



Helse Nord-Trøndelag HF v/direktør  
Postboks 333  
7601 LEVANGER

Deres referanse:

Vår referanse: 2017/1631

Dato: 11.09.2017

## **Rapport fra tilsyn med ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom Intensivavdelingen og Ortopedisk avdeling ved Sykehuset Levanger**

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Helse Nord-Trøndelag HF 15, 18 og 19. mai 2017. Vi undersøkte om virksomheten, gjennom systematisk styring og ledelse, sørger for at ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom Intensivavdelingen og Ortopedisk avdeling utføres i samsvar med aktuelle lovkrav på en slik måte at pasientene mottar trygge og gode tjenester. Legemiddelhandstering ble valgt som et gjennomgående tema for å undersøke dette.

Tilsynet ble gjennomført som en del av årets planlagte, regionale tilsynsvirksomhet, initiert av fylkesmennene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

### **Fylkesmannen konkluderer med følgende:**

#### **Lovbrudd:**

Helse Nord-Trøndelag HF sikrer ikke nødvendig kommunikasjon om legemiddelhandstering ved overføring av pasienter mellom nivå/enheter.

Feil i informasjon om legemiddelordninger øker risikoen for komplikasjoner og for økt sykелighet/dødelighet hos en allerede sårbar pasientgruppe. Tilsynet har avdekket at helseforetakets plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. kommunikasjon om legemiddelordning, ikke i tilstrekkelig grad ivaretas.

#### **Dette innebærer brudd på:**

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9, jf. § 5.

# **Innhold**

- 1. Tilsynets tema og omfang**
  - 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet**
  - 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget**
  - 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag**
  - 5. Tilsynsmyndighetens konklusjon**
  - 6. Oppfølging av påpekte lovbrudd**
- Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet**

# 1. Tilsynets tema og omfang

Overføring av pasienter mellom nivå/enheter i spesialisthelsetjenesten er en kjent risiko for svikt. Ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom faggrupper og organisatoriske enheter er derfor viktig for å minimere risikoene. Kunnskap fra hendelsesbaserte tilsynssaker viser at feil i forbindelse med dokumentasjon av legemidler kan gi store konsekvenser og dette er derfor pekt ut som gjennomgående tema i tilsynet. Helsedirektoratet har i Rundskriv IS-7/2015 til forskrift om legemiddel-håndtering uttalt blant annet følgende: «*Legemiddelhåndtering er et område der det er stor fare for svikt og der feil/svikt kan få alvorlige konsekvenser*».

Tilsynsmyndigheten undersøkte om Helse Nord-Trøndelag HF, gjennom systematisk styring og ledelse, sikrer at overføring av pasienter fra mottak som ortopedisk pasient, via operasjon/anestesi, via intensiv og til sengepost er i samsvar med kravene til et forsvarlig pasientforløp.

Pasienter omfatter i denne sammenheng personer innlagt ved Ortopedisk avdeling («moderavdeling») som øyeblikkelig hjelp, og som har ligget minimum 24 timer ved Intensivavdelingen før overflytting til sengepost.

Tilsynets hovedmålsetting var å undersøke om disse pasientforløpene kjennetegnes ved:

- Systematisk styring, inkludert ansvarsavklaring mellom faggrupper og organisatoriske enheter.
- God kommunikasjon mellom faggrupper og organisatoriske enheter, inkludert dokumentasjon av legemiddelordninger.

Pasientforløpet kan deles inn i følgende hovedfaser som alle inngikk i tilsynet:

- Overflytting fra ortopedisk operasjonsenhet til Intensivavdelingen.
- Oppholdet ved Intensivavdelingen.
- Overflytting fra Intensivavdelingen til ortopedisk sengepost.



Et godt pasientforløp er avhengig av en avklart ansvarsfordeling mellom de ulike faggruppene, at disse har god kompetanse på sine områder, har god kommunikasjon mellom nivå, samt sikrer korrekt dokumentasjon underveis i pasientforløpet. Tilsynet var derfor innrettet med hovedfokus på overføring av pasienten mellom behandlingsnivå/-enheter og ikke på selve behandlingen og avslutningsfasen.

## 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er, i henhold til helsetilsynsloven § 2, gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket, herunder spesialisthelsetjenesten.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten opptrer i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. En systemrevisjon gjennomføres ved gransking av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler lovbrudd og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Lovbrudd** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

Oversikt over lov- og forskriftskrav som var aktuelle under tilsynet:

### Aktuelle lov- og forskriftsbestemmelser:

#### **Spesialisthelsetjenesteloven, herunder § 2-2 om plikt til forsvarlighet. Om rettslige standarder (utdrag fra Prp 91L 2010-2011):**

*«Krav om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten Kravet om forsvarlighet (...) er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer (...).*

*Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis».*

Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf. Helsedirektoratets Rundskriv IS-7/2015 om forskrift om legemiddelhåndtering, med kommentarer er sentral for dette tilsynet. Helsetjenesten bør etterstrebe å yte tjenester som er i tråd med slike publikasjoner. Ofte vil det likevel være et handlings-rom hvor helsehjelpen fortsatt vil kunne være forsvarlig selv om praksis avviker noe fra gitte anbefalinger.

