

An illustration featuring stylized human figures in red and teal colors. They are shown in various poses, some standing and some bending over, as if they are working together to move large, heavy, green, triangular blocks. The blocks are arranged in a way that suggests a process of lifting or moving them. The background is plain white.

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i håndtering av akutt forverring hos pasient i kommunal akutt døgnerhet (KAD)

Oslo kommune
Saksnummer: 2021/104



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

Oslo kommune, Helseetaten
Postboks 4716

0506 OSLO

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl.
§ 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF: / YOUR REF:

20/100718-10

VÅR REF: / OUR REF:

2021/104-64, 3A ETO

DATO: / DATE:

19. januar 2022

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) viser til varsel om alvorlig hendelse av [REDACTED] 2020 fra Oslo kommune, Helseetaten. Bakgrunnen for saken er den helsehjelpen [REDACTED] født [REDACTED] – død [REDACTED] 2020, fikk ved Legevakt Aker og Kommunal akutt døgnenhet (KAD), [REDACTED] 2020.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Våre vurderinger og konklusjoner fremgår der. Kopi av rapporten er også sendt til pårørende.

Vi ber om at det sendes kopi av relevante dokumenter som understøtter iverksatte og planlagte tiltak innen 1. juni 2022. Samtidig ber vi om en beskrivelse av hvordan virksomheten følger med på om tiltakene bidrar til nødvendig og varig justering av praksis. Se for øvrig våre merknader avslutningsvis.

Med hilsen

[REDACTED]

[REDACTED]

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi:
Statsforvalteren i Oslo og Viken
Oslo kommune, Avdeling Aker
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:

[REDACTED]



Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health Supervision
–
Org. nr.: 974 761 394

Postadresse / Postal address:
Pb. 231 Skøyen,
0213 Oslo, Norway
Besøksadresse / Street address:
Møllergata 24

Fakturaadresse / Invoice address:
Statens helsetilsyn
Fakturamottak DFØ
Pb. 4746, 7468 Trondheim
EHF-format - adresse 974761394

T: (+47) 21 52 99 00
E: postmottak@helsetilsynet.no
W: helsetilsynet.no

[Redacted]

Juridisk saksbehandler: [Redacted]

Sammendrag	5
1 Tilsynets tema og omfang	6
2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer	6
2.1 Krav til helse- og omsorgstjenester i kommunen.....	7
2.2 Om forsvarlighetskravet og plikt til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	7
2.3 Faglige normeringer – krav/forventninger til virksomhet og helsepersonell	8
3 Forhold ved virksomheten, organisering, prosedyrer, rutiner og praksis	14
3.1 Organisering av virksomheten.....	14
3.2 Kriterier for innleggelse i KAD	15
3.3 IKT systemer i Oslo kommune for kommunikasjon og dokumentasjon av helseopplysninger	16
3.4 Innleggelse i KAD Aker.....	17
3.5 Rutiner for dokumentasjon og rapportering	19
3.6 Observasjon, tidlig oppdagelse av forverret tilstand på KAD Aker	20
3.7 Rutiner og praksis ved utskriving og overflytting til sykehus	21
3.8 Opplæring.....	22
3.9 Rutiner for meldeplikt, oppfølging av alvorlige hendelser og hendelsesgjennomgang	23
4 Hendelsesforløpet og helsehjelpen	23
4.2 Avviksmeldinger etter hendelsen.....	26
4.3 Opplysninger fra pårørende til Helsetilsynet.....	26
4.4 Virksomhetens iverksettelse av risikoreduserende tiltak og endringer etter hendelsen.....	27
5 Helsetilsynets vurderinger	29
5.1 Sikret Oslo kommune forsvarlig helsehjelp til pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring?	29
5.2 Ga Oslo kommune den involverte pasienten forsvarlig helsehjelp?	31
5.3 Har Oslo kommune iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring?	33
6 Konklusjoner	33
7 Forventninger til virksomheten	33
8 Referanser	34
10 Oversikt vedlegg	34
Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen	35
Vedlegg 2 – Risikoanalyse m.m.	36

Sammendrag

Oslo kommune varslet Helsetilsynet om en alvorlig hendelse knyttet til oppfølgingen av en ■■■ år gammel ■■■. Forholdet gjaldt håndteringen av akutt forverring hos pasienten, som var innlagt i Kommunal akutt døgnenhet (KAD), etter at ■■■ hadde falt flere ganger. Pasienten døde dagen etter innleggelsen på KAD, etter at ■■■ var blitt overflyttet til sykehus.

I denne rapporten oppsummeres funn og vurderinger etter stedlig tilsyn. Vi har undersøkt hvordan Oslo kommune tilrettelegger for forsvarlige tjenester ved Legevakt Aker og KAD. I tillegg har vi undersøkt og vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om det er iverksatt relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko på bakgrunn av hendelsen.

Vi har hatt et særlig fokus på håndtering av pasienter med akutt forverring etter innleggelse. Vi har sett på innleggesrutiner, opplæring og kompetanse hos helsepersonell, observasjon og oppfølging av pasienter, samhandlingsrutiner, dokumentasjonsrutiner og håndtering av dokumentasjonssystemer.

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

Helsetilsynet har videre kommet til at den samlede helsehjelpen pasienten fikk ved Oslo kommune, Helseetaten, Avdeling Aker, ikke var forsvarlig. Det sviktet ved undersøkelse og håndtering av pasienten i ambulansemottaket ved Legevakt Aker og ved overføring av pasienten til KAD. Det forelå videre svikt ved observasjon/overvåkning på sengepost og ved håndteringen av akutt forverring av pasientens tilstand.

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

1 Tilsynets tema og omfang

Oslo kommune v/Helseetaten varslet Statsforvalteren i Oslo og Viken [REDACTED] 2020 om en alvorlig hendelse. Henvendelsen ble [REDACTED] 2020 oversendt Statens helsetilsyn (heretter Helsetilsynet) som rett instans for hendelser som omfattes av varselordningen i henhold til helsetilsynsloven § 6 jf. helse- og omsorgsloven § 12-3 a. Varselet gjaldt den helsehjelpen en [REDACTED] år [REDACTED] fikk ved Legevakt Aker og Kommunal akutt døgnerhet (KAD) i Oslo kommune [REDACTED] 2020.

Helsetilsynet besluttet å foreta et stedlig tilsyn for å opplyse saken gjennom intervjuer med de involverte og deres ledere. På grunn av koronasituasjonen ble det stedlige tilsynet gjennomført digitalt ved videokonferanser.

Tema for tilsynet er virksomhetens håndtering av pasienter med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring ved innleggelse i kommunal akutt døgnerhet (KAD), også kalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har undersøkt hvordan Oslo kommune tilrettelegger for forsvarlige tjenester ved Legevakt Aker og KAD. I tillegg har vi undersøkt og vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om det er iverksatt relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko på bakgrunn av hendelsen.

Vi har særlig sett på områdene utredning og vurdering ved mottak av pasienter, oppfølging av inneliggende pasienter, og håndtering av akutt forverring hos pasienter. Vi har videre sett på temaene opplæring og kompetanse hos helsepersonell, avvikshåndtering, og virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Tilsynsrapporten omfatter ikke forløpet før pasienten kom til Legevakt Aker eller forløpet ved overflytting i ambulanse fra KAD til spesialisthelsetjenesten etter forverring av pasientens tilstand. Vurdering av håndteringen ved legevaktsentralen i Oslo kommune før innleggelsen ved Legevakt Aker, er blitt fulgt opp tilsynsmessig ved eget brev til virksomheten.

Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i vedlegg 1.

2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, og skal i saker som gjelder varsel om alvorlige hendelser foreta stedlig tilsyn dersom dette anses nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. Dette fremgår av helsetilsynsloven § 6 tredje ledd, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a.

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om virksomheten styres slik at pasienter i tilsvarende situasjoner er sikret forsvarlig helsehjelp og om den aktuelle pasienten i dette tilfelle fikk forsvarlig helsehjelp. Til dette ligger et krav til at virksomheten styres og organiseres på en slik måte at helsepersonellet som yter helsehjelpen blir i stand til å overholde lovpålagte plikter.

I det følgende presenteres hovedlinjene i det aktuelle lovgrunnlaget som er relevant for våre vurderinger i tilsynssaken. Vi vil deretter beskrive normer for god praksis og god styring på de aktuelle områdene saken omfatter.

2.1 Krav til helse- og omsorgstjenester i kommunen

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hva som er nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester som følger av hol § 4-1.

Når tjenestetilbudet i en kommune planlegges og organiseres, må det tas hensyn til kompetanse og ressurser i kommunen. Både faglige og etiske vurderinger må ligge til grunn for hvordan tjenestene utføres og vedlikeholdes. Kommunen har plikt til å sørge for forsvarlige helsetjenester som imøtekommer dagens behov, samtidig som det må tas høyde for varierende behov og fremtidige behov. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at tjenestetilbudet til den enkelte blir helhetlig og koordinert. Det er ikke tilstrekkelig at de enkelte tjenestene er forsvarlige, også tjenestetilbudet som helhet skal være forsvarlig.

Kommunen har etter hol § 3-5 ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp referer seg både til behov for helsetjenester og til omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for døgnopphold til pasienter og brukere som har behov for øyeblikkelig hjelp, så langt kommunen kan gi forsvarlig hjelp.

2.2 Om forsvarlighetskravet og plikt til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16 og helsepersonelloven § 4.

Ved klargjøring av innholdet i forsvarlighetskravet må en ta utgangspunkt i hva som kan forventes av virksomheter og helsepersonell. Hva som kan anses som god faglig praksis på et område kan endre seg i tråd med fagutvikling, endringer i verdioppfatninger og situasjonen forøvrig. Ved vurdering av helsepersonells yrkesutøvelse tas det utgangspunkt i den faktiske situasjonen de sto i. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Fastleggingen av hva som er god faglig praksis og styring er videre utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Fagutøvelsen må etter omstendighetene avvike klart fra god praksis før helsehjelpen anses for å være uforsvarlig.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Dette gjelder organisering, planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomhetens aktiviteter. Kravet gjelder på alle ledelsesnivå. Den innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleves.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 pålegges enhver som yter helsetjenester til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk med kvalitets- og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 (internkontroll).

Internkontrollen skal bidra til at virksomheten overholder lovpålagte plikter og er et virkemiddel for at ledelsen skal kunne sørge for at krav til forsvarlighet og kvalitet blir ivaretatt i hele virksomheten. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

2.3 Faglige normeringer – krav/forventninger til virksomhet og helsepersonell

Faglige normeringer beskriver hvordan de aktuelle tjenestene skal utføres slik at tjenestene blir forsvarlige og angir hva som er god praksis på et område. For å få til god og trygg praksis, må ledelsen sørge for at kravene også etterleves. Nedenfor følger normer for god praksis og god styring, på de aktuelle områdene som er relevant for denne saken.

2.3.1 Krav til risikostyring og arbeid med kvalitetsforbedring

Ledelse og styring i virksomheten medfører en plikt å ha oversikt over risikofaktorer, og til å sette inn risikoreduserende og skadeforebyggende tiltak der risiko er kjent. Virksomhetens ledelse må derfor løpende identifisere områder der det er risiko for svikt, og innrette risikoreduserende tiltak for å sikre forsvarlige tjenester. Dette gjelder tiltak både for å redusere risiko for at svikt skal skje, men også tiltak for å redusere konsekvenser av svikt som har skjedd. Et eksempel på en risikoanalyse knyttet til temaet er vist i vedlegg 2.

I det følgende beskriver vi forventninger til virksomhet og helsepersonell med utgangspunkt i anerkjent fagkunnskap og faglige retningslinjer for oppfølgingen av somatiske pasienter som innlegges i kommunale akutte døgnplasser.

Viktige kilder for god praksis for oppfølging av somatiske pasienter som innlegges i kommunale akutte døgnplasser etter undersøkelse på legevakt, er for eksempel Helsedirektoratets normerende dokumenter (retningslinjer, veiledere, faglig råd), konsensus i fagmiljøet og faglitteratur. Det medfører at slike retningslinjer og anbefalinger gitt på et område, bør være sentrale i arbeid med kvalitetsforbedring. Nasjonale retningslinjer er i utgangspunktet ikke rettslig bindende, men kan generelt anses å gi uttrykk for gjeldende faglige anbefalinger på et område og derfor legges til grunn for våre vurderinger.

