

“Ikke bare ett helseproblem.....”

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





Rapport fra Helsetilsynet 3/2013

“Ikke bare ett helseproblem.....” Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd.

April 2013

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-90919-60-8 (elektronisk)
ISBN: 978-82-90919-61-5 (trykt)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammenheng: Mange sykehus har ikke en bred nok tilnærming i behandlingen av skrøpelige eldre	5
2 Valg av tilsynstema.....	7
2.1 Risikovurdering som bakgrunn for valg av tilsynstema	7
2.2 Skrøpelige eldre pasienter har behov for en bred tverrfaglig tilnærming.....	7
3 Metode og materiale	9
3.1 Gjennomføring av tilsynet	9
3.2 Materialet: Tilsynsrapporter og dokumentasjon fra helseforetakene.....	10
4 Hva ble undersøkt og hva var funnene?	11
4.1 Ventetid fra innleggelse til operasjon	12
4.2 Legemiddelbruk	13
4.3 Behandling av delir	14
4.4 Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus	15
5 Helseforetakenes analyse og vurdering av egen praksis	17
6 Helsetilsynets samlede vurdering.....	19
Referanser	21
Vedlegg: Oversikt over helseforetak og underliggende enheter som inngikk i tilsynet 2011.....	23
Čoahkkáigeassu.....	24
English summary.....	25

1 Sammendrag: Mange sykehus har ikke en bred nok tilnærming i behandlingen av skrøpelige eldre

Som ledd i Statens helsetilsyns fireårige satsing på tilsyn med tjenester til eldre (2009–2012), ble det i 2011–2012 utført landsomfattende tilsyn med behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Med ”skrøpelige eldre” menes personer over 80 år som har helseproblemer som gjør dem særlig sårbare og som gjør at det må tas særlige hensyn når de skal motta helsehjelp. Denne pasientgruppen trenger en bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasienter. Det er pasientens totale helsetilstand som må vurderes og behandles, og ikke bare bruddet.

Hoftebrudd hos eldre er et stort helseproblem i Norge. Slike brudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men gir også tapt funksjons-evne, redusert livslengde, økt hjelpebehov og økt behov for institusjonsomsorg. Behandlingen av hoftebruddet er operativ, enten i form av nagling eller proteseoperasjon.

I dette tilsynet har vi ikke sett på den kirurgiske behandlingen av skrøpelige eldre med hoftebrudd. Formålet med tilsynet var å undersøke noen områder hvor det er kjent at svikt kan få alvorlige følger for disse pasientene:

- ventetid fra innleggelse til operasjon
- legemiddelbruk
- behandling av delir (akutt forvirrings-tilstand)
- kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Tilsynet var todelt. Tilsynet startet i 2011 med at Helsetilsynet i fylket¹ gjorde stikkprøvetilsyn med gjennomgang av et utvalg journaler fra pasienter som var operert for hoftebrudd. Dokumentasjon om tilsynets fire områder ble undersøkt og vurdert opp mot journalplikten. Neste del av tilsynet bestod i egenkontrollaktiviteter i virksomhetene. De virksomhetene som hadde fått avdekket brudd på journalforskriften, skulle undersøke, analysere og vurdere om det også var tale om mangelfull praksis.

Det ble gjennomført 23 tilsyn ved 14 helseforetak, og påpekt lovbrudd ved 19 tilsyn knyttet til mangelfull journalføring. Etter virksomhetens egen oppfølging av disse funnene ser vi at manglende journalføring og mangelfull praksis var sammenfallende ved tilnærmet alle tilsynene. Mange sykehus hadde ikke en bred nok tilnærming til behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd.

Ventetid fra innleggelse til operasjon

For å forebygge komplikasjoner og smerter samt redusere risikoen for flere liggedøgn og økt dødelighet, er det viktig at det går kortest mulig tid før pasienter med hoftebrudd blir operert. Med få unntak viste tilsynet at pasientene ble operert innen 48 timer. Kun to av 23 sykehus hadde for lang ventetid fra innleggelse til operasjon.

¹ Tilsynsmyndighet var i 2011 Helsetilsynet i fylket, fra 1.1.2012 Fylkesmannen. Leseren vil støte på begge betegnelsene, alt etter hvilket år vi omtaler.

Legemiddelbruk

Bruk av mange legemidler gir risiko for uheldige eller farlige legemiddelkombinasjoner. Skrøpelige eldre som blir innlagt på sykehus med hoftebrudd, bruker ofte mange legemidler. Før operasjon må sykehuset sørge for å ha oversikt over hvilke legemidler pasienten får. Ved utskriving må sykehuset formidle opplysninger om pasientens totale legemiddelbruk til pasienten selv, til fastlege og eventuelt til pårørende og hjemmesykepleien. For å unngå alvorlige konsekvenser er det særlig viktig at neste behandlingsledd får informasjon hvis det er behov for å regulere eller trappe ned bruken av et legemiddel.

I halvparten av tilsynene ble det avdekket mangler i journaler knyttet til gjennomgang, vurdering og evaluering av de legemidlene pasientene brukte. Typisk var mangelfull informasjon om varighet av behandling med blodfortynnende legemiddel. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Det var også eksempler på at journalopplysninger om vurdering og endring av legemiddelbruk ikke var tatt med i utskrivningsnotatet.

Behandling av delir

Delir er en forvirringstilstand og en vanlig komplikasjon ved hoftebrudd som blant annet kan utvikle seg til kognitiv svikt (demens). Delir har god prognose ved rask utredning og behandling. Ved hoftebrudd kan lang ventetid på operasjon øke risikoen for å utvikle delir. Delir kan i noen grad forebygges ved god væskebalanse, tilfredsstillende ernæringsstatus, god smertelindring og god pleie. Dersom en pasient har symptomer på delir ved utskriving, er det viktig at neste ledd i behandlingsskjeden mottar god informasjon og klare anbefalinger om videre oppfølging.

Ved mange av tilsynene fant tilsynsmyndigheten at det manglet journalnotater om delirproblematikk, også der pasientkurver viste at det var gitt legemidler for tilstanden. Det var eksempler på at det i journaler var beskrevet symptomer på nyutviklet delir, men uten opplysninger om videre utredning eller behandling. Utskrivningsnotater

inneholdt også lite informasjon om dette.

Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Fordi underernæring ofte fører til høyere forekomst av komplikasjoner og infeksjoner, må det alltid vurderes om pasienten er underernært før operasjon. Ved lav kroppsvekt er det også økt risiko for lavenergibrudd, dvs. brudd som oppstår etter mindre traumer.

I to av tre tilsyn viste journalgjennomgang mangelfull dokumentasjon av ernærings situasjonen og tiltak. Dermed ble heller ikke vesentlige opplysninger overført til neste behandlende ledd.

Virksomhetens egenkontroll

Der Helsetilsynet i fylket fant mangelfull journalføring, ble helseforetakene bedt om å undersøke i egen virksomhet om brudd på journalforskriften også innebar mangelfull praksis. Nærmest alle foretakene så behov for å gjøre endringer i praksis for å kunne ha en bredere tilnærming til skrøpelige eldre pasienter.

