



Sørlandet sykehus HF
Direktør Nina Mevold
Postboks 416
4604 KRISTIANSAND S

Saksbehandler, innvalgstelefon

Hanna H. Nilsen, 37 01 75 83

Rapport fra tilsyn - somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter – Sørlandet sykehus HF

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Sørlandet sykehus HF og besøkte i den forbindelse Sørlandet sykehus Kristiansand fra 12.06.2019 til 14.06.2019. Vi undersøkte om helseforetaket sørger for at tjenester til utlokaliserte ortopediske, gastrokirurgiske og medisinske pasienter er i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført som del av et landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn.

Fylkesmannens konklusjon:

Sørlandet sykehus HF Kristiansand har ikke iverksatt tilstrekkelige risikoreduserende tiltak ved utlokalisering av ortopediske, gastrokirurgiske og medisinske pasienter. Helseforetaket sørger ikke for nødvendig samhandling og kompetanseoverføring mellom moderpost og mottakende sengepost, og at pasienter får oppfylt sin rett til nødvendig informasjon i forbindelse med utlokalisering.

Dette er brudd på: spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-11 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 jf. § 5.

Pasienter risikerer at de ikke blir vurdert og fulgt opp i henhold til deres aktuelle helsetilstand, og at deres mulighet til medvirkning begrenses av mangel på informasjon om at de er på en annen avdeling enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

Vi ber om at helseforetaket innen 01.11.2019 oversender plan for hvilke tiltak som vil bli iverksatt etter tilsynet.



Innhold

Rapport fra tilsyn - somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter – Sørlandet sykehus HF.....	1
1. Tilsynets tema og omfang	3
2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	4
3. Beskrivelse av faktagrunnlaget	6
4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	10
5. Fylkesmannens konklusjon	11
6. Oppfølging av påpekte lovbrudd.....	11
Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet.....	13



1. Tilsynets tema og omfang

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

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

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

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

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

- gastrokirurgi
- ortopedisk kirurgi
- indremedisin, alle spesialiteter

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

Helseforetakets praksis ble undersøkt ut fra følgende problemstillinger:

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



2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

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

Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2, er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf. <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>. Følgende publikasjoner fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er særlig aktuelle for dette tilsynet:

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

Ledelsen skal gjennom sin styring og oppfølging av tjenestene som ytes, sikre forsvarlige tjenester. Bakgrunnen for at vi her legger til grunn IS-2236 er det som står i innledningen til disse nasjonale faglige retningslinjene: «Sykehusenes akuttmottak illustrerer mange generelle problemstillinger ved organisering av spesialisthelsetjenester (...). Ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere faglige og styringsmessige utfordringer. (...) Det betyr at flere avdelinger i sykehuset er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket; noe som krever samhandling på tvers av avdelinger både på ledelsesnivå og på operativt nivå.» I dette tilsynet er særlig retningslinjenes kapittel 3, 8, 9, 10 og 13 relevante. Når det gjelder IS-0583, fremheves det i forordet at helsetjenesten må lære av uønskede hendelser, og at hendelser må analyseres for å forstå årsakene. Videre står det at risikoanalyser er viktige verktøy i planlegging av virksomheten for å forebygge uønskede hendelser. Følgelig legger vi til grunn at slike analyser bør være sentrale i arbeidet med å sikre gode og trygge tjenester, og vi tenker at særlig kapittel 1, tabell 17 og vedlegg 1 er relevante for å gi innhold til kravet om forsvarlige tjenester. Konsensus i relevante fagmiljøer er også en viktig kilde til informasjon om hva som er faglig forsvarlig praksis.

Det forventes at helseforetaket

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

Plikten til systematisk ledelse og kvalitetsforbedring

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



videreføring og presisering av kravene i den tidligere gjeldende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

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

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

Det forventes at helseforetaket har:

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

Informasjon og pasientmedvirkning

Pasientmedvirkning i helsetjenesten er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2 skal pasienter få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og tjenestetilbudet, og pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsetjenester. Medvirkningens form skal tilpasses pasientens evne til å gi og motta informasjon. Informasjon om eget pasientforløp i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 er en sentral pasientrettighet. Dette gjelder også ved utlokalisering, som er en situasjon som kan oppleves utrygg av den enkelte pasient. Informasjon til pasienter må gis på en måte som gjør at pasienten kan forstå den, og personellet skal tilstrebe å sikre seg at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av informasjonen, se pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Det forventes at helseforetaket har en omforent praksis for informasjon til pasienter/pårørende før utlokalisering skjer.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 til 9 stilles det krav om at virksomheten gjør bruk av erfaringer fra pasienter i arbeidet med forbedring av virksomheten, jf. kapittel 3.2.