Det vises også til

- § 2-1a om de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester, se særlig
  - tredje ledd om plikten til å føre internkontroll
- § 3-2, annet ledd, jf. pasientjournalforskriften
- § 3-4a om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- § 3-9 om ledelse i sykehus

- § 3-10 om opplæring, etterutdanning og videreutdanning

#### **Pasient- og brukerrettighetsloven, herunder:**

- § 2-1b om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

#### **Helsepersonelloven, herunder:**

- § 16 om organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

#### **Pasientjournalforskriften**

##### **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:**

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. I praksis innebærer ikke forskriften nye krav, men presiseringer av kravene i opphevet forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a.

##### **Forskrift om legemiddelhåndtering**

Begrepet legemiddelhåndtering er definert i forskrift om legemiddelhåndtering § 3 bokstav e), som lyder:

*«Legemiddelhåndtering: Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert.»*

Det fremgår av samme bestemmelse, bokstav g) at ordinering skal dokumenteres i samsvar med pasientjournalforskriften.

#### **Basert på krav beskrevet ovenfor, må blant annet følgende kunne forventes av forsvarlige spesialisthelsetjenester:**

Ledelsen i helseforetaket sørger for

- innarbeidet praksis for identifisering og vurdering av risiko ved overføring av pasienter mellom nivå/enheter,
- innarbeidede rutiner for kommunikasjon, inkludert journalføring om legemiddelhåndtering – både generelt og ved overflytting av pasienter,
- tilgang til kompetanse om legemiddelhåndtering, inkludert kunnskap om Helsedirektoratets rundskriv IS-7/2015 om forskrift om legemiddelhåndtering, med kommentarer,
- at ansvarsfordeling, inkludert rapporteringsrutiner, er avklart og kjent under hele pasientforløpet, også hva angår legemiddelhåndtering,
- rutiner som fungerer og etterleves, og at det settes inn tiltak hvis det utvikler seg en praksis som setter legemiddelhåndteringen i fare,
- at sykehuset preges av en åpenhetskultur der det er trygt å melde fra om feil, mangler og uønskede hendelser som har sin årsak i uavklarte ansvarsforhold og mangelfull kommunikasjon
- at informasjon om slike feil, mangler og uønskede hendelser er kjent og brukes til kontinuerlig forbedring.

### 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

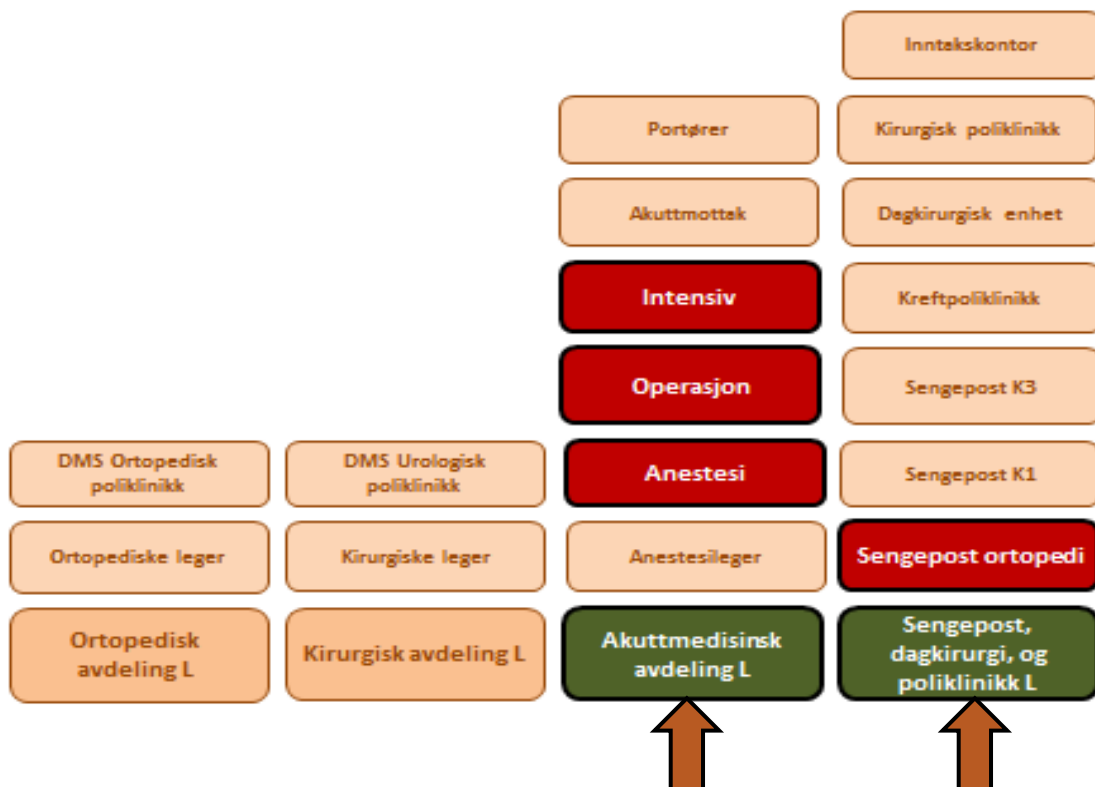
#### Om helseforetaket:

Helse Nord-Trøndelag HF ivaretar innbyggerne i kommunene i Nord-Trøndelag, kommunene Osen og Roan i Sør-Trøndelag, samt Bindal kommune i Nordland. Dette innebærer ansvar for spesialisthelsetjenester til ca. 95 000 innbyggere, hvorav ca. 73 000 er over 18 år.

Helse Nord-Trøndelag HF er organisert i seks klinikker fordelt på Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Tilsynet omfattet i denne sammenheng Klinikken for kirurgi.

Ved Sykehuset Levanger inneholder Klinikken for kirurgi fire avdelinger, fordelt på 17 enheter.

*Illustrasjon av helseforetakets organisasjonsmodell (kun tilsette nivå/enheter er markert):*



Tilsynet rettet seg mot

- Akuttmedisinsk avdeling og enhetene
  - Operasjon
  - Intensiv
  - Anestesi
- Avdeling for sengepost, dagkirurgi og poliklinikk ved enhet
  - Sengepost ortopedi.

Ortopediske leger, kirurgiske leger, samt anestesileger, er organisert i egne enheter.

## **Beskrivelse av pasientforløpet, herunder informasjonsoverføring:**

### **Mottak- og operasjonsfase:**

Mottakende lege, vanligvis turnuslege, skriver innleggelsesskriv/journal og starter føring av *hovedkurve* med legemiddelliste (i papirform). Turnuslegen samarbeider med LIS eller overlege som melder pasienten til operasjon per telefon til operasjonssykepleier. Operasjonssykepleier skriver pasienten inn i operasjonsplanlegger; *OpPlan*, hvor aktiviteter ved operasjonen føres elektronisk, samt at koding (av blant annet diagnose), videre behandlingsforløp og sjekklister «*Trygg kirurgi*» registreres. Programmet kommuniserer enveis inn i *DocuLive* (elektronisk pasientjournalssystem).

Farmasøyer er delaktige i samstemming av legemidler når pasienten legges inn – dette oppleves som nyttig.

Anestesi ordinerer og registrerer premedikasjon i *OpPlan* og anestesisykepleier/-lege starter føring i *Picis* (elektronisk kurve tilpasset akuttfasen i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis ved operasjon- og intensivenheter, inkludert anestesi).

Sjekklister «*Trygg kirurgi*» slutføres før pasienten forlater operasjonsenheten. Operatør skriver operasjonsbeskrivelse i *DocuLive* og fullfører registreringen i *OpPlan*.

Rutiner/prosedyrer for føring i kurver, herunder hovedkurve, fremgår av Mal for føring av pasientkurver, samt ID 505 - Føring av hovedkurven.

Føring i *Picis* er nærmere regulert i følgende rutiner/prosedyrer:

- Hurtigguide til *Picis*.
- Opprette nødpasient i *Picis*.
- Dokumentasjon - *Picis Critical Care Manager* - info oppstart elektronisk intensivkurve.
- ID 25539 - INT *Picis* elektronisk dagskurve.
- Dokumentasjon - *Picis Intensivmal*.
- Dokumentasjon - *Picis Recoverymal*.

### **Overføring til intensivenheten:**

Anestesi- og operasjonssykepleier er med når pasienten flyttes fra operasjonsenheten til intensivenheten. Vanligvis er også anestesilege med ved overflyttingen. Rapportering skjer umiddelbart etter at pasienten er koblet til nødvendig utstyr, og gjennomføres ved at operasjonssykepleier avgir muntlig rapport i henhold til innholdet i *OpPlan*, anestesisykepleier avgir muntlig rapport i henhold til innholdet i *Picis*, mens anestesilege (eventuelt) avgir rapport til intensivlege.