2 Valg av tilsynstema

2.1 Risikovurdering som bakgrunn for valg av tilsynstema

Statens helsetilsyn startet planleggingen av en flerårig og landsomfattende satsing på tilsyn med tjenester til eldre i 2009. Som ledd i dette arbeidet gjennomgikk Diakonhjemmets høgskole nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten på oppdrag fra Statens helsetilsyn (1).

I 2010 og 2011 ble det gjennomført tilsyn med sosial- og helsetjenester til eldre i kommunene. Tema for tilsynene var mange og omfattet flere kommunale tjenesteområder og tiltak med stor betydning for eldre med sammensatte behov. Rapporten *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre* (Rapport fra Helsetilsynet 5/2011) oppsummerer de viktigste funnene fra 2010 (2). Funn fra tilsyn i 2011 er presentert i brev til Helse- og omsorgsdepartementet 19. mars 2012.

I 2011 rettet Helsetilsynet oppmerksomheten også mot spesialisthelsetjenester til eldre. Som forberedelse til tilsynet var et bredt sammensatt panel av fagfolk involvert i en risikovurdering for å finne fram til områder med stor fare for svikt og der konsekvensene av svikten kan være alvorlige. De viktigste risikoområdene omfattet: utilstrekkelig rask og kyndig hjelp til (skrøpelige) eldre med akutt sykdom eller skade, mangelfulle rutiner og kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelinger,

og legemiddelrelaterte problemer. Risikovurderingen er nærmere omtalt i egne publikasjoner (4, 5).

Resultatet av risikovurderingen ble, sammen med annen informasjon og kunnskap, lagt til grunn for valg av tema for satsingens tilsyn med spesialisthelsetjenester til eldre. Statens helsetilsyn besluttet at behandling av eldre pasienter med hjerneslag og hoftebrudd skulle være temaer for landsomfattende tilsyn i 2011.

I denne rapporten presenterer vi de samlede funnene fra tilsynet med behandling av eldre pasienter med hoftebrudd. Resultater fra tilsynet med behandling av eldre pasienter med hjerneslag ble publisert i en egen rapport i 2012 (6).

2.2 Skrøpelige eldre pasienter har behov for en bred tverrfaglig tilnærming

Brudd hos eldre er et stort helseproblem i Norge. Årlig er det cirka 9000 hoftebrudd her i landet. Slike brudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men også tapt funksjonsevne, redusert livslengde, økt hjelpebehov og økt behov for institusjonsomsorg. Behandlingen er operativ, enten i form av nagling eller proteseoperasjon.

Årsaker til skrøpelighe² er som regel sammensatt. Viktige faktorer kan eksempelvis være somatisk og psykisk sykdom, kognitiv svekkelse, redusert organfunksjon, underernæring, lav muskelmasse, immobilisering, redusert evne til forflytning, lite sosialt nettverk, dårlig tilrettelagt bosituasjon.

Skrøpelige eldre pasienter trenger en bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasienter. Det må fokuseres på pasientens totale helsetilstand, og ikke bare på det aktuelle hoftebruddet. Dette er bakgrunnen for valget av de områdene som tilsynet undersøkte: ventetid fra innleggelse til operasjon, legemiddelbruk, ernæring og behandling av delir. Områdene er beskrevet nærmere i kapittel 4.

2 "Frailty is a physiological syndrome, characterized by decreased reserve and diminished resistance to stressors, resulting from cumulative declines across multiple physiologic systems, and causing vulnerability to adverse health outcomes including falls, hospitalization, institutionalization and mortality." (3)

3 Metode og materiale

3.1 Gjennomføring av tilsynet

I løpet av 2011 ble det foretatt til sammen 23 tilsyn med behandlingen av eldre pasienter med hoftebrudd: fire i Helse Sør-Øst, fire i Helse Vest, åtte i Helse Midt-Norge og sju i Helse Nord (se vedlegget). 19 av tilsynene ble gjennomført som stikkprøvetilsyn med gjennomgang av journaler. Fire av tilsynene ble gjennomført som systemrevisjon med gjennomgang av journaler og dokumenter samt intervjuer (Helse Vest). For mer informasjon om systemrevisjon som tilsynsmetode henviser vi til helsetilsynet.no/no/Tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon/.

Ved gjennomføringen av stikkprøvetilsynet ble det valgt journaler fra en bestemt tidsperiode. Journalene var av nyest mulig dato, og ikke eldre enn ett år, slik at de i størst mulig grad skulle gi uttrykk for dagens praksis. Kriterier for utvelgelse av pasientjournaler var:

- Pasienten skulle ha vært innlagt på grunn av hoftebrudd
- Pasienten var over 80 år gammel
- Pasienten var klassifisert i ASA 3 eller ASA 4³

3 ASA-klassifisering (ASA=American Society of Anesthesiologists) er en måte å klassifisere preoperativ helsetilstand på. ASA 3: pasienter med en tilstand som kan gi symptomer, men som holdes under kontroll medikamentelt (f.eks. moderat angina pectoris og mild astma). ASA 4: pasienter med en tilstand som ikke er under kontroll (f.eks. hjertesvikt og astma).

- Pasienten var utskrevet, og epikrisene⁴ var skrevet.

I stikkprøvetilsynene besto informasjonsgrunnlaget kun av journalnotater. Dette satte grenser for hva som kunne bedømmes, og hvilke konklusjoner som kunne trekkes. Journalgjennomgang gir tilstrekkelig kunnskap til å konkludere når det gjelder hva som er journalført og om journalføringen er i henhold til regelverket. Det kan ikke trekkes konklusjoner om helseforetakets praksis ved behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd, unntatt for temaet ventetid fra innleggelse til operasjon. Det kan heller ikke trekkes konklusjoner om helseforetaket har god nok styring av virksomheten. Utgangspunktet for god pasientbehandling er at nødvendige pasientopplysninger skal stå i journalen. Påviste mangler i journalføringen ga imidlertid tilsynsmyndigheten grunn til å reise spørsmål ved om praksis var forsvarlig, og de ba derfor helseforetakene om å undersøke og redegjøre for dette.

Fra hvert tilsyn ble det utarbeidet en rapport som ble sendt til helseforetaket ved administrerende direktør. Rapporten presenterer hva som er undersøkt og hvilke konklusjoner som er trukket på bakgrunn av gjennomgang av journaler og andre innhentede opplysninger.

4 Epikrise er en skriftlig redegjørelse for årsak, utvikling og behandling av sykdom hos en pasient, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig, f.eks. etter et sykehusopphold (utskrivningsnotat). Epikrisen sendes i henhold til bestemmelsene i § 9 i forskrift om pasientjournal til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.

Brudd på lovkrav omtales i rapportene som *avvik* fra de aktuelle bestemmelsene. I tillegg til rapporter fra hvert tilsyn ble det gitt en samlet presentasjon av funn og vurderinger innen hver helseregion til ledelsen av det regionale helseforetaket.