2.3.2 Krav til nødvendig kompetanse og opplæring

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har ansvar for at de som er ansatt eller utfører oppgaver på vegne av virksomheten, har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å løse oppgavene. Dette omfattes av virksomheters plikt til å yte

forsvarlige helsetjenester og er nærmere beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Virksomheter skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi helsepersonell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre forsvarlig, må virksomheten/leder ha oversikt over helsepersonellens kompetanse og eventuelle behov for opplæring.

Ved nyansettelser, for deltidsansatte (helg) og etter permisjoner, må ledelsen forsikre seg om at helsepersonell har tilegnet seg nødvendig faglig kompetanse før de settes i klinisk arbeid. Det er viktig å følge opp at kompetansen og kunnskap er internalisert. Dette gjelder også deltidsansatte, og særlig helsepersonell som arbeider kun i helgene eller kun kvelder/netter, når lederne ikke er tilstede og kan følge dem opp. Kravene gjelder også kompetanse i bruk elektroniske hjelpemidler. Det må sikres teknisk støtte, og det må sikres at elektroniske hjelpemidler fungerer etter hensikten.

En avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at medarbeidere og ledere har innsikt i forventet pasientforløp i virksomheten, og hvordan ulike helsepersonells deloppgaver sammen skal bidra til forsvarlig pasientbehandling. En slik innsikt danner grunnlag for å identifisere forbedringspunkter.

2.3.3 Tilbud om kommunalt akutt døgnopphold KAD)

Kommunen har plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette blir i mange kommuner kalt kommunalt akutt døgnopphold, ofte forkortet KAD. Plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold gjelder kun for de pasientene som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til (1).

Med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp menes det innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd. Kommunen vil i praksis kunne påta seg ansvar for utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har den nødvendige infrastrukturen og kompetansen. Det må innfortolkes en grense mot de tilstandene som forutsetter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Grensen vil ikke være entydig for alle kommuner, men vil avhenge av lokale variasjoner i helsetilbudet (1).

Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold kan på denne bakgrunn handle om å komme tidligere inn i sykdomsforløpet for å redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten (1).

Kommuner skal tilby et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold til pasienter med somatisk og psykisk sykdom, og står fritt i hvordan de velger å organisere tilbudet. Innretning, omfang og tilgjengelige ressurser vil være avgjørende for hvilke pasienter som er aktuelle for tilbudet. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt for pasientene som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det må

derfor gjøres en vurdering av om pasienten trenger øyeblikkelig hjelp, og om kommunen har et relevant tilbud og nødvendige forutsetninger for å yte hjelpen, eller om pasienten må henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

I tvilstilfelle bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten (1).

Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å kunne skape et tilbud som er hensiktsmessig, og som er i tråd med kommunens behov. Kommuneoverlegen bør derfor ha en sentral rolle i planlegging, etablering og drift av kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (2).

2.3.4 Innleggelseskriterier i KAD for pasienter med avklart tilstand

Pasienter med ikke livstruende forverring av kjente kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS, diabetes, eller pasienter med behov for enklere medikamentjusteringer, er eksempler på pasienter som vil være aktuelle for innleggelse i KAD. Pasienter med mer akutte, men avklarte lidelser som infeksjoner i lunger og urinveier, nyresteinmerter, gallesteinmerter, fall og hjernerystelse vil også kunne ha nytte av kommunale døgnopphold. For at tilbudet for pasienten skal bli like godt som ved et sykehusopphold, er det viktig å vurdere mulighetene for utredning og oppfølging som ligger i det kommunale tilbudet (1).

Tidlig oppstart med observasjon og behandling ved forverrelse av en kronisk sykdom, kan bidra til bedre pasientforløp og redusere behovet for akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten. Både stabile pasienter med avklart diagnose der hovedproblemet er akutt sykdom, og pasienter med forverring av kjent kronisk sykdom med behov for innleggelse og behandling, kan tilbys innleggelse i KAD. En nødvendig forutsetning er at innleggelsen i KAD skjer i tråd med gjeldende innleggelseskriterier. Pasienten må kunne diagnostiseres med allmennmedisinske metoder og hjelpemidler, og pasientens tilstand må i utgangspunktet være avklart (1).

2.3.5 Innleggelseskriterier for pasienter med uavklart tilstand i KAD

Det kan være aktuelt med innleggelse i KAD for pasienter som trenger observasjon og utredning av uavklarte tilstander. Det kan også gjelde tilstander hvor det etter konferering med lege eller relevant bakvakt i/spesialisthelsetjenesten, ikke anses som nødvendig med innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Hvis det skulle tilkomme en forverring under pågående observasjon, vil dette kreve rask vurdering av lege eller overføring til spesialisthelsetjenesten. Behandling av denne pasientgruppen forutsetter enten nærhet til spesialisthelsetjenesten geografisk, eller muligheter for legetilsyn innen rimelig og forsvarlig tid (1).

Pasienten kan ha uklare, diffuse og tilsynelatende nokså uskyldige symptomer som f.eks. litt feber, nedsatt matlyst, lett svimmelhet, lett hodepine som kan gå over av seg selv. Slike symptomer kan også endres til et mer alvorlig sykdomsbilde/manifeste symptomer med klar diagnose og definert behandlingsbehov, som for eksempel sepsis eller akutt hjerneslag. Når kommunen skal planlegge hvilke ressurser og hvilken kompetanse som må være tilgjengelig i virksomheten, må det tas høyde for at uklare symptomer og uavklarte tilstander kan representere en alvorlig tilstand med risiko for forverring som tilsier umiddelbar oppfølging av pasienten (1).

Pasientgrupper som har en akutt forverring av kjent kronisk sykdom, og der en vurdering av alvorlighetsgrad, annen kjent sykdom og funksjonssvikt tilsier at et kommunalt døgnopphold ikke vil være tilstrekkelig for å ivareta pasienten, skal i stedet henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder akutt funksjonssvikt hos eldre hvor årsaksforholdene er uklare, og der det er fare for rask forverring (1).

2.3.6 Vurdering før og etter innleggelse i KAD

Før innleggelse i KAD skal pasienten være tilsett av lege. Konferering mellom innleggende lege og lege tilknyttet KAD vil kunne avklare om en pasient faller innenfor kriteriene for innleggelse. Innleggende lege og lege tilknyttet KAD vil også kunne avklare og diskutere behandlings- og oppfølgingsplan etter at pasienten har kommet til avdelingen. Om dette ikke er mulig, skal henvisningen inneholde en behandling- og observasjonsplan frem til pasienten tilsees av lege ved KAD. Innleggelsesskriv til KAD skal foreligge og må inneholde tentativ diagnose, beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, medisinliste, allergier osv. Hvor omfattende utredning av pasienten det er nødvendig å foreta før beslutning om innleggelse i KAD må vurderes individuelt, da dette vil variere avhengig av problemstilling i hvert enkelt tilfelle. Det avgjørende er at det ligger innenfor det allmennmedisinske fagområdet, og ikke krever kompetanse eller utstyr som kun finnes i sykehus (1, 2). Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i KAD forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier hele døgnet. Alle pasienter må vurderes av sykepleier og av lege i rimelig tid etter innleggelse. Hva som anses som rimelig tid vil måtte vurderes individuelt, og være avhengig av forhold som pasientens tilstand, hva som er gjort av utredning og igangsatte tiltak før innleggelsen, hvor lenge det er til neste planlagte legetilsyn, samt kompetansen til pleiepersonalet på vakt (1,2).

Bruk av ulike typer kartleggingsverktøy vil være nyttige i vurderingen av pasientens tilstand og funksjonsnivå, og i kommunikasjonen mellom pleiepersonalet og lege om den aktuelle pasienten. God praksis vil være at det benyttes egnet kartleggingsverktøy/observasjonsmetodikk for tidlig å kunne fange opp forverringer og uventede forløp (3).

Ved innkomst er det god praksis å utarbeide en tiltaksplan i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Planen bør angi hvordan pasienten skal observeres, hvilke og hvordan tiltak skal utføres, hvordan tiltak skal evalueres, og hvordan det skal samarbeides med pasienten og eventuelt pårørende. Hvilke parametere som skal overvåkes, og hvor ofte, må avklares ved innleggelse og fortløpende vurderes i samarbeid mellom sykepleier og lege.

2.3.7 God praksis for utredning ved gjentatte fall

Et enkeltstående fall hos en eldre kan skyldes et uhell. Når eldre faller flere ganger i løpet av begrenset tidsrom (f.eks. mer enn ett fall i løpet av et halvt år), bør det betraktes som en falltendens som trenger utredning. Der pasienten (særlig eldre) har falt og/eller har falltendens av forskjellig grunner, er det viktig å kartlegge omfanget. God fallanamnese gir grunnlag for fallforebyggende tiltak.

Nyoppstått falltendens som har utviklet seg i løpet av timer til noen få dager, kan være tegn på akutt funksjonssvikt/akutt somatisk sykdom som trolig krever

avklarende utredning på sykehus. Kronisk falltendens utvikler seg gradvis over uker og måneder og har ofte sammensatte årsaker. Flere tiltak kan være nødvendig for å redusere den samlede risikoen for nye fall.

Både ved nyoppstått og ved kronisk falltendens, må det innhentes sykehistorie som inkluderer funksjonsnivå, sosiale forhold og fallanamnese (inkludert om det var et samtidig bevissthetstap). Det må også foretas grundig klinisk undersøkelse, tas blodprøver og EKG, måles blodtrykk med tanke på ortostatisme, kartlegges ernæringsstatus, ev. foretas billediagnostikk og funksjonsvurdering. EKG vil kunne avdekke eventuell arytmi og underliggende iskemi som kan forklare fall (4).

Pasienter kan ha vanskelig for å skille mellom svimmelhet og gangustøhet av annen årsak, som generell muskelsvakhet, slapphet, leddproblemer, synssvekkelse og psykisk helsesvikt. Akutt hjertesviktsyndrom med hypotensjon, betydelig reduksjon av hjertets minuttvolum og redusert vevsperfusjon, kan gi redusert bevissthetsnivå som kan forårsake fall. Det derfor viktig å måle blodtrykk og vurdere om det kan foreligge tegn på hjertesvikt. Pasienter med kombinasjonen av gjentatte fall på grunn av svimmelhet og lavt blodtrykk, bør derfor utredes, observeres og følges nøye opp for å avdekke ev. sirkulasjonssvikt på grunn av underliggende hjertesykdom.

2.3.8 God praksis for tidlig oppdagelse av akutt forverring av somatisk tilstand

Pleiepersonalet på KAD må ha nødvendig kunnskap om betydningen av tidlig oppdagelse av forverret tilstand og håndtering av akutte tilstander.

Utstyr for håndtering av akutte/livstruende tilstander må være tilgjengelig.

Sykepleiere må ha kompetanse til å tidlig kunne fange opp forverringer.

Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om «Tidlig oppdagelse og rask reaksjon ved forverret somatisk tilstand», legger føringer for hva som forventes av helsepersonell. Virksomheten bør ha rutiner for varsling og respons når personell oppdager tegn på forverret tilstand (3).

Forutsigbar, strukturert og sikker kommunikasjon er viktig for å unngå misforståelser og for et godt samarbeid om pasientbehandlingen.

Nedenfor følger kortfattet beskrivelse av noen sentrale verktøy som kan benyttes i klinisk praksis.

National Early Warning Score (NEWS2) og Quick Sepsis Related Organ Failure Assessment (qSOFA) er eksempler på hyppige brukte kartleggingsverktøy som baserer seg på målinger og observasjoner som helsepersonellet rutinemessig utfører i klinikken. Det er god praksis at responsen er klart definert og kjent for dem som skal bruke verktøyene, slik at det sikres en adekvat respons på målingene.

