

Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 3/2003
Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002
Februar 2003

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare
på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Innledning	4
2 Bakgrunn for tilsynet	5
3 Regelverk	6
4 Revisjonslag	7
5 Metode og tema	8
6 Samlet vurdering	9
7 Funn – avvik og merknader	12
8 Tilrådinger	1

1 Innledning

Denne oppsummeringen er gjort av revisjonsleder i samarbeid med medlemmene på det felles revisjonslaget.¹ Oppsummeringen er basert på innholdet i de 6 tilsynsrapportene som tidligere er sendt helseforetakene (sykehusene), samt på inntrykk som ikke omtales i den enkelte tilsynsrapport.

I de ordinære tilsynsrapportene er konklusjonene presentert som avvik² og merknader.³ I denne oppsummeringen er det gjort ytterligere systematisering av de viktigste funnene og konklusjonene, ved at vi har sammenstilt funn og konklusjoner fra alle 6 tilsynene. Vi har gjort dette for å se om det kan være felles bakenforliggende årsaker til de mangler og svakheter som er påvist ved det enkelte tilsyn.

Felles bakenforliggende årsaker kan enten ligge innenfor eller utenfor det sykehusene og helseforetakene har styring med. Det kan i denne sammenheng være viktig å minne om at den som har eierskap til problemer og årsakene til problemene, også som regel sitter med ansvaret for og nøkkelen til løsningen.

Vi mener erfaringene fra tilsynet bør brukes til forbedring - både nasjonalt og lokalt. Vi har derfor tatt med et kapittel kalt "Tilrådinger" der vi peker på forhold som revisjonslaget mener de sentrale helsemyndigheter bør se nærmere på.

1) Se kapitlet "Revisjonslag"

2) Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetenes krav

3) Merknader er forhold som ikke omfattes av definisjonen for avvik, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensial

2 Bakgrunn for tilsynet

Tilsynet ble initiert på bakgrunn av at det vinteren 2001 og våren 2002 ble konstatert utbrudd av sykehusinfeksjon med bakterien *Pseudomonas aeruginosa* ved en rekke norske sykehus. Utbruddet var særlig knyttet til intensivavdelinger. Smittekilden ble identifisert til å være Dent-O-Sept munnpensel. For å skaffe myndighetene bedre kunnskaper om saken bebudet Statens helsetilsyn i sin rapport av 17. april 2002 til Helseministeren at det skulle gjennomføres tilsyn ved noen aktuelle intensivavdelinger.

I løpet av september 2002 har fylkeslegene ført tilsyn med smittevernet ved følgende intensivavdelinger (datoer for tilsynet i parentes):

1. Intensivavdelingen, Ullevål universitetssykehus HF (03. – 04.09.2002)
2. Generell intensiv enheten, Anestesiavdelingen, Rikshospitalet universitetssykehus HF (05. – 06.09.2002)
3. Intensivavdelingen, Sykehuset Buskerud HF (12, 16. og 17.09.2002)
4. Intensivavdelingen - seksjon 1H, Sentralsykehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF (19.- 20.09.2002)
5. Intensiv/overvåkningsseksjonen Universitetssykehuset Nord-Norge HF (24.- 25.09.2002)
6. Kirurgisk Intensiv eining, Ålesund sykehus, Helse Sunnmøre HF (26.- 27.09.2002)

Vi vurderer det slik at antallet sykehus er for lavt til at det vil være mulig å fremskaffe en representativ oversikt over forholdene ved

norske sykehus. På tross av dette regner vi med at tilsynet gir et rimelig godt innblikk i hvilke problemer og utfordringer regionssykehus og andre større sykehus har innen de områdene som tilsynet omfatter.

3 Regelverk

Følgende regelverk er lagt til grunn ved tilsynet:

Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

Forskrift av 5. juli 1996 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner.

Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten.