Ved utsendelse av tilsynsrapport ba Helsetilsynet i fylkene helseforetakene om å gjøre en analyse av hvorfor de hadde regelverksbrudd, og å analysere om brudd på journalplikten også innebar mangelfull praksis ved behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Helseforetakene ble også bedt om å utarbeide en handlingsplan for hvordan helseforetaket ville sørge for å endre sin praksis slik at de etterlever myndighetskravene. Dette arbeidet og oppfølging av helseforetakene pågikk i store deler av 2012. Denne oppfølgingen blir nærmere beskrevet i kapittel 5.

Tilsynet er ikke avsluttet før helseforetakene har iverksatt nødvendige tiltak, og har kontrollert og dokumentert at tiltakene har hatt ønsket effekt, inkludert at behandling av skrøpelige eldre hoftebruddpasienter er underlagt tilstrekkelig styring og kontroll fra helseforetakets side. Dette er viktig for å sikre at helseforetakets praksis er faglig forsvarlig og påviste lovbrudd ikke gjentar seg.

3.2 Materialet: Tilsynsrapporter og dokumentasjon fra helseforetakene

Materialet som denne oppsummeringsrapporten bygger på, består av rapportene fra alle 23 tilsynene, med vekt på rapporter der det var konstatert avvik. Korrespondansen mellom Helsetilsynet i fylket⁵ og aktuelle helseforetak om oppfølgingen i etterkant av tilsynsbesøket er også benyttet. Som eksempler på observasjoner som utgjorde grunnlaget for tilsynets konklusjoner har vi også tatt med noen sitater fra tilsynsrapportene. I kapittel 5 presenterer vi samlet hvordan helseforetakene fulgte opp, analyserte og iverksatte tiltak.

Observasjonene som lå til grunn for at det ble konkludert med lovbrudd, gir viktig informasjon om aktuelle former for svikt eller fare for svikt i behandlingen av skrøpelige eldre med hoftebrudd. Siden enhetene det føres tilsyn med ikke utgjør et tilfeldig utvalg, er det ikke mulig å foreta generaliseringer for landet som helhet om omfanget av de mangler som ble avdekket. Hvilke sykehus som får tilsyn besluttet av Fylkesmannen ut fra lokal kunnskap og risikovurderinger. Andre hensyn kan også spille inn.

5 Fra 1. januar 2012 betegnes Helsetilsynet i fylket som Fylkesmannen.

4 Hva ble undersøkt og hva var funnene?

Formålet med dette tilsynet var å undersøke om helseforetakene ivaretar viktige elementer i behandlingen av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd.

Rettslig grunnlag

Tilstrekkelig journalføring er en forutsetning for at alt personell som er involvert i pasientbehandlingen har nødvendig informasjon slik at helseforetaket kan gi pasienten faglig forsvarlig behandling, jf. lov om spesialisthelsetjenester (spesialisthelsetjenesteloven) §§ 2-2 og 3-2, samt forskrift om pasientjournal (journalforskriften). Journalplikten understøtter altså forsvarlighetskravet.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 skal helseforetakene sørge for at journal- og informasjonssystemene er forsvarlige. Journalforskriften § 7 annet ledd sier at journalen skal føres løpende. Ved dette tilsynet var fokus spesielt på hvorvidt følgende bestemmelser i journalforskriften § 8 var overholdt:

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

- bokstav e) Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.

- bokstav f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette.

Det var også fokus på hvorvidt følgende bestemmelse i journalforskriften § 9 første ledd var overholdt:

- Ved utskriving fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell § 4 gir krav til virksomhetsleders ansvar for forsvarlig legemiddelhåndtering. Dette ansvaret utdypes i tilhørende rundskriv (IS-9/2008), og er relevant for tilsynets tema om legemiddelbruk.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580) (7). Helsedirektoratet har videre utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporotiske brudd (IS-1322) (8).

Retningslinjene er utarbeidet i et nært samarbeid mellom helsemyndighetene og relevante fagmiljøer. I henhold til journalforskriften § 8 bokstav h skal pasientjournalen inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige: *Overveielser som har ledet*

til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.

Det ble utført tilsyn med 23 sykehus ved 14 helseforetak.

De fire områder som ble valgt ut hvor det kan være fare for svikt og hvor svikt kan få store negative konsekvenser for denne pasientgruppen, er følgende:

- ventetid fra innleggelse til operasjon
- legemiddelbruk
- behandling av delir (akutt forvirrings-tilstand)
- kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Det ble påpekt lovbrudd ved 19 av 23 tilsyn.

I dette kapittelet presenterer vi tilsynsområdene og de viktigste observasjoner som ble lagt til grunn for tilsynets konklusjoner om lovbrudd. Funnene er gruppert ut fra hvilket tilsynsområde det dreide seg om.

4.1 Ventetid fra innleggelse til operasjon

Det er faglig enighet om at pasienter med hoftebrudd skal opereres raskt. Det finnes god oppsummert kunnskap fra ca. 250–300 000 slike operasjoner som viser dårligere resultat hos dem som ble operert etter 48 timer enn hos dem som ble operert før det var gått 48 timer. Det har vært vanskeligere å dokumentere nøyaktig hvor tidlig slik operasjon bør skje, men internasjonale retningslinjer anbefaler ofte operasjon innen 24 timer. 24 timer anbefales også i våre nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Helsedirektoratet har besluttet at andel hoftebruddspasienter som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse ved øyeblikkelig hjelp skal være en kvalitetsindikator⁶ i spesialisthelsetjenesten.

⁶ Kvalitetsindikator: Et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet. Sier noe om kvaliteten på det område som måles. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorene er å gi publikum og brukere, helsepersonell, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen helsetjenesten.

I dette tilsynet har vi tatt utgangspunkt i at kvalitetsindikatoren er en yttergrense slik at overtredelse uten medisinsk begrunnelse vurderes som et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

For hver pasient som måtte vente mer enn 48 timer på operasjon, ble det vurdert om ventetiden var medisinsk begrunnet eller forårsaket av forhold ved organisering av virksomheten.

De fleste skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd har på forhånd andre helseproblemer. Pasienten kan for eksempel være dehydrert, ha elektrolyttforstyrrelser eller være anemisk. I slike tilfeller kan det være nødvendig til å utsette operasjonen. En del slike problemer kan kreve behandling eller stabilisering før operasjonen.

Pasientens helseproblemer kan også være av en slik art at det er behov for vurdering av andre spesialister som for eksempel geriater eller kardiolog før operasjon. Dersom pasientens allmentilstand er dårlig, må forventet gevinst ved rask operasjon vurderes i forhold til den økte operasjonsrisikoen.

Ventetid på grunn av ikke-medisinske forhold kan være ventetid på andre spesialister, ventetid på røntgen- og laboratorieundersøkelser, mangelfull kapasitet på operasjonsstuen, mangel på kvalifisert personell (kirurg, operasjons- sykepleier, anestesipersonale) og andre forhold av administrativ/organisatorisk art. Slike grunner til utsettelse av operasjon ble ansett som uakseptable.