### **Opphold ved intensivenheten:**

Behandlingsplan med tiltak oppdateres daglig i *Picis* av lege. Begrunnelse for tiltak i planen må imidlertid skrives i *DocuLive*, noe som gjøres i varierende grad. Ortoped skriver i *DocuLive* hvis det anses nødvendig. Det kopieres daglig rapport fra *Picis* over til *DocuLive*. Denne rapporten inneholder imidlertid ikke alle opplysninger fra *Picis*, blant annet må tidspunkt for gitt legemiddel (og eventuelt begrunnelse for tiltak i behandlingsplanen) føres inn manuelt.

Hovedkurve ajourføres hver morgen av intensivsykepleier. Alle legemidler som er dokumentert gitt under intensivoppholdet skal fremgå av hovedkurve. Ved journalgjennomgang avdekket tilsynet at dette ikke alltid var tilfellet. Innholdet i hovedkurve var til dels ufullstendig, rotete og vanskelig å tolke.

For pasienter med opphold på mer enn 24 timer ved intensivenheten, er det rutine for at det går visitt hver formiddag. Det fremgår av rutine ID 11846 - Retningslinjer for legevisitt intensiv, at visitt skal gjennomføres av intensiv-/anestesilege og intensivsykepleier, og eventuelt av lege fra «moderavdeling» (her: ortoped). Det fremkom i intervju at ortoped i praksis går visitt ved behov – avhengig av pasientens tilstand og diagnose. Intensiv-/anestesilege har ansvar for behandling mens pasient ligger på intensiv og ringer ortoped ved behov. Tilsynsmyndigheten oppfatter at legetilsyn, inkludert visittgang, under opphold ved intensivenheten er forsvarlig.

Hvis pasienter befinner seg ved intensivenheten i mer enn syv døgn, henvises til rutiner for tverrfaglig visittmøte, jf. ID 11846 - Retningslinjer for legevisitt intensiv, hvor blant annet strategier for behandling under/avslutning av opphold ved intensivenheten vurderes.

#### **Overføring til sengepost:**

Sykepleier ved intensivenheten skal, i henhold til ID 1409 - Overflytting av langtidsintensivpasient til annen avdeling, skrive sammendrag i EPJ (pasientjournalen) en gang i uken, samt skrive overflyttingsnotat ved pasientflytting til annen avdeling. Overflyttingsnotat ble gjennomgående funnet ved journalgjennomgang.

Pasient følges til sengepost av intensivsykepleier som avgir muntlig rapport, samt overleverer hovedkurve og Picisrapport. Opplysninger fra pasientforløpet er dokumentert flere ulike steder. For å få full oversikt, må derfor forskjellige områder i EPJ gjennomgås, herunder OpPlan, DocuLive (flere mapper), i tillegg til hovedkurve og eventuelle hjelpeskjema.

---

Det er utarbeidet en rekke rutiner/prosedyrer for å ivareta arbeidsoppgaver under pasientforløpet. Det er videre utarbeidet funksjonsbeskrivelser, generelt på enhets- og avdelingsnivå, og spesielt på individnivå. Fremlagte rutiner/prosedyrer/funksjonsbeskrivelser har ikke gjennomgående blitt oppdatert innen opprinnelig frist. Tilsynsmyndigheten legger likevel til grunn at disse er gjeldende for virksomheten på tilsynstidspunktet.

---

Stikkprøver av *samlet kvalitet på dokumentasjon* av pasientforløp gjennomføres ikke helhetlig. Informasjon under tilsynet viser at intensivsykepleier som har pasienten over tid forholder seg til den aktuelle pasientens journal og har oversikt over denne. Det hender at intensivsykepleier oppdager manglende journalføring fra andre faggrupper og gir konkrete tilbakemeldinger på dette. Det gjennomføres stikkprøver, ca. fire ganger per år på *føring i Picis*, inkludert rapportene, for å se om kvaliteten på dokumentasjonen er god nok. Mangelfulle notat tas opp i driftsråd, noe som fører til bedring en periode. Det foreligger en prosedyre, ID 11553 - Internkontroll av journalføring, som beskriver linjelederens systemansvar i



forhold til dette. Tilsynsmyndigheten oppfatter ikke at prosedyren er kjent og etterleves.

---

Det er ikke gjennomført noen systematisk risikovurdering av overflytting av pasient. Prosedyre 1409 ble imidlertid utarbeidet fordi flytting av pasienter ut av Intensivavdelingen ble vurdert som en risikosituasjon. Overflyttingsnotat i DocuLive skrives når pasienten er vurdert som flytteklar selv om pasienten, på grunn av sengepostens kapasitet, fortsatt ligger i Intensivavdelingen. Overflyttingsnotatet gjøres ferdig i tilfelle akutt flytting skjer.

