



Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Postboks 4710 Sluppen, 7468 Trondheim
Sentralbord: 73 19 90 00, Telefaks 73 19 91 01
Besøksadresse: E. C. Dahls g. 10

Saksbehandler
Ingrid Karin Hegvold
Sosial- og helseavdelingen

Innvalgstelefon
73 19 93 11

Vår dato
11.09.2017
Deres dato

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2017/1378-734.0
Deres ref.

St. Olavs Hospital HF
Postboks 3250 Sluppen
7006 TRONDHEIM

Virksomhetstilsyn - tilsyn med ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom Intensivavdeling og Ortopedisk avdeling - rapport

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn ved St. Olavs hospital HF 6. – 8. juni 2017. Vi undersøkte om virksomheten gjennom systematisk styring og ledelse sørger for at ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom Intensivavdelingen og Ortopedisk avdeling blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester. Legemiddelhåndtering ble valgt som et gjennomgående tema for å undersøke dette.

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

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

Avvik:

St. Olavs hospital HF sikrer ikke at den skriftlige kommunikasjonen, jf. dokumentasjon på legemiddelhåndtering, ivaretas ved overføring av pasienter mellom enheter i den delen av pasientforløpet som er undersøkt.

Feil i informasjon om legemiddelordninger øker risikoen for komplikasjoner og for økt sykelighet/dødelighet hos en allerede sårbar pasientgruppe. Tilsynet har avdekket at helseforetakets plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 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.

Fylkesmannen ber om en tilbakemelding fra St. Olavs hospital HF med en plan for lukking av avviket. Vi ber om at dette sendes oss innen 15. oktober 2017.

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 legemiddelhåndtering uttalt blant annet følgende:

«Legemiddelhåndtering er et område der det er stor fare for svikt og der feil/svikt kan få alvorlige konsekvenser».

Fylkesmannen har undersøkt om spesialisthelsetjenesten, gjennom systematisk styring og ledelse, sikrer at overføring av pasienter fra mottak som ortopedisk pasient, via operasjon/anestesi, intensiv og til ortopedisk sengepost er i samsvar med kravene til et forsvarlig pasientforløp.

Pasienter omfatter i denne sammenhengen personer innlagt som øyeblikkelig hjelp ved Ortopedisk avdeling og som har ligget minimum 24 timer ved intensivavdelingen før overflytting til sengepost.

Tilsynets hovedmålsetting var å undersøke om disse pasientforløpet kjennetegnes av:

- Systematisk styring, inkl. ansvarsavklaring mellom faggrupper og organisatoriske enheter.
- God muntlig og skriftlig 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 at det er avklart hvordan ansvarsfordelingen er mellom de ulike faggruppene, at disse har god kompetanse på sine områder, har god kommunikasjon mellom nivåer, samt sikrer korrekt dokumentasjon underveis i pasientforløpet. Tilsynet var derfor innrettet med hovedfokus på overføring av pasienten mellom behandlingsnivå/-enheter og ikke i mot 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 lov- og forskriftsbestemmelser under tilsynet:

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. <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>. 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 pasient-sikkerhet 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 ordinerings 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