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



3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

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

Kartlegging og egenvurdering foretatt ved Sørlandet sykehus HF

Helseforetaket har i en periode på fire uker gjennomført en kartlegging i alle sykehus med akuttfunksjon – sykehuset i Kristiansand (SSK), Arendal (SSA) og Flekkefjord (SSF). Kartleggingen viste at det var 31 pasienter utlokalisert ved SSK i perioden, mens den viste 3 pasienter ved SSA og 2 ved SSF.

Det ble deretter gjennomført en egenvurdering ved alle tre sykehus med 9 utvalgte sjekkpunkter/kvalitetsindikatorer. Under egenvurderingen ble det avdekket feilregistrering i kartlegging foretatt ved SSA og SSF, og det ble klart at det i realiteten bare var utlokalisert 2 pasienter ved SSA i perioden og ingen ved SSF slik tilsynet var avgrenset. Egenvurdering ble derfor kun gjennomført ved SSK og SSA.

Egenvurderingen fra SSA indikerte ikke svikt i tjenestene til pasientene som var utlokalisert, og informasjonen hadde også begrenset verdi ettersom antallet pasienter var svært lavt. Egenvurderingen ved SSK indikerte noen mangler i pasientforløpene, blant annet knyttet til medisinsk faglig planlegging før utlokalisering og legevisitt. På bakgrunn av egenvurderingen og fordi omfanget av utlokaliserte pasienter var betraktelig større ved SSK ble det besluttet å gjennomføre et tilsynsbesøk ved dette sykehuset. Det ble gjennomført stikkprøver i journalene som lå til grunn for sykehusets egenvurdering. På noen punkter var det ikke samsvar mellom sykehusets egenvurdering og Fylkesmannens funn ved stikkprøvene, noe som skyldes at sykehuset hadde besvart egenvurderingen ut fra hva som er ansett som vanlig praksis, og ikke ut fra hva som var dokumentert i journalene. Vi har derfor lagt til grunn resultatene fra vår egen journalgjennomgang.

Organisatorisk plassering av ortopediske, gastrokirurgiske og indremedisinske pasienter

Av årsrapportene for 2018 fremgår at det ved flere poster ved SSK er svært høyt belegg. Hovedregelen er at pasienter skal ligge på sengeposten de ut fra sin grunntilstand hører hjemme (moderpost). Ortopediske pasienter hører ut fra sin grunntilstand til ved sengepost 4A og 3B (infeksjonsavsnitt). Gastrokirurgiske pasienter hører ut fra sin grunntilstand til ved sengepost 3A eller 3B (infeksjonsavsnitt). Indremedisinske pasienter har ulike moderposter etter sin grunntilstand - sengepost 2A (gastrologi, hematologi, nefrologi, revmatologi), 2C (hjerne), 1D (lunge) eller 1E (medisinsk infeksjon). Akuttmottaket har gjennomgått en ombygging grunnet økende pasienttilstrømning, hvor observasjonsposten har blitt omgjort til en undersøkelsesenhet. Sykehuset viser til at medisinsk post 2C i kjølvannet av dette i økende grad har blitt en mottaksenhet fremfor en ren kardiologisk sengepost. Posten har felles legetjeneste med medisinsk intermedier enhet (MIE).

Det er ikke nedfelt faste sekundærposter ved behov for utlokalisering grunnet plassmangel, med unntak for smittevernpasienter jf. prosedyre for «smitteverntiltak og pasientplassering i kirurgiske senger». Journalgjennomgang viste at ortopediske pasienter i hovedsak ble utlokalisert til 3A og 3C (urologi). Journalgjennomgang viste kun utlokalisering av én gastrokirurgisk pasient til 4A. Indremedisinske pasienter ble utlokalisert til poster innad på medisinsk avdeling. I utvalget var det ingen pasienter som ble utlokalisert på tvers av kirurgisk og medisinsk avdeling. Vi fikk informasjon om at pasienter sjelden utlokaliseres på tvers av kirurgisk og medisinsk avdeling.



Vurdering og beslutning om utlokalisering

For kirurgisk avdeling har Avdeling for kirurgiske senger (sykepleiertjenesten) prosedyre for plassering av infeksjonspasienter, og retningslinje for fordeling av visse pasientgrupper som kan vurderes flyttet ved plassmangel dersom pasienten er avklart med visittgående lege/vakthavende kirurg. Retningslinjen omfatter ikke ortopediske pasienter. Det fremgår av retningslinjen at enhetsleder/koordinator på den enkelte enhet lager flytteliste (liste over pasienter som kan flyttes ved plassmangel) ut fra kriteriene i samarbeid med ansvarlig lege.