Under intervju ble det nevnt flere aktuelle risikoscenario:

- Flytting av pasienter uten at dette er planlagt fordi;
    - Intensivavdelingen er full
    - Pasienten blir bedre raskere enn antatt.
  - Overflytting av dårlige pasienter på kveld/natt (noe som ikke er i samsvar med ID 1409) skjer jevnlig.
  - Aktuelle informasjonskilder (skjema/elektroniske system, m.m.) harmoniserer ikke med hverandre ved overflytting mellom nivå/enheter.
  - Siste legemiddelordninger sikres gjennom muntlig rapport da disse ikke fremgår klart av kurve. Det gis stadig påminnelser om å sikre dokumentasjon.
  - Muntlig kommunikasjon avklarer pasientforløpet og oppleves som avgjørende for en forsvarlig pasientflytting mellom enheter.
  - Ansatte, spesielt vikarer, klarer ikke å tyde hvilke legemidler som er ordinert på hovedkurven.
  - Mangelfull/manglende implementering av rutiner for stikkprøvekontroller av dokumentasjon.
- 

Helseforetaket har et system for internkontroll, inkludert avvikssystem, som er tilgjengelig i kvalitetssystemet EQS. Det foreligger flere rutiner/prosedyrer for registrering av meldinger om henholdsvis avvik, forbedringsforslag og pasientskade. Avvikssystemet er kjent blant de ansatte, men det fremkom under intervju at definisjonen av avvik, samt hvordan avvikssystemet skal brukes, oppfattes ulikt.

Tilsynsmyndigheten oppfatter at avvikssystemet benyttes av sykepleierne i langt større grad enn av legene, dette bekreftes gjennom intervju. Det registreres få avvik og disse dreier seg ofte om feil legemiddelhåndtering. Det fremkom under intervju at sykepleierne er tilbakeholdne med å registrere avvik som legene er involverte i, eksempelvis når innhold i journalnotat eller hovedkurve er ufullstendig, rotete og vanskelig å tolke.

Registrerte avvik benyttes til forbedringsarbeid, men dette håndteres ulikt av enhetene/faggruppene: Sykepleiergruppen tar opp registrerte avvik i sine regelmessige møter, mens legegruppen i hovedsak har etablert et muntlig system hvor uønskede hendelser tas opp på neste dags morgenmøte. Denne muntlige gjennomgangen i morgenmøter dokumenteres ikke. Det gjennomføres ikke felles møter mellom de nevnte faggruppene for å drøfte avvik generelt eller spesielt.

### Aktuelle rutiner/prosedyrer :

- Behandling av avvik i EQS, kort bruksanvisning.
- ID 9494 - Forbedringsforslag (ikke avvik).
- ID 10825 - Behandling av avviksmeldinger i EQS, generell veiledning til meldingsansvarlige (saksbehandlere).
- ID 16475 - Melding om pasientskade, uhell, nesteuhell. Strakstiltak ved hendelser knyttet til medisinsk utstyr.
- ID 10118 - For melder: Generell bruksanvisning for elektronisk melding av avvik (uønskede hendelser) i EQS.
- Takstrapport (oversikt over avvik, forbedringsforslag og melding om pasientskade - 2017).

Under tilsynet ble åtte avvik, fire forbedringsforslag, samt fem meldinger om pasientskade, gjennomgått. Gjennomgang av journaler viste manglende samstemming av legemidler mellom skjema i fem av 15 tilfeller (33 %).

### **Øvrige observasjoner:**

#### **Kompetanse:**

Intensivavdelingen har oppdatert kompetanseplan. Målsetting om kun ansettelse av sykepleiere med spesialutdanning er oppnådd. Avdelingen har internundervisning, fagdager, hospitering, kurs, m.m. Individuelle behov for kompetanse tas opp i medarbeidersamtaler. To fagutviklingssykepleiere er ansatt, men en av dem er på vei ut. Det forventes et generasjonsskifte om kort tid ettersom 25 % av arbeidsstokken er over 60 år. I intervju fremkom at Intensivavdelingen opplever seg selv som godt bemannet og med god kompetanse.

LIS-legene har et eget undervisningsopplegg, mens det ikke foreligger fastlagte kompetanseløp for overlegene.