Ved gjennomgang av journalene ble det undersøkt om skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd ble operert innen 48 timer etter sykehusinnleggelsen, hvis det ikke forelå medisinsk grunner til ikke å operere.

Funn fra tilsynet

Kun ved to av 23 tilsyn fant tilsynsmyndigheten grunnlag for å påpeke avvik fra spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlighet når det gjaldt ventetid fra innleggelse til operasjon. Ved journalgjennomgangen viste det seg at det var forhold knyttet til pasientens

tilstand som i de fleste tilfeller var avgjørende for at de måtte vente lenger enn 48 timer på operasjon. Ved de to tilsynene der det ble påvist lovbrudd, skyldtes dette forhold av organisatorisk art og var ikke medisinsk begrunnet.

4.2 Legemiddelbruk

Mange eldre bruker mange forskjellige legemidler. Det er kjent fra flere studier og tilsynserfaringer at skifte av omsorgsnivå, som for eksempel innleggelse på sykehus, gir økt risiko for at det kan oppstå feil i legemiddelbehandlingen. Når en pasient blir lagt inn på sykehus, er det sykehuset som har ansvaret for hvilke legemidler pasienten skal ha og for legemiddelhåndteringen. Før operasjon er det nødvendig å ha korrekte opplysninger om pasientens legemiddelbruk. Det må innhentes informasjon om dette enten i forbindelse med innleggelsen eller raskt etterpå. Informasjon kan innhentes fra pasienten selv, pasientens fastlege eller sykehjemslege, eller fra helsepersonell i kommunens pleie- og omsorgstjenester. Dersom pasienten ikke bruker noen faste legemidler, skal også det nedtegnes i journalen.

Ved utskrivning eller overføring til neste omsorgsnivå må sykehuset gi opplysninger om pasientens totale legemiddelbruk. Dette gjelder også ved eventuell overføring til annen sykehusavdeling. Informasjonen skal gis til pasienten selv og til fastlegen. Informasjonen skal være skriftlig.

Informasjonen må inneholde navn på legemiddel, dosering og eventuell informasjon om behovsregulering og/eller nedtrapping, for eksempel hvor lenge smertebehandlingen skal foregå etter hoftebruddet. Nøyaktig og fullstendig informasjon om dosering er spesielt viktig ved behandling med insulin og legemidler som hemmer blodets koagulasjon (levring).

Flere eldre bruker mange forskjellige medikamenter (polyfarmasi), og det kan føre til problemer med bivirkninger og uønsket interaksjon mellom medika-

menter.⁷ Hvis det er mistanke om uheldige legemidler eller legemiddelkombinasjoner, må ansvarlig lege på sykehuset vurdere om det er nødvendig å foreta seg noe med det samme, eller om problemstillingen skal overlates til fastlege eller sykehjemslege.

Informasjon om pasientens totale legemiddelbruk, sykehuslegens eventuelle vurderinger og behovet for oppfølging skal dokumenteres i epikrisen.

Ved gjennomgang av pasientjournalene og epikrisene ble det i tilsynet undersøkt om:

- det var dokumentert at det før operasjonen var innhentet opplysninger om hvilke legemidler pasienten brukte.
- det var dokumentert at det ved utskrivning eller overføring til annen enhet var formidlet skriftlige opplysninger om hvilke legemidler pasienten brukte, dosering og eventuell informasjon om behovsregulering. Det skulle også undersøkes om en eventuell samlet vurdering var videreformidlet.

Funn fra tilsynet

Ved ti av 23 tilsyn avdekket tilsynsmyndigheten brudd på kravene i journalforskriften knyttet til legemiddelbruk. Avvikene gjaldt manglende dokumentasjon av legemiddelbruk og manglende vurdering og evaluering av de medikamentene pasientene brukte. I noen av de tilsynene der det ikke ble konstatert brudd på journalforskriften, ble det likevel uttrykt bekymring for om sykehusene var tilstrekkelig opptatt av pasientenes totale legemiddelbruk. Bakgrunnen var at det i få journaler forelå en vurdering av pasientens legemiddelbruk og faren for at legemidlene kunne medvirke til økt falltendens og til utvikling av delir. Ved utskrivelse eller overføring til et annet omsorgsnivå var det i flere tilfeller manglende informasjon om varighet av behandling med

7 Polyfarmasi kan defineres på flere måter og er her definert som et begrep som beskriver en situasjon med samtidig bruk av fem eller flere reseptpliktige og / eller ikke reseptpliktige midler, forskrivning av flere medikamenter enn det som er klinisk indisert og / eller et regime som inneholder minst ett unødvendig medikament.

Fragmin, et legemiddel benyttet for å forebygge blodpropp.

Ved gjennomgang av journaler så tilsynsmyndigheten at de fleste pasienters legemiddelbruk ved innleggelse var dokumentert i innkomsjournalen, slik det kreves. Medikamentlisten i epikrisen ved utskrivelse eller overføring til annet omsorgsnivå var imidlertid ofte identisk med listen i innkomsnotatet, uten at det fremkom om det var gjort vurderinger eller endringer. I mange av journalene fremkom det ikke om de legemidlene pasienten brukte, var gjennomgått og vurdert. Og i de tilfeller hvor slike endringer var dokumentert i journalen, var de ikke dokumentert i epikrisen. Informasjonen om pasientens legemiddelbruk ble dermed ikke videreført til neste behandlende ledd.

Mangelfulle journaler gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å bedømme om behandlingen av denne pasientgruppen er forsvarlig eller ikke. Men tilstrekkelig journalføring er en forutsetning for at alt personell som er involvert i pasientbehandlingen har nødvendig informasjon, slik at helseforetaket kan gi pasientene faglig forsvarlig behandling, likeledes at behandlingen etter utskrivelse kan ivaretas på en forsvarlig måte. Funnene gir grunnlag for å stille spørsmål ved om sykehusene har en tilstrekkelig helhetlig tilnærming til legemiddelbruk hos eldre skrøpelige pasienter med hoftebrudd. I motsatt fall kan det få alvorlige konsekvenser for pasientene, som for eksempel økt falltendens, utvikling av delir og uheldige eller farlige bivirkninger av medikamenter.

Eksempler på observasjoner:

- Kopi av medikamentkurver ble lagt ved epikrisene, uten at det var notert i epikrisen at de fulgte med.
- Medikamentkurvene (skjemaene) hadde små rubrikker og håndskrift, og var i mange tilfeller dårlig lesbare.
- Der medikamentlistene ikke var en del av den elektroniske pasientjournalen, manglet de ofte ved utskrivelse.
- Journalgjennomgang viste at hovedtyngden av pasientene brukte mer enn fem legemidler (polyfarmasi). Det fremkom likevel ikke noe

informasjon om at risikomomenter ved polyfarmasi var vurdert.

