



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

Saksbehandler, innvalgstelefon
Torgunn Stensrud, 22003942

Rapport fra tilsyn med somatiske helsetjenester til utlokaliserte pasienter i Sykehuset Østfold HF

Fylkesmannen i Oslo og Viken har i samarbeid med Fylkesmannen i Innlandet gjennomført tilsyn med Sykehuset Østfold HF og besøkte i den forbindelse Sykehuset Kalnes i tidsrommet fra 11. til 14. juni 2019. Vi undersøkte om helseforetaket sørger for at helsetjenesten til utlokaliserte somatiske pasienter som flyttes på grunn av plassmangel, blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Tilsynsteamet bestod av representanter fra begge fylkesmannsembeter.

Fylkesmannens konklusjon

1. Sykehuset Østfold HF sørger ikke for at utlokaliserte pasienter får forsvarlige helsetjenester. Ledelsen følger ikke opp at tjenestene er målrettede og individuelt tilpassede og har ikke:
 - identifisert utlokalisering som et risikoområde og heller ikke iverksatt risikoreduserende tiltak for utlokaliserte pasienter
 - tydeliggjort kompetansebehov ved utlokalisering
 - tilrettelagt for nødvendig informasjonsutveksling og kommunikasjon på tvers av organisatoriske enheter
 - tilrettelagt for nødvendig kompetanseoverføring mellom avgivende og mottakende døgnområde/avdeling

Vi finner at dette er brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9.

2. Sykehuset Østfold HF sørger ikke for sin plikt til å informere pasienten om utlokalisering og hva dette kan innebære for den enkelte.



Vi finner at helseforetakets praksis vedrørende informasjon og pasientinvolvering avviker fra god praksis på en måte som utgjør brudd på spesialisthelsetjenestelovens § 3-11, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 til 9.

Vi viser til kapittel 6 i rapporten vedrørende oppfølging av påpekte lovbrudd.

Rapporten vil bli lagt ut på Statens helsetilsyns nettside www.helsetilsynet.no



Innhold

Rapport fra tilsyn med somatiske helsetjenester til utlokaliserte pasienter i Sykehuset Østfold HF	1
1. Tilsynets tema og omfang	4
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet.....	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	7
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag.....	17
5. Fylkesmannens konklusjon.....	18
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd.....	19
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet	22
Vedlegg 2: Kartlegging av utlokaliserte pasienter	30
Vedlegg 3: Egenvurdering og stikkprøver journal	31



1. Tilsynets tema og omfang

I dette kapittelet beskriver vi hva som ble undersøkt i tilsynet.

Fylkesmannen har undersøkt om helseforetaket sørger for at utlokaliserte somatiske pasienter får forsvarlige tjenester.

Med «utlokalisert pasient» mener vi i dette tilsynet en innskrevet pasient som, *på grunn av plassmangel*, mottar spesialisthelsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Legene som har fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem, beholder vanligvis det medisinskfaglige ansvaret. Men pasientene inkluderes i tilsynet også dersom det medisinskfaglige ansvaret skulle bli overført til leger tilknyttet mottakende sengepost.

Tilsynets tema er valgt med bakgrunn i at utlokalisering innebærer en økt risiko for pasientene, særlig med tanke på tilgang til kvalifisert personell. Spesialisthelsetjenesten er generelt en høyrisikovirksomhet. Kompleksiteten er stor, med mange mer og mer spesialiserte profesjonsgrupper involvert, avansert utstyr og teknologi, økende behov for kommunikasjon og samhandling m.m. Utlokalisering av pasienter innebærer at kravene til sikkerhetstiltak øker og at ledere og medarbeidere derfor må ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering. Fylkesmannen har derfor gjennom dette tilsynet undersøkt om helseforetaket iverksetter nødvendige risikoreducerende tiltak.

Tilsynet omfatter somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter med helseproblemer som sorterer under:

- ortopedisk kirurgi
- gastrokirurgi
- indremedisin, alle spesialiteter

Tilsynet gjelder utlokalisering med varighet minst ett døgn. Utskrivningsklare pasienter som flyttes på grunn av plassmangel inngår ikke, da de i prinsippet er vurdert til ikke lenger å ha behov for spesialisthelsetjenester.

Helseforetakets praksis ble undersøkt ut fra følgende problemstillinger:

- Ivaretas pasientsikkerheten – generelt og individuelt for den enkelte pasient – ved beslutning om utlokalisering?
 - Sørger helseforetaket for at pasientsikkerheten ivaretas ved beslutning om utlokalisering?
- Er det ved utlokaliseringstidspunktet planlagt for nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak?
 - Sørger helseforetaket for at det gjennomføres slik planlegging?
- Blir utlokaliserte pasienter medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdert og fulgt opp i henhold til planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak?
 - Sørger helseforetaket for slik vurdering og oppfølging?

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, etter helsetilsynsloven § 4. Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Vi gir derfor her en oversikt over kravene som ble lagt til grunn i tilsynet.

Forsvarlighetskravet



Kravet om forsvarlighet fremgår av lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2. Bestemmelsen lyder:

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. 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.

<https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>. Følgende publikasjoner fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er særlig aktuelle for dette tilsynet:

- *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2620)*
- *Rundskriv I-2/2013 Lederansvaret i sykehus*
- *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (IS-2236)*
- *Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten (IS-0583)*

Ledelsen skal gjennom sin styring og oppfølging av tjenestene som ytes, sikre forsvarlige tjenester. Bakgrunnen for at vi her legger til grunn IS-2236 er det som står i innledningen til disse nasjonale faglige retningslinjene:

Sykehusenes akuttmottak illustrerer mange generelle problemstillinger ved organisering av spesialisthelsetjenester (...). Ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere faglige og styringsmessige utfordringer. (...) Det betyr at flere avdelinger i sykehuset er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket; noe som krever samhandling på tvers av avdelinger både på ledelsesnivå og på operativt nivå.

I dette tilsynet er særlig retningslinjenes kapittel 3, 8, 9, 10 og 13 relevante. Når det gjelder IS-0583, fremheves det i forordet at helsetjenesten må lære av uønskede hendelser, og at hendelser må analyseres for å forstå årsakene. Videre står det at risikoanalyser er viktige verktøy i planlegging av virksomheten for å forebygge uønskede hendelser. Følgelig legger vi til grunn at slike analyser bør være sentrale i arbeidet med å sikre gode og trygge tjenester. Vi vurderer at særlig kapittel 1, tabell 17 og vedlegg 1 er relevante for å gi innhold til kravet om forsvarlige tjenester.

Konsensus i relevante fagmiljøer er også en viktig kilde til informasjon om hva som er faglig forsvarlig praksis.

Det forventes at helseforetaket

- har overordnede kriterier/omforent praksis for utlokalisering
- gjør en medisinsk vurdering av om den enkelte pasient kan utlokaliseres
- ved utlokaliseringstidspunktet har gjennomført en planlegging av nødvendige medisinskfaglige og sykepleiefaglige observasjoner, oppfølging og tiltak, og at det er gjort av lege og sykepleier med fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem
- gjennomfører medisinskfaglig og sykepleiefaglig vurdering og oppfølging i henhold til planlagte observasjoner, oppfølging og tiltak

Informasjonskravet

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har regler om informasjon. Bestemmelsens annet ledd lyder:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og



brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Pasient og/ eller pårørende må få informasjon om at pasienten utlokaliseres. Helsepersonellet må informere pasienten om hvorfor utlokalisering er nødvendig og hva det kan innebære for den enkelte. Informasjonen kan for eksempel omfatte at det er behov for å konsultere og/ eller hente sykepleiefaglig og medisinsk faglig kompetanse fra avgivende enhet for å gjøre undersøkelser og vurderinger. Informasjonen må kommuniseres på en måte som blir forstått og som trykker pasient/ pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

Det forventes at helseforetaket har:

- en omforent praksis for informasjon til pasienter/pårørende før utlokalisering skjer

Plikt til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne plikten fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og innebærer en videreføring og presisering av kravene i den tidligere gjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til ledelse og kvalitetsforbedring, herunder systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet.

Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for å følge opp at helsetjenestene er i tråd med gjeldende regelverk og av god nok kvalitet. Det innebærer at ledelsen må ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester, inkludert oversikt over risiko og uønskede hendelser, for å kunne iverksette riktige tiltak for å redusere risiko og ivareta pasientsikkerheten. Se også IS-2620.

Det forventes at helseforetaket har:

- identifisert utlokalisering som et risikoområde og iverksatt nødvendige risikoreducerende tiltak, og følger opp at tiltakene fungerer etter hensikten
- oversikt over utlokaliserte pasienter
- tydeliggjort ansvar og beslutningsmyndighet samt ressurs- og kompetansebehov ved utlokalisering, og følger opp at dette etterleves og fungerer i praksis
- tilrettelagt for nødvendig informasjonsutveksling, kommunikasjon og samhandling på tvers av profesjoner og organisatoriske enheter, og følger opp at det fungerer
- tilrettelagt for eventuell nødvendig kompetanseoverføring mellom avgivende og mottakende sengepost/enhet, og følger opp at det fungerer
- innarbeidet praksis der tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende benyttes i helseforetakets kontinuerlige kvalitetsforbedring på lik linje med informasjon om andre deler av tjenesten

Informasjon og pasientmedvirkning

Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, har plikt til å sørge for at det gis informasjon som pasienten og/eller pårørende har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Pasientmedvirkning i helsetjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 skal pasienter få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester. Medvirkningens form skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Informasjon om eget pasientforløp i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 er en sentral pasientrettighet. Dette gjelder også ved utlokalisering, som er en situasjon som kan oppleves utrygg av den enkelte pasient.

Informasjon til pasienter må gis på en måte som gjør at pasienten kan forstå den, og personellet skal tilstrebe å sikre seg at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av informasjonen, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.



I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9 stilles det krav om at virksomheten gjør bruk av erfaringer fra pasienter i arbeidet med forbedring av virksomheten, jf. kapittel 3.2. Leder ved avgivende sengepost må følge med på at informasjon gis og at tilbakemeldinger fra enkeltpasienter om deres erfaringer og/eller bekymringer fanges opp og dokumenteres.

Det forventes at tilbakemeldinger fra pasienter/ pårørende benyttes i helseforetakets kontinuerlige kvalitetsforbedring på lik linje med informasjon om andre deler av tjenesten.

Utlokalisering av pasienter kan organiseres og tilrettelegges slik at pasientene får forsvarlige tjenester. Da kreves det at helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde som styres og følges opp særskilt. Risikoreducerende tiltak må være iverksatt.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Her gjøres det rede for hvordan virksomhetens aktuelle tjenester fungerer, inkludert virksomhetens tiltak for å sørge for at kravene til kvalitet og sikkerhet for tjenestemottakerne blir overholdt.

