

# Varsler som gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester de fire første årene etter utvidelsen av varselordningen fra 1. juli 2019

## Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Historikk</b> .....	<b>3</b>
<b>3.1</b>	<i>Lovendring i 2019</i> .....	<b>3</b>
<b>3.2</b>	<i>Digitale løsninger gradvis tatt i bruk</i> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Mottatte varsler totalt</b> .....	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>Hvem har sendt varslene?</b> .....	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Hva ble det sendt varsel om?</b> .....	<b>6</b>
<b>6.1</b>	<i>Hendelsestyper</i> .....	<b>6</b>
<b>6.2</b>	<i>Hvor i helse- og omsorgstjenesten skjedde hendelsen?</i> .....	<b>7</b>
<b>6.3</b>	<i>Aldersfordeling</i> .....	<b>8</b>
<b>6.4</b>	<i>Kjønnsfordeling</i> .....	<b>9</b>
<b>6.5</b>	<i>Skadeomfang på pasient/bruker</i> .....	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>Oppfølging av varslene</b> .....	<b>9</b>
<b>7.1</b>	<i>Avsluttes i Helsetilsynet etter innledende undersøkelser</i> .....	<b>9</b>
<b>7.2</b>	<i>Oversendes til statsforvalteren</i> .....	<b>10</b>
<b>7.3</b>	<i>Tilsynsmessig oppfølging</i> .....	<b>10</b>
7.3.1	<i>Rapporter etter tilsyn</i> .....	<b>10</b>
7.3.2	<i>Tematikk i sakene med tilsynsmessig oppfølging</i> .....	<b>11</b>
<b>7.4</b>	<i>Varsler som var utenfor varselordningens kriterier</i> .....	<b>11</b>
<b>7.5</b>	<i>Noen risiko- og forbedringsområder i hendelsene der vi har gjennomført tilsyn</i> .....	<b>12</b>
7.5.1	<i>Legemiddelhåndtering</i> .....	<b>12</b>
7.5.2	<i>Samhandling</i> .....	<b>12</b>
7.5.3	<i>Ved legevakt eller kommunal akutt døgnenhet (KAD)</i> .....	<b>13</b>
7.5.4	<i>Risikovurdering ved omorganisering og før innføring av teknologiske løsninger</i> .....	<b>13</b>
7.5.5	<i>Læring av tidligere feil</i> .....	<b>13</b>
7.5.6	<i>Prosedyrer</i> .....	<b>14</b>
<b>8</b>	<b>Erfaringer med digitalt varslingssystem</b> .....	<b>14</b>
<b>8.1</b>	<i>Digitalisering innebar nytt system for innmelding</i> .....	<b>14</b>
<b>8.2</b>	<i>Pålogging med informantens personlige ID</i> .....	<b>14</b>
<b>9</b>	<b>Har tilsynene hatt effekt?</b> .....	<b>14</b>
<b>10</b>	<b>Oppsummering</b> .....	<b>15</b>
<b>11</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>16</b>
<b>11.1</b>	<i>Vedlegg 1 – Beskrivelse av og eksempel på grupper av hendelsestyper</i> .....	<b>16</b>
<b>11.2</b>	<i>Vedlegg 2 – Tilsynssakene</i> .....	<b>18</b>
11.2.1	<i>Svangerskapsoppfølging til risikogravid</i> .....	<b>18</b>
11.2.2	<i>Oppfølging av legemiddelbruk hos hjemmeboende pasient</i> .....	<b>18</b>
11.2.3	<i>Transport og helsehjelp i akuttsituasjon</i> .....	<b>19</b>
11.2.4	<i>Helsehjelp til pasient i akutt psykisk krise</i> .....	<b>20</b>
11.2.5	<i>Samhandling i oppfølging av eldre pasient med forvirringstilstand</i> .....	<b>21</b>
11.2.6	<i>Helsehjelp til brukere som er urolige og trenger døgnkontinuerlig tilsyn</i> .....	<b>22</b>
11.2.7	<i>Legetilsyn ved legevakt ved akutte brystmerter</i> .....	<b>22</b>
11.2.8	<i>Oppfølging av gravid på legevakt</i> .....	<b>23</b>
11.2.9	<i>Bruk av velferdsteknologi (GPS) av dement sykehjemsbeoer</i> .....	<b>24</b>
11.2.10	<i>Oppfølging av sykt barn på mottakssenter for flyktninger</i> .....	<b>25</b>
11.2.11	<i>Legemiddelhåndtering på sykehus og sykehjem</i> .....	<b>25</b>
11.2.12	<i>Kommunikasjon og informasjonsflyt i hjemmebaserte tjenester ved legemiddelhåndtering</i> .....	<b>26</b>
11.2.13	<i>Oppfølging ved akutt forverring hos pasient i kommunal akutt døgnenhet</i> .....	<b>27</b>
11.2.14	<i>Oppfølging av hjemmetjeneste etter utskrivelse fra korttidsopphold</i> .....	<b>28</b>
11.2.15	<i>Forveksling av pasienter ved legemiddelutdeling i hjemmetjenesten</i> .....	<b>28</b>
11.2.16	<i>Bruk av medisinsk utstyr ved ytelse av helsehjelp (21/1501)</i> .....	<b>29</b>
<b>11.3</b>	<i>Vedlegg 3 – Innhold i varsler utenfor varslingsskriteriene</i> .....	<b>31</b>

## 1 Sammendrag

Fram til 1. juli 2019 gjaldt varslingsplikten til Helsetilsynet kun for spesialisthelsetjenesten. Etter denne datoen fikk kommunal helse- og omsorgstjeneste en tilsvarende varslingsplikt, og pasienter, brukere og pårørende fikk en rett til å varsle om alvorlige hendelser. I løpet av de fire første årene etter at varselordningen ble utvidet, fikk Helsetilsynet varsler om 873 hendelser som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste og som falt innenfor varselordningens kriterier. Det var hovedsakelig ledere som sendte varsel fra virksomheter i den kommunal helse- og omsorgstjenesten.

De hendelsene som ble varslet hyppigst, omhandlet medisinsk undersøkelse/diagnostikk (17 prosent), fall (13 prosent) og bruk av legemidler (9 prosent). Flest hendelser skjedde i sykehjem eller annen institusjon (310 hendelser), 180 hendelser var knyttet til hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste, 152 hendelser ved legevakt/legevaktsentral og 100 i forbindelse med allmennlege-/fastlegetjeneste. I 529 saker (61 prosent) døde pasienten.

Vi har gjennomført 16 tilsyn i varsler som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste. Noen risiko- og forbedringsområder som ble identifisert på systemnivå gjennom disse tilsynene:

- **Samhandling** er særlig viktig for pasienter/brukere som blir fulgt opp ved flere ulike tjenestesteder innen kommunen og spesialisthelsetjenesten og i akutsituasjoner. Dette stiller større krav til tydelige ansvarslinjer, samhandling og kompetanse i de ulike virksomhetene. Vi så at det var utfordringer knyttet til samarbeidsavtaler mellom ansatte, mellom avdelinger, sykehus eller mellom ulike nivåer av helse- og omsorgstjenesten. Det må eksistere strukturer som sikrer kommunikasjon og informasjonsflyt mellom ulike ansatte, mellom ulike forvaltningsnivå og med pårørende.
- Ved **legevakt eller kommunal akutt døgnenhet** fant vi at det manglet systemer for å sikre legetilsyn i travle perioder og for å kunne oppdage endring i pasientens tilstand etter innleggelse slik at akutt forverring kunne håndteres adekvat.
- **Manglende oversikt over risikoområder** i forbindelse med omorganisering/driftsmessige endringer.
- **Manglende risikovurdering** før innføring av teknologiske løsninger, for eksempel ved bruk av velferdsteknologi og ved digitale løsninger for samhandling mellom ansatte og mellom ulike enheter/virksomheter
- **Læring av tidligere feil:** flere tilsynssaker beskrev at tidligere meldte avvik, erkjente risikoforhold og gjennomførte tilsyn i liten grad har blitt anvendt i forbedringsarbeid. Avvikssaker og tilsynsrapporter var i liten grad gjort kjent for de ansatte.
- **Prosedyrer**, for eksempel for bruk av medisinsk utstyr. Vi så at prosedyrer manglet, ikke var kjent eller ikke var anvendt korrekt. Vi så også virksomheter som manglet systemer for å sikre ansattes kjennskap til og kompetanse i anvendelse av utstyr og at opplæring ikke var systematisk og dokumentert.
- For **legemiddelhåndtering** så vi problemer knyttet til at støtteverktøy for legemiddeladministrering eksisterte ved enheten, men disse ble ikke ble brukt, det manglet systemer for internkontroll ved legemiddelhåndtering eller det var ikke gjort vurdering av interaksjonsfare mellom ulike legemidler.

Formålet med varselordningen er å identifisere uforsvarlige forhold raskere, slik at forholdene rettes opp og bidrar til bedre pasientsikkerhet. I gjennomføring av tilsyn og i rapportene fra disse tilstreber vi å se hendelsene og tilhørende forbedringstiltak i et systemperspektiv. Tilsynsrapporter kan være viktige kilder til kommunenes arbeid med pasientsikkerhet og i arbeid med læring og forbedring.

## 2 Innledning

I denne rapporten oppsummerer vi varslene Helsetilsynet har mottatt som gjaldt kommunal helse- og omsorgstjeneste i de fire første årene av denne varselordningen. Vi presenterer blant annet oppsummeringer over antall varsler, hvilke type hendelser varslene omhandlet og hvordan vi har fulgt opp disse varslene. I tillegg presenterer vi mer detaljert innhold i de sakene vi har fulgt opp tilsynsmessig.

Vi ønsker med dette å oppsummere noen erfaringer fra oppstarten av den utvidede varselordningen og å beskrive risiko- og forbedringsområder som vi har identifisert. Dette er å betrakte som en tilstandsrapport, og vi har ikke innhentet forskningslitteratur i vurderinger av de beskrevne temaene. Vi har heller ikke sett på om det er forskjeller mellom kommuner, fylker eller statsforvalterembeter.

## 3 Historikk

### 3.1 Lovendring i 2019

Den lovpålagte ordningen om varsling til Helsetilsynet etter alvorlige hendelser ble etablert i 2010. Fram til 1. juli 2019 gjaldt varslingsplikten kun for spesialisthelsetjenesten. Etter denne datoen fikk kommunal helse- og omsorgstjeneste en tilsvarende varslingsplikt. Varslingsplikten framkommer av helsetilsynsloven § 6, spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a. Varsler etter disse lovene kaller vi *virksomhetsvarsler*.

Fra samme dato fikk pasient, bruker og pårørende en rett til å varsle om alvorlige hendelser, hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6. Som en samlebetegnelse bruker vi begrepet *individvarsler* om varsler fra pasienter, brukere og pårørende.

### 3.2 Digitale løsninger gradvis tatt i bruk

Plikten til å varsle Helsetilsynet er lagt til virksomheten og ikke til det enkelte helsepersonell. Imidlertid kan enkelthelsepersonell sende inn varsel på vegne av virksomheten. Med *informant* mener vi den personen som har sendt inn varselet.