- Epikrisen var i hovedsak klipp/lim fra innkomsjournalen og endringer ikke dokumentert i epikrisen.
- Ortoped bemerket i journal behov for oppfølging av et medikament, men dette var ikke notert i epikrisen.
- Nye medikamenter, seponeringer (avslutning) av medikamenter pasienten hadde stått på og/eller dose-regulering var ikke nedtegnet i epikrisen.

4.3 Behandling av delir

Delir er en forvirringstilstand med uro, angst og skjelvninger som kan utvikle seg til kramper, sterk svetting og hallusinasjoner.

Delir er en vanlig komplikasjon ved hoftebrudd og kan føre til økt sykkelighet og dødelighet, lengre sykehusopphold, utvikling av kognitiv svikt (demens) og større risiko for institusjonalisering. En norsk studie fra Diakonhjemmet påviste delir hos halvparten av hoftebruddpasienter over 65 år i løpet av fem dager etter inngrepet. 21 % hadde forvirring allerede før operasjonen og 36 % av de gjenværende pasientene utviklet delir i fasen etter operasjonen (9). Utvikling av delir er en markør for underliggende skrøpeligheit, men er også en skadelig tilstand i seg selv.

Erfaring viser at delir kan oppstå før eller i forbindelse med innleggelsen, i ventetiden på operasjon eller i tiden rett etter operasjonen, men har god prognose ved rask utredning og behandling. Ved hoftebrudd er det påvist at lang ventetid på operasjon øker risikoen for å utvikle delir før operasjonen. Delir kan i noe grad forebygges ved å sørge for at pasientens væskebalanse er i orden, at ernæringsstatusen er tilfredsstillende og at pasienten er smertelindret og får god pleie. I forbindelse med hoftebrudd vil kortest mulig tid til operasjon redusere forekomsten av delir.

Endring i pasientens mentale tilstand, som for eksempel ved redusert oppmerksomhet, desorganisert tankegang

eller endret bevissthetsnivå, kan gi mistanke om delir. For å forhindre varig hjerneskade må årsakene avdekkes raskt og korrigeres så langt som mulig.

Dersom en pasient har symptomer på delir ved utskriving, skal neste ledd i behandlingsskjeden motta god informasjon og klare anbefalinger om videre oppfølging.

Det ble undersøkt i pasientjournalene om:

- Det var dokumentert at pasienter som utviklet delir eller viste symptomer på delir, var utredet med hensyn til årsak, og at det var iverksatt behandling.
 - Epikrisen inneholdt relevant informasjon om årsaksfaktorer og videre oppfølging dersom pasienten ble utskrevet før symptomer på delir var borte.
- Samlet sett fra tilsyn i et fylke framkom det i 34 av 85 (40 prosent) gjennomgåtte journaler at pasienten hadde vist symptomer på delir. I kun to av disse framkom det informasjon om årsaksfaktorer og videre anbefalt oppfølging når pasienten ble utskrevet før symptomene på delir var borte.

Funn fra tilsynet

Ved ni av 23 tilsyn avdekket tilsynsmyndigheten brudd på kravene i journalforskriften knyttet til identifisering og behandling av delir. Der det ble konstatert avvik var det i flertallet av journalene ingen nedtegnelser omkring delirproblematikk, selv om gjennomgang av pasientkurver viste at det var gitt medikamentell behandling for dette. Det ble også avdekket symptomer i pasientenes journaler som kunne tyde på nytviklet delir, men det var ingen dokumentasjon på utredning, behandling og tiltak på oppfølging av delir. Det var i liten grad beskrevet i epikriser om pasienter ble utskrevet med delir eller lignende problematikk. I noen journaler var det dokumentasjon på at det ble stilt spørsmål om delir, men det var ingen dokumentasjon på videre oppfølging av symptomene. Funnene gir grunnlag for å stille spørsmål ved om sykehusene er tilstrekkelig oppmerksomme på delir som komplikasjon ved hoftebrudd, og hvilke konsekvenser det kan ha for pasientene dersom behandling og oppfølging av delir ikke finner sted.

Eksempler på observasjoner:

- I over halvparten av alle undersøkte journaler ved et helseforetak framkom det av sykepleiedokumenta-

sjonen at pasienter som var beskrevet som klare i innkomstjournalen, viste symptomer på delir etter operasjon. Symptomene beskrevet var endret eller fluktuerende bevissthetsnivå, forstyrret tidsorientering med videre. Bare i ett tilfelle framkom det at dette ble videre utredet. Ingen av epikrisene eller sykepleiesammenfatningene inneholdt informasjon om at pasientene hadde hatt en forbigående forvirringstilstand, og dermed forelå det heller ingen informasjon om en eventuell oppfølging av tilstanden.

4.4 Kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Forskning har vist at lav kroppsvekt og kroppsmasseindeks (KMI) gir risiko for lavenergi-brudd, og at det er en sammenheng mellom vekttap og hoftebrudd. Manglende "polstring" over hoftekulen hos tynne individer kan også gi økt risiko for hoftebrudd.

I følge nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal alle pasienter i spesialisthelsetjenesten vurderes for ernæringsmessig risiko, først ved innleggelse og deretter ukentlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg (7). Dersom sykehuset har grunner til ikke å gjennomføre en ernæringsmessig risikovurdering, skal en slik vurdering fremkomme av journalen.

Da underernæring ofte fører til høyere forekomst av komplikasjoner og infeksjoner, og kan gi redusert livskvalitet, flere reinnleggelser og i verste fall økt dødelighet, må det alltid vurderes om pasienten er underernært før operasjon. Pasientens høyde og vekt og KMI må kartlegges, og vektutvikling og matinntak må vurderes. Denne vurderingen skal samlet sett gi et bilde av pasientens ernæringsmessige risiko. Både resultatet

av kartleggingen og vurderingen av den ernæringsmessige statusen forventes dokumentert i pasientjournalen.

Oppfølging av ernæringsstatus inngår i behandlingsansvaret. Tiltak, oppfølging og evaluering må være dokumentert på en slik måte at opplysningene kan brukes i den daglige oppfølgingen av pasientens ernæringsstatus. I forbindelse med hoftebrudd kan liggetiden være svært kort, noe som kan få betydning for hvor mange tiltak som kan iverksettes og følges opp på sykehuset. Sykehuset har ansvar for at eventuelle ernæringsproblemer og igangsatte tiltak blir kommunisert videre til den instans som har ansvar for oppfølging av pasienten etter utskriving eller overføring. For pasienter med ernæringsmessige problemer skal opplysninger om ernæringsstatus og eventuelt igangsatte tiltak fremkomme både i pasientjournalen og i epikrisen.

Det ble undersøkt i pasientjournalene og i epikrisene om:

- det var dokumentert at det var gjort en kartlegging og vurdering av pasientens ernæringsstatus.
- det var dokumentert at det var iverksatt eller anbefalt individuelle tiltak for pasienter som var i ernæringsmessig risiko eller som var underernært.
- ernæringsstatus samt igangsatte eller anbefalte tiltak hos pasienter som var i ernæringsmessig risiko eller som var underernært, var formidlet i epikrisen til dem som skulle følge opp pasienten etter utskriving eller overføring.