Helseforetakets organisering

Ifølge prosedyren *Beskrivelse av virksomheten – Sykehuset Østfold*¹ er Sykehuset Østfold HF et områdesykehus for Vestby kommune og Østfold fylke, utenom Rømskog kommune. Det fremgår at helseforetaket har i underkant av 700 senger og ca. 5000 medarbeidere. Sykehuset Østfold, Kalnes er det eneste behandlingsstedet med akuttfunksjon.

Når det gjelder lederstruktur, er organisasjonen formelt delt inn i fire nivåer, bestående av administrerende direktør, klinikksjefer, avdelingssjefer og seksjonsledere.

Helseforetaket er organisert med fem klinikker bestående av medisin, kirurgi, akuttmedisin, kvinne-barn og psykisk helsevern og rusbehandling. I tillegg kommer tre frittstående organisasjonsheter bestående av senter for laboratoriemedisin, avdeling for bildediagnostikk og kreftavdelingen og divisjonen Facility Management.

Klinikk for medisin inkluderer fagområdene endokrinologi, fordøyelsessykdommer, hjertesykdommer, revmatologi, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer, nevrologi, fysioterapi, fysikalsk medisin, geriatri og generell indremedisin.

Klinikk for kirurgi inkluderer fagområdene ortopedi, gastrokirurgi, urologi, plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, bryst- og endokrin kirurgi, karkirurgi, øyekirurgi, øre-nese-hals- og oralkirurgi med tilhørende døgnområder og poliklinikkområder.

Klinikk for akuttmedisin består av ambulansetjenesten, akuttmottakene, observasjon og akuttkirurgi.

Pasientflytkoordinator somatikk er en funksjon tilknyttet klinikk for akuttmedisin. Ifølge arbeidsbeskrivelsen har stillingen ansvar/myndighet/ fullmakt til å disponere alle somatiske senger i Sykehuset Østfold, Kalnes i tråd med vedtatte førende prinsipper og beslutninger fra det daglige kapasitetsmøtet. Dette er i tråd med prosedyren *Daglig kapasitetsmøte Kalnes somatikk*². Videre fremgår det at denne funksjonen skal koordinere innleggelse av akutt-pasienter fra Avdeling akuttmottak til døgnområder etter førende prinsipper for pasientflyt og melderutiner.

¹ Dokument-ID: D07452. Versjonsnummer:8.03. Gjelder fra 23.10.2018

² Dokument-ID: D39664. Versjonsnummer: 2.02. Gjelder fra 30.05.2017



Sykehuset Østfold, Kalnes organiserer sine somatiske senger i ti døgnområder, hver med tre til fire sengetun, som ledes av en seksjonsleder. De ti døgnområdene er inndelt for 1 - hjertemedisin, 2 - infeksjonsmedisin, 3 - lungemedisin, 4 – nevrologi og slag, 5 - føde, barsel og gynekologi, 6 - ortopedi, 7 – gastrokirurgi, 8 – kirurgi og karkirurgi, traumepasienter, bryst- og endokrinkirurgi, urologi, ØNH, 9 - geriatri, endokrinologi, gastro- og nyremedisin og 10 – kreftsykdommer.

Det fremgår også av prosedyren² at pasientflyten i Sykehuset Østfold HF styres etter moderpostprinsippet. Ifølge prosedyren *Moderpostprinsippet – fordeling av pasienter i klinikk for medisin*³ skal alle avdelinger motta alle de pasientene som tilhører deres fagområde, så langt det er mulig. Det fremgår videre at prinsippet kan fravikes når dette er til det beste for pasient, men kun etter beslutning i det daglige kapasitetsmøtet.

Ifølge informasjon gitt til Fylkesmannen i formøtet, definerer ikke helseforetaket pasienter som flyttes innen samme klinikk som utlokaliserte.

Helseforetaket bruker det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS, det elektroniske kurve-systemet Metavision og IMATIS som inneholder blant annet samhandlingstavler, løsninger for mobilitet, meldingsutveksling og kliniske arbeidsflater.

Oversikt over utlokaliserte pasienter gjenfinnes i de elektroniske plattformene IMATIS og i DIPS.

Kartlegging av utlokaliserte pasienter

Helseforetaket gjennomførte i januar/februar 2019 en kartlegging av utlokaliserte pasienter i pasientgruppene indremedisin, ortopedi og gastrokirurgi. Kartleggingen skulle foregå i fire uker eller til det var kartlagt 30 pasienter i hver kategori. I løpet av første uken ble det kartlagt 30 indremedisinske, mens det i hele perioden ble kartlagt 10 ortopediske pasienter som utlokaliserte. Det var ingen utlokalisering av gastrokirurgiske pasienter i perioden.

Av 30 indremedisinske pasienter som ble kartlagt, var 13 utlokalisert til et døgnområde i klinikk for kirurgi, mens en av de ti ortopediske pasientene ble utlokalisert til klinikk for medisin, jf. vedlegg 2. I underkant av 50 % av de kartlagte pasientene ble utlokalisert direkte fra akuttmottaket uten å være innom moderposten.

Oversikten over utlokaliseringer viser at ulike pasienter tilhørende ett fagområde, kan bli utlokalisert til flere ulike døgnområder. Eksempelvis har syv hjertemedisinske pasienter, blitt utlokalisert til seks ulike døgnområder, hvorav fire er utlokalisert til kirurgiske døgnområder.

Oversikten viser også at ett døgnområde kan motta flere pasienter fra ulike fagområder samtidig. Eksempelvis har henholdsvis Gastrokirurgisk avdeling, Nevrologisk avdeling og avlastningspost i Moss mottatt indremedisinske pasienter fra fire ulike fagområder i løpet av kartleggingsperioden, som for indremedisinske pasienter var på ca. en uke.

Egenvurdering og Fylkesmannens stikkprøvekontroll av dokumentasjon

Prosedyren *Pasientjournal - plikt til å føre journal, krav til journalens innhold*⁴ viser til helsepersonell-loven og at den som yter helsehjelp har plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i pasientjournalen. Det fremgår videre at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger, jf. journalforskriftens § 8 - *Krav til journalens innhold*. Journalnotat skal føres fortløpende uten ugrunnet opphold, når det blir foretatt nye undersøkelser og spesialisttilsyn eller gjøres nye vurderinger/bestemmelser vedrørende en pasient. Informasjon gitt til pasienten om aktuell tilstand og videre plan skal dokumenteres i journalen.

Av prosedyren *Pasientjournal - Klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS)*⁵ fremgår det at behandlingsplanen i pasientens journal skal være hoveddokumentasjon og skal til enhver tid følges og

³ Dokument-ID: D39511. Versjonsnummer: 3.01. Gjelder fra: 27.02.2019

⁴ Dokument-ID: D04011. Versjonsnummer: 8.02. Gjelder fra 18.07.2016

⁵ Dokument-ID: D18245. Versjonsnummer: 5.00. Gjelder fra 11.04.2018



være oppdatert. Det fremgår videre at alle pasienter som innlegges til døgnbehandling skal ha opprettet behandlingsplan innen 24 timer og at kartlegging av pasienten skal være utført innen 24 timer. Virksomheten gjennomførte etter kartleggingen av henholdsvis 30 indremedisinske og 10 ortopediske pasienter, en egen vurdering av egen praksis av journal-dokumentasjon opp mot ni utvalgte sjekkpunkter. På hvert sjekkpunkt var svaralternativene ja, nei, delvis og ikke relevant.

Fylkesmannen gjennomførte stikkprøvekontroller i journalene som lå til grunn for virksomhetens egen vurdering. De samme ni sjekkpunktene ble undersøkt i 15 journaler fra indremedisinske pasienter og seks journaler fra ortopediske pasienter. Resultatet av både egen vurdering og stikkprøvekontroll fremgår av tabell i vedlegg 3. For å kunne sammenligne helseforetakets egen vurdering med Fylkesmannens vurdering, er helseforetakets vurdering av 15 journaler i kolonne 2 i tabellen, sammenfallende med de 15 journalene Fylkesmannen vurderte.

Egen vurderingen viste at helseforetaket i 53,3 % av journalene til alle indremedisinske pasienter hadde dokumentert at det var foretatt en individuell vurdering av om utlokalisering kunne gjennomføres. En slik vurdering var ikke dokumentert i noen journaler til ortopediske pasienter. I grunnlaget på 15 pasienter fant helseforetaket denne dokumentasjonen i 33,3 % av journalene, mens Fylkesmannen fant dokumentasjonen i 26,7 %.

Når det gjelder sjekkpunktet om pasienten fikk informasjon om utlokalisering før det skjedde, ble det funnet at dette var dokumentert i 60 % av journalene til alle indremedisinske pasienter og ikke i noen journaler til ortopediske pasienter. I grunnlaget på 15 pasienter fant helseforetaket denne dokumentasjonen i 53,3 % av journalene, mens Fylkesmannen fant dokumentasjonen i 20 %.

Medisinskfaglig planlegging av henholdsvis nødvendige observasjoner, utredning/diagnostisering og behandling/tiltak ble funnet dokumentert i 80, 83,3 og 86,7 % av journalene til alle indremedisinske pasienter og i alle journaler til ortopediske pasienter. I grunnlaget på 15 pasienter fant helseforetaket denne dokumentasjonen i henholdsvis 73,3, 80 og 86,7 % av journalene til indremedisinske pasienter og alle journaler til ortopediske pasienter. Fylkesmannen fant til sammenlikning dokumentasjonen i henholdsvis 73,3 % på alle tre områdene til indremedisinske pasienter og tilsvarende dokumentasjon i 83,3 % av journalene til ortopediske pasienter.

Vedrørende medisinskfaglig gjennomføring av den planlagte oppfølgingen av utredning/ diagnostisering og behandling/tiltak, fant helseforetaket dette dokumentert i 93,3 % av journalene til alle indremedisinske pasienter og i alle journaler til ortopediske pasienter. I grunnlaget på 15 pasienter fant helseforetaket dokumentasjon i 93,3 % og 100 % av journalene til de indremedisinske pasientene og i alle journalene til de ortopediske pasienter. Fylkesmannen fant dokumentasjonen i 93,3 % av journalene til indremedisinske pasienter og i samtlige journaler til ortopediske pasienter.

På sjekkpunktet om sykepleiefaglig planlegging av henholdsvis observasjoner, oppfølging og tiltak fant helseforetaket dette dokumentert i 56,7 % av alle journalene til indremedisinske pasienter, og 80 % av alle journaler til ortopediske pasienter. I grunnlaget på 15 pasienter fant helseforetaket disse planleggingene dokumentert i henholdsvis 53,3 %, 60 % og 60 % i journaler til indremedisinske pasienter og i 66,7 % av journalene til ortopediske pasienter. Fylkesmannen fant planlegging dokumentert i henholdsvis 53,3 %, 46,7 % og 46,7 % i journaler til indremedisinske pasienter og 16,7 % til ortopediske pasienter.