Det brukes i noen grad vikarer, rekruttert direkte eller via vikarbyrå. Det stilles krav om at vikarer skal beherske norsk muntlig og skriftlig. Språkproblemer (ved rekruttering av ansatte som har et annet morsmål enn norsk) oppleves å føre til utrygghet blant kollegaer, samt fare for misforståelser og svikt. Det fremkom under intervju at det ikke er noen form for opplæring/kvalitetssikring i forhold til språk. Det finnes heller ikke noe system for å evaluere slike utfordringer. Det opplyses om at de som ikke behersker språket godt ikke ansettes videre.

#### **Brukermedvirkning:**

Muligheten til brukermedvirkning sikrer at pasient/pårørende opplever større trygghet under sykehusoppholdet. God samhandling mellom intensivheten, pasienten og sengeposten, kan forebygge funksjonsfall etter overflytting og risiko for retur til intensiv. God informasjon til pasient/pårørende om mulige belastninger på grunn av gjennomgått alvorlig sykdom, kan bidra til å forstå og redusere belastningen.

Respiratorpasienter har fast oppfølging, noe som gir Intensivavdelingen mulighet til å evaluere sin praksis når det gjelder overføring mellom nivå/enheter. Ved dødsfall tilbys oppfølgingsamtale etter to-tre uker. Pårørendesamtaler gjennomføres også ellers ved behov.

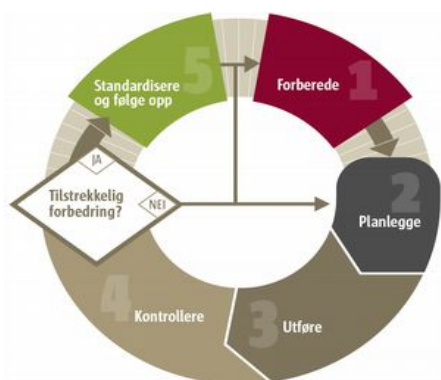
Kvalitetsforbedringsprosjektet «Pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger», vedrørende blant annet brukermedvirkning, er gjennomført via spørreskjema til pårørende. Det planlegges å gjennomføre spørreundersøkelse en gang i året som så skal presenteres for personalet som ledd i ytterligere forbedring/vedlikehold. Det skal videre utarbeides en prosedyre på legesamtale til pårørende til intensivpatient.

Tilsynsmyndigheten opplever at brukermedvirkning ivaretas av helseforetaket på en god måte.

## 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige helse tjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og, om nødvendig, korrigeres.

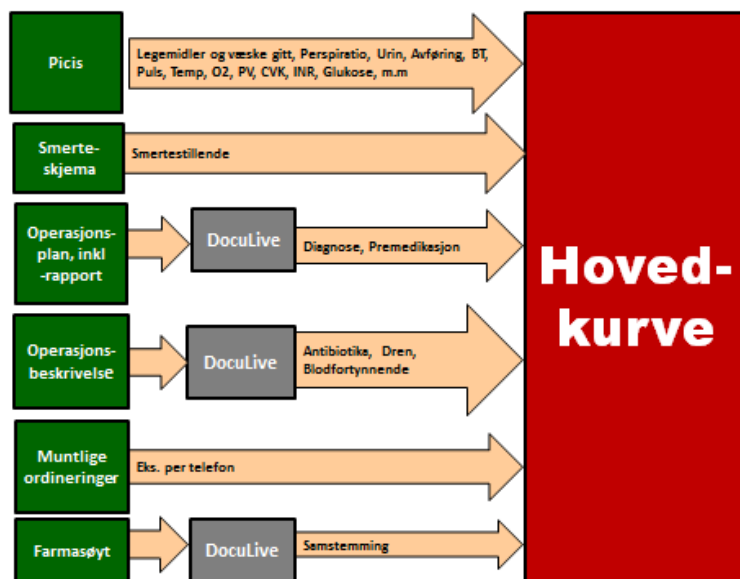
*Demings sirkel:*



Overføring av pasienter mellom nivå/enheter er en kjent risikofaktor. Ansvars- og kommunikasjonsforhold i et helhetlig pasientforløp er komplekse og stiller særlig store krav til organisering, struktur og kontinuitet i utførelsen av de ulike oppgavene.

God og tilgjengelig journaldokumentasjon er nødvendig for å kunne ivareta pasientsikkerheten og sikre forsvarlige pasientforløp. Helseforetaket erkjenner at det er komplisert og krevende å få en god oversikt når ansatte må forholde seg til inntil syv ulike journalsystem ved overflytting av pasienter mellom nivå/enheter.

*Illustrasjon: Hovedkurvens betydning for kommunikasjon i pasientflyten mellom nivå/enheter i spesialisthelsetjenesten:*



Gjennomgang av 15 pasientjournaler (for pasienter med opphold fra ett til 11 døgn ved intensivenheten) viser at det i fem av disse (33 %) foreligger svikt i overføring av legemiddelinformasjon til hovedkurve, samt at innholdet i hovedkurve i flere tilfeller var ufullstendig, rotete og vanskelig å tolke.