Funn fra tilsynet

Ved to tredeler av tilsynene avdekket tilsynsmyndighetene brudd på journalforskriften knyttet til kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus. I mange innkomsnotater manglet opplysninger om pasientenes ernæringsmessige tilstand, og opplysninger om høyde og vekt manglet i svært mange av de gjennomgåtte journaler. Det manglet også dokumentasjon av oppfølging av pasienter som ble beskrevet som magre, hadde dårlig matlyst eller hadde

redusert almenntilstand. Ernæringsstatus var i liten grad nevnt i epikrisene og sjelden i sykepleiesammenfatningene. Kartlegging, vurdering og ev. oppfølging av ernæringsstatus var ofte mangelfullt dokumentert i journalene. Funnene gir grunnlag for bekymring for om sykehusene har for dårlig praksis knyttet til kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus hos eldre skrøpelige pasienter med hoftebrudd.

Eksempler på observasjoner:

- Opplysninger om pasientens ernæringsmessige tilstand var i mange innkomsjournaler anført i form av beskrivelser som ”i normal hold”, i ”godt hold”, ”utseende svarende til alder”. Ved beregning av høyde og vekt kunne tilsynsmyndighetene regne seg frem til at noen av disse pasientene hadde en kroppsmasseindeks mellom 14 og 18. Det indikerer underernæring.
- I sykepleiedokumentasjonen foreligger det opplysninger om status i forhold til ernæring under oppholdet i form av ”drukket godt”, ”drikke-liste”, ”vil ikke spise”, ”fått ernæringsdrikk”. Det foreligger imidlertid ikke i noen av journalene en vurdering av om pasienten kan være i ernæringsmessig risiko eller underernært.

5 Helseforetakenes analyse og vurdering av egen praksis

Der Helsetilsynet i fylket fant mangelfull journalføring, ble helseforetakene bedt om å undersøke i egen virksomhet om brudd på journalforskriften også innebar mangelfull praksis ved behandling av eldre skrøpelige pasienter med hoftebrudd.

Helseforetakene ble bedt om å analysere om praksis var mangelfull på de områdene der det var avdekket svikt, herunder om helseforetakene hadde nødvendig oppmerksomhet rettet mot disse temaene. De ble videre bedt om å avklare og beskrive mulige årsaker til mangelfull praksis, og lage tiltaksplaner for hvordan helseforetaket skulle endre praksis slik at den ble i tråd med krav i lov og forskrift. Det skulle også gå frem av tiltaksplanene hvordan ledelsen ville følge med på og kontrollere at tiltakene ble iverksatt, og hvordan lederne skulle evaluere og kontrollere at praksis var endret også etter en viss tid.

Analysen i helseforetakene

Helseforetakene har gjennomgått sin praksis bl.a. ved årsaksanalyser og internrevisjoner. Disse analysene viste at praksisen knyttet til temaområdene i tilsynet gjennomgående ikke var forsvarlig, og at kunnskapen om kompleksiteten i behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd de fleste steder var mangelfull. Mange helseforetak meldte tilbake at det hadde vært lite oppmerksomhet og kompetanse om temaene ernæring, behandling av delir og pasientens legemiddelbruk. Flere beskrev også at det var manglende tverrfaglig samarbeid mellom for

eksempel klinisk farmasøyt, klinisk ernæringsfysiolog og geriater.

Helseforetakene har etter tilsynet i varierende omfang og detaljeringsnivå laget tiltaksplaner for nye prosedyrer og endrede rutiner, og innskjerpet allerede eksisterende rutiner for å forbedre behandlingen av eldre skrøpelige pasienter med hoftebrudd. Flere helseforetak har også utarbeidet egne pasientforløp for pasienter med hoftebrudd, og med særlig oppmerksomhet på kortest mulig ventetid på operasjon, ernæring, delir og legemiddelbehandling.

Eksempler på tiltak iverksatt etter tilsynet

Vi har fra korrespondansen mellom helseforetak og Fylkesmannen fått kunnskap om noen av de tiltakene som er iverksatt etter tilsynet, og vil her gi noen eksempler.

Ernæring

Kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus var det området hvor det ble avdekket flest avvik, ved 16 av 23 tilsyn. Flere steder viste det seg at avdelinger ikke var kjent med ernæringsjournal eller klar over at det rutinemessig skal gjøres screeninger og kartlegging av ernæringsstatus hos eldre ortopediske pasienter, slik de nasjonale retningslinjene anbefaler. Helseforetakene har iverksatt tiltak som skal bøte på dette. Undervisning om temaet og etablering eller styrking av tverrfaglig samarbeid med bl.a. klinisk ernæringsfysiolog, er noen tiltak som er iverksatt

for å øke oppmerksomheten og kompetansen. Enkelte foretak har opprettet funksjoner for helsepersonell eller tverrfaglige grupper som skal ha fagansvar for ernæring. Opprettelse av superbrukere på pasientscreening, kostregistrering og ernæringsjournal er et annet eksempel på tiltak. Det å veie pasienter med hoftebrudd kan være vanskelig. Det er derfor satt inn tiltak for å lette dette ved å gå til innkjøp av nytt utstyr som stolvekt eller sengevekt.

De fleste foretak har utarbeidet prosedyrer som skal sikre at pasienters ernæringsstatus blir kartlagt ved innleggelse for å identifisere om pasienten er underernært eller i risiko for underernæring, og bidra til å sikre at ernærings tiltak, behandling og observasjoner følges opp og videreformidles ved utskrivelse. Noen steder er ernæringsstatus innført som et av punktene i epikrisen for å sikre at informasjon om vurderinger og behandling videreføres og pasienten får den oppfølgingen hun/han skal ha ved utskrivelse. Helseforetakene ser behovet for opplæring i og tilgjengelighet til prosedyrene.

Legemiddelbruk

Tilsynet påviste lovbrudd ved ti av 23 tilsyn knyttet til mangelfull dokumentasjon av legemiddelbehandling. Analyser fra virksomhetene beskrev behov for økt oppmerksomhet om rutiner for legemiddelbehandling og dokumentasjon av behandlingen. Det var også rapportert om mangelfull kunnskap om og fokus på problemer knyttet til uheldige legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler og polyfarmasi (fem eller flere medikamenter). Flere helseforetak har utarbeidet prosedyrer og rutiner om dette etter tilsynet. Opplæring om temaet med kurs og internundervisning, og etablering av formelt samarbeid med klinisk farmasøyt og indremedisiner/geriater er også noen av tiltakene nevnt i planene. For å sørge for at pasienten utskrives med en oppdatert medisinsliste er det flere steder iverksatt nye rutiner med dobbelkontroll som skal sikre dette, og noen steder skrives nå medikamentlisten direkte i epikrisen.