Virksomheter sender inn varsler gjennom melde.no, mens individer bruker hels norge.no. Digitale løsninger for innsending av varsel ble gradvis tatt i bruk høsten 2019. Fra 2021 har vi mottatt nesten samtlige varsler digitalt. Løsningen krever at informanten logger seg på med sin personlige bank-ID og fyller ut relevant informasjon, blant annet om:

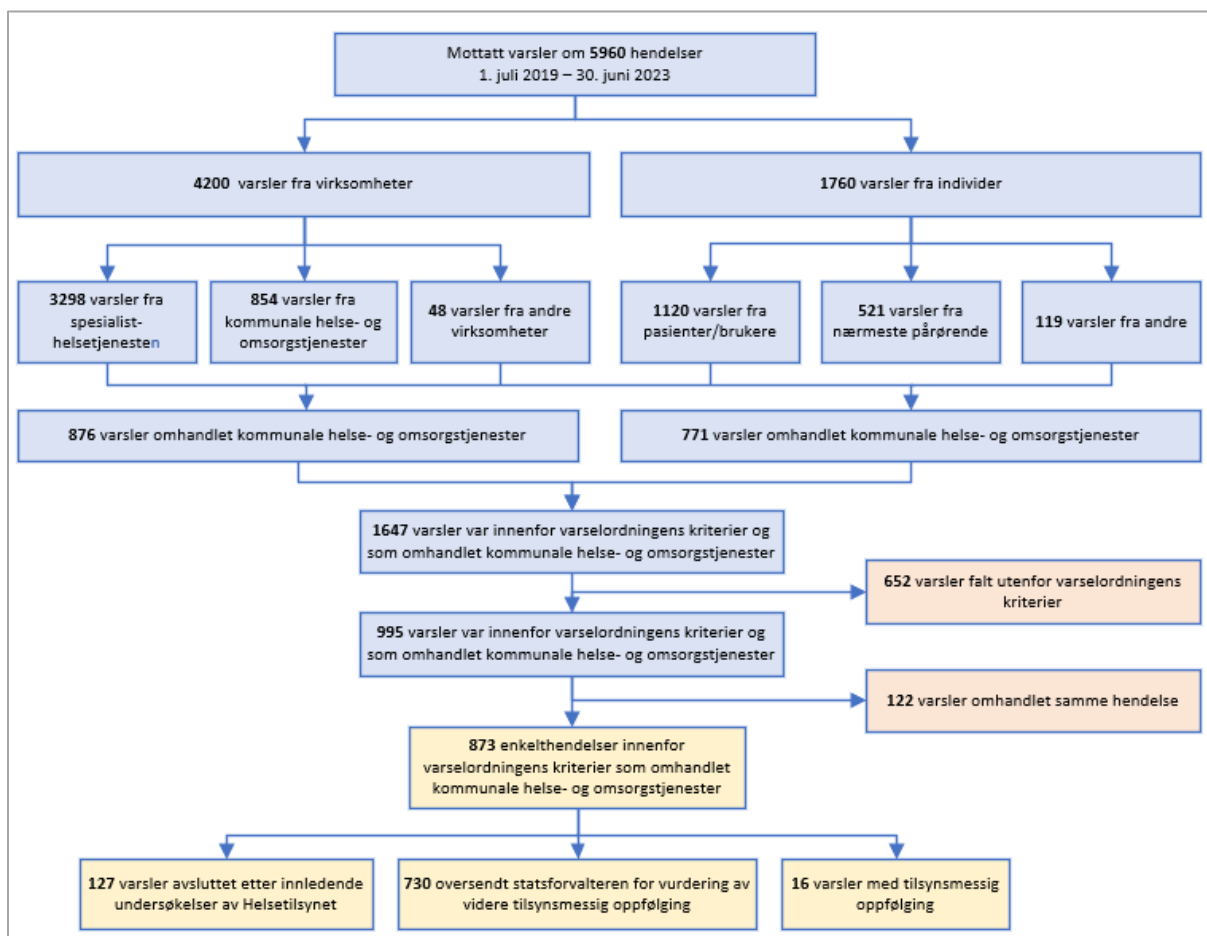
- Pasientens eller eget navn eller fødselsnummer
- Nærmeste pårørende
- Kontaktinformasjon til informant
- Beskrivelse av hendelsen

Informasjonen inneholder personidentifiserbar og -sensitiv informasjon og mottas via sikker løsning i Norsk helsenett direkte inn i Helsetilsynets fagsystem. Utsendelse av svardokumenter sendes via Helsetilsynets arkivsystem. Svardokumentene fra Helsetilsynet har blitt formidlet digitalt fra mai 2023.

## 4 Mottatte varsler totalt

Som figur 1 viser, fikk vi totalt 5960 varsler i perioden 1. juli 2019–30. juni 2023. Blant individvarslene var det flest varsler fra pasienter/brukere, og blant varslene fra virksomheter var det flest varsler fra spesialisthelsetjenesten.

I denne rapporten har vi oppmerksomhet om de 873 hendelsene som var innenfor varselordningens kriterier og som *omhandlet* kommunal helse- og omsorgstjeneste, uansett om de var varslet fra spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste eller fra individer. Tallene som vist i figur 1 blir beskrevet i ulike deler av rapporten.



Figur 1: Oversikt over mottatte varsler og hvordan helsetilsynets har fulgt dem opp.

Figur 1 viser at vi mottok 4200 varsler fra virksomheter. Disse var fordelt på 3298 fra spesialisthelsetjenesten, 854 fra kommunal helse- og omsorgstjenesten og 48 fra andre virksomheter. Fra individer fikk vi 1760 varsler; 1120 fra pasienter/brukere, 521 fra nærmeste pårørende og 119 fra andre. Det var 1647 varsler som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester, men siden 652 av disse falt utenfor varselordningens kriterier og 122 varsler var sendt mer én gang, gjenstår det 873 enkelthendelser. Vi avsluttet 127 saker etter innledende undersøkelser, oversendte 730 til statsforvalteren for vurdering av videre tilsynsmessig oppfølging, og vi gjennomførte 16 tilsyn.

## 5 Hvem har sendt varslene?

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a skal «en virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester straks varsle Statens helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.»

I det digitale registreringsskjemaet for virksomheter på melde.no ber vi informanten fylle ut «rolle» i aktuell hendelse; om vedkommende var leder, behandler eller øvrig ansatt. I skjemaet for individer på helsenorge.no registrerer informantens sin relasjon til pasient/bruker dersom varselet gjelder andre enn en selv.

Blant de 854 varslene som ble sendt fra kommunal helse- og omsorgstjeneste var det 823 varsler som også omhandlet disse tjenestene. Som vist i tabell 1, var det hovedsakelig ledere som sendte disse varslene. I tillegg fikk vi 52 varsler fra spesialisthelsetjenesten og ett varsel fra privat, kommunal helsetjeneste som også omhandlet kommunal helse- og omsorgstjenesten; altså totalt 876 varsler fra virksomheter som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Totalt mottok vi 73 varsler fra «øvrig ansatt». De fleste av disse var ulike typer helse- og omsorgspersonell, i tillegg var det noen kvalitetsmedarbeidere. Vi mangler informasjon om informantens rolle i 87 varsler. Dette skyldes at dette ikke ble registrert før vi tok i bruk digital varselinnsending.

Blant individvarslene mottok vi flest varsler fra pasienter/brukere (59 prosent) (tabell 2). Pårørende var avsender i 33 prosent av individvarslene. Av alle de 1647 varslene som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste, var altså 47 prosent av varslene fra individer.

Varslene kom fra og omhandlet mange kommuner. Vi har ikke analysert hvorvidt det er forskjeller mellom områder, fylker eller statsforvalterembeter.

Tabell 1: Oversikt over varselavsendere fra virksomheter i varsler som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester.

<b>VARSELINNSENDER</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent (innen hver gruppe)</b>	<b>Antall totalt</b>
<b>Spesialisthelsetjenesten</b>			<b>52</b>
Behandler	18	33,3	
Leder	26	50,0	
Øvrig ansatt	8	16,6	
<b>Kommunal helse- og omsorgstjeneste</b>			<b>823</b>
Behandler	105	8,7	
Leder	569	74,2	
Øvrig ansatt	65	6,9	
Informasjon mangler	84	10,0	
<b>Helse- og omsorgstjenesten for øvrig</b>			<b>1</b>
Leder	1	100	
<b>Totalt</b>			<b>876</b>

Tabell 2: Oversikt over varselavsendere fra individer i varsler som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester.

<b>VARSELINNSENDER</b>	<b>Prosent</b>	<b>Antall</b>
Pasient/bruker	456	59,1
Pårørende	251	32,6
Andre (for eksempel venner, naboer eller bekjente)	61	7,9
Informasjon mangler	3	0,4
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>771</b>

Til sammen 122 hendelser var varslet fra mer enn én person/instans, for eksempel både fra individ og virksomhet eller fra to ulike virksomheter. I det følgende presenterer vi antall hendelser, ikke antall varsler. De 1647 varslene som presentert i tabell 1, omhandlet altså 873 enkelthendelser som falt innenfor varselordningens kriterier og som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester.

## 6 Hva ble det sendt varsel om?

Kriteriene for varslingspliktige hendelser er når alle disse tre forholdene er oppfylt:

- dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker
- som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller ved at pasient eller bruker skader en annen OG
- utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Det er *ikke* varslingsplikt for hendelser som *kunne* ha medført dødsfall eller svært alvorlig skade.

Det kan være flytende overganger mellom hva som faller innenfor og utenfor varselordningen. Vi vurderer alle varsler i forhold til disse kriteriene. Som figur 1 viser, vurderte vi at 652 varsler (40 prosent) ikke falt innenfor varslingskriteriene. Disse blir nærmere beskrevet i kapittel 5.4.

Alle varsler vurderes tverrfaglig og klassifiseres blant annet med tanke på hendelsestype og skadegrad på pasient/bruker, før vi konkluderer med hvordan saken skal følges opp. Vi vil nå presentere hendelser som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste og som falt innenfor varselordningens kriterier.

### 6.1 Hendelsestyper

Hendelsesbeskrivelsene i varslene inneholder stort sett bare beskrivelse av hva som skjedde, og vi har relativt lite informasjon om risikoforhold og forbedringsmuligheter. Hendelsestype kategoriseres ut fra hva vi mener var det mest sentrale tema eller problem beskrevet i varselet. Vi velger én hendelsestype per hendelse. Imidlertid kan det være mange ulike forhold eller problemer involvert i alle hendelser. Oversikt over hendelsestyper finnes i tabell 3. Beskrivelse av og eksempler på hva som ligger i de hendelsestypene ligger i vedlegg 1

Tabell 3: Hendelsestyper i varsler som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste.

HENDELSESTYPER	Prosent	Antall
Medisinsk undersøkelse/diagnostikk	16,8	147
Fall	13,3	116
Ukjent/uavklart dødsårsak	12,0	105
Bruk av legemidler	9,3	81
Selvmord	8,4	73
Akutt livreddende behandling	5,4	47
Medisinsk behandling	5,4	47
Vold	5,0	44
Infeksjon	3,3	29
Annet	2,4	21
Bruk av medisinsk utstyr	2,3	20
Brann-/skoldeskade	2,2	19
Klage på tjeneste-/rettighets-/behandlingstilbud	2,1	18
Overdose/intoks	2,1	18
Komplikasjon i forbindelse med mating/spising	1,7	15
Selvordsforsøk/selvsikading	1,6	14
Pleie, omsorg eller observasjon	1,4	12
Forsvinning/rømning	1,3	11
Drap	1,0	9
Mistanke/påstand om overgrep fra ansatt	0,8	7
Kirurgisk inngrep/operasjon	0,7	6
Pasient-/trygghetsalarm	0,7	6
Fall/hopp fra stor høyde	0,5	5
Beltelegging/tvangsbruk	0,3	3
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>873</b>