Ved NEWS-skår på sju eller mer, er det god praksis at pleiepersonellet umiddelbart kontakter ansvarlig lege eller annet medisinsk faglig personell, i tillegg til at helsepersonell med akuttmedisinsk kompetanse responderer. Ved total skår på sju eller mer, er det god praksis at man vurderer behandlingsnivå og kontinuerlig

overvåkning av pasienten. Det er viktig å merke seg at flere akutte tilstander kan oppstå til tross for at pasienten har en lav NEWS skår (3).

Quick Sepsis related Organ Failure Assessment (qSOFA) benyttes for pasienter med mistanke om infeksjon. Ved avvik på målingene gis ett poeng per kriterium. Ved mistanke om infeksjon og to poeng eller mer ved skåring skal helsepersonell vurdere sepsis som sannsynlig diagnose.(5,6).

Det er god praksis å bruke kartleggingsverktøyene ved overganger mellom avdelinger eller omsorgsnivåer, for eksempel som en del av pasientmottaket ved innleggelse. Kartleggingsverktøyene benyttes gjennom døgnet etter avtale med lege, eller etter prosedyre.

Kartleggingsverktøyene er ikke en erstatning for kunnskap og klinisk kompetanse hos helsepersonell. I enkelte situasjoner kan det være behov for ytterligere observasjoner og undersøkelse som EKG, blodsuktermåling, blod-/ urinprøver med videre.

2.3.9 God praksis for tilkalling av lege på grunn av akutt forverret tilstand

Lege knyttet til KAD skal så raskt som mulig undersøke pasienter der pleiepersonalet har identifisert akutt forverret tilstand. Akutt forverring kan være uttrykk for en alvorlig og livstruende tilstand som krever umiddelbar diagnostikk og behandling. Sentralt i vurderingen vil være om pasienten snarest bør overflyttes til spesialisthelsetjenesten for avansert utredning og behandling (1,2).

Legen må ha kompetanse til raskest mulig å sørge for tiltak som nødvendig umiddelbar pasientbehandling, konferering med sykehus, pasienttransport og nødvendig skriftlig dokumentasjon. Videre må legen sørge for nødvendig informasjon til samarbeidende helsepersonell, pasient og pårørende (2).

2.3.10 Dokumentasjon av helsehjelp

I kravet om forsvarlige journalsystemer ligger at virksomhetene må sørge for at nødvendige pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid. Alt helsepersonell som yter helsehjelp skal føre nødvendig journal for den enkelte pasient som mottar helsehjelp. Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise sendes i samsvar med lovkrav.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal tilstrebe gjensidig utveksling av pasientinformasjon og innhente relevante epikriser hos hverandre for å ivareta pasientsikkerheten og sikre optimal behandling (2).

Kommunen bør tilstrebe å ha systemer der det er mulig å overføre elektronisk svar fra radiologiske undersøkelser, laboratoriesvar, epikriser, henvisningsnotat, meldinger, medisinarke osv.

2.3.11 Samhandling med pårørende

Pasientens nærmeste pårørende kan ha rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og ha rett til informasjon om helsetjenesten som ytes i alle faser av pasientforløpet. Det vises til pasient- og brukerrettighetslovens

bestemmelser om rett til informasjon og medvirkning. Dette beror på om pasienten selv samtykker til det eller andre forhold tilsier involvering fra pårørende. De som yter helsehjelp må avklare om og eventuelt på hvilken måte pårørende skal involveres. Involvering av pårørende kan også bidra til å sikre god kartlegging av pasientens behov for helsehjelp.

Nærmeste pårørende har også rett til informasjon om hva som skjedde ved alvorlige hendelser, og om hva virksomheten ev. har iverksatt av tiltak for at det samme ikke skal skje igjen.

3 Forhold ved virksomheten, organisering, prosedyrer, rutiner og praksis

I dette kapitlet beskriver vi rammebetingelser og forhold ved virksomhetens organisering og styring som anses relevante for denne saken. Rutiner for innleggelse og opphold i KAD og håndtering av akutt somatisk sykdom, står sentralt. Disse forholdene har betydning for hvordan virksomheten har tilrettelagt for forsvarlige tjenester.

Opplysningene i kapitlet nedenfor er hentet fra informasjon på Oslo kommune sine nettsider, informasjon i metodebok for Oslo kommunes KAD og andre styrende dokumenter og opplysninger mottatt i forbindelse med det stedlige tilsynet.

3.1 Organisering av virksomheten

3.1.1 Helseetaten i Oslo kommune

Helseetaten er Oslo kommunes fagetat på helseområdet, og er underlagt Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester. Helseetaten ledes av en etatsdirektør. Arbeidsområdene er allmennlegevakt, tannhelsetjenester, folkehelsearbeid og oppgaver knyttet til helse- og omsorgstjenester og psykososiale tjenester. Etaten har også ansvar for drift og utvikling av kommunens fagsystemer på helse- og omsorgsområdet.

3.1.2 Avdeling Aker

Avdeling Aker er en avdeling i Helseetaten. Herunder ligger Legevakt Aker og KAD, som er geografisk samlokalisert og har felles ledelse. Avdeling Aker består av fire organisatoriske enheter, henholdsvis Legetjeneste KAD/Legevakt Aker, Sykepleietjenesten KAD/Legevakt Aker, samt Seksjon Aker rehabilitering og Rådgivningskontoret for syn og hørsel. Avdeling Aker ledes av en avdelingsdirektør som er første felles ledernivå for leger og sykepleiere som jobber ved Legevakt Aker og/eller KAD. KAD har tre sengeposter/avdelinger; KAD1, KAD2 og KAD3.

Ledelse og styring i Avdeling Aker har vært preget av flere midlertidige stillinger og fungeringsperioder.

3.1.3 Legevakt Aker

Legevakt Aker er åpen på kveldstid og i helger, og har ca. 50 000 konsultasjoner i året. Legene ved Legevakt Aker er stort sett fastleger som tar vakter ved legevakten.

I tillegg til legekontorer finnes ambulansemottak som er bemannet med en sykepleier og en lege fra KAD. Ambulansemottaket har fem sengeplasser. I ambulansemottaket håndteres pasienter med medisinske sykdomstilfeller. Det finnes ikke utstyr eller fasiliteter for å håndtere skader som krever aktiv kirurgisk behandling og mottaket har ikke utstyr for radiologiske undersøkelser.

I ambulansemottaket er det mulighet for å observere pasientene i inntil tre timer før de blir skrevet inn til KAD, til sykehus eller blir sendt hjem. Ved stor pasientpågang på Legevakt Aker forventes at lege i ambulansemottaket hjelper legevaktens øvrige leger.

3.1.4 KAD

Oslo kommunes KAD ble åpnet i 2013, og er Norges største KAD og består av tre sengeposter. KAD har tilgang på lege hele døgnet. Overlege med spesialitet i allmennmedisin eller tilsvarende kompetanse er tilknyttet KAD. Det er døgnkontinuerlig tilgang på radiologiske tjenester inkludert CT og laboratorietjenester. Sykepleier er tilstede i KAD hele døgnet.

3.2 Kriterier for innleggelse i KAD

Det er utarbeidet veiledningsmateriell som beskriver rutiner for innleggelse i Oslo kommunes KAD, datert 28. november 2018.

Nedenfor følger en oversikt fra november 2018 hvor KAD selv beskriver rutiner for innleggelse av pasienter med somatisk sykdom i KAD. Oversikten er oversendt til aktuelle samarbeidspartnere, og er tilgjengelig på KADs nettsted.

S O M A T I K K

KAD er et allmennmedisinsk tilbud for pasienter over 18 år med akutt forverring av kjent og/eller avklart medisinsk tilstand, eller med liten risiko for alvorlig forverring, som ellers ville blitt innlagt på sykehus, dvs. har til hensikt å erstatte sykehusinnleggelse.

Innleggelse på KAD skal alltid gi pasientene verdige og faglig forsvarlige tjenester.

Det er derfor viktig med rett pasient til rett tid og sted.

Innleggelse på KAD skal ikke forsinke nødvendig sykehusbehandling.

Pasienten innlegges etter gitte kriterier:

Aktuell for KAD:	Ikke aktuell for KAD:
Generell info: - Listen er ikke uttømmende - Alder over 18 år - Pasienten skal være tilsett av lege forut for innleggelse - Pasienten ville ellers blitt innlagt på sykehus - Avklarte pasienter/liten risiko for alvorlig forverring, som forventes å være ferdigbehandlet i løpet av få dager	Generell info: - Listen er ikke uttømmende - Pasienter med sammensatte problemstillinger som krever avansert observasjon, utredning eller behandling bl. annet bevisstløs, respiratorisk eller sirkulatorisk ustabil pasient dvs. med truende vitale funksjoner - Mistanke om sepsis: qSOFA ≥ 2 - Akutt funksjonssvikt, akutt falltendens, forvirring med uavklart årsak hos eldre skal FØRST avklares på sykehus. Pasienten er velkommen til KAD etter avklaring
Pasienten innlegges etter gitte kriterier:	
- Enkle avklarte infeksjoner uten mistanke om sepsis (qSOFA ≤ 1) som urinveisinfeksjoner, lungebetennelse, erysipelas, mononukleose osv. som krever observasjon og/eller intravenøs antibiotika - Forverring av kjent hjertesvikt, KOLS eller astma - Dehydrering ved interkurrent sykdom antatt årsak gastroenteritt eller grunnet manglende væskeinntak, svangerskapskvalme uten komplikasjoner osv. - Obstipasjon av kjent og ofte kronisk årsak - Kjent demens eller kognitiv svikt med avklart tilleggsproblem når pleie- eller omsorgsbehov tilsier innleggelse - Akutte ikke-traumatiske ryggplager uten røde flagg - Smerter i muskel-skjelett med eller uten brudd som er avklart med bildediagnostikk og spesialisthelsetjenesten/skadelegevakt - Observasjon av commotio cerebri etter avklaring fra sykehus eller skadelegevakt - Optimalisering av smertebehandling av kjent smertetilstand - Annen somatisk tilstand hvor faren for akutt, alvorlig forverring vurderes som liten	

Oppdatert 28.11.18

Brosjyre med informasjon om innleggelse i KAD

3.3 IKT systemer i Oslo kommune for kommunikasjon og dokumentasjon av helseopplysninger

3.3.1 Profdoc Vision

Profdoc Vision (Profdoc) er elektronisk pasientjournal felles for KAD, Legevakt Aker og Legevakt Storgata. Profdoc er ikke integrert med elektronisk pasientjournal (EPJ) hos fastlegene eller DIPS, som er journalsystemet for sykehusene og Skadelegevakten i Storgata.

3.3.2 Imatis

Imatis benyttes av KAD for å gi raskt overblikk over kritisk og relevant pasientinformasjon fra andre kilder. Løsningen bidrar til oppgavestøtte og understøtter behov til pasientlogistikk, samt visualisering av pasientforløpet. Løsningen er tilgjengelig via stasjonære arbeidsstasjoner, fellestavler og mobile pc-traller. Imatis inneholder undersøkelser/tiltak, fallrisiko (Stratify), NEWS 2, qSOFA, ADL (activity of daily living- Iplos), prioritering og pasienthistorikk.

Informasjonen må registreres inn og vedlikeholdes manuelt av helsepersonell. Det pågår et utviklingsarbeid for å få løsningen integrert med øvrige fagsystemer for å redusere dobbeltdokumentasjon.

3.3.3 *Imatis whiteboard*

SamPAL (Imatis whiteboard) er et verktøy for effektiv kommunikasjon og samhandling mellom KAD-poster, lege- og sykepleietjeneste. Det er en elektronisk tavleløsning til bruk på sengepost som gir et overblikk over oppgaver, ressurser og øyeblikksituasjonen på enhets- eller avdelingsnivå. All informasjon kan oppdateres av sykepleiere og leger i sanntid, til alle enheter det benyttes på. Tavlene kan benyttes både på storskjerm og på sentrale pc-klienter i avdelingen og mobilt utstyr (PC-traller, mobiltelefoner, nettbrett). Det er en tavle for kommunikasjon mellom lege- og sykepleiertjenesten, og brukes til tavlemøter og ved vaktskift. SamPAL er navnet på løsningen for Avdeling Aker og står for samhandling og pasientlogistikk, mens navnet på systemleverandøren er Imatis.