4 Revisjonslag

Tilsynene er gjennomført av et fast lag på fem medlemmer. Ved hvert tilsyn har laget vært supplert med en medarbeider fra den lokale fylkeslege. I tillegg har det ved de fleste tilsynene deltatt en eller flere observatører. Det faste revisjonslaget besto av:

- Ass. fylkeslege Magnar Kleppe, Fylkeslegen i Møre og Romsdal, revisjonsleder
- Avdelingssjef Ole Bent Jepsen, Den centrale afdeling for sygehushygiejne, Statens serum institut, København
- Overlege Lennart Sjöberg, Kliniskt mikrobiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro
- Seniorrådgiver Pål Børresen, Statens helsetilsyn
- Rådgiver Anne Grete Robøle, Fylkeslegen i Hordaland

5 Metode og tema

Tilsynene er gjennomført som systemrevisjon og var avgrenset til utarbeiding, iverksetting og vedlikehold av sykehusets infeksjonskontrollprogram i intensivavdelingen. Ved tilsynene ble det særlig fokusert på prosedyrer og praksis når det gjaldt:

- Respiratorbehandling
- Intravaskulære katetre
- Håndhygiene
- Antibiotikabruk
- Innkjøp av utstyr, samt eventuell gjenbruk av engangsutstyr.

Tema for tilsynet ble valgt ut etter diskusjoner mellom Statens helsetilsyn, fylkeslegene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og fagfolk ved norske sykehus innen sykehushygiene, infeksjonsmedisin, mikrobiologi og intensivmedisin. I sakens anledning ble det avholdt to møter i Statens helsetilsyn 24.05.2002 og 20.06.2002. De utvalgte temaene ble deretter grundig drøftet med den svenske og danske fagrevisoren før de ble endelig fastsatt.

6 Samlet vurdering

Infeksjonskontrollprogram

Smittevernet ved intensivavdelingene i de 6 sykehusene tilsynet omfattet, er i hovedsak av samme faglige standard som ved tilsvarende sykehus i Sverige og Danmark. Revisjonslagets inntrykk er at det ikke er store ulikheter når det gjelder smitteverntiltak ved mellomstore og store sykehus i Danmark, Sverige og Norge. Innholdet i den styrende dokumentasjonen på nivå 1 synes være mer nasjonalt basert i Sverige og Danmark enn i Norge. Problemet med inkongruens mellom nivå 1 og nivå 2 dokumenter synes imidlertid å være nokså likt landene imellom.

Alle 6 sykehusene har utviklet omfattende infeksjonskontrollprogrammer. Programmene er imidlertid ikke helt fullstendige ved to sykehus (Sykehuset Buskerud HF og Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF) og ikke fullt ut iverksatt ved fire (Ullevål universitetssykehus HF, Sykehuset Buskerud HF, Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF). I tillegg er det forbedringspotensial ved oppfølgingen av programmet ved ett sykehus (Ålesund sjukehus, Helse Sunnmøre HF) og ved dokumentstyringen i programmet ved to sykehus (Rikshospitalet universitetsklinikk HF og Sykehuset Buskerud HF).

Bygningsmessige forhold

De bygningsmessige forholdene varierer en god del fra sykehus til sykehus. Plasskrevende utstyr og prosedyrer, eksempelvis samtidig respiratorbehandling og dialyse, gjør at gulvarealet per seng i intensivavdelingene i perioder med høyt pasientbelegg ikke er optimalt ved Ullevål universitetssykehus HF,

Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Ålesund sjukehus, Helse Sunnmøre HF.

De fleste sykehusene har i perioder problemer med isolasjonskapasiteten, både når det gjelder kontaktsmitte- og luftsmitteisolasjon. Dette skyldes knappe personellressurser og mangel på isolat. Ved flere av sykehusene (Ullevål universitetssykehus HF, Sentralsjukehuset i Rogaland Helse Stavanger HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Ålesund sjukehus Helse Sunnmøre HF) er det dårlige transportforhold og lagringsmuligheter for utstyr og/eller lite hensiktsmessig plassering av skyllerom. De bygningsmessige forholdene er imidlertid ikke vurdert som faglig uforvarlige ved noen av avdelingene/enhetene.