## 6.2 Hvor i helse- og omsorgstjenesten skjedde hendelsen?

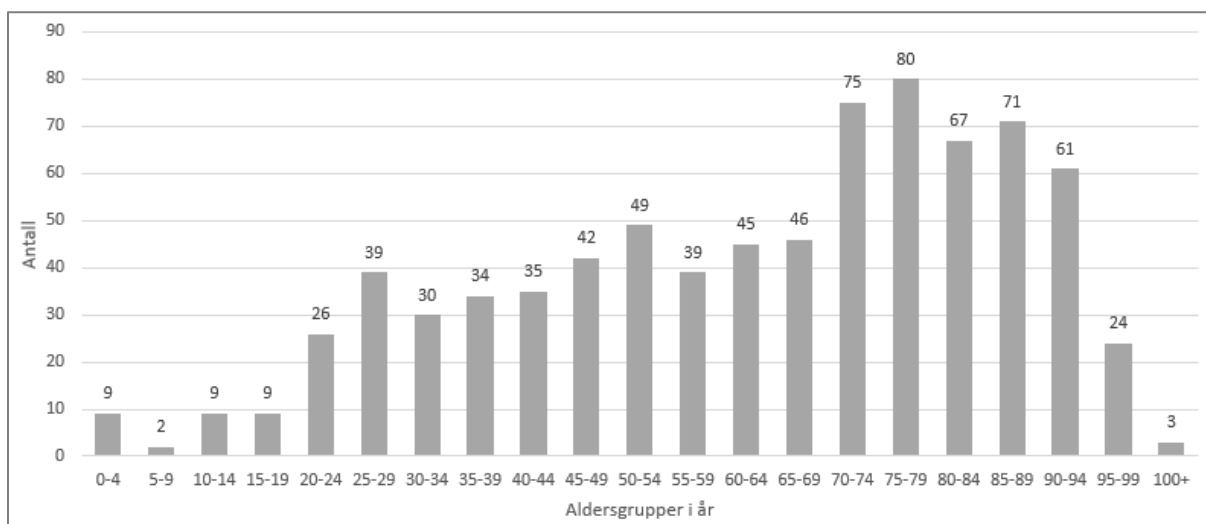
Uønskede alvorlige pasienthendelser skjer ofte i et forløp der mer enn én hjelpeinstans er involvert. Ved klassifisering av hvor hendelsen skjedde, velger vi derfor mer enn én verdi. Summen av tallene i tabell 4 overstiger således antall hendelser totalt. Her ser vi at flest hendelser involverte sykehjem eller annen institusjon, hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste, legevakt/legevaktsentral og allmennlege-/fastlegetjeneste. Noen av alternativene på denne klassifiseringen er spesialisthelsetjeneste. Dette er hendelser der både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste var involvert.

Tabell 4: Fordeling over hvilket tjenesteområde som var involvert i hendelsene.

TJENESTEOMRÅDE	Antall
Sykehjem eller annen institusjon (ikke KAD/ØHD)	310
Hjemmebasert helse-/omsorgstjeneste (ikke praktisk bistand)	180
Legevakt/legevaktsentral	152
Allmennlege-/fastlegetjeneste (ikke legevakt)	131
Annen kommunal helse - og omsorgstjeneste	100
Helseforetak	55
Habilitering/rehabilitering	47
Praktisk bistand	19
Annet	15
Kommunal akutt døgnenhet (KAD)/Øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD)	14
Psykisk helse/rustjeneste i kommunen	13
Helsestasjon	4
Privatsykehus el. enhet i privat spesialisthelsetjeneste	3
Privatpraktiserende spesialist	3
Fengselshelsetjeneste	3
Annen privat helsetjeneste i 1. linje	2
Folkehelsestjeneste/miljørettet helsevern	1

### 6.3 Aldersfordeling

Aldersfordeling blant pasienter/brukere i de 873 hendelsene er vist i figur 3 og tabell 5. Her ser vi at det var flest varsler som omhandlet personer over 65 år; 427 gjaldt personer 65 år eller eldre (49 prosent). Vi mangler opplysninger om alder i 78 av varslene. Dette skyldes at denne informasjonen ikke ble systematisk registrert før vi tok i bruk digital varsling.



Figur 3: Aldersfordeling blant pasienter/brukere i hendelsene i mottatte varsler.

Tabell 5: Aldersfordeling blant pasienter/brukere i hendelsene i mottatte varsler.

ALDERSGRUPPE	Antall
0-4 år	9
5-9 år	2
10-14 år	9
15-19 år	9
20-24 år	26
25-29 år	39
30-34 år	30
35-39 år	34
40-44 år	35
45-49 år	42
50-54 år	49
55-59 år	39
60-64 år	45
65-69 år	46
70-74 år	75
75-79 år	80
80-84 år	67
85-89 år	71
90-94 år	61
95-99 år	24
Over 99 år	3
Opplysninger om alder mangler	78
Totalt	873



## 6.4 Kjønnfordeling

Blant de 873 hendelsene det er varslet om, manglet vi opplysninger om kjønn i 78 saker. Blant de resterende 795, var det 377 kvinner/jenter (47 prosent) og 418 menn/gutter (53 prosent).

## 6.5 Skadeomfang på pasient/bruker

Med skadeomfang mener vi hvor alvorlig skade pasient/bruker fikk som følge av den aktuelle hendelsen. Hva som ligger i «svært alvorlig» skade, er en skjønnsmessig vurdering.

I de fleste hendelsene har vi ikke informasjon om hvordan pasientens tilstand har utviklet seg etter at vi mottok informasjon om hendelsen. Dette er årsaken til at cirka en femtedel der skadegrad er klassifisert som *Usikkert/annet*.

Oversikt over skadeomfang er vist i tabell 6.

Tabell 6: Skadeomfang i hendelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

SKADEGRAD PÅ PASIENT/BRUKER	Prosent	Antall
Dødsfall	60,6	529
Svært alvorlig skade	15,1	147
Dødsfall på annen forvoldt av pasient/bruker	0,6	5
Svært alvorlig skade på annen forvoldt av pasient/bruker	1,4	12
Usikkert/annet	20,6	180
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>873</b>

Det var en noe større andel dødsfall i hendelsene som ble varslet fra virksomheter (66 prosent) enn i varslene fra individer (41 prosent).

## 7 Oppfølging av varslene

Varslene følges opp ulikt avhengig av alvorlighetsgrad, kompleksitet og antatt risiko for at tilsvarende hendelser kan skje på nytt. I noen saker innhenter vi nærmere opplysninger i saken fra virksomheten og fra pasient og/eller nærmeste pårørende, før vi beslutter hvordan varselet skal følges opp. Tabell 7 viser hvordan vi har konkludert i de varslene som vi vurderte å falle innenfor varslingskriteriene.

Tabell 7: Konklusjon i hendelser som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste.

HELSETILSYNETS KONKLUSJON FOR OPPFØLGING	Prosent	Antall
Avsluttes etter innledende undersøkelser	14,6	127
Oversendes statsforvalteren for vurdering av tilsynsmessig oppfølging	83,6	730
Tilsynsmessig oppfølging	1,8	16
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>873</b>

### 7.1 Avsluttes i Helsetilsynet etter innledende undersøkelser

Når vi skal vurdere om det er grunnlag for å følge opp en sak, ser vi ikke bare på utfallet for pasienten, men også på risikoen for at en tilsvarende hendelse kan ramme andre pasienter. I saker som vi avslutter etter innledende undersøkelser hos oss, mener vi at virksomhetens interne gjennomgang og tiltak er den mest egnede måten for å styrke sikkerheten og kvaliteten i tjenesten. Dette kan være hendelser som kan ha hatt svært alvorlig utfall for pasienten/brukeren, men som vi likevel mener at det ikke er hensiktsmessig med videre oppfølging fra tilsynsmyndighetene.

## **7.2 Oversendes til statsforvalteren**

Som vist i tabell 6, ble cirka 84 prosent av sakene oversendt til statsforvalteren for vurdering av tilsynsmessig oppfølging. Dette er saker der vi vurderer at det er behov for å se nærmere på saken, og at statsforvalterens lokalkunnskap kan være viktig for å forstå hendelsen korrekt.

Statsforvalteren har egne metoder for å vurdere hendelsene. Statsforvalternes behandling og konklusjoner blir ikke presentert i dette dokumentet.

## **7.3 Tilsynsmessig oppfølging**

Vi ser av figur 1 at Helsetilsynet har hatt tilsynsmessig oppfølging i totalt 16 saker, det vil si i 1,8 prosent av varslene som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi følger opp de mest kompliserte hendelsene der det kan være vanskelig å få oversikt over hendelsesforløpet, når mange tjenester og personell er involvert, det er mistanke om alvorlig svikt og/eller hendelsen representerer et eksempel på et særlig viktig tema for pasientsikkerhet og kvalitet.

Totalt har vi hatt 14 tilsyn<sup>1</sup>. Ved enkelte tilsyn besøker vi involverte virksomheter for å snakke med ledere og helsepersonell som var involvert i tjenesteytingen og tilbyr pasienter/pårørende en samtale. Grundige undersøkelser og analyse av disse sakene er nødvendig for å få et korrekt bilde av hendelsen og om hendelsen avdekker svikt i virksomhetens risikostyring. Dette danner grunnlaget for vurderingene av ansvaret til virksomhetens ledelse og involvert helsepersonell, og om kravene i helselovgivningen er overholdt. Tilsynet identifiserer og undersøker organisatoriske forhold som har bidratt til svikt i risikostyringen og helsehjelpen.

I to saker har vi bedt virksomheten om en skriftlig vurdering av hendelsen ved å utarbeide en egenrapport. Virksomhetene beskriver forbedringsforslag som planlegges gjennomført i forbindelse med den varslede hendelsen. Vi fokuserer på virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å forebygge fremtidig svikt og ledelsens ansvar for å etablere forsvarlige styringssystemer.

Formålet er å identifisere risikoområder, hvilke risikoreducerende og skadebegrensende tiltak som er iverksatt eller mangler, for gjennom tilsyn å bidra til økt kvalitet og tillit til tjenestene. Før vi avslutter en tilsynssak, vurderer vi om saken kan avsluttes eller om den skal følges opp videre.

### **7.3.1 Rapporter etter tilsyn**

Etter at tilsynet er gjennomført, utarbeider og oversender vi en rapport til virksomheten og til pasient/bruker eller pårørende. Helsetilsynet følger opp saken, eventuelt i samarbeid med statsforvalteren, til virksomhetene har rettet opp de eventuelle påpekte lovbruddene/uforsvarlige forholdene.

Som hovedregel offentliggjøres alle rapporter i anonymisert versjon på Helsetilsynets nettsider. Tilsynsrapportene er tenkt å bidra til læring og forbedring utover den aktuelle hendelsen og den/de

---

<sup>1</sup> To saker ble gjennomført som ett tilsyn da det var to hendelser med sammenfallende problematikk med få dagers mellomrom.

involverte virksomheten(e), ved at funnene formidles til andre virksomheter som også kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv.

I det følgende presenterer vi temaene i disse sakene og noen fellestrekk i risikoreducerende og kvalitetsforbedrende tiltak.

### **7.3.2 Tematikk i sakene med tilsynsmessig oppfølging**

1. Svangerskapsoppfølging til risikogravid
2. Oppfølging av legemiddelbruk hos hjemmeboende pasient
3. Transport og helsehjelp i akuttsituasjon
4. Helsehjelp til pasient i akutt psykisk krise
5. Oppfølging av pasient ved akutt forverring under innleggelse kommunal akutt døgnenhet
6. Samhandling i oppfølging av pasient med forvirringstilstand
7. Helsehjelp til brukere som er urolige og trenger døgnkontinuerlig tilsyn
8. Legetilsyn ved legevakt ved innleggelse med akutte brystmerter
9. Oppfølging av gravid på legevakt
10. Bruk av velferdsteknologi hos beboer med kognitiv svikt
11. Oppfølging av sykt barn på mottakssenter for flyktninger
12. Legemiddelhåndtering i overgang mellom sykehus og sykehjem
13. Kommunikasjon og informasjonsflyt ved legemiddelhåndtering i hjemmebaserte tjenester
14. Oppfølging ved hjemmetjeneste etter utskrivelse fra korttidsopphold
15. Forveksling av to pasienter ved legemiddelhåndtering
16. Bruk av medisinsk utstyr ved ytelse av helsehjelp

Vi konkluderte med at det var avvik fra god praksis i alle sakene unntatt i én (sak nr. 11 i lista over). Vi presenterer disse sakene i vedlegg 2.