3.3.4 *Andre IKT-systemer*

Gerica er journalsystemet for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo kommune, og KAD har tilgang til dette systemet.

3.4 *Innleggelse i KAD Aker*

3.4.1 *Vurdering av mulig innleggelse på KAD*

Fastleger, legevakt, samt lege i spesialisthelsetjenesten kan legge pasienter direkte inn på KAD etter å ha konferert med vakthavende lege på KAD. KAD-lege har ansvar for diagnostisk vurdering av pasientene, behandlingsplan og oppfølging, samt utskrivning og epikrise. Forutsetningen for å tilby innleggelse i KAD er at pasienten ikke er frisk nok til å behandles hjemme, og kan få nødvendig behandling med allmennmedisinske metoder og hjelpemidler. Oppholdet på KAD bør ikke overstige tre døgn. Oppholdet forlenges hvis pasienten ikke er ferdig behandlet. Pasientens tilstand skal tilsi liten risiko for akutt livstruende forverring.

Før innleggelse skal alltid pasienten være tilsett av lege. Det vurderes alltid i felleskap mellom henvisende og lege i KAD (konfereringslege) om pasienten skal gis tilbud på KAD. For å unngå unødvendig tidstap skal lege med en slik konfereringsrolle vurdere/kvalitetssikre alle innleggelser slik at pasienter med akutt sykdom som hjerneslag eller sepsis som trenger rask sykehusbehandling ikke innlegges på KAD.

3.4.2 *Rutiner for ambulansemottakslege*

Rutinen omfatter myndighet, ansvar og oppgaver tilknyttet ambulansemottakslege ved Legevakt Aker, og gjelder for alle leger på vakt i denne funksjonen. Prosedyren er at ambulansemottakslegen er driftsansvarlig ved Legevakt Aker når avdelingsledelsen ved Legevakt Aker ikke er tilstede.

Arbeidsoppgavene er:

1. Medisinsk undersøkelse, behandling og observasjon av pasienter i ambulansemottaket.

2. Medisinsk undersøkelse og behandling av pasienter på «den gående del» av Legevakt Aker.
3. Ved stor arbeidsbelastning på KAD-legene og om legen har kapasitet, skal legen avlaste KAD-legene, for eksempel med visitt eller mottak av innleggelser til KAD.

Ved en eventuell innleggelse på KAD må ambulansemottakslegen konferere med vakthavende KAD-lege. Før innleggelse oppretter ambulansemottakslegen innkostjournal. Vakthavende KAD-lege registrerer pasienten i Imatis og i Profdoc, som ved vanlige innleggelser. Vakthavende KAD-lege går visitt på pasienten som ved andre innleggelser.

Praksis er at legene ved Legevakt Aker undersøker pasientene, dokumenterer i Profdoc og gir beskjeder til pleiepersonalet om videre oppfølging, observasjon og behandling i Imatis SamPAL, i tillegg til å skrive på papirkurve. Legevaktlege informerer KAD-lege om innleggelsen.

3.4.3 Henting og levering av pasient fra Legevakt Aker til KAD

Prosedyren skal sikre enhetlig rutine for henting og levering av pasient fra Oslo legevakt Aker til KAD-postene. Når pasienter blir meldt fra Legevakt Aker til KAD, skal primært ansatt ved KAD hente pasienten på legevakten. Dersom legevakten har kapasitet til å følge, avtales dette over telefon. Ansatt fra KAD tar over pasientansvaret med en gang pasienten er overlevert, enten på legevakten eller når pasienten ankommer KAD-post.

Dersom pasienten følges av personell fra legevakten, mottas pasienten raskt slik at legevaktansatt ikke blir oppholdt borte fra legevakten. Lege på ambulansemottaket skal om mulig klargjøre papirer som papirkurve, blodprøverekvisisjon og journal før henting. Sykepleier ved ambulansemottaket skal ta blodprøver av pasienten dersom kapasiteten tillater det.

Det er vanlig praksis at sykepleier fra KAD hentet pasientene som skulle legges inn i KAD fra ambulansemottak ved legevakten. Sykepleier i ambulansemottak gir oftest en muntlig rapport til sykepleieren fra KAD.

Det er opprettet en rullerende funksjon, som kunne innehas av sykepleier eller helsefagarbeider. Den som er rullerende har på sin vakt oppgaver på alle KAD-postene og går «utenpå» pleiepersonell med ansvar i de enkelte postene. Medarbeideren med rullerende funksjon har som oppgave å ta imot nye pasienter som kom til KAD.

Det ble opplyst på tilsynet at det var rutine at den rullerende utførte NEWS-skåring, skrev innkostnotatet på pasienten ved ankomst til KAD, og utførte eventuelle umiddelbare tiltak som var besluttet ved innleggelse. Det ble opplyst at det var praksis for at rullerende kontaktet lege på KAD for tilsyn av pasienten når pasienten ble innlagt utenfra. Når pasienten ble innlagt fra Legevakt Aker, var det ikke rutine for at pasienten fikk tilsyn av lege.

3.4.4 Mottak av ny pasient på sengepost KAD

I følge de styrende dokumentene skal pasientens første møte med posten oppleves som trygt og ivaretakende igjennom brukermedvirkning og ved bruk av gode vurderingsverktøy. Alle pasienter og pårørende skal bli møtt med «Hva er viktig for deg?» og alle pasienter skal bli NEWS- og qSOFA-skåret innen 15 min etter ankomst. Ansatte skal bruke strukturert kommunikasjon (Teach Back-metoden ved kommunikasjon med pasienter og pårørende og ISBAR (identifikasjon, situasjon, bakgrunn, analyse og råd) og Closed loop kommunikasjon mellom ansatte og samarbeidspartnere).

Dersom pasienter blir innlagt fra ambulansemottaket på Legevakt Aker, blir det vurdert slik at pasienten allerede er tatt imot av KAD-lege. Det blir derfor ikke gjort nytt legetilsyn ved ankomst til KAD. Mottagende lege på KAD får informasjon om alle innleggelser.

Det var praksis for at sykepleieren som skulle ha ansvar for pasienten på post fikk muntlig rapport om nye pasienter. På post ble pasienten fulgt opp videre av sykepleier/helsefagarbeider med observasjon og behandling i henhold til det som ble bestemt av lege ved innleggelse.

3.5 Rutiner for dokumentasjon og rapportering

3.5.1 Legenes journaldokumentasjon

I følge metodeboken for Oslo kommunes KAD skal legene dokumentere helsehjelp i Profdoc Vision. Det skal lages innkomstjournal ved innleggelse. Journalnotatene skal dokumentere pasientenes symptomer, helsepersonellens observasjoner, overveielser og handlinger, samt resultatet av videre undersøkelser. Ved innleggelse og under oppholdet skal helsepersonell kunne tilegne seg relevante opplysninger fra sykehistorie og gjøre en objektiv undersøkelse.

I følge metodeboken er innkomstjournalen og den kliniske undersøkelsen som legen gjør ved innleggelsen, den mest systematiske generelle gjennomgangen pasienten får under sitt opphold på KAD. Opplysninger gitt i innkomstjournalen skal gi grunnlaget for videre diagnostikk og behandling. KAD har et avsnitt om fallanamnese i malen for innkomstjournal for somatikk.

Det fremgår videre av metodeboken at «ny-notat» alltid skal skrives av visittgående lege dagen etter innleggelsen. Det skal nedtegnes kort bakgrunnsinformasjon, anamnese og problemstilling med status, vurdering, igangsatte tiltak og planlagt utredning/behandling. Det skal avsluttes med tentativ diagnose i tekst og settes inn diagnosekode i Elektronisk Pasientjournal (EPJ). «Dagens notat» bør være kort, tidsaktuelt og dagsrelevant. Det skal inneholde informasjon om pasientens status på visitt (vitalia/undersøkelse), respons på behandling, endring av terapi, endring av vurdering og oppfølgingstiltak. Dagen før forventet utskrivelse skal pasientansvarlig lege skrive resyme om oppholdet på KAD. Den vil være et hjelpemiddel for rask utskrivelse. Det bør inneholde all relevant informasjon gjeldende pasientens opphold.

3.5.2 Pasientkurve

Kurven, som er et fysisk dokument, følger inneliggende pasient gjennom hele oppholdet. Sykepleier skal følge de forordninger lege har gjort. I tillegg skal legemiddelbehandling dokumenteres og kurven signeres daglig.

3.5.3 Rapport ved legenes vaktskifte/vaktmøter

Det fremgår metodeboken at hensikten med legenes vaktmøter er å formidle nødvendig informasjon mellom av- og påtroppende vaktlag. På vaktmøtene må leger kunne løfte usikkerhet og be om tilbakemelding. Det bør også presiseres hvem som har ansvar for oppfølging av de refererte pasienter.

Følgende punkter skal tas opp på vaktskifte:

- oversikt KPI (Key Performance Indicators) og aktuelt belegg
- antall av alle innlagte eller ikke tilsette ilt vaken (f.eks. på dagvakt)
- røde prioriterte pasienter ev. andre pasienter som må følges opp av
- påtroppende vakt
- pasienter med NEWS $\geq$ 4

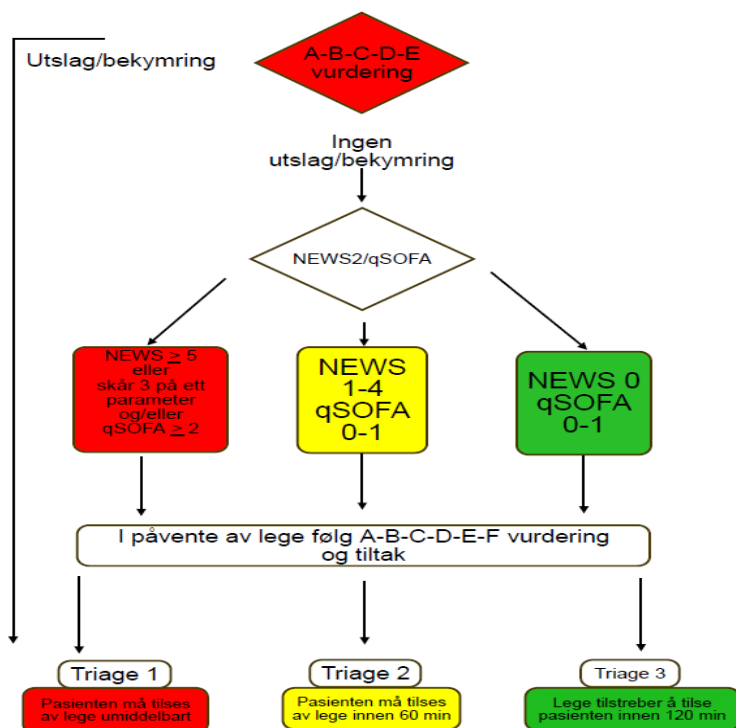
3.6 Observasjon, tidlig oppdagelse av forverret tilstand på KAD Aker

3.6.1 National Early Warning Score 2 (NEWS 2) og qSOFA

Alle pasienter som innlegges skal skåres med NEWS 2 og qSOFA innen 15 min. NEWS2 skår skal brukes på alle inneliggende pasienter.

3.6.2 KAD Flytskjema Triagering

Flytskjema Triagering KAD Aker



KAD Flytskjema - triagering

ABCDE – vurdering av pasienter og tiltak	
Airway Luftveier	Vurder: Frie luftveier? Snakker pasienten uanstrengt? Tiltak: Hake- eller kjeveløft, suging i munnhule, svelgtube, stabilt sideleie.
Breathing Respirasjon	Vurder: SpO ₂ , respirasjonsfrekvens, - dybde og –arbeid. Sidelik re Tiltak: Hø assistert ventilasjon.
Circulation Sirkulasjon	Vurder: Puls (sentral og perifer), hjerterefreknens og rytme, blodtrykk, kapillær fyllingsgrad, hudfarge og –temperatur. Blødning. Abdomen/bekken. Tiltak: PVK, ev. væskestøt, EKG. Sjøkkleie. Medikamenter. Blødningskontroll. Diurese.
Disability Bevissthet	Vurder: Bevissthetsvurdering (ACVPU, GCS), pupiller. Nevrologisk utfall. Blodsukker. Tiltak: Sikre frie luftveier ved stabilt sideleie, ev. glukose, ev. antidot
Exposure Undersøkelse	Vurder: Temperatur, undersøk hele pasienten (sår, utslett, ødemer, katetre, dren etc.), smerter. Tiltak: Tiltak etter funn, blodprøver, blodkultur. Antibiotika. Urin-stix/dyrkning. Smertelindring.

