. Slik sett framstår det som at det ble opplevd at en hadde kontroll med de tiltak som ble truffet løpende.

Statens helsetilsyn slutter seg til denne vurderingen. Selv om det er påvist mangler ved dokumentasjonen av risikostyringen, gir rapporten ikke grunnlag for å hevde at virksomheten ble drevet uforsvarlig **når man tar hensyn til den løpende iverksettingen av kompensierende tiltak etter hvert som problemene meldte seg.**

Sviktmelding av nyare dato (litt språkleg justert)

Svar på biokjemiske prøver som er tatt på en innlagt pasient og som først kommer etter at pasienten er utskrevet blir automatisk lagt på den elektroniske arbeidslisten til utskrivende lege for vurdering og signering.

*Den elektroniske loggen viser at det er undertegnede som har signert det positive svaret. Jeg vet imidlertid at jeg aldri har sett svaret idet det er markert så tydelig med rødt at det ikke er mulig å overse. Det viser seg nå at når svar fra mikrobiologiske undersøkelser kommer til signering og vurdering **så ser legen som åpner svaret kun blodprøvesvarene fra biokjemisk avdeling hvis svarene åpnes i den labmodulen** som de aller fleste legene bruker. Signerer man dette bildet som vurdert **så har man samtidig signert svar fra mikrobiologisk avdeling uten at man har sett det**. Legene på avdelingen har reagert på at det etter innføring av elektroniske svar fra mikrobiologisk avdeling har blitt så få svar til signering men har ikke før nå skjønt årsaken. Det har nok således blitt signert en rekke svar fra mikrobiologisk avdeling uten at de har vært vurdert av den ansvarlige legen.*

Utgangspunkt for dei forvaltningsmessige vurderingane

- Lovproposisjonane:
 - Prop. 90 L (2010-2011) – Folkehelseloven ("FHL")
 - Prop. 91 L (2010-2011) – Helse- og omsorgstenesteloven ("HOTL")
- Men for å forstå dei to heilt nye lovane, må ein sjå dei i samanheng med ei rekkje andre lovar, ikkje minst:
 - Spesialisthelsetenesteloven
 - Pasient- og brukarrettsloven
 - Helsepersonelloven (med forskrift om pasientjournal)
- og tre heilt ferske meldingar til Stortinget:
 - Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal
 - Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester
 - Meld. St. 11 (2012-2013) Personvern – utsikter og utfordringar

Perspektiv på den ”nye” lovgjevinga

- Visse strukturendringar, men ikkje egentlege rettskravsendingar
 - Profesjonskatalogen er borte
- Mykje uvisst enno når det gjeld praktisering av lovgjevinga
 - Avtalane mellom kommunane og helseføretaka
 - Øyeblikkeleg hjelp frå sjukeheimane
- Ingen egentlege endringar som følgje av teknologisk utvikling, og berre administrative endringar i forhold til samhandling
- Men kravet om **forsvarleg verksemd** er ein berebjelke

Kravet om forsvarleg verksemd (hotl § 4-1)