### **7.4 Varsler som var utenfor varselordningens kriterier**

Helsetilsynet mottar også varsler om hendelser som ikke tilsier at det har vært en alvorlig skade eller dødsfall, eller at det var en sammenheng mellom helsehjelpen og hvordan det gikk med pasienten/brukeren. Som vist i figur 1, vurderte vi at 652 av varslene som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste falt utenfor varselordningens kriterier (40 prosent).

Blant individvarsler som omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste, var det 530 av 771 varsler – altså over 80 prosent – som falt utenfor varselordningen. At denne andelen er såpass stor, kan tyde på at det er uklart hva som skal varsles/meldes til hvilken instans. Personene som har sendt disse varslene står sannsynligvis i en vanskelig situasjon og opplever de varslede hendelsene som svært alvorlige. Våre vurderinger om at de ikke falt innenfor varselordningens kriterier, er basert på lovtekstens innhold; at det skal være en svært alvorlig skade eller dødsfall *som følge av* helsehjelp. I de fleste av disse sakene har vi vurdert at det ikke var tilstrekkelig sannsynlig at denne sammenhengen var til stede. Mange av disse varslene synes å være klage på helsehjelp eller rettigheter. Eksempler på varsler som var utenfor kriteriene er presentert i vedlegg 3.

I våre svar til den som sender varselet, beskriver vi alternative mottakere av varselet, for eksempel statsforvalter eller til involvert virksomhet. Vi viser også til pasient- og brukerombudene som kan bistå i å rettlede til riktig mottaker.

Når det gjelder varsler fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, er det er ikke mulig å vite hvorvidt vi har mottatt varsel om de «rette» hendelsene eller i hvilken grad alle varslingspliktige hendelser blir varslet. Blant hendelsene som både ble varslet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og som omhandlet denne delen av tjenesten, var 118 utenfor kriteriene (14 prosent).

Varselordningen er fortsatt relativt ny. Det kan derfor være ukjent for kommuner hva som ligger i varslingsplikten, og det kan være usikkerhet rundt hvem som kan varsle. Informasjon om varslingsplikt for kommunal helse- og omsorgstjeneste kan skje både ved lokale initiativ og ved at Helsetilsynet aktivt informerer om dette.

### **7.5 Noen risiko- og forbedringsområder i hendelsene der vi har gjennomført tilsyn**

Vi beskriver nå noen av risiko- og forbedringsområdene som ble identifisert i forbindelse med de gjennomførte tilsynene. Noen hendelser omfatter flere av de beskrevne risiko- og forbedringsområdene. Sammendrag av tilsynsrapportene finnes i vedlegg 2. Mer detaljerte beskrivelser finnes i de tilsynsrapportene som er publisert (på Helsetilsynets nettsider).

Her har vi særlig oppmerksomhet mot problemer og mangler som var beskrevet på systemnivå, i mindre grad på den enkelte helse- og omsorgsarbeiders yrkesutøvelse.

#### **7.5.1 Legemiddelhåndtering**

For legemiddelhåndtering, så vi problemer knyttet til:

- at støtteverktøy for legemiddeladministrering eksisterte ved virksomheten, men ikke ble brukt. I én hendelse så vi at både sykehus og sykehjem hadde støtteverktøy for å oppdage og vurdere risiko for interaksjoner, men det var ikke sørget for tydelige rutiner og felles praksis for bruk av verktøyet. En pasient fikk for mye blodfortynnende medisiner og døde.
- mangler ved systemer for internkontroll for legemiddelhåndtering. Dette var for eksempel beskrevet da en bruker av hjemmetjeneste ble utskrevet fra korttidsopphold ved sykehus. Det var mangler både ved mottak av legemidler, utlevering til brukere og ved dokumentasjon av helsehjelpen. Brukeren fikk ikke de forordnede legemidler mot blodpropp og fikk et massivt hjerneslag.

#### **7.5.2 Samhandling**

Samhandling er særlig viktig for pasienter/brukere som blir fulgt opp ved flere ulike tjenestesteder innen kommunen og spesialisthelsetjenesten samt i akuttituasjoner. Dette stiller større krav til tydelige ansvarslinjer, samhandling og kompetanse i de ulike virksomhetene. Vi så at det var utfordringer knyttet til samarbeidsavtaler mellom ansatte, mellom avdelinger, med pårørende, med sykehus eller mellom ulike nivåer av helse- og omsorgstjenesten. Dette medførte for eksempel feil i medikamentell behandling, forsinket legetilsyn ved overflytting fra sykehus til sykehjem og manglende oppfølging av bruker etter overføring til annet tjenestested.

I to hendelser der alvorlig syke pasienter trengte rask transport til sykehus, avdekket vi utfordringer knyttet til beslutningsprosesser ved anmodning om ambulanshelikopter, herunder mangelfull

beslutningsstøtte for personell ved prioritering og gjennomføring av ambulanshelikopteroppdrag. Det var risiko for svikt ved at samme person i virksomheten hadde ulike roller i prosessen. Det manglet system for å avverge risikoen for beslutningsvegring i situasjoner der motstridende hensyn som eksempelvis smittevern hensyn og beredskap, står mot hverandre.

### *7.5.3 Ved legevakt eller kommunal akutt døgnenhet (KAD)*

Ved legevakt eller kommunal akutt døgnenhet så vi at det manglet systemer for å:

- sikre legetilsyn i travle perioder
- kunne oppdage endring i pasientens tilstand etter innleggelse slik at akutt forverring kunne håndteres adekvat

I hendelsene ved legevakt var det beskrevet at pasienter måtte vente lengre enn anbefalt tid og døde før de fikk legetilsyn. Høyt driftsnivå var beskrevet i begge disse hendelsene.

For pasienten ved kommunal døgnenhet ble en pasients tilstand akutt forverret. Samlet sett sikret ikke kommunen forsvarlig helsehjelp til pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring. Det foreligger sentrale og relevante retningslinjer som skal sikre forsvarlig helsehjelp til pasienter som legges inn på KAD, men virksomheten hadde ikke forsikret seg om at disse var kjent, forstått og blir etterlevd av helsepersonellet som skal følge opp pasientene. Virksomheten hadde ikke sørget for tilstrekkelig opplæring i rutiner og bruk av IKT-systemer som skal sikre forsvarlighet og god samhandling mellom sykepleiere og leger.

### *7.5.4 Risikovurdering ved omorganisering og før innføring av teknologiske løsninger*

I forbindelse med omorganiseringer eller driftsmessige endringer er det viktig at det gjøres risikovurderinger. Vi så at dette ikke var gjort for eksempel før innføring av velferdsteknologi. Dette gjaldt en bruker ved et sykehjem som fikk GPS. Det var ikke i tilstrekkelig grad sørget for nødvendig vurdering av farer og risikoer før oppstart av GPS. Da brukeren forsvant, var ledere og ansatte usikre på hvordan GPS-en fungerte. Det var heller ikke sikret at batterinivået på GPS-en ble sjekket før bruk. Brukeren ble funnet død. Det var for øvrig heller ikke fattet vedtak om bruk av GPS slik loven krever.

Vi har også erfart gjennom flere tilsyn at avdelinger og enheter hadde omorganisert hjemmetjenestene, men at det ikke var tilstrekkelig vurdert hvordan de skulle sikre at brukere ikke falt ut av driftssystemet. Én bruker falt ut av pasientlistene og ble funnet død i hjemmet etter noe tid. For en annen bruker ble det besluttet redusert oppfølging på grunn av pandemien. Daglige hjemmebesøk som skulle påse at brukeren tok sine livsnødvendige legemidler, ble erstattet med telefonsamtale, men de hadde ikke laget rutiner for hva de skulle gjøre dersom pasienter ikke responderte på planlagte telefonkonsultasjoner. Brukeren døde noen dager etter siste kontakt med hjemmetjenesten

### *7.5.5 Læring av tidligere feil*

Flere saker beskrev at tidligere meldte avvik, erkjente risikoforhold og gjennomførte tilsyn i liten grad har blitt anvendt i forbedringsarbeid. Avvikssaker og tilsynsrapporter var i liten grad gjort kjent for de ansatte.

### 7.5.6 Prosedyrer

Vi så at det var prosedyrer som enten manglet, ikke var kjent eller var anvendt korrekt, for eksempel for bruk av medisinsk utstyr. Én pasient fikk ikke forsvarlig helsehjelp fordi det medisinske utstyret var koblet feil. Pasienten fikk ikke den pustehjelpen det var behov for og døde.

Det er virksomhetenes ansvar å sørge for at brukere av medisinsk utstyr får opplæring, slik at de til enhver tid har de nødvendige ferdigheter og kunnskap om korrekt og sikker bruk. Opplæringen skal være systematisk og dokumentert.

## 8 Erfaringer med digitalt varslingsystem

### 8.1 Digitalisering innebar nytt system for innmelding

Før vi fikk digitale systemer for å sende varsel til Helsetilsynet, ble informasjonen innhentet muntlig av saksbehandler i Helsetilsynet og skrevet inn i vårt saksbehandlingssystem. Dette medførte mange manuelle prosesser for innhenting og registrering av informasjon fra virksomheten og fra pasienter og pårørende. Dette var tidkrevende og innebar også en potensiell kilde til feilregistrering.

Med digital varsling fra virksomhetene mottar vi beskrivelse av hendelsene sett fra virksomhetens perspektiv direkte inn i saksbehandlingssystemet. Imidlertid er det ofte behov for å etterspørre supplerende informasjon etter at første varsel er innsendt. Dette medfører at det må sendes et nytt varsel i melde.no. Det hadde vært tidsbesparende å kunne sende varsel direkte fra virksomhetenes avvikssystemer.

### 8.2 Pålogging med informantens personlige ID

Som nevnt i kapittel 1.2, kan innsending av varsel delegeres fra virksomhet til et enkelt helsepersonell. Digital varsling krever pålogging med informantens personlige ID. Dette kan være uheldig fordi digital dialog da skjer gjennom den som sender inn varselet og saksbehandler i Helsetilsynet, i stedet for at dialogen skjer mellom *virksomheten* og Helsetilsynet.

## 9 Har tilsynene hatt effekt?

Formålet med varselordningen for de alvorligste hendelsene er å identifisere uforsvarlige forhold raskere, slik at forholdene rettes opp og bidrar til bedre pasientsikkerhet. Det er således naturlig å stille spørsmålet om varsler fra kommunal helse- og omsorgstjeneste har bidratt til bedre pasientsikkerhet. Ut fra disse tallene er det ikke mulig å identifisere mulige effekter av forbedringstiltak tallmessig verken på lokalt eller nasjonalt nivå. Dette skyldes blant annet at det er relativt få hendelser og at hendelsenes innhold er svært varierende. Av samme grunn er det heller ikke mulig å si noe om tallmessige trender.

Imidlertid erfarer vi at virksomhetene opplever at tilsyn er en hjelp til å identifisere risikoområder og kvalitetsforbedrende tiltak og også til å få støtte til å gjennomføre disse tiltakene.

I gjennomføring av tilsyn og i rapportene fra disse tilstreber vi å se hendelsene og tilhørende forbedringstiltak i et systemperspektiv. Vi ønsker at risikoområder og forbedringstiltak beskrives så

generelt at de kan være anvendbare for andre virksomheter enn de involverte. De fleste tilsynsrapporter publiseres i sladdet versjon på Helsetilsynets nettsider. Disse rapportene kan være viktige kilder til virksomhetenes arbeid med pasientsikkerhet og i arbeid med læring og forbedring.

I tillegg har vi erfart av det skjer informasjonsutveksling ved at kommuner som har hatt tilsyn, blir kontaktet for å utveksle erfaringer med forbedringsarbeid i etterkant av tilsynet. Vi blir også i stadig større grad kontaktet for å holde innlegg og formidle tilsynserfaringer i ulike fora innen kommunal helse- og omsorgstjenesten.