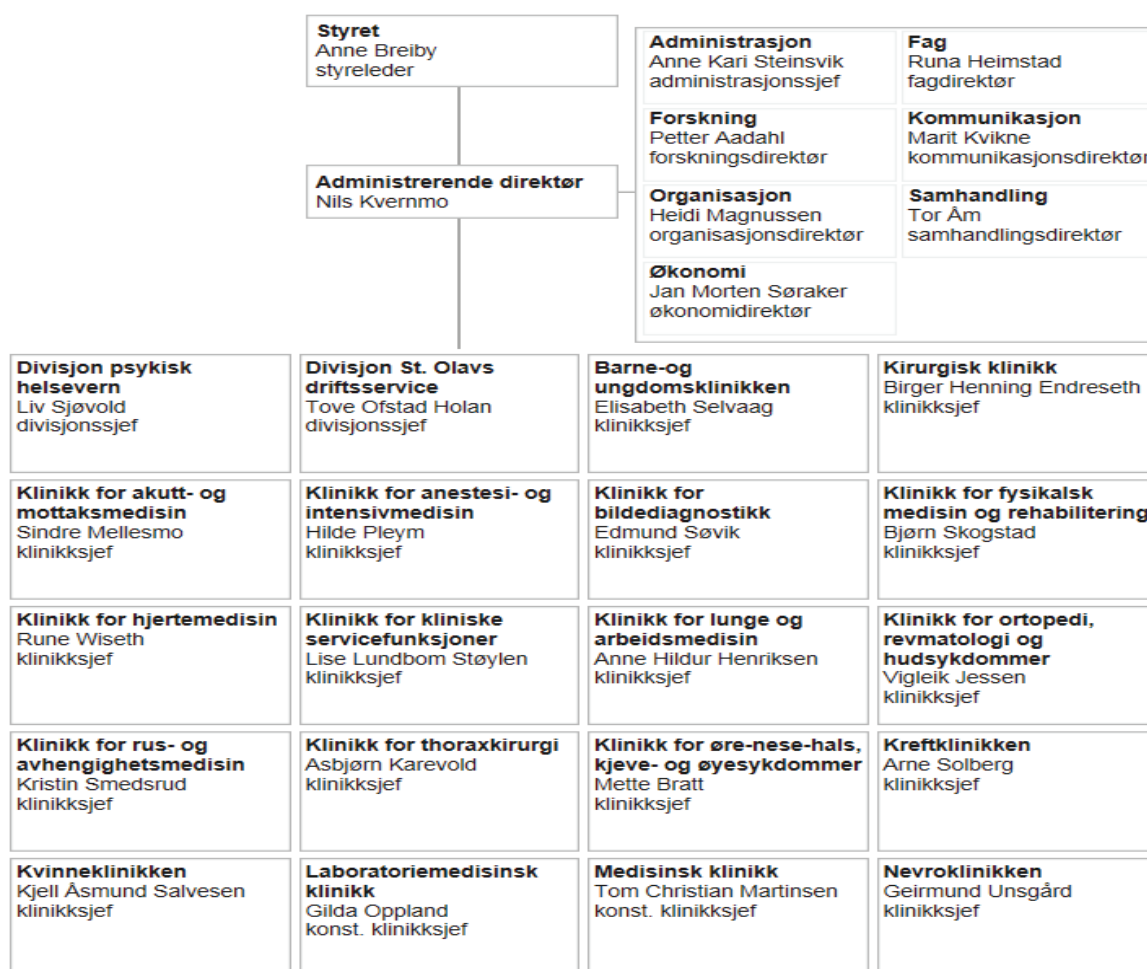
Om helseforetaket

St. Olavs hospital HF er lokalsykehus for innbyggerne i Sør-Trøndelag (med unntak av Osen og Roan), samt Rindal kommune i Møre og Romsdal. Helseforetaket har i tillegg regionfunksjon i Midt-Norge og er universitetssykehus. Sykehuset er lokalsykehus for 317 363 og regionfunksjon for 720 870 innbyggere.

St. Olavs hospital HF er organisert i 18 klinikker og to divisjoner.

Tilsynet har omfattet to klinikker; Klinik for ortopedi, reumatologi og hudsykdommer og Klinik for anestesi- og intensivmedisin.

Utdrag fra organisasjonskart:



Klinikk for anestesi og intensiv ledes av en klinikkssjef. Klinikken har fire underliggende avdelinger, hvorav Hovedintensiven er en av disse. Avdelingens ledelse består av avdelingssjef for legetjenesten og avdelingssjef for sykepleietjenesten.

Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer ledes av en klinikkssjef. Klinikken har seks avdelinger som hver ledes av en avdelingsssjef.

Beskrivelse av pasientforløpet, herunder informasjonsoverføring

Når en pasient ankommer St. Olavs hospital som øyeblikkelig hjelp, blir vedkommende tatt imot i Akuttmottaket. Mottakende lege skriver innleggelsesjournal og starter føring av hovedkurve (i papirform) med legemiddelliste. Legen melder pasienten til teamleder ved Ortopedisk avdeling. Legen har ansvaret for å starte Operasjonsplanleggeren (OpPlan). Dette er et dataprogram hvor all aktivitet i forbindelse med operasjon føres, samt koding (diagnose- og behandlingskoder), videre behandlingsforløp og sjekklister «Trygg kirurgi» registreres. Sengeposten får beskjed fra Akuttmottaket om at en ortopedisk pasient er innlagt.