Når det gjelder sykepleiefaglig gjennomføring av den planlagt observasjon, oppfølging og tiltak, fant helseforetaket dette dokumentert i henholdsvis 76,7 %, 63,3 % og 63,3 % av journaler til indremedisinske pasienter i 80 % av journalene til ortopediske pasienter. I grunnlaget på 15 pasienter fant helseforetaket denne gjennomføringen dokumentert i henholdsvis 66,7 %, 53,3 % og 53,3 % i journalene til indremedisinske pasienter og 66,7 % i journalene til ortopediske pasienter. Fylkesmannen fant gjennomføring dokumentert i henholdsvis 46,7 %, 33,3 % og 33,3 % av journalene til indremedisinske pasienter og henholdsvis 50 %, 50 % og 66,7 % av journalene til ortopediske pasienter.

Når det gjelder dokumentasjon av gjennomført rutinemessig visitt på dagtid for indremedisinske pasienter, fant helseforetaket at dette var dokumentert i 50 % av journalene, både for hele gruppen og



for utvalget på 15 pasienter. Fylkesmannen fant denne dokumentasjonen i 33,3 % av journalene. Tilsvarende for ortopediske pasienter fant helseforetaket dokumentasjon i 96,7 % for hele utvalget og 93,3 % i utvalget på 15 pasienter. Fylkesmannen fant dette dokumentert i 60 % av journalene.

Pasienttilstrømning, kapasitet og pasientflyt

Ifølge dokumentet *Virksomhetsstrategi 2019-2023*⁶ er pasienttilstrømningen økende, noe som av helseforetaket er vurdert å gi utfordringer i akuttmottakene, poliklinikkene og døgnområdene ved Sykehuset Østfold, Kalnes. Dette har ført til at Sykehuset Østfold HF, ifølge virksomhetsstrategien, ikke har nådd målet om ingen korridorpasienter.

Overbelegg og stor pasienttilstrømning er vurdert som et risikoområde i helseforetaket. Det fremgår av virksomhetsstrategien at det arbeides kontinuerlig med tiltak for å kunne håndtere situasjonen. Tiltakene omhandler beleggsoversikt, oversikt over korridorpasienter, liggetider, utnyttelse av areal og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Den økte pasienttilstrømningen medfører et overbelegg, spesielt i klinikk for medisin. Det fremkom i intervjuene at de ansatte opplevde dette som en «normalsituasjon». For håndtering av overbelegget skal det ifølge prosedyren *Handlingsplan ved fare for overbelegg*⁷ iverksettes tiltak.

Disse tiltakene er konkretisert i stigende rekkefølge;

- tilrettelegging for to pasienter på rom
- utlokalisere pasienter til sengetun i andre døgnområder innen samme klinikk
- utlokalisere pasienter til annen klinikk
- ta i bruk definerte tilleggsrom i døgnområdene
- ta i bruk inntil en korridorseng pr. sengetun
- vurdere behov for bistand fra andre helseforetak

Dersom disse tiltakene ikke er tilstrekkelige, skal sykehusledermøtet vurdere bruk av arealer i Moss, ved utreise- og dagenhet samt ved ECT (elektrokonvulsiv terapi)-arealene.

Pasientflyten styres etter moderpostprinsippet³. Lege i akuttmottaket er den som definerer hvilket fagområde pasienten skal tilhøre ved besluttet innleggelse. Dersom pasienten skal utlokaliseres til annet fagområde enn moderposten, skal pasienten være avklart og stabil, med tydelig problemstilling og være vurdert som egnet til å ligge på annet fagområde.

Ved kapasitetsutfordringer skal følgende prosedyrer og retningslinjer følges:

- *Pasientflyt - førende prinsipper Kalnes somatikk*⁸
- *Pasientflyt – kapasitetsgrenser og tiltak ved overbelegg i klinikk for medisin*⁹
- *Pasientflyt – normal drift og ved kapasitetsproblemer døgnområder i klinikk for kirurgi*¹⁰
- *Kapasitetsgrenser og tiltak ved store endringer, Pasienttilstrømninger og/eller opphopning av pasienter på ortopedisk døgnområde på Kalnes*¹¹
- *Pasientflyt for døgnområde 5, tun 2 - normal drift og ved kapasitetsproblemer*¹²
- *Retningslinjer for flytting av pasienter på kveld og natt til andre seksjoner i medisinske fagområder*¹³

⁶ Saksnummer arkiv 18/00291

⁷ Dokument-ID: D42228. Versjonsnummer: 2.00. Gjelder fra 20.12.2018

⁸ Dokument-ID: D39676. Versjonsnummer: 12.00. Gjelder fra 01.03.2019

⁹ Dokument-ID: D41452. Versjonsnummer: 1.02. Gjelder fra 14.05.2018

¹⁰ Dokument-ID: D31775. Versjonsnummer: 7.01. Gjelder fra: 05.11.2018

¹¹ Dokument-ID: D31915 Versjonsnummer: 2.00 Gjelder fra: 19.04.2016

¹² Dokument-ID: D42534. Versjonsnummer: 3.01. Gjelder fra: 14.11.2018

¹³ Dokument-ID: D36323. Versjonsnummer: 4.00. Gjelder fra: 14.03.2018



Ortopediske pasienter skal fordeles til døgnområde 6 – ortopedi. Dersom det er fullt på døgnområde 6, skal ortopediske pasienter ifølge prosedyren¹⁰, utlokaliseres til døgnområde 7 – gastrokirurgi, eller døgnområde 8 – karkirurgi, traumepasienter, bryst- og endokrinkirurgi, urologi og ØNH. Hvis fullt på alle disse døgnområdene, skal pasienten utlokaliseres til et døgnområde med ledig kapasitet i klinikk for medisin.

Det fremgår av prosedyren at alle pasienter i klinikk for kirurgi, som ikke ligger på moderpost, skal ha visitt fra eget fagområde. Det fremgår også at det skal jobbes aktivt for å ta egne pasienter tilbake til moderpost. Denne praksisen ble bekreftet i intervjuer.

Ifølge prosedyre⁹ skal indremedisinske pasienter fordeles til henholdsvis døgnområde 1 - hjertemedisin, 2 - infeksjonsmedisin, 3 -lungemedisin og 9 - geriatri, endokrinologi, gastro- og nyremedisin og 4 - nevrologi. Dersom det er fullt på henholdsvis døgnområde 1, 2, 3, og 9, skal pasienten utlokaliseres til det medisinske døgnområdet som har ledig kapasitet. Ved fullt belegg på alle disse døgnområdene skal pasienten utlokaliseres til døgnområde med ledig kapasitet i klinikk for kirurgi.

Det fremgår også av prosedyren at indremedisinske pasienter som ikke krever oppfølging av subspesialiteter, kan legges på alle fagområder med ledig kapasitet i klinikk for medisin. Disse pasientene skal ferdigbehandles av det fagområdet som har fått tildelt pasienten fra akuttmottaket. Ved utlokalisering til et døgnområde i klinikk for kirurgi, er det lege med fagspesifikk kompetanse som har ansvar for pasienten.

Ved kapasitetsutfordringer skal moderpost selv flytte pasienter ut til andre døgnområder. Dette gjøres etter at lege i døgnområdet har besluttet hvilke pasienter som kan flyttes, og disse er satt på en «flytteliste». Selve flyttingen gjøres i samarbeid med pasientflytkoordinator i akuttmottaket.

Helseforetaket har daglig kapasitetsmøte vedrørende somatiske pasienter, der pasientflyten skal overvåkes. Ifølge prosedyren *Daglig kapasitetsmøte Kalnes somatikk*², er hensikten å sikre at avdelingene har kapasitet til å håndtere forventet pasientstrøm inneværende døgn på en trygg måte. Møtet foregår ved at hendelser fra kveld/natt refereres og forventet pasientflyt inneværende døgn gjennomgås. Dersom denne gjennomgangen avdekker overbelegg, blir pasientenes tilstand og behov vurdert og sammenholdt med ressurser og belastning på døgnområdene før beslutninger om eventuelle tiltak og utlokalisering av pasienter blir besluttet.

Ifølge prosedyren skal avdelingssjefer medisin (med unntak av reumatologisk avdeling), avdelingssjef akuttmottak og ved behov avdelingssjefer fra klinikk kirurgi, kvinneklinikken og onkologi, i tillegg til pasientflytkoordinator delta. Under intervjuene fremkom ulike synspunkter på hvorvidt kapasitetsmøtet fungerer etter intensjonen. Det fremkom at møtet består av representanter for medisinsk klinikk og at det er mange deltakere fordi også seksjonsledere møter.

I intervjuer fremkom at det er ulik praksis når det gjelder å ta i bruk korridorsenger. Prosedyren *Handlingsplan ved fare for overbelegg*⁶ gir anvisning på at utlokalisering til ledige senger i andre døgnområder skal iverksettes før korridorsenger tas i bruk. Ansatte fortalte i intervjuer at enkelte avdelinger ønsket å ha ansvar for sine egne pasienter og at korridorsenger i noen tilfeller ble tatt i bruk før pasienten ble utlokalisert til annen klinikk.

Evaluering av handlingsplan ved fare for overbelegg ble behandlet i sykehusledermøtet i mai 2019¹⁴. Om utlokalisering av pasienter fremgår at det kan være vanskelig å finne pasienter som er egnet til å ligge på andre avdelinger enn moderpost, fordi pasientene som er innlagt som oftest er veldig dårlige.

¹⁴ Sak 193-18



Evalueringen beskrev som en ulempe at man i tillegg til å utlokalisere egne pasienter, kan få pasienter fra andre avdelinger tilbake. Det fremgår videre at flyttelister skaper merarbeid og kan forsinke pasientflyten. Videre er det angitt som vanskeligere å utføre visitt på «utepasienter», og at pasienter på «utepost» får sen legevisitt. Disse opplysningene ble bekreftet av de ansatte i intervjuer.

Akuttmottaket ga i evalueringen tilbakemelding på at flyttelister er avgjørende for å håndtere pasientflyten og for å fordele pasienter. Kirurgisk og ortopedisk avdeling ga tilbakemelding på at de hadde et godt samarbeid, og at flyten mellom disse døgnområdene fungerte meget godt. Dette ble bekreftet i intervjuer med de ansatte.

I evalueringen av handlingsplanen er forbedringsforslag samsvar mellom bemanning og arbeidsbelastning (antall pasienter og kompleksitet) og sikring av tilstrekkelig kompetanse i døgnområdene slik at liggetid ikke øker. Det ble i evalueringen også stilt spørsmål ved om det er behov for en avdeling for generell indremedisin.