## **10 Oppsummering**

Det er virksomhetene som har ansvaret for at tjenestene er forsvarlige. Formålet med tilsyn, herunder varselordningen, er å bidra til pasientsikkerhet, kvalitet og tillit til helse- og omsorgstjenesten. Vi kan ikke måle effekten av gjennomførte tilsyn gjennom tallmessige endringer, men våre erfaringer med forbedringsarbeid lokalt etter et tilsyn, sier oss at tilsyn har effekt. Etter de fire første årene med utvidet varselordning, ser vi at varselordningen ikke er tilstrekkelig kjent i kommunal helse- og omsorgstjenesten. Vi ser at det finnes stor overføringsverdi i gjennomførte tilsyn, og det er gledelig at virksomhetene bruker tilsynserfaringene og rapportene aktivt i sitt opplærings- og forbedringsarbeid.

## 11 Vedlegg

### 11.1 Vedlegg 1 – Beskrivelse av og eksempel på grupper av hendelsestyper

- **Medisinsk undersøkelse/diagnostikk:** her har vi inkludert hendelser som gjelder alle type somatiske undersøkelser og diagnostiske prosedyrer. Pasienter/brukere og pårørende hadde høyst andel varsler i denne gruppen. Eksempler på hendelser: mulig forsinket diagnose av alvorlig sykdom, dødsfall kort tid etter fysisk eller telefonisk kontakt med helsepersonell.
- **Fall** inkluderer forskjellige type fall i eget hjem eller i institusjon.
- **Ukjent/uavklart dødsårsak** var stort sett hendelser der pasient/bruker uventet ble funnet død, og der dødsårsaken ikke var kjent da virksomheten sendte varselet. I noen av disse hendelsene var det mistanke om selvmord.
- **Bruk av legemidler:** her har vi inkludert alle hendelser som omhandlet bruk av legemidler; fra ordinerings, istandsetting, administrasjon og effekt til observerte bivirkninger.
- **Selvmord** blant pasienter/brukere som mottok tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- **Akutt livreddende behandling** er hendelser der en pasient/bruker døde brått og uventet i tilknytning til et behandlingsforløp, ofte uten kjente risikofaktorer. Dette er også hendelser der pasienter døde eller ble alvorlig skadet etter å ha blitt funnet i dårlig forfatning og livreddende behandling ble iverksatt.
- **Medisinsk behandling** var i hovedsak varslet av ansatte i virksomheter og av pårørende og omhandlet for eksempel skade etter inngrep eller kateterisering, skade i forbindelse med stell eller forflytning og mulig forsinket oppstart av relevante behandlingstiltak.
- **Vold** inneholder hendelser med vold blant annet mot medpasienter/-beboere og vold mot familiemedlemmer eller venner.
- **Infeksjon:** mange av disse hendelsene omhandlet covid-19-relaterte forhold. Generelt gjaldt disse hendelsene for eksempel manglende etterlevelse av smittevernregler som medførte smitte eller det var spørsmål ved behandling ved mistanke om eller påvist infeksjon
- **Annet** er hendelser som ikke lot seg klassifisere i en av de tilgjengelige alternativene. Eksempler på innhold i disse hendelsene er skade på grunn av bygningstekniske forhold, uhell under transport mellom virksomheter, brann i eget hjem til bruker av kommunal helse- og omsorgstjeneste, påstand om journalføringsfeil, varsel om mulig pågående risiko og uforsvarlighet i tjenestene.
- **Bruk av medisinsk utstyr** inkluderer alle hendelser der medisinsk utstyr var brukt, blant annet utstyr til forflytning, protesemateriale og sonde- og kateterbruk.
- **Brann-/skoldeskade:** de fleste av disse hendelsene dreier seg om pasienter/brukere som har blitt skadet i forbindelse med bading i badekar, dusjing eller ved håndvask med for varmt vann. Dette gjelder også forbrenning etter bruk av varmeflaske med for varmt vann på person med lammelser. De fleste var varslet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- **Klage på tjeneste-/rettighets-/behandlingstilbud.** De fleste av disse varslene var fra individer. Dette var for eksempel klage fra pårørende på omsorgstilbud og/eller omsorgsnivå, manglende tilgang på medisinsk hjelp eller klage på barnevernstjenesten.
- **Overdose/intoks:** Mange varsler omhandlet overdose av illegalt rusmiddel av brukere/pasienter i behandlingsprosess. Det var også noen varsler som omhandlet overdosering av forskrevne legemidler.
- **Komplikasjon i forbindelse med mating/spising:** disse hendelsen gjelder pasienter som fikk mat i luftveiene, enten fordi det ble gitt feil type mat (for eksempel ikke most mat der dette var bestemt) eller at pasienter fikk blokkerte luftveier ved mating/spising.
- **Selvmordsforsøk/selvskadning:** alle disse varslene er fra virksomheter. Mange hendelser gjaldt hopp fra stor høyde.
- **Pleie, omsorg eller observasjon** omhandler blant annet hendelser knyttet til sårbehandling, hjelp til personlig stell/hygiene, oppfølging av grunnleggende behov hos utviklingshemmet bruker, ernæringsoppfølging under langtidsinnleggelse og rutiner for veiledning i forbindelse med utskrivelse fra institusjon til hjem.



- **Forsvinning/rømming** gjelder hendelser der pasient/bruker kom bort fra hjem eller institusjon og senere ble funnet død eller i dårlig forfatning.
- **Drap:** inkluderer i hovedsak pasient/bruker innen psykisk helsevern som begår drap.
- **Mistanke/påstand om seksuelt overgrep fra ansatt** er varslet både fra pasient/bruker, pårørende og ledere ved kommunal virksomhet. Disse varslene gjelder mistanke/påstand om overgrep fra ansatte mot pasient/bruker.
- **Kirurgisk inngrep/operasjon:** omhandler blant annet komplikasjoner og/eller dødsfall i forbindelse med kirurgiske inngrep.
- **Pasient-/trygghetsalarm** gjelder både teknisk svikt ved alarmsystem og manglende respons på utløst alarm.
- **Fall/hopp fra stor høyde:** i mange av disse sakene var det beskrevet at det var uklart om det var ulykke eller selvmord. Hendelsene skjedde både under innleggelse i institusjon og utendørs.
- **Beltelegging/tvangsbruk** inkluderer skade som følge av tvangsbruk og/eller bruk av makt i forbindelse med utagering samt klage på bruk av tvang.

## **11.2 Vedlegg 2 – Tilsynssakene**

Vi presenterer nå en oppsummering av de 16 hendelsene der vi har gjennomført tilsyn; først med en kort beskrivelse av hendelsen, deretter tema for tilsyn, våre vurderinger og konklusjon, inklusive forslag til kvalitetsforbedringstiltak. Datoer og involverte virksomheter er anonymisert.

### **11.2.1 Svangerskapsoppfølging til risikogravid**

#### **Hendelsen**

En gravid hadde svangerskapsoppfølging både hos fastlege og jordmor. Det var språkproblemer, og tolk ble brukt. Det ble funnet veksthemning hos barnet (lavt symfyse-fundus-mål (SF-mål)). Kvinnen ble ikke henvist til spesialisthelsetjenesten, men hun ble senere lagt inn på sykehus pga. infeksjon. Veksthemningen ble ikke nevnt i inntakjournalen. Senere i svangerskapet fant jordmor også lavt SF-mål, men sørget ikke for time til kontroll av fosterveksten. Barnet var dødt da kvinnen henvendte seg til fødeavdelingen da hun var ca. én uke over termin.

#### **Tema for tilsyn**

Vi ønsket å undersøke hvordan aktørene i kommunen og ved sykehuset hadde lagt til rette for at gravide med økt risiko fikk nødvendig oppfølging i svangerskapet.

#### **Vurdering**

Det er ikke i tråd med god praksis at kvinnen ikke ble henvist direkte til sykehuset da jordmor fikk et SF-mål under 2,5-prosentilen. Det manglet dokumentasjon på avvikende mål. Dette var informasjon som skulle vært journalført og som også skulle fremgått av epikrisen som ble sendt til jordmor og fastlege. Statens helsetilsyn vurderer at det i epikrisen også skulle fremgått spesifikke råd om videre oppfølging knyttet til det lave SF-målet. Det er ikke i tråd med god praksis at kvinnen ikke fikk tilbud om ny konsultasjon.

Kvinnen fikk forsvarlig helsehjelp under innleggelsen. Sykehuset hadde lagt til rette for at gravide med økt risiko som ble henvist på grunn av lavt SF-mål fikk forsvarlig oppfølging.

#### **Konklusjon**

Avviket fra god praksis var samlet sett så stort at kvinnen ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

#### **Kvalitetsforbedring etter hendelsen**

Kommunen har arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet etter hendelsen.

### **11.2.2 Oppfølging av legemiddelbruk hos hjemmeboende pasient**

#### **Hendelsen**

Pasient med kronisk sykdom skulle ha besøk av hjemmetjenesten morgen og kveld for å følge opp legemiddelbruken. Tjenestetilbudet ble redusert til kun å gjelde besøk om kvelden. I forbindelse med koronasituasjonen ble tjenestetilbudet ytterligere redusert til telefonkontakt med helsepersonell på kveldstid.

To måneder etter siste reduksjon i tjenestetilbudet ble pasienten funnet bevisstløs i sitt hjem av pårørende og var da livstruende syk. Pasienten ble bragt til sykehus og døde. Det viste seg at hjemmetjenesten ikke hadde hatt kontakt med pasienten på tre døgn. Hjemmetjenesten hadde forsøkt å ringe pasienten, men oppnådde ikke kontakt.

## **Tema for tilsyn**

Hadde kommunen foretatt en helhetlig vurdering av pasientens behov og lagt til rette for at brukeren fikk korrekte legemidler?

## **Vurdering**

Det var ikke lagt planer for hvordan pasienten skulle følges opp eller hvordan hjemmetjenesten skulle samarbeide med andre instanser for å gi pasienten helsehjelp. Hjemmetjenesten hadde redusert oppfølgingen av pasientens behandling uten å involvere fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Da koronasituasjonen oppsto, besluttet hjemmetjenesten at daglige hjemmebesøk skulle erstattes med en telefon til pasienten, til tross for at det over telefon ikke var mulig å kontrollere at legemiddelbehandlingen ble utført korrekt.

Kommunen hadde ikke rutiner for hva som skulle gjøres hvis pasienten ikke tok telefonen, og det var opp til den enkelte helsepersonell hva de skulle foreta seg når de ikke oppnådde kontakt. Det fremkom under tilsynet at kommunen ikke hadde sørget for tilstrekkelige rutiner og etablerte arbeidsmåter for hvordan pasienter/brukere som mottok hjemmetjenester skulle følges opp.

Kommunen sikret ikke at viktige beskjeder og informasjon om pasientene/brukerne ble overført mellom helsepersonell. Helsehjelpen ble i stor grad gjennomført ut fra hva det enkelte helsepersonell vurderte som riktig der og da, uten at de hadde retningslinjer å støtte seg til, eller kollegaer eller ledere å diskutere med.

Kommunen hadde hatt en lignende hendelse to år tidligere som gjaldt manglende oppfølging etter at en bruker hadde utløst trygghetsalarmen på natten. Brukeren ble funnet død i sitt hjem påfølgende dag. Statsforvalteren konkluderte med uforsvarlig virksomhet. Denne avgjørelsen har vært ukjent for store deler av hjemmetjenesten og for den øverste ledelsen i kommunen.

## **Helsetilsynets vurdering**

Kommunen hadde ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter/brukere med sammensatte behov som mottar hjemmetjenester. Vi har også kommet til at kommunen ikke ga den aktuelle pasienten forsvarlig helsehjelp.