Når pasienten ankommer Operasjonsenheten fortsetter sykepleier føring i OpPlan. Anestesisykepleier/anestesilege starter føring i Picis (elektronisk kurve tilpasset akuttfasen i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis ved operasjon- og intensivaktiviteter, inkl. anestesi). Sjekklister «Trygg kirurgi» blir slutført før pasienten forlater operasjonsenheten. Ortoped skriver operasjonsbeskrivelse i DocuLive og fullfører registreringen i OpPlan.

I følge prosedyre ID 27045 «Overordnet prosedyre for legemiddelinformasjon ved overflytting mellom avdelinger», skal operatør forordne eventuell tromboseprofylakse og antibiotika i kurven før pasienten forlater operasjonsenheten. Journalgjennomgangen viser at dette ikke alltid gjøres. Gjennom intervju kom det frem at legen ofte må påminnes om dette.

Anestesisykepleier og operasjonssykepleier er alltid med når pasient skal flyttes fra Operasjonsenheten til intensiv. Vanligvis er også anestesilege med ved overflyttingen. Operasjonssykepleier gir muntlig rapport i henhold til innholdet i OpPlan, deretter gir anestesisykepleier muntlig rapport i henhold til innholdet i Picis. Anestesilege gir eventuelt rapport til intensivlegen. Dersom tromboseprofylakse og antibiotika ikke er ordinert på kurven før pasienten ankommer Intensivavdelingen, blir ortopeden kontaktet for avklaring.

Intensivlege har ansvar i forhold til behandling mens pasient ligger på intensiv. Ortoped går visitt ved behov – avhengig av pasientens tilstand og diagnose. For øvrig tilkalles ortoped ved behov. Ansvarsavklaringen var kjent i virksomheten. For pasienter som har opphold på mer enn 24 timer på intensivheten, er det rutine for at det går visitt hver formiddag. Denne gjennomføres vanligvis av intensivlege og intensivsykepleier.

Under intensivoppholdet dokumenteres ordineringsforløpene i Picis. – I henhold til prosedyre for kurveføring, ID 31256 «Kurveføring», er papirkurven hoveddokumentet for legemiddelordineringsforløpene. Denne kurven skal ajourføres en gang i døgnet og ansvaret for dette er lagt til sykepleier (nattevakt) på intensiv. I følge prosedyren skal lege signere ved registrering av legemidler, samt daglig kontinuering. Alle medikamenter dokumentert gitt under intensivoppholdet skal stå i hovedkurven. Journalgjennomgangen viser at denne ikke alltid er signert.

Det er ikke gjennomført systematisk risikovurdering i forbindelse med overganger mellom seksjoner. Det er likevel avdekket forhold med stor risiko (legemiddelordninger og muntlig rapport), noe som har resultert i utarbeidelse av prosedyrer for å redusere risiko for svikt:

- ID 27045 «Overordnet prosedyre for legemiddelinformasjon ved overflytting mellom avdelinger» og ID 31256 «Kurveføring»
- ID 34588 «Handsover rapport på pasient fra sengepost til operasjonsavdelingen».

Intervju viste at prosedyrene i varierende grad var implementert. Det var ikke system for å sjekke om prosedyrer implementeres eller om forbedringstiltak har hatt nødvendig effekt.

For øvrig ble følgende pekt på som risikoområder:

- Hovedkurven beskrives som «ubruklig» på grunn av blant annet for liten plass ved endringer.
- Legemidler kan stå beskrevet flere steder – det fremkom ønske om en elektronisk kurve.

Ved gjennomgang av 11 pasientjournaler var overføringen til kurven mangelfull i ni av disse:

- Manglende signering.
- Feil dosering (Klexane, Dalacin).
- Ikke seponert i Picis og var ikke overført.
- Flere kurver uten at disse var forsvarlig nummerert.
- Medikamenter, eksempelvis antibiotika og Zofran, var ikke overført til kurve.
- Legemiddel fremkom av kurve, men var ikke ført i Picis (Klexane).
- Kurvene var gjennomgående «rotete» og delvis uleselige.

I forbindelse med tilsynet har vi fått tilgang til seks avviksmeldinger som relateres til temaet for tilsynet.

Helseforetaket har et avvikssystem som er tilgjengelig i helseforetakets kvalitetssystem, EQS. Organiseringen av kvalitetsarbeidet og behandlingen av meldinger beskrives i ID 32327 – «Melding om uønskede hendelser og forbedringsforslag». Tilsynet viste at avviksmeldinger benyttes til forbedringsarbeid, men at dette håndteres ulikt i de ulike enhetene. Vanlige kommentarer ved spørsmål om det meldes avvik var:

- Vi har gode rutiner for, og benytter, avviksmeldinger.
- Avvik meldes ikke – det tar for lang tid å få tilbakemelding.
- Tar kun opp det som er særlig alvorlig.
- Tar opp hendelsen direkte.
- Tar opp hendelser i morgenmøter, eventuelt i undervisningsmøter.