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

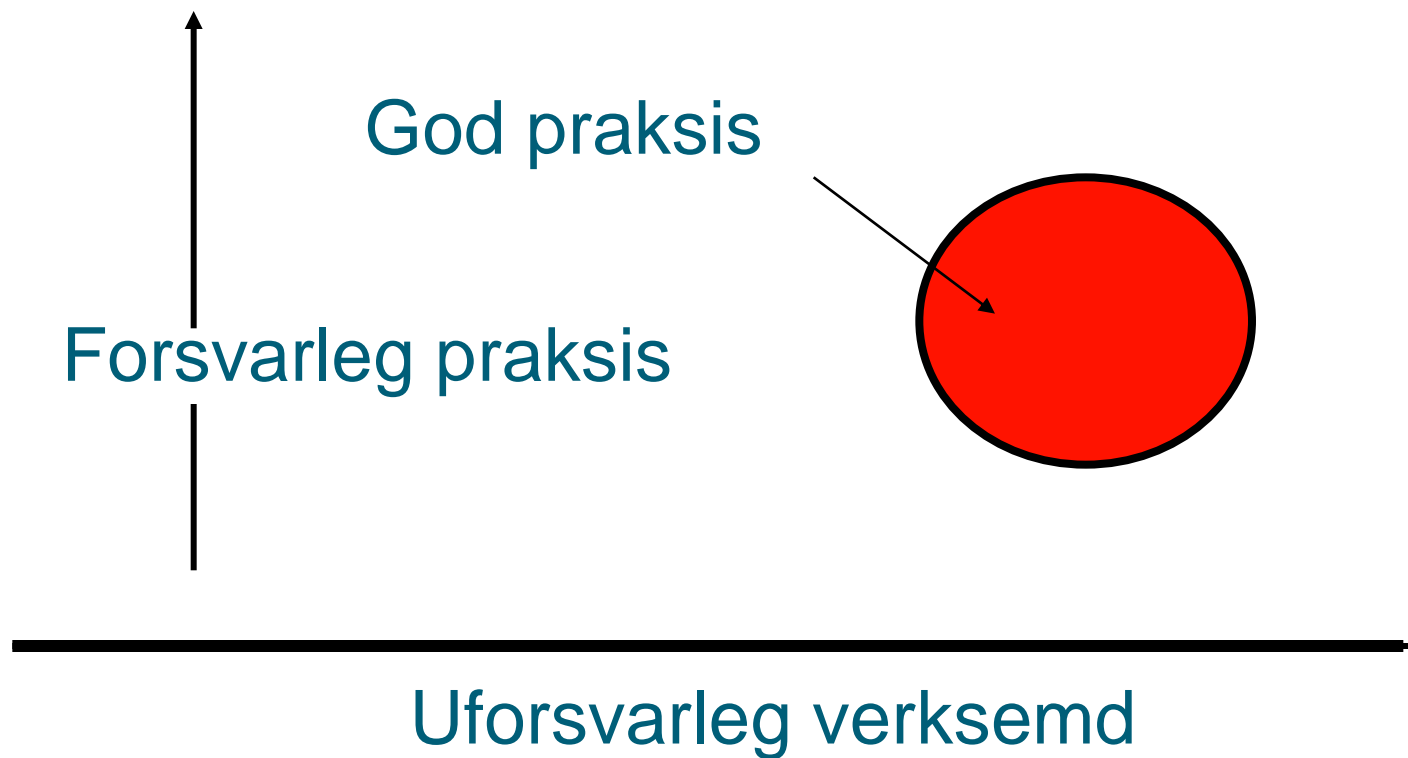
Forsvarleg verksemd - § 4 - kjernekravet i loven

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til **faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp** som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og **situasjonen for øvrig**.

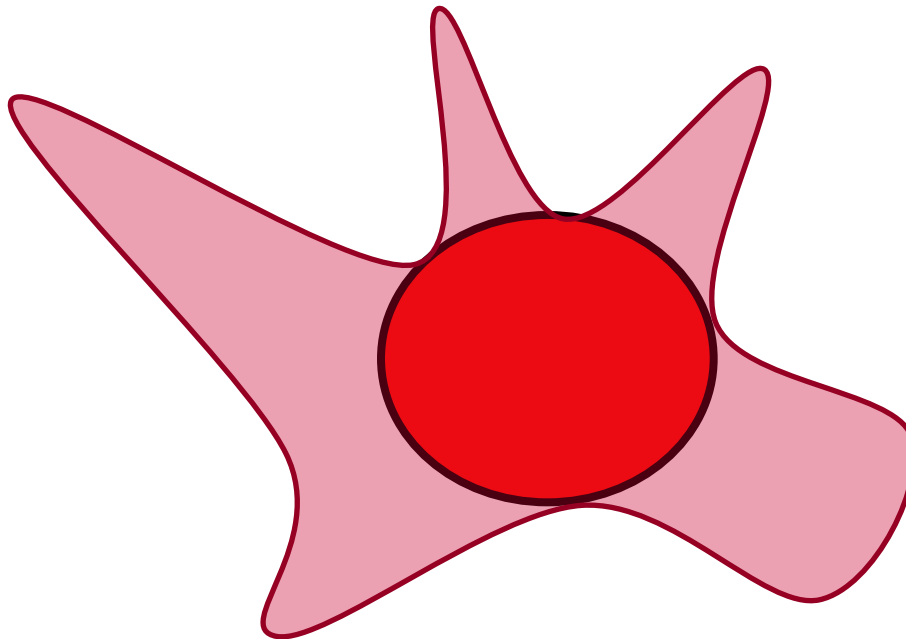
Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal **innhente bistand eller henvise** pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved **samarbeid og samhandling** med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

God praksis og forsvarleg verksemd



Todelt funksjon av kravet om forsvarleg verksemd



Ikkje alle avvik frå god praksis gir uforsvarleg verksemd

Les meir om dette i Prop. 91 L (2010-2011) side 263ff og 270ff og
Haugland, A. Kapittel 9 i boka Risiko og tilsyn, Universitetsforlaget, 2012