## **Kvalitetsforbedring etter hendelsen**

Helsetilsynet har kommet til at kommunen i etterkant av hendelsen har arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og har iverksatt tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelser skjer igjen.

### ***11.2.3 Transport og helsehjelp i akuttsituasjon***

#### **Hendelsen**

Vi fikk to varsler om pasienthendelser der alvorlig syke pasienter ble transportert med ambulansobil der det var anmodet om ambulanshelikopter. Transporten med bil ville i begge tilfellene ta ca. tre timer. De to alvorlige hendelsene involverte pasienter som kom inn til legevakten med symptomer på alvorlig infeksjon. Begge pasientene ble dårligere under ambulansobiltransporten, og den ene pasienten fikk hjertestans og døde underveis. Hendelsene fant sted med fire dagers mellomrom under sommerferieavvikling og under pågående koronapandemi. I samsvar med virksomhetens egen praksis

skulle begge pasientene vært transportert med helikopter. Pasientene fikk forsinket behandling i spesialisthelsetjenesten ved valget av transport med ambulansebil.

### **Tema**

Ivaretagelsen av sepsispasienter med behov for rask transport til spesialisthelsetjenesten for behandling. Vi undersøkte om pasientene fikk forsvarlig helsehjelp og om virksomheten sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter med tidskritiske tilstander og behov for transport.

### **Konklusjon**

For den ene pasienten var det lagt en alternativ plan om å reversere beslutningen og likevel hente pasienten med ambulanshelikopter ved forverring. Vi har derfor kommet til at det ikke var uforsvarlig med transport i ambulansebil. For den andre pasienten har vi kommet til at denne ikke fikk transport til rett sted til rett tid, og at helsehjelpen var uforsvarlig.

For begge pasienthendelsene har vi kommet til at det er avdekket svikt som skyldes manglende organisering, styring og ledelse av tjenesten. Gjennomgangen har avdekket utfordringer knyttet til beslutningsprosesser ved anmodning om ambulanshelikopter, herunder mangelfull beslutningsstøtte for personell ved prioritering og gjennomføring av ambulanshelikopteroppdrag. Det er risiko for svikt ved at samme person i virksomheten har ulike roller i prosessen (både LA-lege og AMK-legefunksjon), og det manglet system for å avverge risikoen for beslutningsvegring i situasjoner der motstridende hensyn som eksempelvis smittevern hensyn og beredskap, står mot hverandre. Det er også avdekket mangelfull praksis for dokumentasjon knyttet til vurderinger av medisinske hensyn opp mot ressurs- og beredskapssituasjonen ved valg av ambulanseressurs.

Virksomheten har ved dette ikke sikret pasientene forsvarlige tjenester ved alvorlig sykdom og behov for transport med ambulanshelikopter.

#### *11.2.4 Helsehjelp til pasient i akutt psykisk krise*

### **Hendelsen**

Pasienten var under oppfølging av helsevesenet på grunn av alvorlig psykisk lidelse. I timene før hendelsen hadde pasienten og naboer flere ganger henvendt seg til legevakten på grunn av forverring i pasientens tilstand. Pasienten døde i forbindelse med en episode hvor pasienten ble oppfattet å utgjøre en fare.

### **Tema for tilsyn**

Om spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten samlet sett hadde lagt til rette for at pasienter med alvorlig psykisk lidelse som følges opp av FACT, får forsvarlig helsehjelp ved endring av tilstand.

### **Helsetilsynets vurdering**

Pasienten ble fulgt opp ved flere ulike tjenestesteder innen kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette stiller større krav til tydelige ansvarslinjer, samhandling og kompetanse i de ulike virksomhetene. Det foreligger svikt ved at virksomhetene ikke sørget for systematisk observasjon, diagnostikk og vurdering ved endring i pasientens tilstand, herunder det å sette seg inn i pasienthistorikk. Under dette har Helsetilsynet kommet til at håndtering av telefonhenvendelser til legevakten ikke var forsvarlig. Videre ble det ikke iverksatt nødvendige tiltak eller sørget for nødvendig samhandling mellom de ulike tjenestestedene.

## **Konklusjon**

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ga ikke samlet sett pasienten forsvarlig helsehjelp i den aktuelle tidsperioden.

## **Kvalitetsforbedring etter hendelsen**

Helsetilsynet har kommet til at kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap har arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet etter hendelsen for å redusere risiko for svikt i helsehjelpen ved endring av tilstand hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Vi har likevel bedt kommunen om å redegjøre ytterligere for arbeidet med kvalitetsforbedring på legevakten.

### *11.2.5 Samhandling i oppfølging av eldre pasient med forvirringstilstand*

#### **Hendelsen**

Varselet omhandlet en eldre dement pasient med forvirringstilstand (delir). Pasienten ble først fulgt opp ved sykehus og deretter overført til kommune for videre oppfølging på korttidsavdelingen på et sykehjem.

#### **Tema for tilsyn**

Vi undersøkte om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp og om virksomhetene har tilrettelagt sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å yte forsvarlige helsetjenester. Vår hovedproblemstilling har vært om virksomhetene har tilrettelagt for forsvarlig utredning, behandling og oppfølging av pasienter med delir.

#### **Vurdering**

Det eksisterer en samarbeidsavtale mellom sykehus og aktuell kommune som skal sikre helhetlige og forsvarlige pasientforløp, når pasienter skal overføres fra sykehus til kommunen for videre oppfølging. Gode utskrivingsrutiner og informasjonsoverføring står her sentralt. Sykehuset og kommunene har forpliktet seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere. Ved tilsynet fremkom det at avtalen var lite kjent i virksomhetene, og at den ikke ble fulgt i denne konkrete saken. Dette kan ha svekket oppfølgingen av en alvorlig syk og svært sårbar pasient.

Sykehuset hadde ikke tilrettelagt for forsvarlig utredning og behandling av pasienter med delir. Kommunen forsikret seg ikke om at sentrale retningslinjer for utredning og oppfølging av pasienter med delir, ble fulgt og forstått. Kommunen hadde heller ikke sikret at eksisterende samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunen for overføring av pasienter til kommunen, var kjent, forstått og ble fulgt av helsepersonellet i virksomheten.

I kommunikasjonen med sykehuset om overføring av pasienten til kommunen, ble det ut fra foreliggende informasjon ikke foretatt en nærmere vurdering av pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging. Det ble heller ikke innhentet råd fra annet kvalifisert helsepersonell i kommunen for å vurdere de foreliggende opplysningene. Kommunen fanget ikke opp at sykehuset meldte pasienten utskrivningsklar uten at pasienten var tilstrekkelig utredet og avklart.

Sykehjemslegen ble ikke tilkalt av helsepersonellet etter at pasienten var overført til korttidsavdelingen på sykehjemmet. Det ble ikke på annen måte forsøkt innhentet nærmere informasjon om pasienten og opplysninger om nødvendig videre oppfølging av henne. Det ble ikke reagert på at den medikamentelle behandlingen igangsatt av sykehuset var i strid med gjeldende

anbefalinger. Da pasienten ble tilsett av sykehjemslege etter ett døgn, var pasienten sterkt redusert, og det ble mistenkt overdosering av de gitte legemidlene. Under oppholdet på korttidsavdelingen ble ikke observasjoner knyttet til legemiddeleffekt/bivirkninger dokumentert, og det forelå mangelfull dokumentasjon om pasientens tilstand.

### **Konklusjon**

Helsetilsynet har kommet til at kommunen ikke har tilrettelagt for forsvarlig oppfølging og behandling av pasienter med delir. Kommunen har ikke forsikret seg om at ansatt helsepersonell hadde den nødvendige kunnskap om utredning og behandling av delir, eller at eksisterende retningslinjer for oppfølging av inneliggende pasienter ble fulgt. Kommunen har heller ikke sikret at den eksisterende samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommunen var kjent, forstått og ble fulgt av helsepersonell i virksomheten.

#### *11.2.6 Helsehjelp til brukere som er urolige og trenger døgnkontinuerlig tilsyn*

Denne tilsynssaken er ikke avsluttet i skrivende stund. Vi beskriver derfor hovedtrekk i hendelsen og liten grad vurderinger og konklusjon.

### **Hendelsen**

En bruker på en korttidsavdeling ved et helsesenter hoppet ut fra en balkong i andre etasje og pådro seg alvorlige bruddskader.

### **Tilsynsmessig tema**

Vi undersøkte om kommunen har tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til brukere som er urolige og trenger døgnkontinuerlig tilsyn, herunder ivaretagelse av urolig bruker som motsetter seg helsehjelp og som har gjennomført handlinger som innebærer fare for egen sikkerhet og helse. Vi undersøkte også hvordan kommunen har sikret god kommunikasjon og informasjonsflyt rundt denne type brukere.

### **Vurderinger**

Mangelfulle tiltak knyttet til ivaretagelse av den fysiske sikkerheten for brukere er et område i helsetjenesten som utgjør høy risiko for svikt, og der svikt potensielt kan ha alvorlige konsekvenser for brukere. Fall fra stor høyde er en slik risiko. Det er derfor ekstra viktig med tydelige tiltak som alle ansatte forstår. Ledelsen skal tilrettelegge for at ansatte kan gjennomføre tiltakene. Videre må det være strukturer som sikrer kommunikasjon og informasjonsflyt mellom ulike ansatte, mellom ulike forvaltningsnivå, og med pårørende.

Kommunens har beskrevet egen vurdering av hendelsen og både planlagte og gjennomførte forbedringstiltak.

#### *11.2.7 Legetilsyn ved legevakt ved akutte brystmerter*

### **Hendelsen**

Pasient med brystmerter ble innbrakt til legevakten med ambulanse. Pasienten ble vurdert til å ha behov for legetilsyn innen 10–20 minutter, men ble funnet død om lag en time etter ankomst, og uten at pasienten var undersøkt av lege.

### **Tilsynsmessig tema**

Vi undersøkte om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp og om kommunen sørger for at pasienter med brystmerter og andre akutte tilstander får forsvarlige, trygge og gode tjenester, slik at behandlingen blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav. Videre undersøkte vi om virksomheten i tilstrekkelig grad hadde oversikt over og håndterte risikoområder knyttet til ventetider for pasienter ved legevakten.

### **Vurdering**

Virksomheten hadde ikke i tilstrekkelig grad lagt til rette for at pasienter med brystmerter og andre akutte tilstanden fikk forsvarlig helsehjelp i situasjoner med stor pasienttilstrømning. Bakgrunnen for dette er at legevakten ikke hadde tilstrekkelige systemer eller tiltak for å sikre legetilsyn innen forventet tid ved stor pasientpågang. Helsetilsynet vurderer at tidsrommet mellom triage og legetilsyn innebærer en forhøyet risiko for at pasientene med brystmerter og andre akutte tilstander ikke får nødvendig helsehjelp i tilfeller med høyt driftsnivå.

Virksomheten hadde ikke i tilstrekkelig grad oversikt over risikoområder i egen drift, og det var ikke utarbeidet målrettede tiltak som kunne iverksettes i situasjoner der virksomheten hadde presset kapasitet.

### **Konklusjon**

Pasienten fikk ikke forsvarlig helsehjelp fordi hen lå for lenge på legevakten med brystmerter uten å få legetilsyn, og uten ringesnor for å kunne gi beskjed om behov for hjelp.

#### *11.2.8 Oppfølging av gravid på legevakt*

### **Hendelsen**

En drøy måned før termin oppsøkte en gravid en kommunal legevakt fordi hun følte seg syk. Kvinnen klarte ikke å gå, hadde vondt i halsen og var tungpusten. Det var noen kommunikasjonsutfordringer. Hun hadde hatt plagene i seks dager og oppsøkte legevakten fordi hun kjente forverring siste døgn. Hun hadde nylig flyttet til kommunen.