Grunnet ekstra stor pasienttilstrømning til helseforetaket ved årsskiftet 2018/2019, besluttet sykehusledermøtet oppstart av avlastningspost med 20 pasienter i Moss. Ifølge *Tiltakskort - etablering av sengepost i Moss (Kapasitetsprogram SØ 2019)*¹⁵ skulle Bemanningsavdelingen ha ansvar for å leie inn sykepleiefaglig personell. I tillegg fremgår at det skulle avgis erfarent personell fra alle døgnområder og vaktbehovet skulle dekkes av medisin i fellesskap. Akuttmedisinsk avdeling skulle ha hovedansvar for å leie inn leger/overleger. I tillegg skulle alle indremedisinske avdelinger avsette ressurser i perioden.

Avlastningsenheten startet mottak av pasienter 21. januar 2019 og var i drift i åtte uker, frem til 17. mars 2019. Kriterier for overflytting til Moss var, ifølge tiltakskortet, at pasienten skulle være kognitiv stabil, at det var foretatt en individuell vurdering, at diagnosen var stilt og at behandling var igangsatt. Pasienten skulle være hemodynamisk stabil uten arytmi-problematikk og det skulle ikke være behov for blodprøver oftere enn en gang pr. døgn. I *Evaluering av handlingsplan ved fare*¹⁴ for overbelegg fremgår det at kriterier for overflytting til Moss var indremedisinske pasienter med enklere problemstillinger som trenger noen døgn ytterligere behandling i tillegg til utskrivningsklare pasienter som ventet på plass i kommunen. I siste del av perioden gjaldt kriteriene også utskrivningsklare pasienter fra nevrologisk avdeling.

Ifølge evalueringen var hovedinntrykket at avlastningsenheten fungerte greit, men anbefalingen var at planlegging og forberedelse burde starte tidligere hvis den skal benyttes i igjen. Tiltaket ble anbefalt videreført. I intervjuer ble det fortalt at ikke alle av de som ble funnet egnet til utlokalisering til Moss ønsket å bli utlokalisert dit.

For di avlastningsposten ikke var i drift på tidspunktet for tilsynet, ble ingen ansatte fra denne posten intervjuet.

Vurdering og beslutning om utlokalisering

Som det fremgår av forrige avsnitt har helseforetaket flere prosedyrer for pasientflyt. Av intervjuene fremkom det at ikke alle var kjent med alle prosedyrer, men mange visste hvor de kunne finnes.

Ifølge prosedyren *Melderutiner – fra akuttmottak, observasjon og akuttkirurgi til døgnområde*¹⁶ meldes pasienten døgnområdet etter at lege har vurdert pasienten, besluttet innleggelse og definert moderpost. Det fremgår videre at sykepleier skal ha skrevet et inkomstnotat og lege et plannotat med blant annet tentativ diagnose. I stikkprøvekontroll i journaler fremkom at det ble skrevet plannotat, men ikke alltid inkomstnotat fra sykepleier før pasienten ble overflyttet fra akuttmottaket til døgnområdet. Dette ble bekreftet i intervjuer av de ansatte. De ansatte kunne videre bekrefte at de kjente til at det ifølge

¹⁵ Dokument-ID: D42790. Versjonsnummer: 2.00. Gjelder fra: 28.01.2019

¹⁶ Dokument-ID: D32575. Versjonsnummer: 14.00. Gjelder fra: 28.01.2019



prosedyre er lege i mottaket som definerer hvilket fagområde pasienten skal tilhøre ved beslutning om innleggelse. Det fremkom også at dette ble gjennomført.

Dersom moderpost har belagt alle sine senger, fremgår det også av prosedyren at vakthavende lege i akuttmottaket må gjøre en medisinskfaglig vurdering av pasientens behov for oppfølging og behandling, herunder behov for spesifikk sykepleierkompetanse. Deretter skal legen vurdere om pasienten allikevel må til moderpost eller om vedkommende kan utlokaliseres til et annet døgnområde. Dersom pasienten må til moderpost, må moderposten iverksette tiltak for å utlokalisere en av sine pasienter. Dersom pasienten kan utlokaliseres, samarbeider pasientansvarlig sykepleier i mottak med pasientflytkoordinator som har oversikt over ledige senger i døgnområdene. Kartleggingen av utlokalisererte pasienter viste at nesten halvparten av disse ble utlokalisert direkte fra akuttmottaket. Ansatte opplyste i intervjuer at det ofte skjedde at pasienten ble utlokalisert direkte fra akuttmottaket uten å ha vært innom moderposten.

Det fremgår av *Pasientflyt - førende prinsipper Kalnes somatikk*⁸ at hvert døgnområde skal sette opp en flytteliste med navn på pasienter som er vurdert av overlege til å kunne utlokaliseres. Det er seksjonsleder eller vaktansvarlig sykepleier ved det enkelte døgnområdet som har ansvaret for denne listen. Listen skal ferdigstilles innen klokken 15.30 hver dag. En pasient fra denne listen blir utlokalisert dersom en pasient i akuttmottaket blir vurdert til ikke å kunne utlokaliseres, men må legges på moderpost. Det fremkom i intervjuer at døgnområdene førte opp pasienter på flytteliste, og at denne listen ble lagt til grunn ved utlokaliseringer. Antallet navn på listen kunne variere fra døgnområde til døgnområde, etter hvor stor pasienttilstrømningen var.

Av intervjuer fremkom videre at det var varierende praksis på døgnområdene, når det gjaldt å føre opp pasientene på flytteliste. Det var kjent at det er overlege i døgnområdet som skal vurdere pasienten for å kunne ta en beslutning om utlokalisering før pasienten kunne settes på flytteliste. Det var også kjent at pasienten skulle være avklart og stabil før utlokalisering. I de fleste tilfellene var det overlege som vurderte pasienten, men det hendte at sykepleier eller lis-lege tok avgjørelsen om at pasienten kunne utlokaliseres, når pasienten var avklart.

På bakgrunn av informasjon mottatt i formøtet og i intervjuer med de ansatte, er det klart at det sykepleiefaglige ansvaret alltid blir overført til mottagende døgnområde ved utlokalisering. Det medisinskfaglige ansvaret for pasienten blir overført til mottagende avdeling innen klinikk for medisin, mens dette ansvaret forblir hos lege ved avgivende avdeling innen klinikk for kirurgi. Ved flytting innad i medisinsk klinikk er utgangspunktet at pasienten skal ferdigbehandles av den avdelingen pasienten utlokaliseres til. I intervjuer ble det denne praksisen bekreftet.

Informasjon til pasient og pasientmedvirkning

I kapittel 5 i *Virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold 2019-2023*, fremgår det om pasientbehandling at pasienter og pårørende har verdifull kunnskap om egen helse og at deres behov skal være førende for utvikling av helsetjenestene. Helseforetaket vil gi pasienter og brukere informasjon og mulighet til å medvirke i behandlingen, jf. *Ingenting om meg uten meg!* (Pasientsikkerhetsprogrammet) samt øke brukermedvirkningen i utvikling av pasientforløpet.

Fylkesmannen har ikke fått oversendt prosedyrer vedrørende informasjon til pasienter som skal utlokaliseres eller prosedyrer som omhandler pasientmedvirkning.

Ansatte opplyste i intervjuer at de ikke kjente til slike prosedyrer. De fortalte at pasientene ble informert om at utlokalisering var nødvendig, og at dette i hovedsak skjedde rett i forkant av selve flyttingen. Når utlokaliseringen skjedde på natt, ble pasientene vekket og informert i det de skulle flytte. Pasientene fikk beskjed om at flytting skjedde på grunn av plassmangel. De fikk lite eller ingen informasjon om hva det kunne innebære for den enkelte å få sin helsehjelp ved et annet døgnområde enn der det var fagspesifikk sykepleiefaglig og medisinskfaglig kompetanse.



Det fremkom videre i intervjuer med ansatte at de ikke kjente til overordnede føringer for hvordan informasjon om utlokalisering skulle dokumenteres.

Som nevnt i kapittelet om egenvurdering og dokumentasjon, ble det ikke dokumentert i ortopedisk avdeling om pasienten var informert om utlokalisering. I journaler til indremedisinske pasienter fant helseforetaket slik dokumentasjon i 60 % av alle journalene til indremedisinske pasienter og i 53,3 % i grunnlaget på 15. Fylkesmannen fant dette dokumentert i 20 % av journalene.

Det ble bekreftet i intervjuer med ansatte at de ikke hadde noen felles praksis for hvordan og når denne informasjonen skulle bli gitt eller hvordan dette skulle dokumenteres, etter at informasjon var gitt.

Det fremkom også under intervjuer med ansatte at pasientene hadde liten mulighet til å medvirke ved beslutningen om utlokalisering, fordi det allerede var meldt en ny pasient til døgnområdet som da hadde behov for plassen.

Fylkesmannen har hatt samtaler med syv av de 40 pasientene som var utlokalisert i gjeldende periode. Pasientene bekreftet at de fikk informasjon rett før de skulle flyttes og at de ikke hadde noen medvirkende rolle i beslutningen. Flere pasienter uttrykte i samtalene at de opplevde flyttingen som kaotisk og at de ikke ble trygget av informasjonen som ble gitt rett i forkant om flytting

Informasjonsutveksling og kommunikasjon

Som nevnt i avsnittet om Pasienttilstrømning, kapasitet og pasientflyt, er rutinen ved kirurgisk klinikk at moderpost beholder det medisinskfaglige ansvaret for pasienter som utlokaliseres til andre avdelinger/døgnområder. I medisinsk klinikk, bortsett fra ved fagområdet nevrologi, overføres det medisinskfaglige ansvaret til mottakende post ved utlokalisering innen klinikken. I begge klinikker er det sykepleiere på mottakende post som overtar det sykepleiefaglige ansvaret. Dokumentasjon i pasientens journal danner grunnlag for informasjonsutveksling om utlokaliserte pasienter.

I intervjuer fremkom at sykepleietjenesten i medisinsk klinikk benyttet stille rapport, og ikke muntlig informasjonsoverføring. Stille rapport innebar at påtroppende helsepersonell ved vaktskifter selv måtte innhente informasjon i pasientens journal for å vite hva som var gjort med eller planlagt for pasienten. Det var ingen muntlig informasjonsoverføring fra avtroppende helsepersonell. Ved kirurgisk klinikk ble muntlig rapport benyttet, det vil si muntlig informasjonsoverføring fra ett helsepersonell til ett eller flere andre.