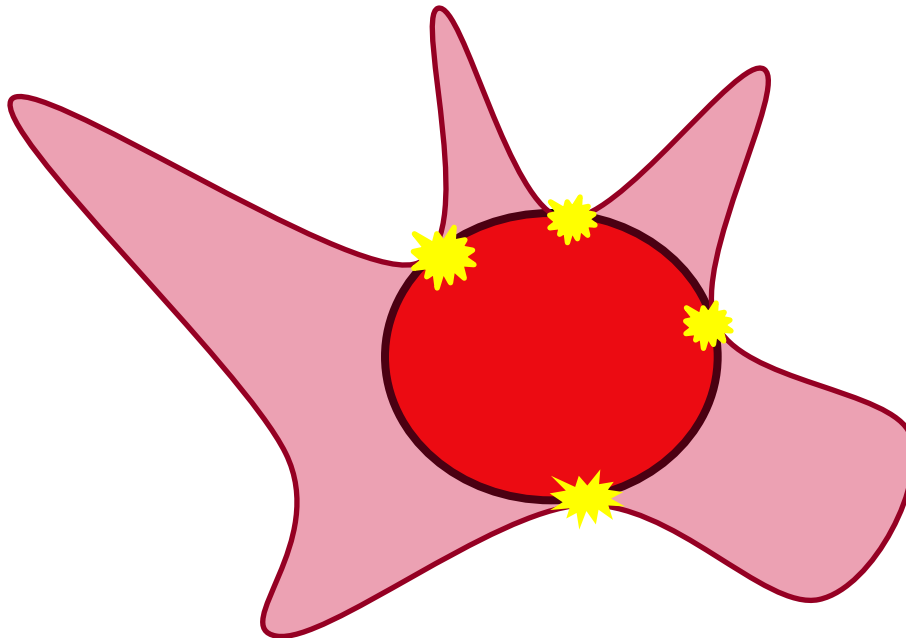
Kvalitets- og tryggleiksarbeid (hotl § 4-2)

§ 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten **arbeider systematisk** for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Risikoanalysen skal vise dette



Leiinga og dei tilsette må vite om kor ein har risiko og svake punkt

Innholdet i internkontrollen

Oppgaver og **mål** for verksemda og utviklingsarbeidet

Ansvars- og oppgåvefordeling

Tilgang til lovar og forskrifter

Nødvendig kunnskap og dugleik, utnytting av
medarbeidarrøynsler

Røynsler frå pasientar og pårørande

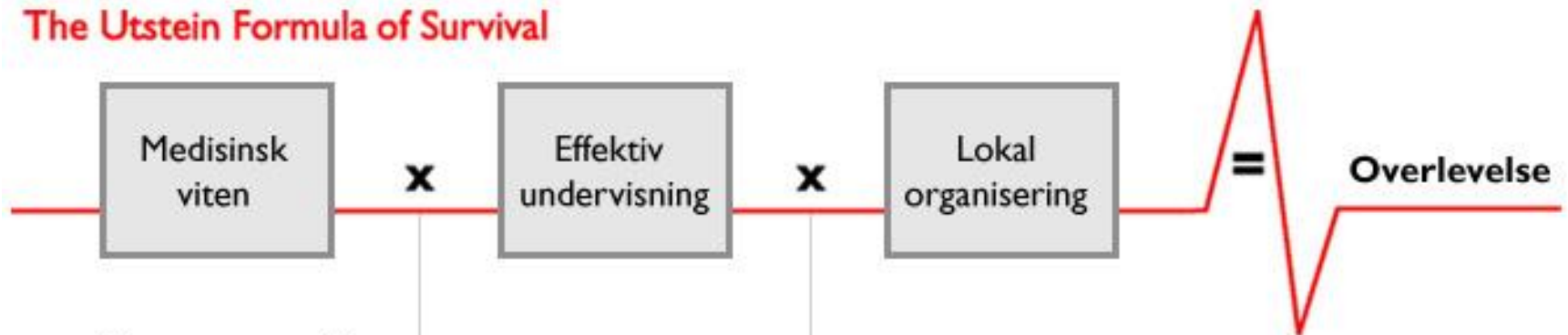
Oversyn over område med fare for svikt

Prosedyrar, irekna **korrigering av avvik**

Systematisk gjennomgang av internkontroll

Det handlar om organisering (leining)