På legevakten registrerte mottakende sykepleier pasientens temperatur, blodtrykk, puls og oksygenmetning i blodet. I tillegg ble det tatt blodprøve for tegn på infeksjon. Pulsen var hurtig. De øvrige måleresultatene var normale, og kvinnen ble oppfattet å være i god allmenntilstand. Kvinnen ble ikke testet for korona. Hun ble bedt om å vente på lege, og hun ble fortalt at hun var en prioritert pasient ettersom hun var gravid. Etter å ha ventet i nærmere tre timer, dro pasienten hjem på eget ansvar. Dette var før hun hadde kommet inn til lege.

I ventetiden forsøkte pasienten å ringe på ringeklokken til vaktrommet flere ganger, men fikk ikke svar. Hun hadde smerter i ryggen og klarte ikke å vente lenger. Mannen hennes, som måtte stå utenfor huset på grunn av legevaktens smittevernregler i koronatid, ringte til resepsjonen og forklarte dette og fikk til svar at pasienten måtte vente til legen var ledig. Mannen spurte deretter om de kunne dra hjem ettersom ventetiden var så lang. Ifølge mannen svarte personellet som satt i resepsjonen at dersom de ville, kunne de dra hjem og ringe fastlegen dagen etter. Noen dager senere gikk kvinnen i fødsel og på sykehuset ble det oppdaget at barnet var dødt i magen. I ettertid ble foreldrene informert om at koronasmitte var sannsynlig dødsårsak.

### **Tilsynsmessig tema**

Om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om kommunen sørger for at gravide som oppsøker legevakt på grunn av sykdomsfølelse får forsvarlige og trygge tjenester.

## **Vurdering**

Saken har vist nødvendigheten av god kommunikasjon og kartlegging av tilstanden hos gravide som oppsøker legevakt. Saken viser også prinsipielle sider ved den generelle svangerskapsoppfølgingen av gravide som flytter til ny kommune, og utfordringer knyttet til det å finne frem i helsevesenet. Videre at det er viktig å sørge for rask og god oppfølging av nye gravide som henvender seg til svangerskapsomsorgen.

## **Konklusjon**

Legevakten ga ikke pasienten forsvarlig helsehjelp fordi det ikke ble sørget for at hun ble undersøkt av lege innen rimelig tid. Vi har videre kommet til at legevakten ikke i tilstrekkelig grad hadde lagt til rette for at gravide med sykdomsfølelse ble forsvarlig prioritert og undersøkt av lege. Helsetilsynet vurderer at ventetiden på legevakt innebærer en forhøyet risiko for at gravide pasienter med sykdomsfølelse, ikke får nødvendig helsehjelp i travle perioder.

## **Kvalitetsforbedring etter hendelsen**

Virksomheten har opplyst at det er planlagt å øke kapasiteten ved å ha lege i mottak for gående pasienter (lege i mottak) og lege som tar imot pasienter sammen med sykepleier i ambulansemottaket (teamtriage). Det er per i dag innført en prøveordning og planlagt for implementering av ordningen i løpet av året. Helsetilsynet anser tiltaket som relevant og har etterspurt den videre prosessen i dette arbeidet og om ordningen fungerer som forutsatt.

### *11.2.9 Bruk av velferdsteknologi (GPS) av dement sykehjemsbeboer*

## **Hendelsen**

En sykehjemsbeboer med demens var glad i å være på tur og kunne gå raskt og langt. Brukeren fikk GPS, slik at sykehjemmet kunne finne brukeren igjen hvis hen gikk av gårde uten at de oppdaget det. En ettermiddag var brukeren borte. Da helsepersonellet prøvde å spore hen opp, fikk de ikke kontakt med GPS-en. Sykehjemsbeboeren ble samme kveld funnet død.

## **Tilsynsmessig tema**

Om kommunen hadde sørget for forsvarlig bruk av GPS for sykehjemsbeboere med demens og om brukeren hadde fått forsvarlig helsehjelp.

## **Vurdering**

Kommunen hadde tatt i bruk velferdsteknologi, men det var ikke i tilstrekkelig grad sørget for nødvendig vurdering av farer og risikoer før oppstart av GPS, eller fattet vedtak om bruk av GPS, slik loven krever. Ledere og ansatte var usikre på hvordan GPS-en fungerte, og det var ikke sikret at batterinivået på GPS-en ble sjekket før bruk. Det var videre ikke sikret at ledere og helsepersonell i sykehjemmet hadde fått god nok opplæring i hvordan GPS skulle brukes.

## **Konklusjon**

Kommunen hadde ikke tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp knyttet til bruk av GPS for sykehjemsbeboere med demens, og brukeren fikk derfor ikke forsvarlig helsehjelp. Vi har kommet til at kommunen etter hendelsen har arbeidet systematisk med kvalitetsforbedring og brukersikkerhet.



### *11.2.10 Oppfølging av sykt barn på mottakssenter for flyktninger*

#### **Hendelsen**

Et barn med en kronisk sykdom som bodde på mottakssenter for flyktninger, ble akutt syk. Den akutte sykdommen førte til at barnet ble innlagt sykehus. Barnet døde kort tid etter innleggelsen.

#### **Tilsynsmessig tema**

Vi har undersøkt helsehjelpen som barnet fikk, og hvordan kommunen har lagt til rette for helsetjenester til barn med sammensatte behov, som bor på mottak. Vi hadde fokus på helsehjelpen barnet fikk i kommunen fra ankomst i mottakssenteret og til helsehjelpen som ble gitt da akutt sykdom oppsto og fram til barnet døde.

#### **Vurdering**

Helsetilsynet har, til tross for det fatale utfallet, kommet til at undersøkelsene og vurderingene som ble gjort dagen før dødsfallet, var i tråd med kravene til forsvarlig helsehjelp. Det ble ikke funnet tegn som ga grunn til akutt innleggelse i sykehus, og legevaktlege konsulterte barnelege ved lokal barneavdeling. Håndteringen, da barnet var dårligere dagen etter og ble kjørt til sykehus av ambulanspersonell, anses å være i tråd med forsvarlig helsehjelp. På dette tidspunkt hadde barnet fått feber, økende magesmerter og hard og stinn buk.

#### **Konklusjon**

Kommunen ga barnet forsvarlig helsehjelp knyttet til hans kroniske tilstand. Kommunen ga forsvarlig helsehjelp også da barnet fikk magesmerter/akutt sykdom mens han var på mottakssenteret.

Kommunens tilrettelegging av helsetjenestene til barn med særlige behov i mottakssenteret, var forsvarlig. Det var iverksatt ulike relevante tiltak som skulle legge til rette for forsvarlige helsetjenester til barn med behov for helsehjelp. Det eksisterte en samordning av helsefaglige tiltak rundt barna, både når tiltakene ble gitt i regi av kommunen og i habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten.

### *11.2.11 Legemiddelhåndtering på sykehus og sykehjem*

#### **Hendelsen**

Eldre hjemmeboende bruker døde etter feilmedisinering på sykehus og sykehjem. Pasienten brukte blodfortynnende tabletter på grunn av hjertesykdom. I forbindelse med en sykehusinnleggelse ble tablettene for en periode erstattet med blodfortynnende injeksjoner. Da tablettbehandlingen skulle gjenopptas, ble det glemt å avslutte injeksjonsbehandlingen. Pasienten fikk derfor feilaktig dobbelt opp med blodfortynnende legemidler i ni dager. Feilmedisineringen ble gitt gjennom ett opphold på sykehus og to opphold ved korttidsavdeling på sykehjem.

#### **Tema**

Vi undersøkte om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om virksomhetene hadde sørget for at legemiddelbehandling ble utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasienter fikk forsvarlige, trygge og gode tjenester.

#### **Vurdering**

Både sykehuset og sykehjemmet hadde prosedyrer og rutiner knyttet til legemiddelbehandling, men disse var ikke tilstrekkelige for å sikre forsvarlig legemiddelbehandling. Virksomhetene hadde ikke i

tilstrekkelig grad lagt til rette for at helsepersonell utøvde forsvarlig legemiddelbehandling i tråd med egne prosedyrer og rutiner. Både sykehuset og sykehjemmet benyttet støtteverktøy for å oppdage og vurdere risiko for interaksjoner, når det ble lagt inn legemidler som ikke burde gis i kombinasjon, uten at det var sørget for tydelige rutiner og felles praksis for bruk av verktøyet.

### **Konklusjon**

Verken sykehuset eller sykehjemmet hadde i tilstrekkelig grad gått gjennom og vurdert pasientens legemiddelbehandling, til tross for at pasienten stadig ble dårligere. Epikriser som inneholdt opplysninger om feilaktig legemiddelbehandling, ble flere ganger overført mellom sykehjem og sykehus, uten at feilmedisineringen ble oppdaget. Helsetilsynet har på denne bakgrunn kommet til at verken helseforetaket eller kommunen ga den aktuelle pasienten forsvarlig legemiddelbehandling for innlagte pasienter.

### **Kvalitetsforbedring etter hendelsen**

Virksomhetene har startet arbeid med å innføre tiltak for å rette opp i de uforsvarlige forholdene. Helsetilsynet vil følge opp at virksomhetene iverksetter forbedringstiltak som har den tilsiktete effekten.

#### *11.2.12 Kommunikasjon og informasjonsflyt i hjemmebaserte tjenester ved legemiddelhåndtering*

### **Hendelsen**

Varsel fra pårørende om manglende påfyll av nødvendig blodfortynnende legemiddel hos brukeren. Brukeren hadde vedtak om bistand til legemiddelhåndtering. Dette ble ikke fulgt opp, og brukeren var dermed uten nødvendig legemiddel. Dette til tross for at helsepersonell og ledelse i virksomheten ble gjort oppmerksom på at brukeren manglet legemiddelet, både av brukeren selv, pårørende og helsepersonell som var hjemme hos brukeren i det aktuelle tidsrommet. Legemiddelet ble bestilt til virksomheten, men ble ikke tatt med ut til brukeren før etter flere dager. Den dagen brukeren fikk legemiddelet levert, fikk brukeren et massivt hjerneslag og ble innlagt på sykehus.

### **Tilsynsmessig tema**

Om kommunen har sikret forsvarlig kommunikasjon og informasjonsflyt i de hjemmebaserte tjenestene ved bistand til legemiddelhåndtering.

### **Vurdering**

Hjemmetjenesten ble drevet med for stor risiko for svikt knyttet til legemiddelhåndtering. Vi mener at svikten i tjenesten kunne skje på grunn av manglende styring og tilrettelegging av kommunikasjon og informasjonsflyt i enheten. Det forelå ulike formelle og uformelle strukturer for å formidle og håndtere informasjon om legemiddelhåndteringen til brukere med hjemmebaserte tjenester. Systemene for internkontroll ved legemiddelhåndteringen var mangelfulle, både ved mottak av legemidler til enheten, utlevering til brukere og ved dokumentasjon av helsehjelpen.

Det at virksomheten ikke kunne identifisere om brukere hadde fått legemidler, underbygger at manglende organisering og styring utgjorde en risiko for svikt i legemiddelhåndteringen i tjenesten. Tidligere meldinger om lignende avvik i tjenesten, hvor brukere ikke hadde fått legemidler som avtalt, hadde ikke resultert i tiltak for å redusere risikoen for ny svikt. De fleste avvik som ble meldt, ble lukket uten at det fremkom informasjon om hvilke tiltak som var iverksatt.

I ukene før den aktuelle hendelsen hadde det vært en omorganisering av hjemmetjenestene i kommunen. Det var ikke satt inn ekstra ressurser eller tiltak som skulle redusere risiko for svikt i forbindelse med at enheten fikk mange nye brukere, samtidig som de skulle overlevere brukere til andre enheter. Denne ekstra belastningen i enheten skapte en tilleggsrisiko som det ikke var tatt tilstrekkelig høyde for. Det var ikke foretatt noen risikovurdering av omorganiseringen på forhånd.