Intensivsykepleier skal skrive inn-notat, ukesrapport og overføringsnotat ved flytting til sengepost. Journalgjennomgang viser at denne prosedyren følges. Journalgjennomgangen viser også at intensivlege gjennomgående skriver journalnotat daglig, samt overføringsnotat. Ortoped skriver journalnotat etter visitt.

Det er i hovedsak Intensivlege som beslutter når pasienten er klar til å kunne flyttes til post. Intensivsykepleier varsler sengeposten om at pasienten er klar til

å komme på sengeposten. Det varierer hvor lang forberedelsestid sengeposten får før pasienten ankommer – fra få timer til ett døgn. Det er etablert en prosedyre for overflytting av pasient til sengepost – ID 12700 «Overflytting av langtidspasienter fra intensivavdelingen til sengepost/intermediæravdeling». Sykepleier fra sengepost henter pasient fra intensivavdeling og mottar muntlig rapport. I tillegg medfølger kurve og Picis-rapport. Det kom frem at kurver ofte må skrives om for å bli leselige.

Øvrige observasjoner

Kompetanse:

Helseforetaket har system for styring og gjennomføring av tiltak for å vedlikeholde/videreutvikle kompetanse blant personalet:

- Sykepleiergruppen har fagdag(er) og internundervisning. Sykepleiere uten spesialutdanning på intensivavdelingen oppfordres til å ta videreutdanning.
- LIS-legene har eget undervisningsopplegg.
- Overlegene har overlegepermisjon og 10 kursdager pr. år. Kan få mer ved behov.

Det brukes i liten grad vikarer i legetjenesten. Intensivavdelingen har behov for å leie inn vikarer til sykepleietjenesten. Disse får opplæring.

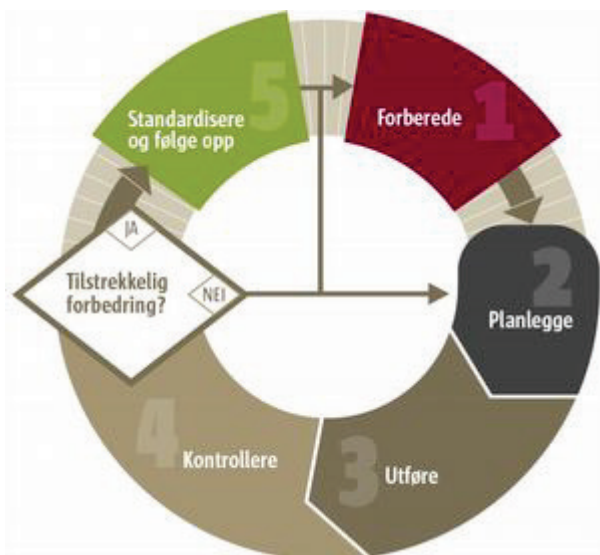
Brukermedvirkning

HF har brukerutvalg.

Gjennom intervju blir det fortalt at det er rutine for oppfølgingsamtale etter dødsfall. For øvrig kan det gjennomføres besøk og/eller pårørendesamtaler dersom pasienten uttrykker ønske/behov om dette. For noen langliggere på intensivheten skrives det dagbok. Det er videre ingen systematisk oppfølging etter lange opphold ved intensiv.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige helsetjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og, om nødvendig, korrigeres, jf. Demings sirkel:

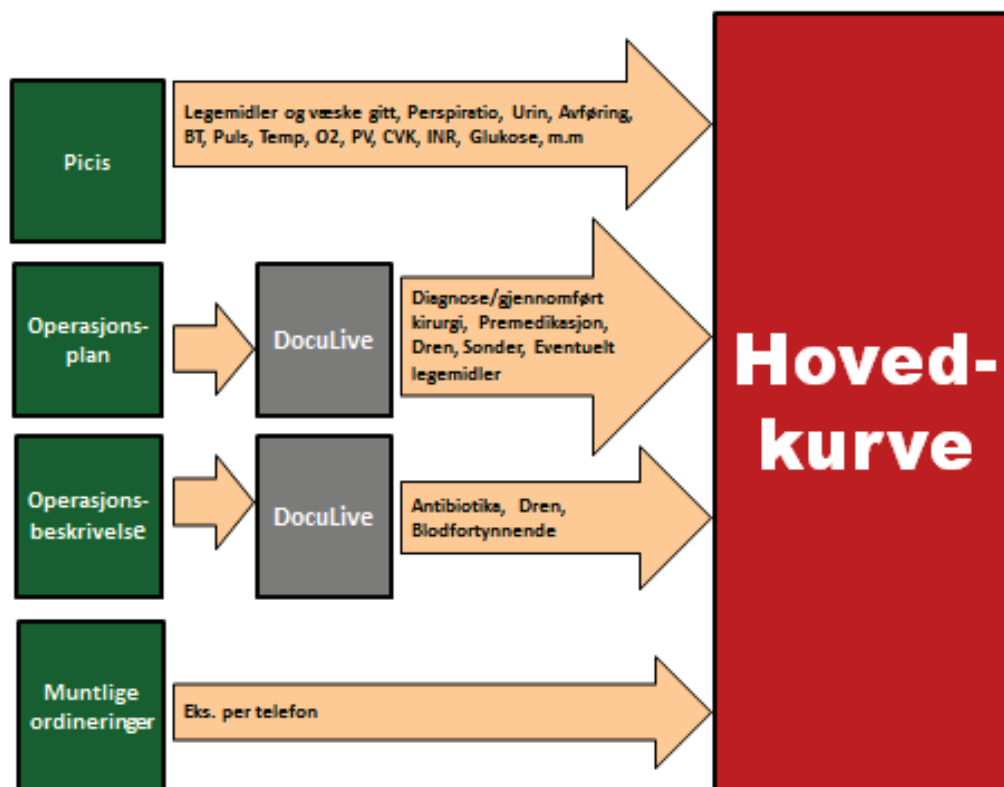


Overføring av pasienter mellom nivåer/enheter er en kjent risikofaktor. Helseforetaket hadde ikke gjennomført noen systematisk risikovurdering, men det var likevel avdekket noen forhold med stor risiko hvor det var iverksatt tiltak for å redusere risikoen. Det var imidlertid ikke system for å sikre at nye prosedyrer ble implementert og vurdering av hvorvidt forbedringstiltak hadde hatt tilstrekkelig effekt

Ansvarsforhold og kommunikasjon i pasientforløpet fra operasjonsenheten, via Intensivavdelingen og til sengepost er komplekse og stiller særlig store krav til organisering, struktur og kontinuitet i utførelsen av de ulike oppgavene. Intervjuer viste at ansvaret for oppfølgingen av pasienten i løpet av pasientforløpet var kjent.

Kravene til dokumentasjon i forbindelse med pasientforløpet er omfattende, blant annet fordi manglende dokumentasjon kan føre til fare for pasientsikkerheten. Sykehuset har definert hovedkurven som det dokumentet som til enhver tid skal vise hvilke legemidler pasienten har fått og skal ha under oppholdet. Kravet er at all ordinerings skal sammenfattes til kurven en gang i døgnet. Vi ser at det benyttes mange ulike skjemaer og datasystemer for dokumentasjon av ordinerings underveis og helseforetaket erkjenner at det er krevende å sikre at all informasjon viderefremmes korrekt. Hver for seg fremstår systemene som adekvate, men journalgjennomgangen viser at overføring av legemiddelordinerings mellom systemer og til hovedkurven var faglig uforsvarlig.

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



Journalgjennomgangen viser at det i 82 % av de gjennomgåtte journalene er tilfeller av svikt i overføring til kurve, samt at kurven i noen tilfeller var rotete og uleselig. Forsvarlig pasientbehandling krever at kommunikasjonen vedrørende legemiddelordineringsene er tydelige og formidles på en slik måte at pasienten får riktig legemiddel til rett tid. Noen av legemidlene som benyttes til aktuell pasientgruppe er potente og kan gi stor risiko for skade dersom det oppstår feil. 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 lengre er i samsvar med kravet til forsvarlighet.

Feil i legemiddelhåndtering er en kjent risiko, noe som krever ekstra årvåkenhet i alle ledd i prosessen fra ordinerings til legemiddel er gitt. Det erkjennes at dagens system for føring av legemiddelordinerings gir et potensiale for svikt. Det Regionale Helseforetaket og Helseforetakene har forsøkt å få etablert en elektronisk kurve, men dette har man foreløpig ikke lyktes med.