Ved overføring av pasient fra akuttmottak til døgnområder, skal det være skrevet et innkomstnotat ved sykepleier og et plannotat fra lege. Disse notatene skal gi føringer for hvordan pasienten skal følges opp videre. Ansatte ved døgnområdene fortalte at plannotatene fungerte etter hensikten, men at det hendte at sykepleier ikke hadde skrevet innkomstnotat før utlokalisering. Flere sykepleiere fortalte under intervjuer at innkomstnotatene fra Akuttmottaket inneholdt få opplysninger og at det ofte var sparsom informasjon som grunnlag til å utarbeide en behandlingsplan.

Ifølge prosedyren *Mottak av pasient. Klinikk for medisin*¹⁷ skal vitale parametere (NEWS-score) og vekt føres inn i Metavision samtidig som pasientens allmenntilstand skal kartlegges via innkomstintervju i henhold til 12 funksjonsområder. Opplysningene skal dokumenteres i kartleggingsnotat i DIPS samtidig som arbeidet med behandlingsplanen påbegynnes. I henhold til prosedyren *Pasientjournal - Klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS)*⁴ skal behandlingsplanen være hoved-dokumentasjonen.

Ansatte fortalte at de kunne oppleve utarbeidelse av behandlingsplan for utlokaliserte pasienter som kom direkte fra akuttmottaket som vanskelig. Årsaker til dette ble oppgitt å være få opplysninger i innkomstnotat i tillegg til at de selv hadde lav eller manglende kompetanse på pasientens tilstand og sykdom. På grunn av mangelfull rapport eller dokumentasjon måtte de ansatte bruke ekstra tid på å sette

¹⁷ Dokument-ID: D35795 Versjonsnummer: 3.00 Gjelder fra: 06.12.2018



seg inn i den utlokaliserte pasientens sykdom og medikamentbruk, samt konferere og etterlyse informasjon om pasienten.

De ansatte fortalte videre at det ikke rutinemessig ble innhentet bistand fra sykepleier med fagspesifikk kompetanse ved moderpost i slike tilfeller. I tilfeller der de tok kontakt for slik bistand, kunne denne være vanskelig tilgjengelig. Dette fordi det var fullt belegg med mange pasienter, ansatte opplevde stort arbeidspress og at det var vanskelig å forlate posten.

I intervjuer fremkom videre at sykepleietjenesten skulle skrive et overflytningsnotat når en pasient skulle utlokaliseres fra ett døgnområde til et annet. I notatet skulle det fremkomme hvorfor pasienten var innlagt, hvilke behandlingstiltak som var iverksatt og hva som skulle følges opp videre av sykepleietjenesten. Det fremkom at dette ikke alltid ble gjort.

På grunn av stor pasienttilstrømning, overbelegg og mange utlokaliseringer, opplevde de ansatte en økt arbeidsbelastning i det daglige. De ansatte oppga høyt arbeidspress og stress, lite tid til å dokumentere i journal og til å gi utfyllende muntlige rapporter ved utlokaliseringer mellom døgnområder.

Fylkesmannens journalgjennomgang, jf. kapittelet om egenvurdering og stikkprøvekontroll av dokumentasjon, bekrefter de ansattes opplysninger om at dokumentasjon fra sykepleietjenesten ikke utføres i henhold til helseforetakets prosedyrer. Fylkesmannen fant at sykepleiefaglig planlegging av observasjoner, oppfølging og tiltak ble dokumentert i henholdsvis 53,3 %, 46,7 % og 46,7 % i journaler til indremedisinske pasienter og 16,7 % til ortopediske pasienter. Utførte observasjoner, oppfølging og tiltak ble funnet dokumentert i henholdsvis 46,7 %, 33,3 % og 33,3 % av journalene til indremedisinske pasienter og henholdsvis 50 %, 50 % og 66,7 % av journalene til ortopediske pasienter.

Oppfølging og behandling av utlokaliserte pasienter - kompetanse

Ifølge helseforetakets virksomhetsstrategi 2019 – 2023⁵ har Sykehuset Østfold HF utfordringer med rekruttering av tilstrekkelig og riktig kompetanse innen flere fagområder og for ulike grupper helsepersonell. Dette opplevde de ansatte som krevende. Det fremkom i intervjuer at det var vanskelig når ressurspersoner sluttet og at det var et omfattende arbeid å lære opp nyansatte.

Det foreligger kompetansekartlegginger og kompetanseplaner på avdelingsnivå. Planene omhandler kompetansetiltak innenfor det fagspesifikke området som avdelingen har ansvar for. Fylkesmannen har ikke fått oversendt kompetanseplaner med tanke på ansattes behov for opplæring når det gjelder observasjoner og oppfølging av utlokaliserte pasienter.

I intervjuer fremkom at sykepleiere spesielt, men også leger, kunne oppleve mangelfull kompetanse vedrørende utlokaliserte pasienter som et problem. Ansatte fortalte at utlokaliserte pasienter kunne ha andre behov for oppfølging og behandling enn de pasientene som normalt tilhørte døgnområdet/avdelingen og at de opplevde ikke å ha tilstrekkelig kompetanse til å vurdere disse behovene. Det ble beskrevet tilfeller der de ikke hadde fanget opp kritiske symptomer og endringer i pasientens tilstand, og derav ikke hadde iverksatt relevante og nødvendige tiltak. Det ble også beskrevet tilfeller der ansatte mente de ikke hadde hatt tilstrekkelig kunnskap til å ta avgjørelser om utredning og videre behandling for pasienten.

Som beskrevet under informasjonsutveksling og kommunikasjon, fremkom det at ansatte opplevde arbeidet med behandlingsplan for utlokaliserte pasienter som krevende fordi de ikke alltid hadde kompetanse på pasientens tilstand eller sykdom. Både ledelse og ansatte bekreftet i intervjuer at det ikke var igangsatt målrettet opplæring eller kompetansehevede tiltak på området utlokaliserte pasienter.

Risikoanalyser og avviksbehandling

I henhold til prosedyren *Risikovurdering - krav til gjennomføring*¹⁸ skal det gjennomføres risikoanalyser på områder hvor det er fare for svikt. Grunnlaget for å utføre en risikoanalyse kan være avvik etter synerгимeldinger. Det fremgår at ledere er ansvarlige for gjennomføring og oppfølging av

¹⁸ Dokument-ID: D09060. Versjonsnummer: 8.02. Gjelder fra: 15.01.2019



risikovurderinger innen eget ansvarsområde. Dette inkluderer vurdering av akseptabelt risikonivå og at forebyggende og korrigerende tiltak iverksettes og følges opp.

Helseforetaket bruker Synergi som sitt avvikssystem. Hensikten med prosedyren *Synergi – melding, registrering og saksbehandling*¹⁹ er å sikre at medarbeidere identifiserer og melder uønskede hendelser, nesten-uhell og forbedringsområder i Synergi. Det fremgår at linjeledelsen skal analysere mulige årsaker til uønskede hendelser meldt i Synergi og iverksette forbedringstiltak.

Ifølge prosedyren *Uønskede hendelser - forebyggende tiltak*²⁰ er hensikten å sikre at det iverksettes tiltak for å forebygge uønskede hendelser.

Ifølge prosedyren *Uønskede hendelser - korrigerende tiltak*²¹ er hensikten å sikre at korrigerende tiltak iverksettes for å begrense skade samt at årsak til uønskede hendelser eller nesten-uhell gjennomgås for å hindre gjentakelse.

I intervjuer fremkom at de ansatte var kjent med Synergi og at det var her de skulle melde avvik. Mange oppfattet at avviksmeldesystemet ikke fungerte etter hensikten fordi mange avvik og hendelser ikke ble meldt og at tilbakemeldinger og forslag til tiltak ikke var tilstrekkelige til å forhindre nye hendelser. Det ble angitt at det ikke var ens praksis for hva det skulle meldes avvik på og det ikke fantes en felles retningslinje for hvordan avvikene skulle navngis. Videre ble det oppgitt å være ulik praksis for hvordan avvikene skulle brukes i forbedringsarbeid.

Fylkesmannen fikk tilsendt 36 avviksmeldinger vedrørende tilsynets tema, fra de siste 12 måneder. Vi fikk samtidig beskjed om at det kunne finnes flere meldinger. Dette ble oppgitt å skyldes at det ikke var en felles praksis for å sette tydelige stikkord/søkeord i avviksmeldingen som viste at hendelsen omfattet utlokalisering eller utlokaliserte pasienter og at det derfor var vanskelig å generere oversikter eller statistikker.

I henhold til prosedyren *Kvalitetsforbedringsarbeid - en kontinuerlig prosess*²² benyttes uønskede hendelser/ avviksmeldinger, årsaksanalyser, pasientklager, interne- og eksterne revisjoner og tilsyn til å identifisere muligheter for forbedring for igjen å kunne bedre pasientsikkerheten.

Ifølge prosedyren *Ledelsens gjennomgåelse - gjennomføring i Sykehuset Østfold*²³ skal gjennomgangen sikre en kontrollert, forsvarlig og pasientsikker drift i helseforetaket. Rapporter fra avdelingene til klinikkjefen og/eller administrerende direktør - der avdelingenes største utfordringer, risikoområder og tiltak fremkommer - skal danne grunnlaget for gjennomgangen. Administrerende direktør skal avholde oppfølgingsmøter med klinikker og avdelinger med utgangspunkt i de oppdaterte rapportene fra virksomhetenes handlingsplaner minst tre ganger per år.

Fylkesmannen har ikke mottatt særskilte risiko- eller sårbarhetsanalyser på området utlokalisering av pasienter, herunder vurderinger av kvaliteten på helsetjenesten til utlokaliserte pasienter og vurdering av ansattes kompetanse og kompetansebehov. Ledelsen bekreftet at det ikke var utarbeidet slike analyser. Det ble opplyst at pasienttilstrømning, overbelegg/kapasitet, liggetider, korridorpatienter og pasientflyt sto på dagsorden ukentlig i ledermøter. Utlokalisering av pasienter og oppfølgingen av disse i de ulike døgnområdene hadde ikke vært drøftet særskilt.

¹⁹ Dokument-ID: D02825. Versjonsnummer: 18.00. Gjelder fra: 07.11.2017

²⁰ Dokument-ID: D09521 Versjonsnummer: 8.00 Gjelder fra: 25.03.2019

²¹ Dokument-ID: D03319. Versjonsnummer: 10.00. Gjelder fra: 25.03.2019

²² Dokument-ID: D06049. Versjonsnummer: 11.00. Gjelder fra 02.08.2018

²³ Dokument-ID: D25125. Versjonsnummer: 22.00. Gjelder fra 29.04.2019



4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

I dette kapittelet vurderer vi fakta i kapittel 3 opp mot lovbestemmelsene i kapittel 2.

Forsvarlighet

Helse Lovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige helsetjenester. Sykehuset Østfold HF har i undersøkelsesperioden nærmest daglige utlokaliseringer, både innen samme klinikk og mellom klinikker. Dette setter særlig store krav til organisering, struktur og samhandling i utførelsen av de ulike oppgavene. Pasienter som er flyttet på grunn av plassmangel skal, i likhet med andre pasienter, sikres forsvarlige tjenester.