### **Konklusjon**

Brukeren fikk ikke forsvarlige helsetjenester fra kommunen. For en bruker med vedtak om bistand til legemiddelhåndtering, er det helt sentralt at kommunen sikrer at nødvendige legemidler gjøres tilgjengelig, slik at de kan tas.

### *11.2.13 Oppfølging ved akutt forverring hos pasient i kommunal akutt døgnenhet*

#### **Hendelsen**

Oppfølging og håndtering av en eldre pasient ved akutt forverring under innleggelse i Kommunal akutt døgnenhet (KAD) etter at hen hadde falt flere ganger. Pasienten døde dagen etter innleggelsen på KAD, etter overflytting til sykehus.

#### **Tema**

Vi undersøkte hvordan kommunen tilrettelegger for forsvarlige tjenester ved legevakt og KAD. I tillegg har vi undersøkt og vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om det er iverksatt relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko på bakgrunn av hendelsen.

Vi hadde særlig fokus på håndtering av pasienter med akutt forverring etter innleggelse. Vi så også på innleggingsrutiner, opplæring og kompetanse hos helsepersonell, observasjon og oppfølging av pasienter, samhandlingsrutiner, dokumentasjonsrutiner og håndtering av dokumentasjonssystemer.

#### **Vurdering**

Samlet sett sikret ikke kommunen forsvarlig helsehjelp til pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring. Det foreligger sentrale og relevante retningslinjer som skal sikre forsvarlig helsehjelp til pasienter som legges inn på KAD. Virksomheten har imidlertid ikke forsikret seg om at disse er kjent, forstått og blir etterlevd av helsepersonellet som skal følge opp pasientene. Virksomheten har ikke sørget for tilstrekkelig opplæring i rutiner og bruk av IKT-systemer som skal sikre forsvarlighet og god samhandling mellom sykepleiere og leger.

#### **Konklusjon**

Den samlede helsehjelpen pasienten fikk ved KAD, var ikke forsvarlig. Det sviktet ved undersøkelse og håndtering av pasienten i ambulansemottaket ved legevakten og ved overføring av pasienten til KAD. Det forelå videre svikt ved observasjon/overvåkning på sengepost og ved håndteringen av akutt forverring av pasientens tilstand.

#### **Kvalitetsforbedring etter hendelsen**

Kommunen har i etterkant av hendelsen iverksatt og planlagt for flere relevante tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelse skjer igjen. Vi har bedt om at kommunen redegjør for og sender kopi av relevante dokumenter som understøtter iverksatte tiltak. Vi har også bedt om en beskrivelse av hvordan virksomheten følger med på om tiltakene bidrar til nødvendig og varig justering av praksis.

### *11.2.14 Oppfølging av hjemmetjeneste etter utskrivelse fra korttidsopphold*

#### **Hendelsen**

En bruker ble funnet død i sitt hjem, etter at hen hadde vært en lengre periode uten tilsyn av ansatte i hjemmetjenesten. Brukeren hadde i forkant av den alvorlige hendelsen kommet hjem fra et korttidsopphold, og tjenestene hadde i denne forbindelse blitt satt på pause.

#### **Tilsynsmessig tema**

Om kommunen har sikret forsvarlig kommunikasjon og informasjonsflyt i de hjemmebaserte tjenestene.

#### **Vurdering**

Brukeren hadde vedtak om daglig tilsyn, men fikk ikke tilsyn i et tidsrom på nesten to uker. Dette skjedde til tross for at det forelå informasjon om at brukeren hadde kommet hjem fra korttidsopphold, og at tjenestene til brukeren dermed skulle vært iverksatt. Brukeren fikk tilsyn to påfølgende kvelder etter hjemkomsten, og det ble rapportert at brukeren ved disse besøkene hadde redusert allmenntilstand. Informasjon om brukeren ble rapportert muntlig og skriftlig, men ble ikke fulgt opp i dagene fremover, blant annet ble det ikke sørget for at brukeren kom med på arbeidslister for videre oppfølging. Manglende tilsyn fra hjemmetjenesten ble først fanget opp da hjemmetjenesten mottok legemidler fra apoteket som brukeren skulle ha. Da ansatte oppsøkte brukerens hjem, fant de brukeren død.

Avdelingen ble drevet med for stor risiko for svikt i forbindelse med gjenopptagelse av hjemmetjenester etter hjemkomst fra midlertidige opphold i institusjon. For at en bruker med vedtak om helsehjelp i hjemmet skal få forsvarlige tjenester, er det helt sentralt at hjemmetjenesten har rutiner som sikrer at personellet drar hjem til de som skal ha tilsyn.

Vi mener at svikten i tjenesten kunne skje på grunn av manglende styring og tilrettelegging av kommunikasjon og informasjonsflyt i avdelingen. Det forelå stor risiko for at vesentlig informasjon ikke kom frem til relevant personell, eller at beskjeder om behov ikke ble videreformidlet og vurdert. Det manglet rutiner og omforent praksis som sikret forsvarlig håndtering av informasjon om at tjenesten til brukeren skulle iverksettes igjen etter at brukeren kom hjem fra opphold på institusjon. Det forelå en rekke ulike formelle og uformelle strukturer, både for mottak og bruk av slik informasjon. Det manglet også en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling. Opplæring og løpende forbedringsarbeid hadde vært nedprioritert over tid. Tidligere meldinger om lignende avvik i tjenesten, hvor brukere ikke hadde fått tilsyn som avtalt, hadde ikke resultert i at det var iverksatt tiltak for å redusere risikoen for ny svikt.

#### **Konklusjon**

Brukeren har ikke fått forsvarlige helsetjenester fra kommunen.

### *11.2.15 Forveksling av pasienter ved legemiddelutdeling i hjemmetjenesten*

Denne tilsynssaken er ikke avsluttet i skrivende stund. Vi derfor beskriver bare hovedtrekk i hendelsen og liten grad vurderinger og konklusjon.

#### **Hendelsen**

En bruker med vedtak om bistand i hjemmet (heretter omtalt som bruker 1), inkludert bistand til legemiddelhåndtering, fikk utlevert legemidler tilhørende en annen bruker i kommunen (heretter omtalt som bruker 2). Bruker 1 ble lagt inn på sykehus. Det tok flere timer før sykehuset fikk beskjed fra kommunen om at bruker 1 hadde inntatt bruker 2 sine legemidler.

Bruker 1 trykket på trygghetsalarmen. Da hjemmetjenesten kom til bruker 1, var hen sløv, hadde talevansker og sovnet under samtale. Helsefagarbeider ringte etter sykepleier. Da sykepleier kom til bruker 1, ringte hen etter ambulanse. Det ble stilt spørsmål fra AMK om bruker 1 hadde tatt noen medisiner eller var overmedisinert. De ansatte som da var til stede hos bruker 1, mente at det ikke kunne være tilfelle, da bruker 1 normalt ikke ville hatt tilgang på medisiner.

På sykehuset hadde bruker 1 i første omgang fått behandling rettet mot mistanke om hjerneslag, og pårørende hadde fått beskjed om at det kun ble tilbudt lindrende behandling, og at de vurderte at hen kunne dø. Etter at sykehuset fikk informasjon om feilutleveringen av legemidler, ble det satt inn målrettede tiltak med god effekt. Bruker 1 er tilbake i hjemmet, men det er beskrevet fra pårørende at hen har både fysiske og psykiske ettervirkninger etter innleggelsen.

### **Tilsynsmessig tema**

Om kommunen har tilrettelagt for og sikret forsvarlig legemiddelhåndtering i de hjemmebaserte tjenestene. Legemiddelhåndtering er et område i helsetjenesten med høy risiko for svikt, og der svikt potensielt kan ha alvorlige konsekvenser for brukeren. Det er derfor ekstra viktig med strukturer som sikrer kommunikasjonen om legemiddelhåndtering, og området krever særlig tilrettelegging og kontroll.

### **Vurdering**

Vi har bedt om skriftlig redegjørelse fra virksomheten. Hensikten med å utarbeide den skriftlige tilbakemeldingen til oss, er å opplyse saken og at kommunen selv arbeider med forbedring i etterkant av den alvorlige hendelsen.

#### *11.2.16 Bruk av medisinsk utstyr ved ytelse av helsehjelp (21/1501)*

### **Hendelsen**

Hendelsen dreier seg om en pasient i et sykehjem. Pasienten fikk ikke pustehjelpen det var behov for. Pasienten døde. Kommunen hadde selv oppfatning av at dette var relatert til manglende kompetanse og opplæring på medisinsk utstyr i sykehjemmet.

### **Tilsynsmessig tema**

Om kommunen hadde sørget for at helsehjelp med medisinsk utstyr ble utført i samsvar med aktuelle lovkrav, slik at pasienter får trygge og gode tjenester, og om denne pasienten fikk forsvarlig helsehjelp.

### **Vurderinger og konklusjon**

Kommunen hadde ikke sikret at forventninger og retningslinjer var forstått, og det var ikke systemer for å ha oversikt over hvorvidt retningslinjer ble fulgt. Kommunen hadde ikke systemer for å sikre at ansatte hadde tilstrekkelig opplæring og kompetanse til å bruke medisinsk utstyr og dermed gi forsvarlig helsehjelp til pasienter med behov for medisinsk utstyr.

### **Konklusjon**

Pasienten fikk ikke forsvarlig helsehjelp ved sykehjemmet. En gjennomgang av det medisinske utstyret ville avdekket at det var koplet feil, slik at pasienten ikke fikk nødvendig oksygentilskudd. Tilsynssaken viser viktigheten av virksomheters ansvar for å sørge for at brukere av medisinsk utstyr, får opplæring slik at de til enhver tid har de nødvendige ferdigheter og kunnskap om korrekt og sikker bruk. Opplæringen skal være systematisk og dokumentert.

Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad iverksatt tiltak for å redusere fremtidig risiko for hendelser som forårsakes av utilstrekkelig kompetanse i bruk av medisinsk utstyr.

Vi vil derfor følge opp at kommunen innfører slike tiltak, og hvordan det skal sikres at tiltakene blir implementert.

### 11.3 Vedlegg 3 – Innhold i varsler utenfor varslingskriteriene

Det var svært varierende innhold i varslene som falt utenfor varselordningens kriterier. De som forekom hyppigst, omhandlet:

- **Legemidler:** To tredjedeler av disse varslene var fra individer. Mange av disse omhandlet klage på at hen ikke fikk forskrevet de legemidlene hen ønsket. Det var også varsler som omhandlet logistikk rundt vaksinerings.
- **Dokumentasjon/journalføring/personvern:** De aller fleste av disse var sendt fra individer og omhandlet feil ved journaldokumentasjon, innsyn eller snoking i journal.
- **Klage på barnevernstjenesten** fra pårørende: manglende tjeneste, uønsket inngripen eller klage på sakkyndig.
- **Rettighetsklager:** Mange pasienter eller pårørende har sendt varsel der de beskriver generell frustrasjon over mottatt eller manglende helse-/omsorgstilbud.
- **Klage på ansatts atferd eller tjenesteutøvelse** fra individer omhandlet blant annet påstand om dårlig service ved legekantor og utilbørlig oppførsel av helse-/omsorgspersonell
- **Klage på behandlingstilbud** fra individer gjaldt for eksempel misnøye med legens vurdering og behandling, lang ventetid for legetime, lang ventetid for å få ny fastlege, klage på omsorgstilbud under døgnbasert omsorgstjeneste.
- **Beskrivelse av problematisk kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell** var beskrevet av individer. Dette gjaldt spesielt kommunikasjon mellom lege og pasient.
- **«Frustrasjonsmeldinger»** fra individer i saker som allerede har vært til behandling hos statsforvalter eller Helsetilsynet. Dette var hovedsakelig ønske om å få en revurdering av en avsluttet eller pågående tilsynssak.