Helseforetaket har et system for internkontroll, inkludert avvikssystem, som er tilgjengelig i helseforetakets kvalitetssystem, EQS. Dette er kjent blant de ansatte. Tilsynet viser at avviksmeldinger benyttes til forbedringsarbeid, men at det håndteres ulikt i de ulike avdelingene.

5. Tilsynsmyndighetens konklusjon

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

Avvik:

St. Olavs hospital 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 sykkelighet/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 St. Olavs hospital 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

Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege

Ingrid Karin Hegvold
seniorrådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.

Vedlegg

Kopi med vedlegg:

Fylkesmannen i Møre og Romsdal	Fylkeshuset	6404	MOLDE
Helse Midt-Norge RHF	Postboks 464	7501	STJØRDAL
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag	Postboks 2600	7734	STEINKJER
Statens Helsetilsyn	Postboks 8128 Dep	0032	OSLO

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Varsel om tilsynet ble sendt 3. mars 2017.

Tilsynet ble gjennomført ved St. Olavs hospital 6. – 8. juni 2017

- Journalgjennomgang ble gjennomført 6. juni 2017.
- Åpningsmøte 7. juni 2017.
- Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 8. juni 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:

- Organisasjonskart for St. Olavs hospital HF og de to tilsette klinikkene
- Stillingsbeskrivelser
 - Avdelingssjef for sykepleietjenesten Hovedintensiv
 - Avdelingssjef for legetjenesten Hovedintensiv
- Ansvars- og oppgavefordeling for seksjonsledere og undervisningssykepleiere Hovedintensiv
- Prosedyrer
 - ID 12700 «Overflytting av langtidspasienter fra intensiv-avdelingen til sengepost/intermediæravdeling»
 - ID 27045 «Overordnet prosedyre for legemiddelinformasjon ved overflytting mellom avdelinger»
 - ID 31256 «Kurveføring»
 - ID 34588 «Handsover rapport på pasient fra sengepost til operasjonsavdelingen».
- EQS-meldinger om avvik – seks avvik
- Kompetanseportalen – gjennomføring av kompetansekrav
- Opplæringsprogram for nytilsatte – Hovedintensiv
- Sertifisering av nytilsatte – Hovedintensiv
- Fagdager og utsjekksdager Hovedintensiv

For å kunne bedømme om pasientforløpene er forsvarlige ble det gjennomført en journalgjennomgang. Denne omfattet 11 pasienter som har hatt opphold på 2- 20 dager på hovedintensivenheten.

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
Lars Gunnar Johnsen	Overlege, Ortopedisk avdeling	X	
Monica Monsrud	Operasjonssykepleier, Ortopedisk avdeling	X	X
Randi Drogseth	Anestesisykepleier, Anestesiavdelingen	X	X

Sigurd Fasting	Overlege, Anestesiavdelingen	X	
Pål Klepstad	Overlege, Intensivavdelingen	X	
Espen Straumbotn	LIS-lege, Ortopedisk avdeling	X	
Elisabeth Eriksen	Intensivsykepleier, Intensivavdelingen	X	
Trude Småvik	Avdelingssjef, Intensivavdelingen	X	X
Bente Mælan	Ass. avdelingsleder, Ortopedisk avdeling	X	X
Toril Rasmussen	Seksjonsleder, Ortopedisk avdeling	X	X
Steinar Havik	Overlege, Ortopedisk avdeling	X	
Vigleik Jessen	Klinikkssjef, Klinikk for Ortopedi, Reumatologi og Hudsykdommer	X	
Hilde Pleyrn	Klinikkssjef, Klinikk for Anestesi og Intensiv	X	X
Mette Jo Røsbjørgen	Avdelingssjef sykepl.tjenesten Ortopedisk avdeling		X
Trude Mittet	Avdelingssjef Ortopedisk operasjon og overvåkning		X
Frode Strømman	Kvalitetsrådgiver, Klinikk for Anestesi og Intensiv		X
Ragnhild Thorin	Kvalitetsrådgiver, Klinikk for Ortopedi, Reumatologi og Hudsykdommer		X
Britt Lillian Melheim	Kvalitetsrådgiver, Enhet for kvalitet		X

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

Stedfortredende fylkeslege Inger Williams

Seniorrådgiver Håkon Lien

Seniorrådgiver Mariann Markussen

Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold (revisjonsleder)