ABCDE – vurdering av pasienter og tiltak

3.7 Rutiner og praksis ved utskriving og overflytting til sykehus

Dersom en pasient blir syk eller er sykere enn først antatt, gjør pleiepersonalet en vurdering av hvor raskt det bør varsles om hjelp, hvordan dette skal gjøres, og hvem som skal kontaktes. Det er vanlig praksis å basere vurderingen på NEWS-skår og eventuelt qSOFA-skår.

Dersom pasienten har falt, besvimt eller ikke er kontaktbar av andre årsaker, er det vanlig praksis å bruke alarmsnoen inne hos pasienten for å tilkalle hjelp. Hendelser med fall eller tap av bevissthet blir oppfattet som akuttsituasjoner. Helsefagarbeidere vil for situasjoner som ikke ble oppfattet som så akutte, kontakte sykepleieren de hadde «bak seg» for å rapportere pasientens tilstand. For sykepleiere er det vanlig å kontakte en annen sykepleier eller lege i slike situasjoner.

I akutte situasjoner utfører sykepleierne tiltakene som er rekvisitert muntlig eller skriftlig fra lege. Tiltak kan for eksempel være å ta EKG, ta blodprøver, gi medisiner eller sørge for væsketilførsel. Sykepleier kan også selv ta initiativ til å utføre enkelte tiltak i påvente av beskjed fra lege.

Dersom en pasient blir vurdert som for syk til å bli værende i KAD, er det vanlig praksis at pasienten blir lagt inn i sykehus. Vurderingen omkring behov for sykehusinnleggelse blir tatt av lege.

Det er vanlig praksis at sykepleier og lege samarbeider om akuttbehandlingen av pasienten og forberedelsene rundt innleggelse i sykehus. Sykepleier eller helsefagarbeider skriver eget sykepleienotat ved utskrivelse.

3.7.1 Rutiner ved sykehusinnleggelse

Det fremgår i KADs metodebok at det er viktig å unngå unødvendige innleggelser. Det gjøres en totalvurdering om hvorvidt innleggelse er indisert. Funksjonsnivå i habituell tilstand og komorbiditet er viktig for vurdering. Innleggelse i sykehus/plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer når dette er påtrengende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp-plikten omfatter situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og eventuelt behandle for å

- gjenopprette og/eller vedlikeholde de vitale funksjoner
- forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom
- gi adekvat smertebehandling ved svære smertetilstander av kortvarig art

Pasienten skal til sykehus hvis det er

- mistanke om sepsis. NEWS ≥ 5 , qSOFA ≥ 2
- respiratorisk eller hemodynamisk påvirket pasient
- kompliserende komorbiditet hvor det er behov for spesialistbehandling
- usikker diagnose, behov for utredning
- manglende bedring, forverring av klinikken

I følge metodeboka skal en lege som har besluttet å legge en pasient fra KAD inn på sykehus, ta kontakt med vakthavende lege ved mottakende sykehusavdeling for å melde pasienten.

3.8 Opplæring

Assisterende seksjonsoverlege hadde ved tidspunktet for det stedlige tilsynet hovedansvaret for opplæring av nyansatte leger ved KAD. Det skulle utpekes en kontaktperson (fadder) som skal følge opp nyansatte leger i prøvetiden. Det skulle tilstrebes to-tre ukers opplæring, avhengig av den nyansattes erfaring og spesialitet.

Både nyansatte leger og sykepleiere tilbys kurs i hjerte-lunge-redning for helsepersonell og ProACT kurs (opplæring i observasjon, vurdering og behandling av mulig kritisk syk pasient samt kommunikasjon mellom helsepersonell).

Det er utarbeidet en sjekkliste for nyansatte leger som benyttes for dokumentasjon av opplæring og egevaluering, som skal være tilgjengelig for fadder. Av sjekklisten fremgår det blant annet temaer som rask erkjennelse og behandling av de hyppigste akutte tilstandene, kunnskap om skåringssystem og kommunikasjonsverktøy som brukes på KAD. Ifølge sjekklistene skulle legen videre beherske ferdigheter som tolking av EKG, blodgasstolking, og oppfølging av de hyppigste kliniske tilstander på KAD.

Det fremkom i det stedlige tilsynet at det ikke er etablert rutiner som sikrer at den ansatte faktisk har gjennomført all opplæring, og heller ikke om de har tilegnet seg nødvendig kompetanse og kunnskap om interne og faglige rutiner.

3.9 Rutiner for meldeplikt, oppfølging av alvorlige hendelser og hendelsesgjennomgang

Det fremgår av KADs metodebok at uønskede hendelser og avvik er å anse som systemsvikt som gir anledning til forbedring og læring og bidrar til virksomhetens kontinuerlige forbedringsarbeid. Sektorens felles prinsipper støtter en god meldekultur som er en forutsetning for at uønskede hendelser, avvik og forbedringsforslag meldes. Behandling av uønskede hendelser og avvik er en del av den operative driften i virksomheten.

Alle ansatte registrerer uønskede hendelser og avvik i det elektroniske systemet EQS. Mottaker er alltid nærmeste leder med personalansvar. Når en uønsket hendelse eller avvik skjer bør alltid strakstiltak vurderes av melder som et viktig risikoreduserende tiltak. Ved behandling av uønskede hendelser og avvik vurderes alltid behov for ytterligere og korrigerende tiltak - tiltak som gjør tjenester tryggere, sikrere og bedre, med fokus på å hindre at tilsvarende hendelser skjer igjen.

Det gjennomføres en enkel årsaksanalyse samt en analyse av lignende meldte uønskede hendelser og avvik, for å kartlegge de mest effektive tiltakene. Leder dokumenterer fortløpende vurderinger og tiltak i EQS som en del av hendelsesbehandlingen.

4 Hendelsesforløpet og helsehjelpen

I dette kapittelet beskriver vi hendelsen, pasientbehandlingen og oppfølgingen slik vi har fått den opplyst gjennom dokumenter, samtaler og kommentarer. Forholdene som er beskrevet her vil danne grunnlag for vår vurdering av om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp.

4.1.1 Bakgrunn

Pasienten var en hjemmeboende [REDACTED] på [REDACTED] år, med demenssykdom, hypertensjon, diabetes mellitus type 2 og osteoporose. Om formiddagen [REDACTED] 2020 falt pasienten fra sengekanten på grunn av svimmelhet. [REDACTED] hadde smerter [REDACTED] og merker i hodet, og ble brakt til Skadelegevakten (Oslo universitetssykehus HF) kl. [REDACTED] fikk påvist brudd [REDACTED] og fikk konservativ behandling med gips.

CT caput viste ingen tegn til blødning. Blodtrykket var 105/61 mmHg og blodsukker 10,6 mmol/L. [REDACTED] ble av legevakten anbefalt innleggelse i KAD, men ønsket heller å dra hjem.

Hjemmetjenesten ble kontaktet for å kunne følge [REDACTED] opp når [REDACTED] kom hjem samme dag. På ettermiddagen falt pasienten på nytt i det [REDACTED] ble fulgt inn til bopelen av [REDACTED]. [REDACTED] ba om bistand [REDACTED] familie for å se til pasienten. [REDACTED] ringte AMK Oslo kl. [REDACTED]. Samtalen ble satt over fra AMK til Oslo kommunes legevaktsentral hvor legevaktoperatør fulgte opp henvendelsen videre. Pårørende [REDACTED] ba gjentatte ganger legevaktsentralen om å få

ambulansetransport, uten å lykkes med det. Pasienten ble til slutt brakt av de pårørende til undersøkelse ved Legevakt Aker.

4.1.2 Legevaktkonsultasjon ved Legevakt Aker

Pasienten kom til Legevakt Aker kl. [REDACTED] og ble brakt til ambulansemottaket der for umiddelbart legetilsyn. Pasienten ble lagt på bære og først tatt imot av sykepleier i ambulansemottaket (sykepleier 1), som beskrev pasienten som slapp og blek.

Pasienten kunne ikke redegjøre for hendelsesforløpet til legen som tok imot (lege1). Ved hjelp av komparentopplysninger fra pårørende innhentet per telefon, kom det frem at pasienten hadde vært redusert og slapp noen dager og spist og drukket lite. Det fremkom også at [REDACTED] hadde vært på Skadelegevakten samme dag på grunn av svimmelhet og fall, at det var påvist brudd [REDACTED], og at [REDACTED] hadde takket nei til innleggelse i KAD tidligere på dagen.

Ved klinisk undersøkelse utført av lege 1, var pasienten tørr og varm i huden. [REDACTED] var afebril, og hadde puls på 96 slag/min, respirasjonsfrekvens på 20/min og blodtrykket var 81/68 mm Hg. [REDACTED] fikk intravenøs væske med god effekt på blodtrykket som steg til 124/68 mmHg. Det var normale funn ved organundersøkelse bortsett fra ømhet i buken. Blodprøvene viste Hb var 10 g/dL blodsukker 11,1 mmol/L og CRP 90 mmol/L. Urinstiks viste utslag på protein, blod og leukocytter.

Lege 1 mistenkte urinveisinfeksjon og hypotensjon på grunn av lavt væskeinntak og inntak av blodtrykksmedisin. Lege 1 besluttet å tilby innleggelse i KAD grunnet at qSOFA var 1 og at pasienten for forvirret. Pasienten benektet å ha brystmerter.

Lege 1 ordinerte NEWS x 4 kun i Profdoc. Det ble videre ordinert antibiotikatabletter, blodprøver og intravenøs væske i kurven. Ordinasjonen skulle iverksettes på post. Han besluttet også seponering av blodtrykksmedisin, men dette ble ikke ført i kurven.

Lege 1 hadde ikke fått nødvendig opplæring i IKT-systemene og hadde aldri selv jobbet på KAD. Han hadde på foregående vakter hatt manglende tilgang til Imatis, som er det grunnleggende verktøyet for kommunikasjon med pleiepersonalet om pasienten. Lege 1 opplevde derfor at han var ute av stand til å bruke tilgjengelig elektronisk verktøy slik verktøyet var tiltenkt. Han hadde heller ikke hatt opplæring om interne rutiner på KAD, delvis på grunn av at koronasitusjonen, begrenset antall steder helsepersonell skulle jobbe.

4.1.3 Innleggelse og observasjon i KAD

Rullerende nattevaktsykepleier (sykepleier 2) fikk telefon fra sykepleier 1 om å hente pasienten i ambulansemottaket. Pasienten sov på en bære, men ble satt over i rullestol da [REDACTED] skulle overflyttes. Sykepleier 2 fikk kurven av legen, men ingen muntlig beskjed fra lege 1. Sykepleier 2 fikk beskjed ved henting om at pasienten hadde fått intravenøs væske og hadde hatt lavt trykk ved ankomsten, og at kontrollmåling av blodtrykket imidlertid viste bedre verdier. Helsepersonell ved sengeposten ble gitt beskjed om at de måtte ringe pårørende for å informere om innleggelsen. Sykepleier 2 så at lege 1 hadde notert i Profdoc at pasienten hadde demens og diabetes mellitus.

Ved ankomst til sengeposten på KAD kl. [REDACTED] var pasienten sliten og ønsket ikke flere undersøkelser. Pasienten ga uttrykk for at [REDACTED] ville sove. Sykepleier 2 skrev innkomstnotat og leste Profdoc. Sykepleier 2 oppfattet at NEWS x 4 som var ordinert i Profdoc, var fire ganger i døgnet og ikke 4 ganger på natta. Det var ikke ført noen opplysninger i Imatis, og hun gjorde ikke ny undersøkelse av pasientens tilstand/status. Sykepleier 2 ga muntlig rapport til pasientansvarlig sykepleier på sengeposten (sykepleier 3) etter mottak av pasienten.