For å ivareta pasientsikkerheten, må helseforetaket sørge for at det før utlokalisering er utført en medisinskfaglig og sykepleiefaglig planlegging. Denne må være utført av personell med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. En slik planlegging er et nødvendig grunnlag for videre observasjoner og oppfølging av pasienten, inkludert hvilken behandling og hvilke tiltak som må iverksettes etter at pasienten er utlokalisert.

Helseforetaket hevder at den generelle sykepleiekompetansen og den generelle medisinskfaglige kompetansen til legene er tilstrekkelig for å kunne gi forsvarlige tjenester. De ansatte på sin side forteller at de ofte er utrygge i møtet med utlokaliserte pasienter og at de har manglende kompetanse vedrørende medisiner, prosedyrer etc. Dette gjelder i særlig grad sykepleierne. Det faktum at de ansatte i tillegg opplever stress og høyt arbeidspress i hverdagen, gjør det vanskelig å forlate eget døgnområde for å bistå mottakende døgnområde ved behov for opplæring og kompetanseoverføring. For helsepersonell i mottakende døgnområde er det vanskelig å finne tid til å sette seg inn i de utlokaliserte pasientenes behov. Vi finner det bekymringsfullt at spesielt sykepleiefaglig planlegging ofte utføres av mottakende enhet/døgnområde uten at personell fra avgivende enhet/døgnområde er involvert. Risikoen for svikt øker ved at det i liten grad er tilrettelagt for at helsepersonell ved mottakende enhet/ døgnområde har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor fagfelt knyttet til utlokaliserte pasienter. Vi vurderer på denne bakgrunn at helseforetaket i liten grad tilrettelegger for kompetansehevede tiltak og kompetanseoverføring mellom avdelinger. Dette innebærer en stor risiko for svikt i tjenesten til utlokaliserte pasienter.

Det er avgjørende for kvaliteten på helsetjenesten at sentral informasjon kommuniseres skriftlig og informasjonsutveksling gjennom journal er en forutsetning for å kunne yte forsvarlige tjenester til utlokaliserte pasienter. Til tross for overordnede føringer om informasjonsoverføring, samhandling og kommunikasjon ved utlokalisering, er det avdekket uønsket stor variasjon i hvordan dette blir praktisert av involvert personell. Dette gjelder også skriftlig informasjonsutveksling som eksempelvis journalføring. Vi finner at dokumentasjonen fra spesielt sykepleietjenesten er svært mangelfull, både når det gjelder planlegging og utføring av observasjoner samt oppfølging og tiltak. I tillegg er det innført stille rapport i medisinsk klinikk. Stille rapport fordrer tilstrekkelig og nødvendig dokumentasjon. Når nødvendig dokumentasjon ikke foreligger i mange tilfeller, vurderer vi at det er stor fare for svikt i oppfølgingen av utlokaliserte pasienter.

Utlokalisering av pasienter skal organiseres og tilrettelegges slik at pasientene får forsvarlige tjenester. Dette forutsetter at helseforetaket har identifisert utlokalisering som et risikoområde som styres og følges opp særskilt, samt at risikoreduserende tiltak blir iverksatt. Utlokalisering ved Sykehuset Østfold HF fremstår som en del av den daglige driften og som en *normalsituasjon* for å håndtere overbelegg, uten at det er iverksatt tilstrekkelig risikoreduserende tiltak for å hindre svikt i pasientbehandlingen. Vi vurderer at det innenfor tilsynets tema er tilfeldig om ledelsen fanger opp mangelfull etterlevelse av etablerte føringer, mangelfull dokumentasjon samt manglende kompetanse hos ansatte, noe som kan medføre mangelfulle tjenester til utlokaliserte pasienter. Det er ikke etablert tiltak, eksempelvis særskilte indikatorer, for oppfølging av om utlokaliserte pasienter får tjenester med rett kvalitet og at pasientsikkerheten ivaretas. Vi vurderer at det foreligger en uakseptabel stor fare for svikt i tjenestene til utlokaliserte pasienter og at pasientene kan risikere å motta tjenester som ikke er tilstrekkelig målrettet og individuelt tilpasset deres helseproblem.



Fylkesmannen vurderer at tjenestene til utlokaliserte pasienter ved Sykehuset Østfold HF klart avviker fra god praksis. Vi vurderer at avviket fra god praksis er så stort at det er i strid med kravene til forsvarlige helsetjenester. Fylkesmannen finner at dette utgjør et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse §§ 6 til 9.

Informasjon

Helseinstitusjoner har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 plikt til å sørge for at det gis informasjon som pasienten, eventuelt pasientens nærmeste pårørende, har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Når det gjelder informasjon til pasient og/eller pårørende om utlokalisering og retten til medvirkning ved gjennomføring av helsetjenester ved mottakende døgnområde, finner vi at helseforetaket ikke har en overordnet føring for hvordan og når pasienten skal informeres og hva det skal informeres om ved beslutning om utlokalisering. Pasienten blir i praksis informert om utlokalisering rett i forkant av selve flyttingen.

Når utlokaliseringsprosedyrer nærmest er en del av den daglige driften, vil god praksis være å gi pasientene en generell informasjon ved første anledning eller ved innkomst til avdelingen. De bør da informeres om at på grunn av plassmangel i sykehuset er det en risiko for at utlokalisering kan skje. Dersom avdelingen opererer med flyttelister, bør pasienten senest informeres om hva dette innebærer når vedkommende settes på en slik liste. Pasientene bør også informeres om hva en utlokalisering vil innebære for dem og en beskjed om at nærmere informasjon vil bli gitt om det blir aktuelt med utlokalisering. På denne måten vil pasientene få anledning til å stille spørsmål slik at de kan være forberedt når utlokaliseringen skjer.

Vi finner videre at det ikke er praksis å informere pasienten om eventuelle behov for å konsultere og/eller hente sykepleiefaglig og medisinskfaglig kompetanse fra avgivende avdeling/døgnområde for å gjøre undersøkelser og vurderinger. Vi vurderer at denne informasjonen er viktig for pasienten slik at vedkommende kan få anledning til å følge ekstra med på den behandling og oppfølging som gis.

Fylkesmannen vurderer at helseforetakets praksis vedrørende informasjon og pasientinvolvering avviker fra god praksis på en måte som utgjør brudd på spesialisthelsetjenestelovens § 3-11, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 til 9.

5. Fylkesmannens konklusjon

1. Sykehuset Østfold HF sørger ikke for at utlokaliserte pasienter får forsvarlige helsetjenester. Ledelsen følger ikke opp at tjenestene er målrettede og individuelt tilpassede og har ikke:
 - identifisert utlokalisering som et risikoområde og heller ikke iverksatt risikoreducerende tiltak for utlokaliserte pasienter
 - tydeliggjort kompetansebehov ved utlokalisering
 - tilrettelagt for nødvendig informasjonsutveksling og kommunikasjon på tvers av organisatoriske enheter



- tilrettelagt for nødvendig kompetanseoverføring mellom avgivende og mottakende døgnområde/avdeling

Vi finner at dette er brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9.

2. Sykehuset Østfold HF sørger ikke for sin plikt til å informere pasienten om utlokalisering og hva dette kan innebære for den enkelte.

Vi finner at helseforetakets praksis vedrørende informasjon og pasientinvolvering avviker fra god praksis på en måte som utgjør brudd på spesialisthelsetjenestelovens § 3-11, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 til 9.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

I dette kapittelet redegjør vi om hva vi forventer virksomheten skal gjøre i prosessen med å rette påpekte lovbrudd, slik at kravene til kvalitet og sikkerheten for tjenestemottakerne blir ivaretatt.

Vi viser til foreløpig rapport fra tilsynet, datert 4. juli 2019 og virksomhetens tilbakemelding på rapportens faktagrunnlag, datert 16. august 2019. I denne endelige rapporten, har vi innarbeidet virksomhetens tilbakemeldinger, slik at faktagrunnlaget fremstår korrekt. Vi har videre redigert vår vurdering i kapittel 4, uten at dette medfører innholdsmessige endringer.

Som det går fram av rapporten, ble det påpekt to lovbrudd fra gitte myndighetskrav innenfor de områdene som ble revidert.

Sykehuset Østfold HF må iverksette tiltak for å rette disse lovbruddene. Helseforetaket må utarbeide en handlingsplan og planen må inneholde oversikt over tiltak som skal iverksettes samt en beskrivelse av hvordan ledelsen skal følge opp arbeidet fremover.

Helseforetaket må følgelig over tid kunne dokumentere at praksis er endret og at pasientsikkerheten ivaretas for utlokaliserte pasienter. Det å holde oversikt over alle utlokaliserte pasienter, planlegge, iverksette relevante behandlingstiltak og følge opp at disse tiltakene virker blir derfor et kjernepunkt i sykehusets kommende oppfølgingsarbeid.

Vi forutsetter at helseforetaket i dette arbeidet ser hen til det som fremgår av kapittel 4 og 5 i rapporten og at tiltakene som planlegges iverksatt retter opp det som i kapittel 5 er påpekt av svikt og mangler.

Vi ber om at handlingsplanen som et minimum inneholder en beskrivelse av:

- implementering av gjeldende/nye rutiner, hvordan dette skal følges opp og om disse brukes og fungerer etter hensikten i det daglige arbeidet
- hvilke andre tiltak som skal iverksettes
- hvordan tiltakene skal gjennomføres og implementeres i den daglige driften
- hvordan ledelsen skal gjennomgå og vurdere om de planlagte tiltakene virker som forutsatt og over tid, slik at tilsvarende svikt ikke skjer igjen
- hvilken tidsramme de ulike tiltakene har

I forbindelse med gjennomføringen av dette tilsynet, var det ved egenvurderingene ni hovedindikatorer som skulle gjennomgås i den enkelte journal. Tre av disse anses som særlig relevante for å kunne følge med på om den enkelte utlokaliserte pasient mottar forsvarlig behandling, og må følgelig inngå i sykehusets nye egenvurderinger;



- Hovedindikator 6:
Det er dokumentert i journal at planlagte sykepleiefaglige a) observasjoner b) oppfølging c) tiltak er gjennomført
- Hovedindikator 7:
Det er dokumentert i journal at planlagt medisinskfaglig oppfølging av a) utredning/diagnostisering og b) behandling/tiltak er gjennomført i perioden på inntil to døgn etter utlokaliseringen
- Hovedindikator 9:
Det er dokumentert i journal at pasientene har fått alle sine legemidler i tråd med ordinasjon fra lege, i rett antall og til rett tid (enten til et angitt tidspunkt eller med en angitt hyppighet)

Som ledd i oppfølgingsarbeidet må helseforetaket også foreta nye kartlegginger og egenvurderinger av utlokaliserte pasienter. Dette kreves for at virksomheten selv skal kunne undersøke pasientforløpene til denne gruppen og påse at den oppfølging og behandling som gis er forsvarlig.