Bemanning

Det er i løpet av tilsynene ikke påvist uforvarlige forhold når det gjelder bemanningen ved intensivavdelingene, selv om arbeidsbelastningen i perioder kan være stor og tempoet høyt. Ingen av sykehusene gir systematisk opplæring i smittevern og sykehushygiene til assistentlegene. Den opplæringen som gis til sykepleierne på dette området, er mer omfattende og systematisk enn det legene tilbys.

Alle sykehusene hadde ansatt hygiene-sykepleier(e). Disse spiller en nøkkelrolle når det gjelder utvikling og iverksetting av infeksjonskontrollprogrammene. Under tilsynet var det ved ett sykehus (Ålesund sjukehus, Helse Sunnmøre HF) ikke utpekt lege til å koordinere smittevernet. Dette ble rettet i løpet av tilsynet. Ved de andre sykehusene

var det utpekt slik lege, men ved to av disse sykehusene (Sykehuset Buskerud HF og Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF) hadde ikke legen fått avsatt tilstrekkelig tid til oppgaven.

Respiratorbehandling og intravasale katetre

Det ble ikke funnet nevneverdig svikt ved sykehusenes praksis når det gjaldt respiratorbehandling og bruk av intravaskulære katetre. Ved alle sykehusene var det iverksatt systematiske tiltak for å redusere behandlingstiden i respirator, for blant annet å forebygge respiratorindusert pneumoni (lungebetennelse).

Håndhygiene

Håndhygiene kan forbedres ved alle sykehusene. Alle sykehusene har retningslinjer for håndhygiene, men retningslinjene følges ikke i samme grad over alt. Vi sitter imidlertid igjen med et inntrykk av at standarden på håndhygiene ved intensivavdelingene har utviklet seg i positiv retning. Dette skyldes flere forhold, blant annet at håndvask i økende grad kompletteres med hånddesinfeksjon med sprit. Dette oppfattes som positivt, både fordi ”spritvask” er effektivt og fordi det bidrar til å øke helsepersonellens compliance.⁴

Kryssinfeksjoner og antibiotikaresistens

Forekomsten av kryssinfeksjoner, direkte eller indirekte smitte mellom pasienter, synes ikke å representere noe vesentlig kvantitativt problem ved intensivavdelingene i disse 6 sykehusene. Det samme gjelder pasienter med MRSA⁵, multiresistent tuberkulose eller andre multiresistente bakterier. Det kan virke som om problemene med resistente bakterier er stigende, men under kontroll. Prosedyrer for MRSA-screening av pasienter og personell er godt implementert.

Antibiotikabruk

To sykehus (Sykehuset Buskerud HF og Sentralsjukehuset i Rogaland Helse Stavanger HF) mangler oppdaterte retningslinjer for bruk av antibiotika, selv om dette er en obligatorisk del av infeksjonskontrollprogrammet. Manglende skriftlige retningslinjer ble i noen grad kompensert ved at ”Helsetilsynets håndbok” ble brukt. Fra mikrobiologisk hold ble det uttrykt bekymring

over bruken av bredspektrede antibiotika. Ved de fleste sykehusene var det imidlertid godt samarbeid mellom legene ved intensivavdelingene, kirurgene, infeksjonsmedisinerne og mikrobiologene. Det synes som om slikt samarbeid bidrar til en mer ”nøkten og målrettet” antibiotikabruk.

Innkjøp og bruk av utstyr

Innkjøpsrutiner for medisinsk utstyr var tema for tilsynet. Innretningen av tilsynet medførte imidlertid at vi ikke fikk gjort en grundig nok gjennomgang av alle sider ved denne problemstillingen. Ved tilsynet ble rutiner og praksis for innkjøp av respiratorer med utstyr, samt infusjonsutstyr gjennomgått. Ved de sykehusene der bruken av Dent-O-Sept ble nærmere undersøkt, kunne ingen gjøre rede for hvordan munnpenselen var kommet inn i sykehuset og om hvilke vurderinger som var gjort før den ble tatt i bruk.