Vakthavende lege ved KAD (lege 2) fikk rapport om pasienten av lege 1, men tilså ikke pasienten ved innkomst på sengeposten fordi [REDACTED] var innlagt av lege i ambulansemottaket. Han ble heller ikke kontaktet av sykepleiere ved innleggelse eller i løpet av natten.

NEWS skår kl. [REDACTED] var 0. Ved tilsyn kl. [REDACTED] av sykepleier 3, er det dokumentert at pasienten sov. Sykepleier 3 har opplyst ved det stedlige tilsynet at hun gjorde hyppige tilsyn utover natta, men har ikke dokumentert slike tilsyn, bortsett fra kl. [REDACTED]. Det er ikke dokumentert noen andre observasjoner. Sykepleier 3 hadde ikke oppfattet at det var ordinert NEWS x 4.

Blodprøvesvarene som ble tatt ved innleggelsen i ambulansemottaket ble vurdert av lege 2 kl. [REDACTED]. De viste forhøyede infeksjonsprøver, redusert nyrefunksjon og forhøyet ALAT. Det ble ikke besluttet endring av behandlingsopplegget da antibiotika og væske var igangsatt, og pasienten skulle tilses senere ved legevisitten.

4.1.4 Forverring av tilstanden i KAD

Helsefagarbeideren som fulgte opp pasienten på dagtid [REDACTED], opplyser at hun fikk en kort, og - etter egen oppfatning - utilstrekkelig rapport. Hun fikk ikke oppgitt NEWS på rapporten, men det sto NEWS med skår null på kurven. Det var ikke angitt enkeltobservasjonene som oppsummert ledet til NEWS skår null.

Helsefagarbeideren fant kl. [REDACTED] NEWS skår på sju. Pasienten var afebril og det ble registrert blodtrykk 93/52 mmHg, puls 46/min, surstoffmetning 94 % og respirasjonsfrekvens 25. Hun observerte at pasienten var fjern i blikket. Helsefagarbeideren meldte fra til pasientansvarlig sykepleier (sykepleier 4), før hun gikk for å følge opp andre pasienter. Sykepleier 4 tilså pasienten kl. [REDACTED] og startet væskebehandling. Pasienten var våken, virket ikke smertepåvirket, men svarte ikke på spørsmål.

Sykepleier 4 kontrollerte NEWS på ny kl. [REDACTED] og den var da seks. Blodtrykket var 95/50 mmHg, puls 45-53/min, respirasjonsfrekvens 23/min, surstoffmetning 95 % og pasienten var afebril. Sykepleier 4 forsøkte å sette opp pasienten i sengen, men [REDACTED] falt da over til siden. Pasienten ble vurdert av sykepleieren som klinisk dårlig og ustabil. Legen på posten (lege 3) ble tilkalt. Pasienten ble lagt i sjokkleie og sykepleier 4 tok et EKG.

Lege 3 har opplyst ved det stedlige tilsynet at han fikk informasjon om at pasienten var dårlig først kl. [REDACTED]. Han har forklart at han ønsket å lese pasientjournalen før

han undersøkte pasienten. Lege 3 vurderte at EKG viste sannsynlig STEMI (akutt koronarsyndrom med ST-elevasjon). Han undersøkte og snakket med pasienten, som avkreftet å ha smerter.

Lege 3 opplyste at han deretter forlot rommet for å rekvirere blodprøver (troponiner), covidtest og blodkulturer, og for å konferere med Oslo universitetssykehus HF, Ullevål (OUS, Ullevål) med tanke på overflytting og innleggelse på hjerteavdeling.

Lege 3 har beskrevet at han opplevde at det var en vanskelig kommunikasjon med sykepleierne som var til stede i pasientrommet, ved at de snakket som om han ikke var tilstede, og ved at de spurte pasienten om de samme tingene som han selv hadde spurt pasienten om.

Sykepleier 4 var bekymret for pasienten og fordi hun oppfattet at lege 3 ikke tok situasjonen alvorlig nok, og hun valgte derfor å kontakte konfereringslegen (lege 4).

Lege 4 kom kl. [REDAKTERT] og hun mistenkte sepsis på grunn av høy NEWS skår, qSOFA 2/3 og mistanke om infeksjon. Blodtrykket var 92/55 mmHg.

Lege 3 og lege 4 diskuterte videre tiltak og fordelte oppgaver. Lege 4 ordinerte intravenøs antibiotika som ble gitt, og ambulanse til Akershus universitetssykehus HF (Ahus) ble bestilt. Lege 4 skrev et kort oppsummeringsnotat som fulgte pasienten i ambulansen som kom kl. [REDAKTERT] og dro kl. [REDAKTERT]. Lege 3 har opplyst ved det stedlige tilsynet at han ikke skrev epikrise, da han ikke var vant til å gjøre dette på KAD. Han opplyste at han skrev ned opplysninger om pasienten og planla å skrive epikrise etterpå.

Pasienten ble kjørt til Ahus, men ble omdirigert til OUS, Ullevål hvor pasienten var ventet til PCI behandling. Pasienten døde under PCI-behandling samme dag kl. [REDAKTERT].

[REDAKTERT] Det ble ikke rekvirert obduksjon, men ifølge opplysninger fra sykehuset var dødsårsaken akutt hjerteinfarkt.

Pårørende har fortalt at de først ble informert om overføringen til sykehus da lege fra OUS, Ullevål ringte og fortalte at pasienten var død. I pasientens journal står det at ansatt ved KAD hadde informert pårørende om overflytting til sykehus.

4.2 Avviksmeldinger etter hendelsen

Det ble sendt avviksmeldinger fra sykepleier og lege på KAD etter hendelsen.

Avviksmelding fra sykepleier gjelder mangelfull dokumentasjon fra lege ved innleggelsen, mangelfull undersøkelse og forståelse av den alvorlige situasjonen og forsinket oppstart av behandling.

Avviksmelding fra lege gjelder mangelfull utredning i form av EKG.

4.3 Opplysninger fra pårørende til Helsetilsynet

Pårørende mener at det var en del som sviktet i behandlingen av [REDAKTERT] [REDAKTERT] hadde lavt blodtrykk, var svimmel og falt to ganger på samme dag, men det ble

likevel ikke tatt EKG ved mottak. De mener det virker som om en del vanlige observasjoner ikke ble gjort, og at de observasjonene som ble gjort, ikke ble forstått. Pårørende er i etterkant opptatt av at hendelsen følges opp, og at eventuelle funn løftes til et overordnet nivå for at man i fremtiden kan forbedre rutiner og unngå slike hendelser.

4.4 Virksomhetens iverksettelse av risikoreduserende tiltak og endringer etter hendelsen

4.4.1 Gjennomgang i etterkant av hendelsen

I nær tid etter hendelsen foretok KAD en gjennomgang av hendelsen og utarbeidet en foreløpig hendelsesanalyse datert 12. februar 2021. Av virksomhetens hendelsesanalyse fremkom det følgende

- svikt i opplæring av- og tilgang til journalsystemer hos nyansatte
- svikt i medisinsk faglig vurdering i ambulansemottak og igangsatte tiltak som EKG ved fall
- svikt i samhandling ved mottak av pasient på sengepost
- svikt i samhandling ved oppdaget forverret tilstand
- svikt i oppfølging av tidligere avvik
- oppdatering etter permisjon

Læringspunkter med behov for tiltak og forbedring er identifisert i virksomhetens rapport:

- Hovedregelen må være at det gis fullverdig opplæring på tvers av legevakt og KAD. I tilfeller hvor det ikke er mulig å gjennomføre fullstendig opplæring i KAD før arbeid på ambulansemottaket, skal innleggelser fra ambulansemottaket foregå på samme måte som fra andre tjenester hvor fullstendig innkomst gjøres i KAD. Dette redusere risikoen for misforståelse i mottak og oppfølging av nyankomne pasienter. Tilgangsutfordringer er fulgt opp med IKT og skal være utbedret.
- Bruk av EKG som diagnostisk verktøy følges opp hos involverte leger. Viktigheten av lav terskel for EKG under mottak av pasienter tas opp i legegruppen også uavhengig av innleggende instans, EKG skal inngå i systematisk opplæringsprogram i KAD, bl.a. som ledd av spesialisering i allmennmedisin (ALIS-utdanning) og ukentlig undervisning.
- Etterlevelse av mottaksrutine og ansvarsfordeling følges opp med sykepleietjenesten og mottaksrutine gjennomgås i fellesskap.
- Pågående arbeid med tidlig oppdagelse av forverret tilstand kontinueres og forsterkes.
- Arbeidet med å redusere antallet deltidsstillinger kontinueres. Leger som ansettes i deltidsstillinger bør ha erfaring fra KAD og høy kompetanse. Opplæringsprogrammet evalueres for behov for særskilte tiltak for deltidsleger. Vurdere ytterlige arenaer for oppfølging og sikring av kompetanse og informasjon til deltidsleger.
- Rutiner for avvikshåndtering følges opp med lederne. Bedre opplæring og forventningsavklaring i forhold til avvikshåndtering hos ledere.

- Ved lengre permisjoner skal alltid oppfriskningsvakter vurderes og som hovedregels gjennomføres før inntreden i ordinært arbeid. Tilrettelegging for å sikre kompetanse gjennomføres i samarbeid med legen.

Det ble opplyst at ny legeturnus skulle tre i kraft fra januar 2022. Det var fokus på reduksjon av små deltidsstillinger og det skulle sees på omdisponering av legeressurser inn mot ambulansemottaket og KAD. Det var også blitt satt i gang et prosjekt der utvalgte fastleger/legevaksleger på legevakten skal tilbys vakter på ambulansemottaket etter opplæring.

Ved innleggelser av pasienter fra ambulansemottak til KAD fra «eksterne» leger, ville virksomheten ta disse imot med full ny undersøkelse og vurdering av KAD lege på sengeposten. Rekrutteringen av legene var i gang, og virksomheten vil ha en tett oppfølging av disse og vurdere effekt på kvalitet og sikkerhet i tjenestene

Det har vært fokus på opplæring av nyansatte. For deltidsleger som jobber fortrinnsvis helgevakter, inkluderes også opplæringsvakter i helgene. Det skal også være tilbud om utvidet opplæringstid ved behov. For sykepleiere som jobber deltid, tilrettelegges det for at nyansatte på helg/natt først skal jobbe en lengre periode (to-fire uker) i dagarbeid for å bli kjent med drift/rutiner.

Det har også vært arbeidet med forbedring av avvikshåndtering på KAD, der det legges opp til felles avviksgjennomgang på møter hver 14. dag med avdelingsleder for sykepleiertjenesten, fagsykepleier, seksjonsoverlege/ass. seksjonsoverlege KAD. Avdelingsdirektøren inviteres til å delta. Det skal være felles og systematisert gjennomgang av et utvalg avvik på tvers av faggruppene og KAD-postene.

4.4.2 Tilbakemelding på den foreløpige rapporten

Helsetilsynet har i brev av 10. november 2021 mottatt tilbakemelding fra Oslo kommune, Helseetaten på den foreløpige rapporten. Virksomheten gir uttrykk for at risikoreduserende tiltak rettet mot avverging av lignende hendelser, har vært et særdeles viktig moment ved deres oppfølging etter hendelsen. Tiltakene som er iverksatt eller planlegges å iverksettes, samsvarer i hovedsak med det virksomhetens tidligere har opplyst om sitt påbegynte kvalitetsarbeid og fokus.

Virksomheten har i sin tilbakemelding bemerket at de har vært i en krevende situasjon under covid-19 pandemien, der særlig rekrutteringsforholdene for lege- og sykepleiertjenesten har vært utfordrende. Det ble i denne perioden valgt å gjøre unntak fra de vanlige rutinene, noe som virksomheten ser at førte til redusert kvalitetssikring av pasientovergangen mellom ambulansemottaket på Legevakt Aker og KAD.