Vi ber derfor om at helseforetaket gjør nye kartlegginger samt foretar en egenvurdering av journaldokumentasjonen i henhold til minimum de tre ovenfor nevnte hovedindikatorer, over to perioder de neste seks månedene. Kartleggingene utføres på samme måte som under tilsynet med en kartleggingsperiode på inntil fire uker, eventuelt stoppes tidligere hvis det er registrert totalt 30 pasienter i hver pasientkategori (indre medisinske, ortopediske og gastrokirurgiske pasienter). Egenvurderinger av den enkelte utlokaliserte pasient sin journal kan skje parallelt.

Fylkesmannen ber om følgende tilbakemelding:

1) Innen 15. januar 2020:

- En handlingsplan i tråd med føringene over
- Resultater fra første kartlegging og egenvurdering
- Ledelsens kommentarer til resultatene av kartlegging og egenvurdering, samt en vurdering av om de iverksatte tiltakene fungerer etter hensikten

2) Innen 15. april 2020

- Resultater fra andre kartlegging og egenvurdering
- Ledelsens kommentarer til resultatene av kartlegging og egenvurdering, samt en ny vurdering av om de iverksatte tiltakene fungerer etter hensikten

Fylkesmannen vil gi helseforetaket en foreløpig skriftlig tilbakemelding etter første tilbakemelding.

Resultatene fra de kommende kartlegginger og egenvurderinger vil være en av flere resultatindikatorer som Fylkesmannen vil vurdere når vi skal vurdere hvorvidt det er etablert en ny og robust praksis i helseforetaket i tråd med kravene til forsvarlige tjenester. Det kan imidlertid bli aktuelt med en tredje kartlegging og påfølgende egenvurdering for å kunne vurdere om helseforetaket har rettet opp i de påpekte lovbruddene.

Med hilsen



Ketil Kongelstad
fung. fylkeslege/avdelingsdirektør
Helseavdelingen

Torgunn Stensrud
revisjonsleder
Helseavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Vedlegg:
Gjennomføring av tilsynet
Kartlegging av utlokaliserte pasienter
Virksomhetens egenvurdering og Fylkesmannens stikkprøvekontroll i pasientjournalene

Kopi til:

Helsetilsynet	Postboks 231 Skøyen	0213	OSLO
Helse Sør-Øst RHF	Postboks 404	2303	HAMAR



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

I dette vedlegget omtaler vi hvordan tilsynet ble gjennomført, og hvem som deltok.

Varsel om tilsynet ble sendt 18.01.2019.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 29.01.2019.

Kartlegging av utlokaliserte pasienter ble gjennomført ved Sykehuset Kalnes i perioden 31.01. – 28.02.2019.

Egenvurdering av alle kartlagte pasienter ble oversendt Fylkesmannen i brev datert 17.04.2019.

Tilsynsteamet gjennomførte i mai 2019 samtaler med 7 pasienter som var utlokalisert i kartleggingsperioden.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Sykehuset Østfold HF, Kalnes, og innledet med et kort informasjonsmøte 11.06.2019. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 14.06.2019.

Under tilsynsbesøket ble det gjennomført befarings ved akuttmottaket i tillegg til ved ett døgnområde.

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:

- Diverse organisasjonskart
- Diverse oversikter over ansatte
- Vaktbøker med oversikter over hvilke ansatte som var på jobb i perioden 11.06.2019 – 13.06.2019
- Diverse stillingsinstrukser, stillingsbeskrivelser, funksjonsbeskrivelser og arbeidsbeskrivelser for ulike nivåer, profesjoner, funksjoner, ansvar og arbeidsoppgaver
- Delegasjonsreglement
- Årshjul/ virksomhetshjul 2019, klinikk for medisin og klinikk for kirurgi og enkelte underliggende avdelinger
- Årlig melding 2018 til Helse Sør-Øst RHF
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018 - 2020
- Strategisk plan for fag og kompetanseutvikling 2019 - 2023
- Virksomhetsstrategi 2019 - 2023
- Strategi 2016 - 2020
- Beskrivelse av virksomheten og av klinikkene medisin og kirurgi
- Utviklingsplan for klinikk akuttmedisin 2017 - 2020
- Handlingsplan 2018 – klinikk for kirurgi
- Kapasitetsprogram somatikk døgn - tiltaksplan
- Flytteskjema/liste
- Tiltakskort – etablering av sengepost i Moss (Kapasitetprogram SØ 2019)
- Brukerveiledning: Elektronisk tavle – brukerveiledning beleggstavle Kalnes, kapasitetstavle medisin og kapasitetsark
- Diverse kompetanseplaner fra de ulike avdelingene
- Diverse opplæringsmateriell
- Diverse informasjonsmateriell til nyansatte
- Oversikt over kliniske og administrative IKT systemer
- Innholdsfortegnelse for styringsdokumenter nivå 1
- Systemer/ansvarsområder – oversikt over ansvar og ressurspersoner ved nyremedisinsk og infeksjonsmedisinsk avdeling
- Oversikt over avdelings- og fellesfraser



- Brukerundersøkelse
- Konsernrevisjonsrapport 4/2018 – revisjon av uønsket variasjon
- Prosedyre: Ledelsens gjennomgåelse – gjennomføring i sykehuset Østfold
- 2. tertialrapport 2018 med ledelsens gjennomgåelse
- Retningslinje: Virksomhetsstyring
- Prosedyre: Overordnet virksomhetsstyring klinikk for akuttmedisin
- Prosedyre: Fullmakts-struktur
- Prosedyre: Risikovurdering – krav til gjennomføring
- Retningslinje: Mål- og resultatstyring i klinikk for medisin
- Retningslinje: Mål og resultatstyring i klinikk for medisin. Risiko og akseptansekriterier
- Retningslinje: Rapportering – økonomi, aktivitet, personal og kvalitet i klinikk for kirurgi
- Prosedyre: Handlingsplan ved fare for overbelegg
- Evaluering av handlingsplan for overbelegg
- Prosedyre: Daglig kapasitetsmøte Kalnes somatikk
- Vedlegg: Oversikt over tilleggskapasitet
- Prosedyre: Pasientflyt – førende prinsipper Kalnes somatikk
- Prosedyre: Pasientflyt – kapasitetsgrenser og tiltak ved overbelegg i klinikk for medisin
- Prosedyre: Pasientflyt – normal drift og ved kapasitetsproblemer, døgnområder i klinikk for kirurgi
- Prosedyre: Pasientflyt for døgnområde 5, tun 2 – normal drift og ved kapasitetsproblemer
- Prosedyre: Melderutiner – fra akuttmottak, observasjon og akuttkirurgi til døgnområde – Sykehuset Østfold Kalnes
- Retningslinje: Retningslinjer for flytting av pasienter til andre medisinske fagområder
- Retningslinje: Retningslinjer for flytting av pasienter på kveld og natt til andre seksjoner i medisinske fagområder
- Prosedyre: Moderpostprinsippet - fordeling av pasienter i klinikk for medisin
- Retningslinje: Retningslinje for ibruktakelse av undersøkelses- og behandlingsrom ved behov for økt sengekapasitet i klinikk for medisin
- Rapport risikovurdering – Kapasitetsutfordringer – Fra korridor til to pasienter på rommet
- Prosedyre: Kapasitetsgrenser og tiltak ved store endringer. Pasienttilstrømninger og/eller opphopning av pasienter på ortopedisk døgnområde på Kalnes
- Prosedyre: Overflytting av pasienter mellom sengepost i ortopedisk døgnområde Kalnes og Moss
- Flytskjema: Varslingsplan ved eksterne hendelser, grønn, gul og rød beredskap. Ortopedisk avdeling Kalnes
- Avtale: Diverse samarbeidsavtaler mellom blant annet akuttmottaket og klinikker og avdelinger og akuttmedisinsk avdeling og andre avdelinger
- Prosedyre: Pasientjournal – plikt til å føre journal, krav til journalens innhold
- Prosedyre: Pasientjournal – journalhåndtering, ansvar
- Prosedyre: Pasientjournal – mine arbeidsoppgaver, ansvar
- Prosedyre: Pasientjournal – dokumentasjonsplikt for sykepleier som arbeider under delegert ansvar fra lege på somatisk poliklinikk og DPS
- Prosedyre: Pasientjournal – dokumentasjonsplikt for student/elev
- Prosedyre: Pasientjournal – klinisk dokumentasjon av sykepleie (KDS)
- Prosedyre: Pasientjournal: sykepleiefaglig ansvar for pasient på vakt
- Prosedyre: Pasientjournal – kriterier for melding av avvik
- Prosedyre: Pasientjournal – SMS-varsling, påminnelse om timeavtale
- Prosedyre: Pasientjournal – Oppsett og skriveregler ved opprettelse av private fraser i DIPS
- Prosedyre: Pasientjournal – Prosedyre for fraseadministrator ved opprettelse av avdelingsfraser
- Prosedyre: Pasientjournal – ansvar for signering av prøvesvar i pasientenes journal i DIPS ved medisinske fagområder
- Prosedyre: Pasientjournal – krav til dokumentasjon på inneliggende pasienter i medisinske fagområder
- Prosedyre: Prosedyre for vititt Ortopedisk avdeling Kalnes
- Prosedyre: Målsetting for ortopedisk avdeling 2017 – 2019. Ortopedisk avdeling SØ
- Prosedyre: Mottak av pasient. Klinikk for medisin
- Veileder Epikrisemal i klinikk for medisin
- Prosedyre: Kvalitetssystemet – beskrivelse av kvalitetssystemet, virksomhetsstyring



- Prosedyre: Kvalitetssystemet – innledning og omfang
- Prosedyre: Synergi – melding, registrering og saksbehandling
- Prosedyre: Kvalitetssystemet – opplæring og implementering av kvalitets- og dokumentstyringssystemet EK
- Prosedyre: Kvalitetsforbedringsarbeid – en kontinuerlig prosess
- Prosedyre: Uønskede hendelser – korrigerende tiltak
- Kopi av avviksmeldinger innen tilsynets tema det siste året
- Mandat: Kvalitetsråd klinikk for medisin
- Brukerveiledning: Gjennomføring av forbedringsmøte. Klinikk for medisin
- Mal Styringsdata – klinikk for medisin
- Retningslinje: EK-dokumentstyring. Internkontroll, krav til dokumenter og nivåplassering i klinikk for medisin
- Retningslinje: Bruk av pasienter og pårørendes erfaringer til forbedring
- Diverse prosedyrer, retningslinjer, skjemaer for møtestrukturer og møteoversikt i klinikk for medisin og klinikk for kirurgi og for enkelte av de underliggende avdelingene og døgnområdene