Når det gjelder sterilt medisinsk engangsutstyr fraråder ledelsen ved ett sykehus (Ullevål universitetssykehus HF) gjenbruk av slikt utstyr, mens ett sykehus (Rikshospitalet universitetsklinikk HF) hadde skriftlige rutiner for hvordan gjenbruk skal styres. En tredje gruppe sykehus (Sykehuset Buskerud HF og Ålesund sjukehus, Helse Sunnmøre HF) hadde ikke gjenbruk av slikt utstyr ved intensivavdelingen. To sykehus (Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF) bestemte seg under tilsynet for å slutte med gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr ved intensivavdelingen.

Styringen med innkjøp av utstyr, herunder engangsutstyr og sykehusenes vurdering av og kontroll med innkjøpte produkter kan bedres ved flere av sykehusene. Vårt generelle inntrykk er at deler av innkjøpsprosessen, som utvelgelse av leverandører og produkter, samt formulering av produktspesifikasjoner og mottakskontroll av levert utstyr ikke fungerer like godt i de tilfellene der avdelingene selv foretar innkjøpene. Videre har vi sett svakheter i avdelingenes opplegg for å vurdere bruksområdet for det enkelte innkjøpte produkt.

Bevisstheten om problemer knyttet til gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr varierende mellom sykehusene og innad i sykehusene. Tilsynet viste at spørsmålene knyttet til gjenbruk ikke var grundig nok gjennomdrøftet over alt.

4) Etterlevelse av rutiner eller regler

5) Meticillin Resistente Stafylococcus Aureus (gule stafylokokker)

6) IK-2737 Bruk av antibiotika i sykehus

Dokumentstyring

Ved tilsynet kom det tydelig frem hvordan uklare ansvars- og myndighetsforhold påvirker systemer for dokumentstyring.⁷ Ved flere sykehus (Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet universitetsklinikk HF og Sykehuset Buskerud HF) var det svakheter ved dokumentstyringen, for eksempel uklarheter om hvem som hadde ansvar for og myndighet til fastsetting og revisjon av prosedyrer, instruksjer, mv på avdelingsnivå (nivå 2). Dette bidro til å skape usikkerhet om hvem som hadde den faglige ledelsen og om hvilke rutiner som gjaldt og som skulle følges. Systemene for dokumentstyring er derfor et område med betydelig forbedringspotensial.

Ansvarsforhold

Ordningen med en ansvarlig leder på hvert nivå (divisjons-, avdelings- og seksjonsnivå) var ikke fullt ut innført ved alle sykehusene. Det ble videre avdekket en viss usikkerhet og frustrasjon blant de ansatte på grunn av uklare ansvarsforhold flere steder. Siden dette ikke var tema for tilsynet, vil disse funnene måtte følges opp av fylkeslegene i annen sammenheng.

7) Ordning som sikrer at (bare) gyldige styrende dokumenter er tilgjengelig for brukerne

7 Funn – avvik og merknader

Funnene fra tilsynet ved det enkelte sykehus er presentert som avvik og merknader. Innhold i og utforming av funnene her, samsvarer med tilsvarende presentasjon i den enkelte tilsynsrapport.

Intensivavdelingen, Ullevål universitets-sykehus HF

Avvik: Infeksjonskontrollprogrammet er ikke implementert over alt i Intensivavdelingen.

Avvik fra følgende myndighetskrav: Forskrift av 5. juli 1996 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner § 2-1, 1. og 3.ledd.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

- Det fremgikk av intervju at "Håndbok i hygiene og smittevern for Ullevål sykehus 1999" ikke er kjent av alle medarbeidere.
- Det fremgikk av intervju, mottatt dokumentasjon samt dokumenter som ble lagt frem og gjennomgått ved tilsynet at alle avdelingsvise prosedyrer ikke er revidert og oppdatert etter at "Håndbok i hygiene og smittevern for Ullevål sykehus" ble revidert i 1999. Håndbok i hygiene for KAM-klinikken, Klinik for akuttmedisin 1996 som benyttes ved Intensivavdelingen, er ikke revidert.
- Det fremgikk av intervju at assistentleger ikke gis systematisk opplæring i smittevern.
- Retningslinjer for håndhygiene er ikke kjent og fulgt av alle.