Feil under legemiddelhandtering er en kjent risiko, noe som krever ekstra årvåkenhet i alle ledd av prosessen fra ordinerings til legemiddel gis. Tilsynsmyndigheten har merket seg at fire av totalt 17 tilfeller av uønskede hendelser/avvik/pasientskader i 2016/2017 omhandler legemiddelhandtering. Det erkjennes at dagens system for føring av legemiddelhandtering gir et potensiale for svikt. Helseforetakene i Midt-Norge, både regionalt og lokalt, har forsøkt å etablere fungerende elektronisk kurve, men har foreløpig ikke lyktes med dette.

Mangelfull informasjon om blant annet legemiddelhandtering fører til en åpenbar risiko for svikt i pasientbehandlingen. Det er etablert prosedyrer for å sikre god informasjonsoverføring, inkludert god journalføring, men uten at virksomhetens ledelse har fulgt opp at føringene etterleveres. Etter planen skal det med jevne mellomrom tas stikkprøver av dokumentasjon i journal. Dette gjennomføres imidlertid ikke systematisk, men kun dersom feil avdekkes.

Forsvarlig pasientbehandling krever at legemiddelordning er tydelig og formidles på en slik måte at pasienten får riktig legemiddel til rett tid. Noen av legemidlene som benyttes av aktuell pasientgruppe er potente og kan gi stor risiko for skade dersom feil oppstår. Tilsynet viste at ordinerte/gitte legemidler ikke alltid dokumenteres. Dette kan føre at pasienten ikke får ordinert legemiddel, eller får dobbel dose, noe som har et stort skadepotensial.

Heller ikke avvikshåndteringen kan sies å fungere som forutsatt. Klinikledelsen har selv avdekket behov for å etablere en annen meldekultur, spesielt blant legene, og at det er nødvendig å kunne bruke informasjon fra avvik, feil og uønskede hendelser i det gjennomgående arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Med de observasjoner som er gjort under dette tilsynet, må det konkluderes med at faren for svikt er så stor at innholdet i tjenesten ikke er i samsvar med krav til forsvarlighet. Helseforetaket har ikke sørget for systematisk styring på en slik måte at disse pasientene blir tilstrekkelig ivaretatt.

## 5. Tilsynsmyndighetens konklusjon

**Fylkesmannen konkluderer med følgende:**

### **Lovbrudd:**

Helse Nord-Trøndelag HF sikrer ikke nødvendig kommunikasjon om legemiddelhåndtering ved overføring av pasienter mellom tilsette nivå/enheter.

Helseforetakets plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient-sikkerhet ivaretas ikke innenfor dette tjenesteområdet. Feil i legemiddelhåndteringen øker risikoen for komplikasjoner og for økt sykelighet/dødelighet hos en allerede sårbar pasientgruppe.

### **Dette innebærer brudd på:**

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9, jf. § 5.

## 6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Fylkesmannen ber om at Helse Nord-Trøndelag HF vurderer hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet, samt utarbeider og oversender en plan med nødvendige tiltak for å rette lovbruddet **innen 15.10.2017**.

Planen skal minimum inneholde en beskrivelse av:

- Hvilke tiltak som skal gjennomføres.
- Hvordan ledelsen vil følge med på og kontrollere at tiltakene iverksettes.
- Hvordan ledelsen skal gjennomgå om tiltakene har virket som planlagt etter å ha fått virke en stund.
- Virksomhetens egne frister for å sikre fremdrift.

Med hilsen

Marit Dypdal Kverkild (e.f.)  
Fylkeslege

Ingrid Karin Hegvold  
Revisjonsleder

*Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift.*

Vedlegg:  
Gjennomføring av tilsynet

Kopi med vedlegg:

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, postboks 4710 Sluppen, 7468 TRONDHEIM  
Fylkesmannen i Møre og Romsdal, postboks 2520, 6404 MOLDE  
Statens helsetilsyn, postboks 8128 Dep, 0032 OSLO  
Helse Midt-Norge RHF, postboks 464, 7501 STJØRDAL

## Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Varsel om tilsynet ble sendt 3. mars 2017

Tilsynet ble gjennomført ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger, og innledet med journalgjennomgang 15. mai 2017. Et kort informasjonsmøte ble avholdt 18. mai 2017. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 19. mai 2017.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