Det ble etter sykehusets egenvurdering gjennomført stikkprøver i følgende journaler:

- 15 journaler der indremedisinske pasienter var utlokalisert
- 6 journaler der ortopediske pasienter var utlokalisert

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

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Hege Gjessing	Administrerende direktør	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helge Stene-Johansen	Fagdirektør fag- og utvikling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Volker M. Solyga	Klinikkssjef klinikk for medisin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tore Krogstad	Klinikkssjef klinikk for kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Liv Marit Sundstøl	Klinikkssjef klinikk for akuttmedisin/ prosessdirektør	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sissel Hagen	Avdelingssjef avdeling akuttmottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asbjørn Sorteberg	Avdelingssjef ortopedisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øystein Almås	Avdelingssjef lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anette Siebenherz	Avdelingssjef hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Astrid Eri-Montsma	Avdelingssjef geriatrisk og endokrinologisk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Per Kristian Sandvei	Avdelingssjef gastromedisinsk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nezar Raouf	Avdelingssjef akuttmedisinsk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Marit Flåskjer	Kvalitetssjef kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lin Bakker	Rådgiver kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anna Hansson	Pasientflytkoordinator avdeling akuttmottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ted Sandberg	Sykepleier avdeling akuttmottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabine Karlsen	Sykepleier avdeling akuttmottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Kjersti Thorvaldsen	Sykepleier avdeling akuttmottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grete Lovise Wahlberg	Overlege akuttmedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Peter Deeg	Konst. overlege akuttmedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Filip Gorski	Konst. overlege akuttmedisinsk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anna Hedda Fossdal	Sykepleier hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camilla Bang Nielsen	Sykepleier hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebremedhin Arefaine Tafere	Sykepleier hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henriette Larsen	Seksjonsleder hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Shqipe Aliu	Tidligere seksjonsleder hjertemedisinsk avdeling, nå seksjonsleder Føde A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maud Guttormsen	Spesialrådgiver klinikk for medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Janne Myrvang	Klinikkrådgiver klinikk for medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linda Abelsen	Klinikkrådgiver klinikk for medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Azad Øysahl	LIS lege lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virag Kiss	LIS lege lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helle von Rappe	LIS lege lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjell Johan Lundell	Sykepleier lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laila Feldt	Sykepleier lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tine Førland	Sykepleier lungemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kine Austad	Sykepleier ortopedisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mona Irene Siggerud	Sykepleier ortopedisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camilla Nordahl	Sykepleier ortopedisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sahra Mohammad Ahmed	Helsefagarbeider kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rikke Berg Andersen	Helsefagarbeider kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lene Arefjord	Helsefagarbeider kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camilla Solhaug	Sykepleier kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Karoline Sekkelsten	Sykepleier kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jon Esben Storbakken	Sykepleier kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morten Josland	Overlege hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maria Lorentzson Ormstad	Overlege hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaroslav Rydzek	Overlege hjertemedisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lisbeth Nesse Brenna	Seksjonsleder kirurgisk avdeling - kirurgi, urologi, kar, ØNH	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Magnus Nakkim	LIS lege ortopedisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mona Martinsen	Seksjonsleder geriatrisk og endokrinologisk avdeling - akuttgeriatri	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bente K. Husvik	Klinikkrådgiver klinikk for kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bente Stangeland	Rådgiver avdeling akuttinntak	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kristin Vehler	Rådgiver ortopedisk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Seniorrådgiver Torgunn Stensrud, Fylkesmannen i Oslo og Viken, revisjonsleder
- Seniorrådgiver Lene Haugen, Fylkesmannen i Oslo og Viken, ass. revisjonsleder
- Ass. fylkeslege Helene Laszlo, Fylkesmannen i Oslo og Viken, revisor
- Seniorrådgiver Rikke Solbakke, Fylkesmannen i Oslo og Viken, revisor
- Seniorrådgiver Jens Christian Bechensten, Fylkesmannen i Innlandet, revisor
- Seniorrådgiver Susanne Lie, Statens Helsetilsyn, observatør



Vedlegg 3: Virksomhetens egen vurdering og tilsynets stikkprøvekontroll i pasientjournalene

Første kolonne gjengir de ni utvalgte sjekkpunkter/kvalitetsindikatorer i pasientens journal, som var gjenstand for vurdering.

Andre kolonne gjengir virksomhetens egen vurdering av 30 indremedisinske pasienter, satt opp prosentvis på 1: ja, 2: nei, 3: delvis og 4: ikke relevant

Tredje kolonne gjengir virksomhetens egen vurdering av de samme pasientjournalene tilsynet (FM) har vurdert i sin stikkprøvekontroll.

Fjerde kolonne gjengir tilsynets stikkprøvekontroll, jf. tredje kolonne.

Egen vurdering – journalgjennomgang	Medisin 30 pasienter	Medisin 15 pasienter	FM 15 pasienter
Dokumentert;			
1. Om det forelå en individuell vurdering av om utlokaliseringen kunne gjennomføres	1. 53,3 2. 43,3 3. 3,3 4. 0	33,3 60 6,7 0	26,7 73,3 0 0
2. Om det medisinskfaglige ansvaret for utlokaliserte pasienter var avklart når utlokalisering skjedde	83,3 13,3 3. 3,3 4. 0	86,7 6,7 6,7 0	86,7 13,3 0 0
3. Om pasient/pårørende fikk informasjon om utlokalisering før den skjedde	1. 60 2. 33,3 3. 0 4. 6,7	53,3 40 0 6,7	20 80 0 0
4. Om det forelå medisinskfaglig planlegging av			
a) nødvendige observasjoner	1. 80 2. 3,3 3. 10 4. 6,7	73,3 6,7 13,3 6,7	73,3 13,3 13,3 0
b) utredning/diagnostisering	1. 83,3 2. 3,3 3. 3,3 4. 6,7	80 6,7 6,7 6,7	73,3 13,3 13,3 0
c) behandling/tiltak	1. 86,7 2. 0 3. 6,7 4. 6,7	86,7 0 6,7 6,7	73,3 13,3 13,3 0
5. Om det forelå sykepleiefaglig planlegging av			



a) observasjoner, b) oppfølging c) tiltak	1. 56,7	53,3	53,3
	2. 23,3	6,7	26,7
	3. 20	40	20
	4. 0	0	0
	1. 56,7	60	46,7
	2. 23,3	6,7	33,3
	3. 16,7	26,7	13,3
	4. 3,3	6,7	6,7
	1. 56,7	60	46,7
	2. 36,7	26,7	26,7
	3. 6,7	13,3	26,7
	4. 0	0	0
6. Om planlagt medisinskfaglig	1. 93,3	93,3	93,3
a) oppfølging av utredning/diagnostisering	2. 0	0	6,7
	3. 6,7	6,7	0
	4. 0	0	0
b) behandling/tiltak	1. 93,3	100	93,3
	2. 0	0	6,7
	3. 6,7	0	0
	4. 0	0	0
var gjennomført			
7. Om planlagte sykepleiefaglige	1. 76,7	66,7	46,7
a) observasjoner	2. 6,7	6,7	26,7
	3. 16,7	26,7	26,7
	4. 0	0	0
b) oppfølging	1. 63,3	53,3	33,3
	2. 10	6,7	33,3
	3. 26,7	40	33,3
	4. 0	0	0
c) tiltak	1. 63,3	53,3	33,3
	2. 10	6,7	40
	3. 26,7	40	26,7
	4. 0	0	0
var gjennomført			
8. Om det var gjennomført rutinemessig visitt på dagtid	1. 96,7	93,3	60
	2. 0	0	20
	3. 3,3	6,7	20
	4. 0	0	0



9. Om pasientene hadde fått sine legemidler i tråd med ordinasjon fra lege, i rett antall og til rett tid	1. 66,7	80	53,3
	2. 3,3	0	13,3
	3. 23,3	20	33,3
	4. 0	0	0



Egenvurdering – journalgjennomgang	Ortopedi 10 pasienter	Ortopedi 6 pasienter	FM 6pasienter
Dokumentert;			
1. Om det forelå en individuell vurdering av om utlokaliseringen kunne gjennomføres	1. 0 2. 0 3. 0 4. 100	0 0 0 100	0 100 0 0
2. Om det medisinskfaglige ansvaret for utlokaliserte pasienter var avklart når utlokalisering skjedde	1. 0 2. 0 3. 0 4. 100	0 0 0 100	0 100 0 0
3. Om pasient/pårørende fikk informasjon om utlokalisering før den skjedde	1. 0 2. 0 3. 0 4. 100	0 0 0 100	0 100 0 0
4. Om det forelå medisinskfaglig planlegging av			
a) nødvendige observasjoner	1. 100 2. 0 3. 0 4. 0	100 0 0 0	83,3 0 16,7 0
b) utredning/diagnostisering	1. 100 2. 0 3. 0 4. 0	100 0 0 0	83,3 0 16,7 0
c) behandling/tiltak	1. 100 2. 0 3. 0 4. 0	100 0 0 0	83,3 0 16,79 0
5. Om det forelå sykepleiefaglig planlegging av			
a) observasjoner,	1. 80 2. 20 3. 0 4. 0	66,7 33,3 0 0	16,7 83,3 0 0
b) oppfølging	1. 80 2. 20 3. 0 4. 0	66,7 33,3 0 0	16,7 83,3 0 0
c) tiltak	1. 80 2. 20 3. 0 4. 0	66,7 33,3 0 0	16,7 83,3 0 0



6. Om planlagt medisinskfaglig a) oppfølging av utredning/diagnostisering b) behandling/tiltak var gjennomført	1. 100	100	100
	2. 0	0	0
	3. 0	0	0
	4. 0	0	0
	1. 100	100	100
	2. 0	0	0
	3. 0	0	0
	4. 0	0	0
7. Om planlagte sykepleiefaglige a) observasjoner b) oppfølging c) tiltak var gjennomført	1. 80	66,7	50
	2. 20	33,3	50
	3. 0	0	0
	4. 0	0	0
	1. 80	67,7	50
	2. 20	33,3	50
	3. 0	0	0
	4. 0	0	0
	1. 80	67,7	66,7
	2. 20	33,3	33,3
	3. 0	0	0
	4. 0	0	0
8. Om det var gjennomført rutinemessig visitt på dagtid	1. 50	50	33,3
	2. 40	33,3	16,7
	3. 10	16,7	0
	4. 0	0	0
	9. Om pasientene hadde fått sine legemidler i tråd med ordinasjon fra lege, i rett antall og til rett tid	1. 100	100
2. 0		0	0
3. 0		0	16,7
4. 0		0	0