Generell intensiv enheten, Anestesiavdelingen, Rikshospitalet universitetsklinikk HF

Det ble ikke påpekt avvik i forhold til myndighetskrav.

Kommentar:

Det fremgikk av intervju at sykehusets skadeutvalg som i hovedsak har de samme funksjonene som et kvalitetsutvalg, ikke hadde tilknyttet sykehushygienisk kompetanse. I følge Forskrift av 5. juli 1996 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner § 2 –3, 2.ledd skal institusjonens ledelse ved oppnevning av kvalitetsutvalg sørge for at helsepersonell med innsikt i sykehushygiene er representert i utvalget eller på annen hensiktsmessig måte er tilknyttet dette.

Etter at dette var presentert for sykehuset i sluttmøtet, meddelte sjeflegen at sykehushygieniker fra dags dato (6. september 2002) er fast medlem i sykehusets skade- og klageutvalg.

Merknad: Systemet for dokumentstyring sikrer ikke at godkjenningsmyndighet for prosedyrer og hvilke prosedyrer som gjelder, er kjent for alle aktuelle medarbeidere.

Merknaden er basert på følgende observasjoner:

- Det fremgikk av opplysninger i intervju samt fremlagte dokumenter at det ikke er klart for alle aktuelle medarbeidere hvem som har myndighet til å godkjenne prosedyrer utarbeidet på avdelingsnivå.

- Det er ikke formelt avklart om prosedyrer som utarbeides av den enkelte avdeling og som inneholder smittevernproblematikk skal legges frem for Avdeling for sykehushygiene til kommentar og eventuelt justering. Dersom det er motstrid mellom prosedyrer utarbeidet av Avdeling for sykehushygiene (nivå 1-prosedyrer) og avdelingsvise prosedyrer (nivå 2), er det ikke avklart hvordan slike uoverensstemmelser skal løses.

Intensivavdelingen, Sykehuset Buskerud HF

Avvik: Sykehusets infeksjonskontrollprogram er ikke fullstendig. Infeksjonskontrollprogrammet er ikke kjent av alle medarbeidere og ikke fullt ut iverksatt i Intensivavdelingen.

Avvik fra følgende myndighetskrav: Forskrift av 5. juli 1996 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner § 2 – 1, 3. ledd jfr. 1. ledd og § 2 – 2 bokstav b nr. 2.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

- Det fremgår av mottatt dokumentasjon, verifikasjon og ble bekreftet i intervju at sykehuset ikke har skriftlige retningslinjer for bruk av antibiotika.
- Opplysninger i intervju viser at ikke alle medarbeidere er gjort kjent med sykehusets infeksjonskontrollprogram. Det er tilfeldig hvilken opplæring legene gis om smittevern og sykehushygiene.
- Retningslinjer for håndhygiene blir ikke fulgt av alle. Det gjelder for eksempel nødvendig håndhygiene under visittgang.
- Det følger av mottatt dokumentasjon, herunder referater fra møter i hygienekomiteen og opplysninger i intervju at de ulike deler av infeksjonskontrollprogrammet jevnlig oppdateres. Interne revisjoner eller andre kontrolltiltak for å påse at infeksjonskontrollprogrammets prosedyrer gjøres kjent og blir fulgt, utføres ikke.

Merknad 1: Sykehuset har ikke sørget for at den legen som skal koordinere smittevernet har frigjort nødvendig arbeidstid til oppgaven.

Merknaden er basert på følgende observasjoner:

- Legen som er tillagt koordineringsfunksjonen er heltidsansatt i klinisk stilling og vedkommende har i lengre perioder vært eneste spesialist innen sitt fagområde. Legen har ikke avsatt arbeidstid til funksjonen som koordinator for smittevernet i sykehuset. Dette forholdet har vært kjent for sykehusets ledelse i lang tid og ble også påpekt ved tilsyn som Fylkeslegen gjennomførte ved sykehuset i 1999.

Merknad 2: Sykehusets system for dokumentstyring sikrer ikke at bare gyldige dokumenter benyttes av medarbeiderne.