### Styrende dokumenter:

- Informasjon på helseforetakets hjemmeside, inkludert organisasjonskart.
- Mal for føring av pasientkurver.
- ID 13336 - Ansvarshavende sykepleier intensiv.
- Sykepleiedokumentasjon i EPJ – Dokumenttyper og maler.
- ID 9494 - Melding: Forbedringsforslag (ikke avvik).
- ID 24094 - Funksjonsbeskrivelse avdelingssykepleier akuttmedisinsk avdeling.
- ID 505 - Prosedyre: Føring av hovedkurven.
- Hurtigguide til Picis.
- Sykepleiedokumentasjon EPJ – intensivsykepleiers ansvar ved sykepleiedokumentasjon i EPJ.
- Kompetanseplan for akuttmedisinsk avdeling Sykehuset Levanger 2008 – 2020.
- Mal intensivrapport.
- Opprette nødpasient i Picis.
- Dokumentasjon – Picis Critical Care Manager – info oppstart elektronisk intensivkurve.
- ID 1409 - Overflytting av langtidspasient til annen avdeling.
- ID 25539 - INT Picis elektronisk dagskurve.
- Dokumentasjon – Picis Intensivmal.
- Dokumentasjon – Picis Recoverymal.
- Postoperativ rapport – hva er hva?
- ID 11846 - Retningslinjer for legevisitt intensiv.
- ID 24511 - Funksjonsbeskrivelse overlege anestesi.
- ID 24516 - Funksjonsbeskrivelse seksjonsansvarlig overlege, intensiv.
- ID 19702 - Hoftebrudd pre og postoperativ behandling.
- ID 19580 - Hofteprotese pre og postoperativ behandling.
- ID 19523 - Kneprotese - pre og postoperativ behandling.
- ID 21752 - Ortopedisk avdeling, leger. Rutiner.

- ID 16049 - Funksjonsbeskrivelse for avdelingssykepleier på kirurgisk og ortopedisk sengepost.
- ID 4487 - Sykepleiedokumentasjon HNT.
- Dokumentasjon – Dokumentasjon på hovedkurve og Picis, elektronisk intensivkurve.
- Sjekkliste – Pasient med tracheostomitube på avdeling.
- Ved oppstart av Picis på isolat.
- Dokumentasjon oppfølgingssamtale.
- Overflytting av langtidspasienter fra intensivavdeling til sengepost – Informasjon til personalet (2002).
- Samtaleguide oppfølgingssamtale.
- Kompetanseplan – Akuttmedisinsk avdeling, Sykehuset Levanger 2017 – 2021.
- Behandling av avvik i EQS, kort bruksanvisning.
- ID 10825 - Behandling av avviksmeldinger i EQS, generell veiledning til meldingsansvarlige (saksbehandlere).
- ID 16475 - Melding om pasientskade, uhell, nesteuhell. Strakstiltak ved hendelser knyttet til medisinsk utstyr.
- ID 10118 - For melder: Generell bruksanvisning for elektronisk melding av avvik (uønskede hendelser) i EQS.
- ID 24516 - Funksjonsbeskrivelse avdelingsoverlege akuttmedisinsk avdeling.
- Informasjon om kontaktsykepleier ved ekstern og intern overflytting.
- ID 6456 - Pasientrelatert kommunikasjon og informasjon mellom avdelinger.

#### Resultatdokumenter:

- Pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger – et kvalitetsforbedringsprosjekt – Sluttrapport.
- Takstrappport (oversikt over avvik, forbedringsforslag og melding om pasientskade 2016/2017).
- Pasientjournaler for 15 pasienter med opphold på fra ett til 11 døgn ved intensivenheten.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte under tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Astrid Tromsdal	Avdelingsleder, akuttmedisinsk avdeling	X	X
Lars Gunnar Hågensen	Avdelingssykepleier, ortopedisk avdeling	X	X
Tove Nielsen	Sykepleier, ortopedisk avdeling	X	
Grete Sivertsen	Avdelingssykepleier, intensiv	X	X
Hilde Fosslund	Kvalitetssjef, HNT		X
Arild Hjulstad	Overlege, ortopedisk avdeling	X	X

Åshild Aarhus	LIS-lege, ortopedisk avdeling	X	
Tina Eilertsen	Klinikkleder, kirurgisk klinikk	X (video)	X
Paul Georg Skogen	Fagsjef, HNT		X
Silje Musum	Operasjonssykepleier	X	
<b>Navn</b>	<b>Funksjon/stilling</b>	<b>Intervju</b>	<b>Oppsummerende møte</b>
Morten Latsch	Anestesisykepleier	X	
Katarzyna Gaust	Anestesilege	X	
Szilveszter Pap	Intensivlege	X	
Astrid Helland	Intensivsykepleier	X	

**Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:**

- Seniorrådgiver Håkon Lien, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
- Seniorrådgiver Mariann Markussen, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal
- Assisterende fylkeslege Inger Williams, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
- Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, revisjonsleder