Det opplyses ellers om følgende forbedringstiltak:

- Arbeid med å gjøre KAD Akers metodebok tilgjengelig på virksomhetens intranettside, på lik linje med Allmennlegevaktens metodebok,
- Gjeldende prosedyrer skal gjøres bedre kjent og tilgjengelig for ansatte. Det arbeides også med å systematisere og opprette flere kompetanseplaner for ansatte, som vil bli koblet til viktige og relevante rutiner på KAD. Nyansatt

fagansvarlig sykepleier på Avdeling Aker vil ha en sentral rolle i dette arbeidet.

- Arbeid med rekrutteringsprosesser og opplæring av ansatte leger og sykepleiere. Det har vært rekruttert flere erfarne fastleger til å jobbe i ambulansemottaket på Legevakt Aker. Disse legene har gjennomført flere dagers opplæring på KAD i forkant av selvstendige vakter i ambulansemottaket. I sykepleietjenesten er det et pågående arbeid med opplæringsprogram med fokus på kunnskap om de digitale pasientsystemene på KAD. Dette skal sikre ferdigheter til å gå selvstendige vakter. Sykepleiere får per i dag ikke gå selvstendige vakter før slik opplæring er gjennomført og godkjent. Legetjenesten gjennomgår systematisk opplæring med gjennomgang av opplæringsprogrammet/sjekkliste. Opplæringen kvalitetssikres av nærmeste lege-leder og den nyansatte evalueres. Det innhentes tilbakemelding fra erfarne leger for å vurdere om den nyansatte trenger ytterligere opplæring før de kan gå selvstendige vakter.
- Det er iverksatt ny rutine for legetilsyn av pasienter som legges inn på KAD fra ambulansemottaket.
- Regelmessig scenariotrening på post med simulering av akuttsituasjoner, har blitt gjenopptatt etter at mindre restriktive smitteverntiltak har tillatt det. I løpet av siste halve år har leger og sykepleiere deltatt på kurs i håndtering av akuttsituasjoner, med fokus på ABDCE, NEWS og ISBAR-kommunikasjon.
- Ledelsen kontinuerer arbeidet med utvikling av plattformen SAMPAL.

Virksomheten har merket seg at det var manglende kommunikasjon og informasjon i forbindelse med overføringen av pasienten fra KAD til sykehus, og har beklaget dette overfor pårørende. Virksomheten har hatt kontakt med pårørende etter hendelsen, og det er avtalt ny kontakt når pårørende har mottatt og gjennomgått deres tilbakemelding på den foreløpige rapporten, dersom pårørende ønsker dette.

5 Helsetilsynets vurderinger

Helsetilsynet har vurdert om virksomheten har lagt til rette for forsvarlig helsehjelp til pasienter med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring. Vi har også vurdert om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp og om virksomheten har iverksatt relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko.

Helsetilsynet har kommet fram til at det sentrale i denne saken er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn for å opprette tilsynssak mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den helsehjelpen pasienten fikk.

5.1 Sikret Oslo kommune forsvarlig helsehjelp til pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring?

Helsetilsynet har kommet til at Oslo kommune samlet sett ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring. Dette gjelder ved mottak av pasienter på Legevakt Aker og ved overføring av pasienter til KAD, oppfølging av inneliggende pasienter på KAD og håndtering av akutt forverring hos inneliggende pasienter.

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

Det foreligger brudd på følgende bestemmelser:

- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 4-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av forholdene som vurderingen bygger på:

- Virksomheten har utarbeidet metodebok og prosedyrer for helsehjelp i KAD, men sikret ikke at alt helsepersonell har kjennskap til de styrende dokumentene og yter helsehjelp i tråd med dokumentenes anbefalinger.
- Virksomheten har et opplæringsprogram for nyansatte leger og sykepleiere, men kontrollerte ikke at programmet var gjennomført og læringsmål oppnådd. Virksomheten sikret ikke tilstrekkelig opplæring i rutiner og bruk av IKT-systemer som skal sikre forsvarlighet og god samhandling mellom sykepleiere og leger. Manglede opplæring gjaldt også for helsepersonell som hadde vært i permisjon eller på annen måte manglet kontinuitet i oppfølging av den aktuelle pasientgruppen (ansatte som kun jobbet deltid/helg).
- Virksomheten har rutiner for utredning ved falltendens/gjentatte fall hos eldre, men ikke alle legene var kjent med innholdet i disse.
- Det var rutine for at leger på KAD ikke undersøkte pasienter som ble innlagt fra ambulansemottaket på kveld og natt, fordi det ble forutsatt at pasientene var ferdig undersøkt og vurdert og alle relevante tiltak besluttet.
- Virksomheten har utarbeidet rutiner ved innleggelse for rapportering mellom helsepersonell, men sikret ikke i tilstrekkelig grad at informasjonsoverføringen/rapporten var strukturert og systematisk og i samsvar med utarbeidete rutiner. Virksomheten sikret på denne måten ikke at påtroppende pleiepersonell har tilstrekkelig informasjon om pasient og forutgående forløp.
- Virksomheten har rutiner og verktøy for hvordan sykepleiere observerer og dokumenterer helsehjelp. Observasjon og vurderinger kunne svikte fordi rutiner og verktøy ikke ble benyttet som forutsatt. Virksomheten sørget ikke for at verktøyene var kjent for involvert helsepersonell og ble brukt aktivt i pasientbehandlingen.
- Sykepleiere i KAD fulgte ikke opp planer for oppfølging av pasienter ordinert fra lege, når opplysningene kun var ført i Profdoc. Flere ulike systemer øker risikoen for at ordinasjoner og annen viktig informasjon ikke blir fulgt opp av annet helsepersonell. Virksomheten fulgte ikke med på at de ulike systemene/verktøyene kommuniserte hensiktsmessig med hverandre og ble brukt som forutsatt.
- Virksomhetens ledelse fulgte ikke fortløpende med på at det enkelte helsepersonells reelle kliniske kompetanse og samhandlingskompetanse var i tråd med ledelsens forventninger, slik det fremkommer i styrende dokumenter

og ulike verktøy som er tatt i bruk som støtte for klinisk kompetanse.

Uavhengig av virksomhetens rutiner, planer, og situasjonsbestemte ordinasjoner, forventes det at involvert helsepersonell besitter en individuell faglig kompetanse i håndtering av pasientene som innlegges KAD.

- Virksomheten har rutiner/verktøy for å legge til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell (ISBAR, Closed loop), som det gis opplæring i. Kommunikasjonen og dialogen svikter fordi verktøyene ikke benyttes som forutsatt. Virksomheten sørget ikke for at verktøyene er kjent og blir brukt riktig i forbindelse med pasientbehandling.
- Virksomheten har utarbeidet rutiner ved overflytting av pasienter til sykehus ved akutt forverring, men det var allikevel usikkerhet om hvordan det skulle gjennomføres i praksis. Virksomheten sørget ikke for at rutinene var kjent og forstått, og etterlevd i forbindelse med pasientbehandling. Dette kan medfører forsinket oppstart av nødvendig utredning og behandling på sykehus.
- Virksomheten har rutiner for avviksrapporing, men det var uklart hvordan det ble sikret at avvikene ble fulgt opp.
- Virksomheten gjennomfører hendelsesanalyse ved de mest alvorlige hendelsene. Det fremgikk at oppfølgingen foregikk i parallelle spor i sykepleierlinjen og legelinjen. Dette medfører at ikke alle involverte i et alvorlig pasientforløp involveres i gjennomgangen, slik at forbedringspunkter identifiseres og følges opp med tiltak med nødvendig effekt. Manglende involvering av alle involverte er særlig uheldig der hvor forbedringspunktene gjelder kommunikasjonen og samhandlingen mellom leger og sykepleiere.
- Virksomheten var kjent med at det var samarbeidsutfordringer mellom noen ansatte, men det var uklart hvordan dette ble fulgt opp. Virksomheten må sikre at samarbeidsutfordringer blir fulgt opp med relevante tiltak for å unngå at pasienter blir skadelidende. Utskiftninger i flere lederposisjoner kan vanskeliggjøre håndteringen av denne type utfordringer, noe virksomheten må være seg bevisst.
- Virksomheten har rutiner for oppfølging av pårørende etter alvorlige hendelser. Det var uklart hvordan pårørende ble involvert i forbedringsarbeidet og hva slags oppfølging pårørende fikk.

5.2 Ga Oslo kommune den involverte pasienten forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynet har kommet til at den samlede helsehjelpen pasienten fikk ved Oslo kommune [REDAKERT] 2020 ikke var forsvarlig. Dette gjelder håndteringen i ambulansemottaket ved Legevakt Aker og ved overføring av pasienten til KAD, ved observasjon/overvåkning på KADs sengepost, og håndteringen av akutt forverring av pasientens tilstand påfølgende morgen.

Vi har særlig sett på områdene utredning og vurdering ved mottak av pasienter, oppfølging av inneliggende pasienter og håndtering av akutt forverring hos pasienter. Vi har videre sett på temaene opplæring og kompetanse hos helsepersonell, avvikshåndtering og virksomhetens arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det foreligger brudd på følgende bestemmelser:

- helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16 og § 4.

Helsetilsynet vil her gi en fremstilling av de forholdene som vurderingen bygger på:

- Pasientens gjentatte fall ble ikke utredet med EKG på legevakten, noe som også var i strid med virksomhetens egne interne rutiner. EKG kunne avdekket eventuell underliggende iskemi eller arytmi som kunne forklare falltendens hos pasienten. Dette kunne videre bidratt til at helsepersonell kunne avdekket at pasienten ikke oppfylte inklusjonskriteriene og dermed hadde blitt overflyttet til sykehus tidligere.
- Fallanamnesen var ikke fullstendig, fordi helsepersonellet på Legevakt Aker ikke hadde tilgang til dokumentasjon fra Skadelegevakten. Pasientens hypotensjon, svimmelhet og reduserte allmenntilstand ble ikke tolket som uavklart og i behov av ytterligere utredning.
- Legen, som undersøkte pasienten i ambulansemottaket på Legevakt Aker, hadde ikke fått god nok opplæring i IKT-systemene og interne rutiner, noe som gjorde informasjonsflyten mellom Legevakt Aker og KAD mangelfull. Legen ordinerte derfor tiltak som skulle iverksettes på post i Profdoc og i kurven. Han besluttet også seponering av blodtrykksmedisin, men dette ble ikke ført i kurven. Grunnleggende informasjon fra legen på Legevakt Aker om oppfølging av pasienten gjennom natten og det videre oppholdet, ble ikke ført i Imatis, som er det rette verktøyet for grunnleggende kommunikasjon med de som hadde ansvaret for pasienten på KAD. Dette bidro til at pasienten ikke ble sikret forsvarlig oppfølging og observasjon gjennom natten.
- Da pasienten ble innlagt på KAD, gjennomførte ikke sykepleier en grundig kartlegging og vurdering av pasienten, og det ble ikke vurdert om det var behov for tilsyn av lege for å sikre forsvarlig oppfølging gjennom natta. Helsepersonell på natt forsøkte ikke å fremskaffe manglende informasjon om pasienten. Innleggende lege rapporterte om pasienten til legen på KAD og opplyste også om at han hadde signalisert at han ikke fikk til å bruke IKT-systemene, og at han derfor ikke fikk formidlet all informasjon til KAD via IKT-systemene på vanlig måte.
- Pasienten ble ikke observert gjennom natten på KAD, og NEWS-registrering ble ikke gjennomført slik som forordnet av lege. Pasientens tilstand ble ikke kommunisert ved vaktskiftet på morgenen, slik at det ble oppdaget at [REDACTED] ikke var fulgt opp som forordnet.
- Da sykepleier fikk beskjed om at NEWS 2 var sju, ble lege ikke kontaktet umiddelbart eller andre nødvendige tiltak iverksatt.
- Da lege ble kontaktet ble ikke nødvendige tiltak iverksatt raskt nok, og det ble forsinket overflytting til sykehus. Kommunikasjonen med sykehus og med AMK ble forsinket og uklar på grunn av KAD-legens manglende kunnskap om rutiner for hvordan slik overflytting skulle skje.
- Legen hadde ikke tilstrekkelig rutine til å håndtere akutsituasjonen som oppsto på KAD. Det sviktet både faglig og logistisk på grunn av manglende kjennskap hos legen til interne rutiner ved akutt forverring og til rutiner for overflytting av pasient til sykehus. Dette skyldtes at virksomheten ikke hadde sikret at legen hadde nødvendig opplæring og kompetanse i håndtering av akutsituasjoner som kunne oppstå på KAD.