Merknaden er basert på følgende observasjoner:

- Det følger av mottatte dokumenter og opplysninger i intervju at det mangler system for harmonisering av prosedyrer på nivå 1 og nivå 2.
- Dokumentgransking viser at det foreligger flere prosedyrer for samme prosess. I intervju fremkom opplysninger om at medarbeidere ikke kjenner til hvor siste oppdaterte versjon av aktuelle dokumenter forefinnes.

Intensivavdelingen - seksjon 1H, Sentralsjukehuset i Rogaland, Helse Stavanger HF

Avvik: Infeksjonskontrollprogrammet inneholder ikke alle pålagte elementer, og infeksjonskontrollprogrammet er ikke fullt ut iverksatt i Intensivavdelingen.

Avvik fra følgende myndighetskrav: Forskrift av 5. juli 1996 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner § 2 – 1, 3. ledd jfr. 1. ledd og § 2-2 bokstav b nr. 2.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

- Oppdaterte skriftlige retningslinjer for bruk av antibiotika fantes ikke. Ved tilsynet ble dokumentet "Veiledning for antibiotikabruk" av 1992 lagt frem. I sluttmøtet ble det opplyst at denne ble revidert i 1996. I intervju fremkom ikke opplysninger om at noen av disse dokumentene er kjent for aktuelle medarbeidere.

- I intervju fremkom opplysninger om at alle medarbeidere i Intensivavdelingen ikke er kjent med Infeksjonskontrollprogrammet (Hygienehåndbok Sentralsjukehuset i Rogaland). Sykehuset har ikke lagt til rette for at assistentleger gis systematisk opplæring i smittevern og sykehushygiene.

Merknad: Sykehuset har ikke sørget for at den legen som skal koordinere smittevernet har frigjort nødvendig arbeidstid til oppgaven.

Merknaden er basert på følgende observasjoner:

- Det følger av opplysninger i intervju at legen ikke har avsatt tilstrekkelig arbeidstid til funksjonen som koordinator for smittevern i sykehuset. Forholdet har vært kjent for sykehusets ledelse i lang tid og ble også påpekt ved tilsyn som Fylkeslegen gjennomførte i 1999.

Gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr:

I følge Hygienehåndbok for Sentralsjukehuset i Rogaland, kapittel 9.8 "Resterilisering og gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr", datert 08.04.1999, kan sterilt medisinsk engangsutstyr gjenbrukes. Under omtalen av ansvar fremgår det av dokumentet at den opprinnelige produsents ansvar bortfaller ved gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr. Ledelsen ved den avdeling som gjenbruker sterilt engangsutstyr, påtar seg ansvaret for produktet. Dersom utstyret skal resteriliseres må det være skriftlige prosedyrer for rengjøring og sterilisering av produktene.

Ved tilsynet fremkom opplysninger om at en type sterilt medisinsk engangsutstyr var gjenbrukt uten at det forelå skriftlige prosedyrer for håndtering av produktet. I sluttmøtet ble det presisert at aktuelle utstyr var benyttet svært sjelden og at omfanget av gjenbruk var lite. Sykehuset besluttet i dette møtet at gjenbruk av det aktuelle utstyret skulle opphøre fra dags dato.

Intensiv/overvåkingsseksjonen Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Avvik: Infeksjonskontrollprogrammet er ikke fullt ut iverksatt i Intensiv/overvåkingsseksjonen.

Avvik fra følgende myndighetskrav: Forskrift av 15. juli 1996 nr 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner § 2 - 1, 3. ledd jfr. 1. ledd.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

- I intervju fremkom opplysninger om at sykehusets Håndbok i smittevern og hygiene ikke er kjent av alle medarbeiderne i seksjonen.

- Det gis ikke systematisk opplæring av nyansatte assistentleger i smittevern og sykehushygiene.

- Sykehusets "Veiledning i bruk av antibiotika", er ikke kjent og brukt av alle leger. Enkelte benytter veileder utgitt av Statens helsetilsyn. Seksjon for sykehushygiene har i brev av 18.12.2001 til avdelings- og seksjonsledere uttrykt bekymring for sykehusets forbruk av 3. generasjons Cefalsporiner, se kapittel 2 Beskrivelse av virksomheten – spesielle forhold.