The Utstein Formula of Survival

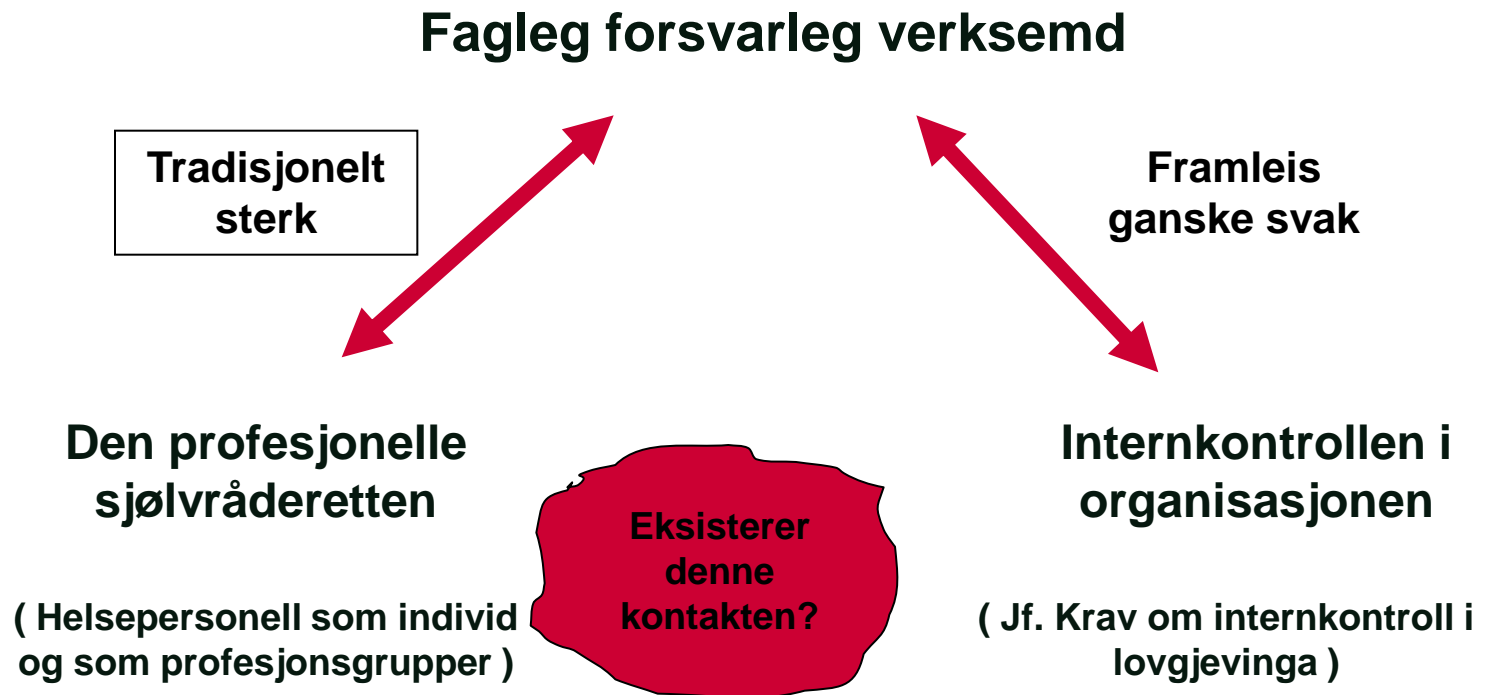


D.A. Chamberlain, M.F. Hazinski / Resuscitation 59 (2003) 11–43

Table 1
Theoretical model of factors in patient outcome

	1. Guideline quality	2. Efficient education of patient caregivers	3. A well-functioning chain of survival at a local level	Patient survival relative to theoretical potential (factors multiplied)
Utopia	1	1	1	= 1.00
Ideal?	0.9	0.9	0.9	= 0.72
Actual?	0.8	0.5	0.5	= 0.20
Attainable?	0.8	0.9	0.5	= 0.32

Personleg eller institusjonelt ansvar ?



Eit mogleg sett av kriteria for god risikostyring

Kan ikkje vurderast ut frå resultatet, men frå prosessen!

Lokalt forankra i **tydeleg leiarskap**, ikkje "konsulentarbeid"

Ettersporbar **dokumentasjon** av kunnskapsgrunnlag og årsaksoppfattingar ("risikoførestellinga")

Involvering frå relevante aktørar; tilsette, andre tenesteytarar.....

Evnar å inkludere **røynsler frå praktisk styring**

Gjer synleg kva **verdiar som står på spel** og kva som er gode nok prosessar

Omsyn til **individuelle ønskje og behov**

Nokre lenker til brev frå Statens helsetilsyn

<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2011/Svikt-pasientadministrative-systemer-elektronisk-pasientjournaler-ved-flere-av-landets-helseforetak/>

<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2013/Svikt-i-sykehusenes-pasientadministrative-systemer/>

<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2011/Etablering-av-nasjonal-kjernejournal-horing/>