Delir (akutt forvirringstilstand)

Ved ni av 23 tilsyn ble det påvist lovbrudd knyttet til manglende dokumentasjon av vurdering og behandling av delir. Ett tiltak som er beskrevet for å forebygge utvikling av delir, er å tilstrebe at pasientene blir operert innen 24 timer. Noen foretak opplyste i sin tilbakemelding at helsepersonellet var oppmerksomme på uro og forvirringstilstander hos pasientene, men at dokumentasjonen av vurdering og behandling på dette området var mangelfull, mens andre foretak meldte om mangelfull praksis. Planlagte tiltak var for eksempel å synliggjøre allerede eksisterende retningslinjer for personalet og skjerpe dokumentasjonsplikten og å opprette egne punkter i legejournal og sykepleiedokumentasjon for vurdering, behandling og dokumentasjon. Noen steder var det også utarbeidet prosedyrer og rutiner for å sikre at pasientene med delir kartlegges med eget skjema ved innkost og at eventuell behandling iverksettes. Videre er det utarbeidet rutiner som sikrer at forvirring eller delir beskrives i pasientens epikrise og i sykepleiesammenfatningen ved utskrivelse, pasienten følges opp med oppmerksomhet på dette etter utskrivelsen. Opplæring om temaet er også nevnt som tiltak.

6 Helsetilsynets samlede vurdering

Ett positivt funn ved dette tilsynet er at det med få unntak viste at pasientene ble operert innen 48 timer. For å forebygge komplikasjoner og smerter og redusere risikoen for flere liggedøgn og økt dødelighet, er det viktig at det går kortest mulig tid før pasienter med hoftebrudd blir operert. Dette synes i stor grad ivaretatt ved de helseforetakene som ble undersøkt i dette tilsynet.

Tilsynet viste samtidig at det var mangelfull forståelse for kompleksiteten og behovet for en tverrfaglig tilnærming i behandlingen av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd.

Med økende alder øker forekomsten av sykdom og behov for hjelp. Hos mange eldre vil flere sykdomstilstander opptre samtidig. Kroppens reservekapasitet minker, og man tåler både sykdom og behandlingstiltak dårligere. Behovet for spesiell oppmerksomhet er stort hos skrøpelige eldre pasienter ettersom de har økt fare for komplikasjoner og bivirkninger. De er utsatt for å få et ytterligere fall i funksjonsnivå med redusert evne til egenomsorg og økt behov for hjelp.

Eldre pasienter er svært utsatt for bruddskader, og behandlingen av denne pasientgruppen krever en annen og bredere tilnærming enn hos yngre pasienter med de samme skadene. Problemstillinger som er vanlige for skrøpelige eldre, som delir (akutt forvirringstilstand), ernæringsforhold og utfordringer knyttet til polyfarmasi (bruk av mange legemidler), tilhører tradisjonelt det indremedisinske

og geriatiske fagområdet, og er kunnskapsfelt som ikke har stått sterkt i ortopediske avdelinger.⁸ Dette ble også tydeliggjort i tilsynet som avdekket svikt på disse områdene. Funn og observasjoner fra journalgjennomgang, sammen med helseforetakenes egne analyser av praksis, viste at de aller fleste helseforetakene ikke hadde tilstrekkelig oppmerksomhet på den totale helsetilstanden hos skrøpelige eldre med hoftebrudd.

Størst svikt var knyttet til kartlegging og oppfølging av pasientens ernæringsstatus. Det er kjent at mange innlagte pasienter er underernært eller har en ernæringsmessig risiko. De nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring var lite kjent, og lite brukt i helseforetakene. Dette er svært bekymringsfullt med tanke på hvilke konsekvenser under- og feilernæring kan få for pasientene i form av komplikasjoner, infeksjoner, reinnleggelser og økt dødelighet.

Mange helseforetak hadde også manglende oversikt over, kontroll med og dokumentasjon av pasientenes legemiddelbruk. Svært mange eldre pasienter bruker mange legemidler. Det øker risikoen for uheldige kombinasjoner av legemidler, og for overdosering. Dersom doseringen er justert eller skal trappes ned, men viktige opplysninger ikke følger med pasienten ved utskrivelse, kan det føre til feildosering og forårsake

8 Ortopediske avdelinger har som hovedoppgave å behandle lidelser og skader i muskel-skjelettsystemet, som oftest med kirurgiske metoder. I dette tilsynet har vi ikke sett på den kirurgiske behandlingen av skrøpelige eldre med hoftebrudd.

en forvirringstilstand, økt falltendens eller økt blødningstendens.

Når virksomheter, som avdekket i dette tilsynet, ikke alltid fanger opp tegn på delir, eller vurderer og behandler slike forvirringstilstander, kan det også få svært alvorlige følger, og i verste fall føre til demens, kognitiv svikt og død.

Det var derfor urovekkende at helseforetakene ikke i større grad hadde tatt dette innover seg og sørget for at denne pasientgruppen fikk et bredt behandlingstilbud med oppmerksomhet på pasientenes totale helsetilstand, og ikke bare på bruddet.

Virksomhetene fikk i dette tilsynet i oppgave å gå gjennom egen praksis for å se om den var sammenfallende med funnene tilsynsmyndigheten gjorde. Nærmest alle så behov for å gjøre endringer i praksis for å kunne ha en bredere tilnærming til pasientgruppen.

Det er naturlig å stille spørsmål om dette også kan gjelde andre geriatriiske pasientgrupper. Statens helsetilsyn forventer at helseforetakene selv undersøker dette, og eventuelt iverksetter tiltak som sikrer bred nok tilnærming til all behandling av disse pasientene. Problematikk knyttet til legemiddelbruk, delir og ernæringsstatus gjelder ikke bare hoftebruddspasienter, men alle skrøpelige eldre pasienter.

Statens helsetilsyn ser alvorlig på denne situasjonen. Pasientene er skrøpelige og må tas ekstra godt vare på. Tilnærmingen bør være: "Fragile – handle with care".

Referanser

1. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport 2009/5 Diakonhjemmet høgskole, oppdrag fra Statens helsetilsyn. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2009. (2.4.2013)
2. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. (2.4.2013)
3. Ferrucci L et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(4): 625–34.
4. Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Internserien 15/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. (2.4.2013)
5. Myhre KI et al. Semi-quantitative risk analysis as a basis for supervision of specialized health services to frail elderly people. *Safety Science Monitor* 2011; 15(3): 1–6. (2.4.2013)
6. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Rapport fra Helsetilsynet 3/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012. (2.4.2013)
7. Nasjonal faglig retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. (2.4.2013)
8. Nasjonal faglig retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. IS-1322. Oslo: Helsedirektoratet, 2006. (2.4.2013)

9. Juliebø V et al. Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly hip fractures patients. J Am Geriatr Soc 2009; 57(8):1354-61.