- Isolasjonsmulighetene i Intensiv/oppvåkingsseksjonen er begrenset. Kontaktsmitteisolering blir til tider iverksatt på flersengsstuer. Skjerming mellom sengene består av løsthengende forheng. Sengene står tett, arealet til den enkelte intensivseng med utstyr er oppmålt til 9 m². Seksjonen har ett isolat uten undertrykk og ett enerom.

- Rutinene for håndhygiene følges ikke av alle som har pasientkontakt i Intensiv/oppvåkingsseksjonen. Det er også noe ulik praksis i forhold til å etterleve andre rutiner i seksjonen.

- Det utføres ikke interne revisjoner eller tilsvarende for å overvåke implementeringen av infeksjonskontrollprogrammet

Kirurgisk Intensiv eining, Ålesund sjukehus, Helse Sunnmøre HF

Det blei ikkje påpeikt avvik ved tilsynet.

Merknad 1 Retningslinjer for handhygiene blir ikkje alltid følgde.

Merknaden er basert på følgjande observasjonar:

- Det blei opplyst i intervju at retningslinene for handvask/handdesinfeksjon ikkje alltid blir følgde av alle. Det gjeld til dømes bruk av ringar, og manglande handvask/ handdesinfeksjon etter kontakt med pasientar.

Merknad 2 Infeksjonskontrollprogrammet blir ikkje følgd opp med interne revisjonar eller tilsvarande.

Merknaden er basert på følgjande observasjonar:

- Sjukehuset gjennomførte interne revisjonar innan andre område enn smittevern i år 2001. Når det gjeld oppfølging og vedlikehald av infeksjonskontrollprogrammet er det hittil ikkje gjort slike revisjonar eller andre tilsvarande tiltak.

Kommentar:

Etter Forskrift av 5. juli 1996 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner § 2-1 skal leiinga i institusjonen sørge for at infeksjonskontrollprogrammet blir utforma, sett i verk og halde ved like som del av internkontrollsystemet for institusjonen. Etter lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3, 1. ledd skal alle som yter helsetenester føre kontroll med ei eiga verksemd på ein slik måte at det kan førebyggje svikt. Denne plikta er ei sjølvstendig plikt som kjem i tillegg til å oppfylle dei enkelte krava i lovgevinga.

8 Tiltak

På grunnlag av erfaringene fra tilsynet og vår kunnskap om smittevern i sykehusene, vil vi tilrå at de manglene vi har påvist på følgende områder analyseres nærmere og at passende tiltak iverksettes der dette anses hensiktsmessig.

Infeksjonskontrollprogram

Implementering av sykehusets infeksjonskontrollprogram på avdelingsnivå representerer i mange sammenhenger betydelige utfordringer. Det samme gjelder utvikling og iverksetting av retningslinjer for antibiotika- bruk. Det er grunn til å tro at mange sykehus her har et betydelig forbedringspotensial. Noen kan også ha behov for ekstern bistand. Etter vår vurdering bør de sentrale myndigheter vurdere tiltak for å hjelpe sykehusene på disse områdene gjennom utarbeidelse av generelle nasjonale retningslinjer og veiledninger.

Bygningsmessige forhold

Dette tilsynet har bekreftet et tidligere inntrykk av at arealbehovet per seng i intensivavdelinger ofte undervurderes ved nybygging og ombygging. Det bidrar til å vanskeliggjøre drift og pasientbehandling og til å øke smittepresset på pasientene. I tillegg representerer knapphet på isolasjonsplasser et problem i seg selv. Videre skaper de bygningsmessige manglene problemer for sikker og effektiv transport, rengjøring og lagring av utstyr. Etter vår vurdering bør de sentrale myndigheter vurdere tiltak som kan bedre de bygningsmessige rammebetingelser for denne type avdelinger.