5.3 Har Oslo kommune iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere fremtidig risiko for pasienter som innlegges i KAD med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring?

Helsetilsynet har kommet til at virksomheten i etterkant av hendelsen har iverksatt og planlagt for relevante tiltak for å redusere risikoen for at lignende hendelse skjer igjen. Dette er i tråd med kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har merket oss at virksomheten kort tid etter hendelsen foretok en foreløpig hendelsesanalyse der det var en gjennomgang av dokumenter og intervjuer med de involverte. Det ble avdekket flere avvik knyttet til svikt i opplæring og tilgang til journalsystemer hos nyansatte, svikt i medisinsk faglig vurdering i ambulansemottak og igangsatte tiltak som EKG ved fall, svikt i samhandling ved mottak av pasient på KADs sengepost, svikt i observasjon og oppfølging av nyankommet pasient, svikt i samhandling ved oppdaget forverret tilstand, og svikt i oppfølging av tidligere avvik. Det ble identifisert læringspunkter knyttet til funnene med beskrivelse av tiltak og forbedringsområder. Det har særlig vært fokusert på rutiner for samhandling mellom helsepersonell på Legevakt Aker og KAD, og mellom helsepersonell innad på KAD.

Virksomhetens tilbakemelding på den foreløpige rapporten, viser at det pågår et kontinuerlig og planlagt løp for det videre kvalitetsarbeidet knyttet til relevante områder som denne saken gjelder. Flere sentrale tiltak er iverksatt for å bedre kvaliteten på tjenestene.

Vi ber allikevel om at virksomheten på et senere tidspunkt redegjør for om de iverksatte tiltakene og endringene har hatt den tilsiktede effekten. Se beskrivelse av våre forventninger avslutningsvis i rapporten.

6 Konklusjoner

Helsetilsynet har kommet til at Oslo kommune ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med somatisk sykdom med risiko for akutt forverring i KAD. Dette gjelder ved innleggelser, oppfølging på sengepost og ved håndtering av akutt forverring hos pasienter. Det foreligger brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 4-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet har videre kommet til at Oslo kommune ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp ved Legevakt Aker og KAD [REDAKERT] 2020. Det gjelder ved innleggelsen fra ambulansemottaket til KAD, under observasjon/overvåkning på sengeposten, og ved den akutte forverringen av pasientens tilstand. Det foreligger brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven §§ 16 og 4.

7 Forventninger til virksomheten

Vi ber om at det sendes kopi av relevante dokumenter som understøtter iverksatte og planlagte tiltak. Vi ber også om en beskrivelse av hvordan virksomheten følger med på om tiltakene bidrar til nødvendig og varig justering av praksis.

Helsetilsynet ber om tilbakemelding innen 1. juni 2022 og at Statsforvalteren i Oslo og Viken og pårørende får kopi av oppdateringen til Helsetilsynet.

Helsetilsynet forutsetter at pårørende gis tilbud om en gjennomgang av virksomhetens tilbakemelding på den foreløpige rapporten og om planlagte og iverksatte tiltak.

8 Referanser

- (1) Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold- Veiledningsmateriell, Helsedirektoratet 2016
- (2) Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD), Den norske legeforening 2014.
- (3) Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Nasjonale faglige råd, Helsedirektoratet.
- (4) Wyller TB. Geriatri – en medisinsk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2020
- (5) <https://qsofa.no/index.php/home/>
- (6) <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>

10 Oversikt vedlegg

Vedlegg 1: Saksbehandlingsprosessen

Vedlegg 2: Risikoanalyse m.m.

Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen

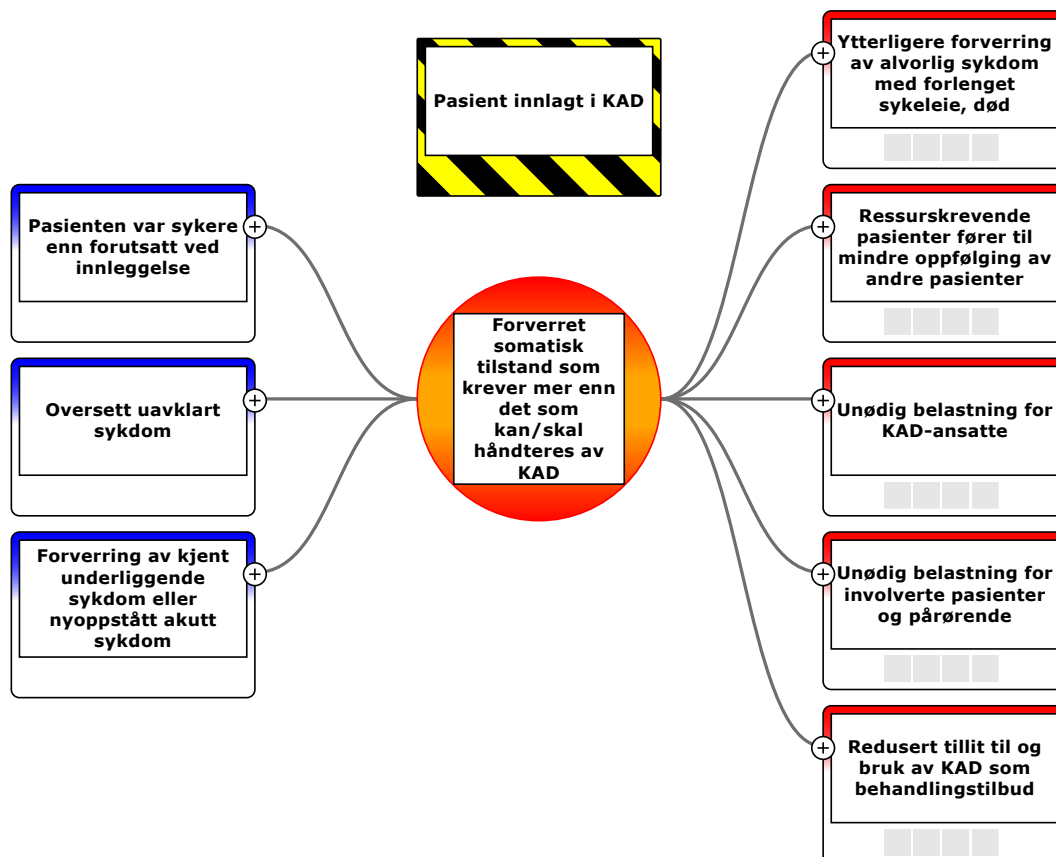
Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet.

- Helsetilsynet mottok [REDAKERT] 2020 et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra Oslo kommune, Helseetaten. Forholdet gjaldt oppfølgingen en pasient hadde fått ved Oslo legevakt Aker (avdeling Aker) og Kommunal akutt døgnerhet (KAD), Aker.
- Helsetilsynet gjennomførte et digitalt tilsyn ved Oslo kommune, avdeling Aker f.o.m. 3. mars t.o.m. 5. mars 2021. Vi hadde der samtaler med involvert helsepersonell ved Aker legevakt og KAD Aker og virksomhetens ledelse. Vi hadde samtale med pasientens pårørende 3. mars 2021.
- Helsetilsynet innhentet styrende dokumenter og pasientjournal fra Oslo kommune og mottok også styrende dokumenter/informasjon fra virksomheten fortløpende. Vi innhentet også pasientjournal fra Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF, utskrift fra AMIS (akuttmedisinsk informasjonssystem) og ambulansejournal fra Oslo universitetssykehus HF.
- På bakgrunn av den samlede informasjonen vi hadde mottatt utarbeidet Helsetilsynet en foreløpig rapport den 2. september 2021. Tilsynsrapporten omfattet ikke forløpet før innleggelsen ved avdeling Aker. Vurdering av håndteringen ved legevaktsentralen i Oslo kommune før innleggelsen ved avdeling Aker, er blitt fulgt opp ved eget brev til virksomheten.
- Den foreløpige rapporten ble sendt til virksomheten med kopi til pårørende for uttalelse. Pårørende fikk samtidig anledning til å uttale seg til rapporten.
- Vi mottok tilbakemelding på den foreløpige rapporten fra Oslo kommune 10. november 2021. Tilbakemeldingene er innarbeidet i den endelige rapporten.

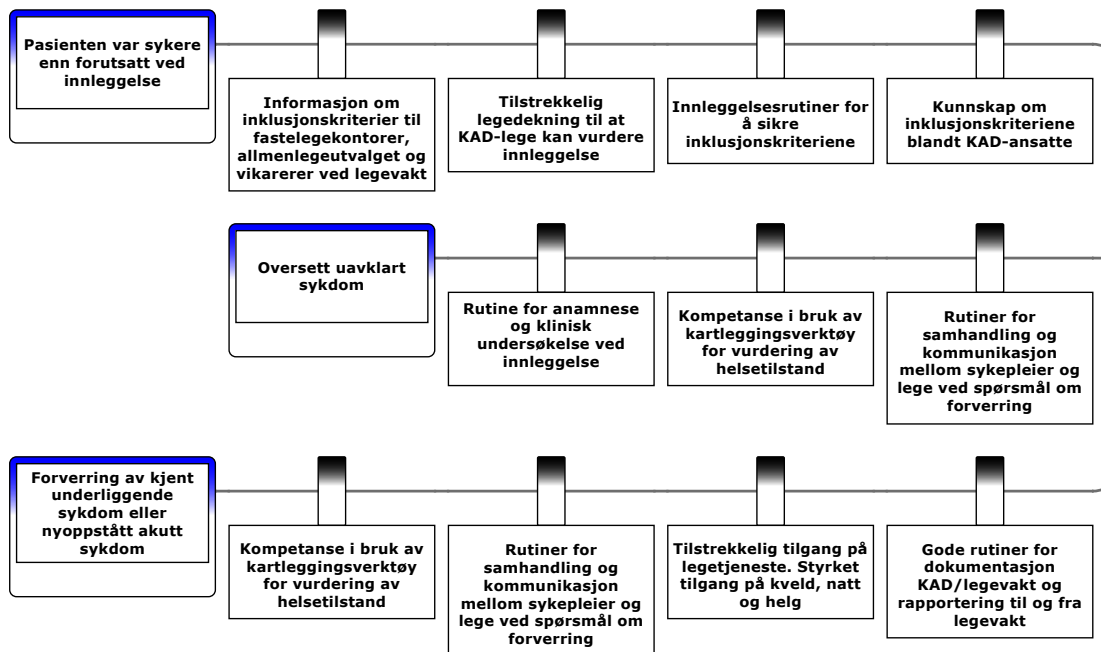
Vedlegg 2 – Risikoanalyse m.m.

I en risikoanalyse kan man bruke et sommerfugldiagram for å illustrere hvordan det under normale forhold kan oppstår en uønsket situasjon hvor man er i ferd med å miste kontroll. Figuren viser til venstre (blå bokser), faktorer som øker risiko for at det uheldig situasjonen skal oppstå (trusler) og til høyre (røde bokser), mulige konsekvenser av den uønskede situasjonen. Målet er å identifisere risiko og hvilke tiltak (barrierer) som kan redusere risiko.

Figuren nedenfor er et eksempel på et risikodiagram knyttet til temaet for tilsynssaken hvor det oppstår en uønsket situasjon hvor en pasient innlagt KAD får forverret somatisk tilstand som krever mer enn det som kan håndteres av KAD. I figuren er det tatt inn noen faktorer som kan øke risiko for at en slik situasjon kan oppstå og mulige uønskede konsekvenser.



Forebyggende barrierer



Skadereduserende barrierer