Vedlegg:

Oversikt over helseforetak og underliggende enheter som inngikk i tilsynet 2011

<i>Regionalt helseforetak og helseforetak der det ble foretatt tilsyn</i>	<i>Enhet der tilsynet foregikk, i rapporten også omtalt som sykehus</i>
Helse Sør-Øst RHF	4 tilsyn
Vestre Viken HF	Bærum sykehus
Oslo universitetssykehus HF	Oslo universitetssykehus, Ullevål
Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet Divisjon Elverum-Hamar
Sykehuset Innlandet HF	Sykehuset Innlandet Divisjon Kongsvinger
Helse Vest RHF	4 tilsyn
Helse Stavanger HF	Stavanger Universitetssjukehus
Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus
Helse Bergen HF	Haukeland Universitetssykehus
Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus
Helse Midt-Norge RHF	8 tilsyn
Helse Møre og Romsdal HF	Ålesund sjukehus
Helse Møre og Romsdal HF	Molde sjukehus
Helse Møre og Romsdal HF	Kristiansund sykehus
Helse Møre og Romsdal HF	Volda sjukehus
St. Olavs Hospital HF	Trondheim
St. Olavs Hospital HF	Orkdal
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Namsos
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger
Helse Nord RHF	7 tilsyn
Helgelandssykehuset HF	Helgelandssykehuset Mo i Rana
Nordlandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Bodø
UNN HF	UNN Tromsø
UNN HF	UNN Harstad
UNN HF	UNN Narvik
Helse Finnmark HF	Klinikk Kirkenes
Helse Finnmark HF	Klinikk Hammerfest
Hele landet	14 helseforetak, 23 enheter

“Li dušše okta dearvvašvuodaváttisvuohta.....”

Čoahkkáigeassu specialistadearvvašvuodabálvalusa riikkaviidosas bearráigeahčus 2011–2012 das makkár divššu ožžot dárpmehis boares pasieanttat main lea norasdákhti doddjon

Dearvvašvuodageahču Raportta 3/2013 čoahkkáigeassu

Lea stuora dearvvašvuodaváttisvuohtan go boares olbmui doddjot dávttit. Diekkár doddjomiin leat duodalaš váikkuhusat, bákčasat ja givssit, muhto sáhttet maid dagahit olbmo dárpmehemin, oanidit eallinagi, dagahit eambo veahkedárbbu ja institušuvdnadivššu.

Riikkaviidosas bearráigeahčus jagiin 2011–2012 guorahalai fylkkaid Dearvvašvuodageahču journálaid dárpmehis vuoras pasieanttain geat leat leamaš doadján norasdávtti. Ollu dárkkistemiin gávnnavoijedje váilevuodát journálain pasieanttaid dálkkasgeavaheami ja borrandilálašvuodaid birra ja das mo delir (fáhka miellamoivi) giedahallojuvvui.

Doppe gos fylkka Dearvvašvuodageahču gávnnai váilevaš journálačállima, gohččojuvvojedje dearvvašvuodadoaimmahagat iskat iežaset doaimmas ahte lea go journálanjuolggadusaid rihkkun mearkan dasa ahte sin doaibma maiddái rihkku lága. Maŋgel doaimmahagaid čuovvoleami oaidnit mii ahte doppe gos lea váilevaš journálačállin, lea maiddái váilevaš geavat, ja ahte meastta buot doaimmahagat oidne dárbbu čadahit rievdadusaid vai dát pasieantajoavku váldojuvvogoahá buorebut váras.

Lea lunddolaš jeerrat guoská go dát maiddái eará geriatralaš pasieantajoavkkuide. Stáhta dearvvašvuodageahču vuordá ahte

dearvvašvuodadoaimmahagat ieža isket dien, ja jus dárbbaslaš, de álggahit doaimmaid mat sihkarastet doarvái buori divššu guoskevaš pasieanttaide. Dálkkasgeavaheapmi, delir ja borrandilálašvuodát eai guoskka dušše pasieanttaide geat leat norasdávtti doadján, muhto buot dárpmehis vuorrasit pasieanttaide.

“Not just one health problem.....”

Summary of countrywide supervision 2011-2012 of specialized health services. Frail elderly people treated for fracture of the hip

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 3/2013

Fracture of the hip is a serious health problem for elderly people. This has serious consequences such as pain and discomfort, but can also lead to lost function, reduced life expectancy, increased need for help, and increased need for care in an institution.

As part of countrywide supervision 2011–2012, the Offices of the County Governors assessed the patient records of frail elderly people who had been treated for fracture of the hip. In many cases, inadequate documentation of the patients' use of medication, their nutritional status, and treatment of delirium (states of acute confusion) was found.

When inadequate documentation was found, we asked the health trusts to investigate whether this indicated that their practice was also inadequate and in breach of the legislation. After they had followed this up, we found that inadequate documentation generally indicated inadequate practice. Nearly all the health trusts saw the need for changes in order to have a broader approach to this patient group.

There is reason to question whether this also applies to other groups of elderly patients. The health trusts should investigate this, and implement appropriate measures to ensure that the approach to treatment of these patients is comprehensive. The issues related to use of medication, nutritional status and delirium are relevant not only for frail elderly patients with fracture of the hip, but for all frail elderly patients.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2012

1/2012 Styre for å styrke. Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten

2/2012 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunalt barnevern – undersøkelse og evaluering

3/2012 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag

4/2012 Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008–2011

5/2012 Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsummering

Utgivelser 2013

1/2012 Oppsummering av tilsyn med verksemder som er godkjende for å handtere humane celler og vev til assistert befruktning

2/2012 Glemmer kommunene barn og unge i møte med økonomisk vanskeligstilte familier? Kartlegging og individuell vurdering av barns livssituasjon og behov ved søknader om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2012

3/2012 “Ikke bare ett helseproblem.....” Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenester.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 3/2013

“Ikke bare ett helseproblem.....”

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd

Brudd hos eldre er et stort helseproblem. Slike brudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men kan også gi tapt funksjon, redusert livslengde, økt hjelpebehov og økt behov for institusjonsomsorg.

I landsomfattende tilsyn i 2011–2012 gjennomgikk Helsetilsynet i fylket / Fylkesmannen journaler til skrøpelige eldre pasienter som hadde vært behandlet for hoftebrudd. Mange av tilsynene avdekket mangler i journaler knyttet til pasientenes legemiddelbruk, ernærings situasjon og behandling av delir (akutt forvirringstilstand).

Der Helsetilsynet i fylket / Fylkesmannen fant mangelfull journalføring, ble helseforetakene bedt om å undersøke i egen virksomhet om brudd på journalforskriften var uttrykk for at de også hadde en praksis i strid med loven. Etter virksomhetenes oppfølging ser vi at det var stort sammenfall mellom manglende journalføring og mangelfull praksis, og nærmest alle foretakene så behov for å gjøre endringer for å kunne ha en bredere tilnærming til denne pasientgruppen.

Det er naturlig å stille spørsmål om dette også kan gjelde andre geriatriske pasientgrupper. Statens helsetilsyn forventer at helseforetakene selv undersøker dette, og eventuelt iverksetter tiltak som sikrer bred nok tilnærming til all behandling av disse pasientene. Problematikk knyttet til legemiddelbruk, delir og ernæringsstatus gjelder ikke bare hoftebruddspasienter, men alle skrøpelige eldre pasienter.