Opplæring i smittevern for leger

Både ved dette og ved tidligere tilsyn er det dokumentert at leger under spesialistutdanning får lite systematisk opplæring i smittevern og sykehushygiene. Rasjonell antibiotikabruk og tiltakende resistensutvikling representerer særlige utfordringer. Mange leger etterspør mer systematisk opplæring på dette feltet. Etter vår vurdering bør de sentrale myndigheter vurdere tiltak for å styrke legenes opplæringen innen smittevern. Både grunnutdanningen og etter- og videreutdanningen bør gjennomgås med tanke på forbedring.

Innkjøpsrutiner og gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr

Innkjøp av utstyr, herunder engangsutstyr og sykehusenes vurdering av og kontroll med innkjøpte produkter bør skje på en systematisk og forsvarlig måte. Utvelgelse av leverandører og produkter, formulering av produktspesifikasjoner, mottakskontroll, samt vurdering og fastsettelse av bruksområde for ulike produkter, bør inngå som en naturlig del av virksomhetens internkontrollsystem. Siden disse funksjonene ikke er like godt ivarettatt over alt, bør de sentrale myndigheter vurdere tiltak for å få øke sikkerheten på dette område, ved blant annet å påpeke nødvendigheten av at sykehushygienisk kompetanse er representert i innkjøpsorganisasjonen. Videre bør utarbeidelse av maler for sjekklister som kan brukes ved innkjøp vurderes. I tillegg bør de sentrale myndigheter vurdere behovet for regelverksendringer når det gjelder innkjøp av utstyr og eventuell gjenbruk av engangsutstyr, samt utarbeidelse av informasjonsmateriell om CE-merking av produkter.

Ledelse i sykehus

Gjennomføringen av ordningen med en ansvarlig leder på hvert nivå synes konfliktfylt og tar tid. Ordningen innføres samtidig med at det skjer andre typer omorganiseringer i sykehusene. Erfaringene fra tilsynet tyder på at en del sykehus sliter med å få samlet lederfunksjonene på avdelings- og seksjonsnivå. Halvgode omorganiseringer skaper frustrasjon blant medarbeiderne og fører ofte til uklare ansvars- og myndighetsforhold, blant annet i forhold til smittevern og sykehushygiene. Slike uklarheter kan i en del tilfelle gi svekket pasientsikkerhet og dårligere tilbud til pasientene. Etter vår vurdering bør de sentrale myndigheter vurdere tiltak som kan bidra til at sykehusene velger hensiktsmessige og funksjonelle organisatoriske løsninger på alle nivå.

Dokumentstyring

Flere sykehus sliter med å få på plass gode systemer for dokumentstyring. Årsakene til dette er sammensatte og skyldes i noen sammenhenger uklare organisatoriske forhold, jf avsnittet ovenfor om ledelsesfunksjonen. I andre tilfelle kan problemene skyldes mangler ved prosedyren(e) for dokumentstyring og etterlevelsen av interne regler. Dersom det siste er årsaken, kan dette langt på vei avhjelpes gjennom råd, veiledning og erfaringsoverføring. Etter vår vurdering bør de sentrale myndigheter vurdere tiltak som kan hjelpe sykehusene på dette området.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

1/2002 Utredning om drift og organisering av morsmelkbaner (januar 2002)

2/2002 Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

3/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

4/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

5/2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

6/2002 Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

7/2002 For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

8/2002 Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

9/2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

10/2002 Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

11/2002 Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Oppsummering av tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002

I rapporten oppsummeres innholdet i seks tilsynsrapporter fra intensivavdelinger ved seks foretak. Tilsynene ble initiert etter utbruddet av bakterien *Pseudomonas aeruginosa* ved en rekke norske sykehus vinteren 2001-2002.

Hovedfunnene ved de seks tilsynene var at det var svikt i ulik grad på disse områdene: Sykehusenes infeksjonskontrollprogram, bygningsmessige forhold, kunnskapsnivået blant leger om smittevern og sykehus hygiene, innkjøpsrutiner og gjenbruk av sterilt medisinsk engangsutstyr, ledelsen ved sykehuset og systemer for dokumentstyring.

Helsetilsynet tilrår i rapporten at erfaringene fra tilsynet blir brukt til å bedre forholdene både og at sentrale myndigheter bør sette i verk tiltak der det er hensiktsmessig.