På kveldsvakter mandag til fredag og dagvakter lørdag og søndag har hver post i kirurgisk avdeling utpekt en erfaren sykepleier som har koordinerende funksjon. I daglig møte mellom enhetsledere og akuttmottak gjennomgås belegg/kapasitet. Dette formidles til sykepleier med koordinerende funksjon som kommer på vakt. Av fordelingskriteriene fremgår at alle akutt innlagte pasienter skal til moderpost først. Av stikkprøver og intervjuer med ansatte og pasienter fremgår det imidlertid at det også kan forekomme at uavklarte/ustabile pasienter blir utlokalisert, også direkte fra akuttmottak. Dette gjelder både medisinske og kirurgiske pasienter. I perioder hvor det er fullt i akuttmottaket oppleves det ofte vanskelig å få flyttet pasienter ut fra mottak fordi det er høyt belegg på de ulike sengepostene. Det fremgår av intervjuer at det varierer om sengeposter opplever at de ved manglende forutsetninger kan si nei til mottak av utlokaliserte pasienter, avhengig av om ansvarlig sykepleier på vakt har lang erfaring eller ikke. I noen tilfeller opplever ansatte det tryggere å beholde pasienten på moderpost som korridorpatient eller i ekstrasing, selv om dette også kan være utfordrende grunnet mangel på ledige hender ettersom bemanningen ikke er tilpasset dette.

For medisinsk avdeling foreligger ikke ledelsesforankrede prosedyrer/kriterier for hvilke pasientkategorier som kan/ikke kan utlokaliseres og hvilke sengeposter som kan ta imot hvilken type pasienter. Vurdering av om pasienter kan utlokaliseres uten for stor risiko foretas som hovedregel av lege ved avgivende sengepost, i samråd med ansvarlig/koordinerende sykepleier. Enhetsledere i medisinsk avdeling har felles møte med LIS 2 i akuttmottak for å fordele og synliggjøre kapasiteten på postene hver ukedag klokken 13.30. Ledelsen viser til at vakthavende lege i mottak avgjør hvor pasienten skal plasseres ut fra diagnose, hvis dette er avklart ved innleggelse. Medisinsk avdeling opplyser at pasienter med spesifikke diagnoser normalt ikke utlokaliseres fra en sengepost til en annen midt i et behandlingsforløp, men at utlokalisering i hovedsak skjer direkte fra akuttmottak. Av intervjuer fremgår at ansatte opplever risiko ved at pasienter utlokaliseres direkte fra akuttmottak.

Det er ikke gitt tydelige føringer for hvilken kompetanse som kreves for å kunne beslutte utlokalisering, og det fremgår av intervjuer at også leger med kort erfaring (LIS 1) og sykepleiere alene i noen tilfeller tar slike beslutninger. Dokument II.SOK.KSK.FEL.2.-11 om koordinerende sykepleiers ansvar/oppgaver beskriver ikke samarbeid med lege. Vurdering og beslutning om utlokalisering blir ikke journalført.

På medisinsk avdeling er det innført en ordning med dedikert koordinerende sykepleier (KS) på tvers av poster på ettermiddager midt i uken og dagvakt lørdag/søndag, når behov for hjelp med pasientplassering er størst. Ledelsen viser til at KS samarbeider godt med LIS 1 og LIS 2 i mottak, og med alle fire sengeposter. KS har oversikt over kapasitet og kompetanse på de ulike avdelingene/postene, og kan ved kapasitet også gi praktisk bistand og veiledning ved behov for spesielle prosedyrer i pasientbehandlingen. Det er besluttet at kirurgisk avdeling også vil innføre tilsvarende ordning fra høsten 2019. Ansatte beskriver at ordningen fungerer godt og er viktig for å sikre god pasientflyt på tvers av enhetene. Likevel er det besluttet at ordningen ikke opprettholdes under sommerferieavviklingen, noe som medfører bekymring blant ansatte ettersom sengekapasiteten i dette tidsrommet også reduseres.



Informasjon til pasient/pårørende

Ledelsen ved kirurgisk avdeling viser til at pasienter får informasjon om at de flyttes til annen avdeling enn den som har fagspesifikk kompetanse på pasientens grunntilstand på grunn av plassmangel. Dette gjenspeiles ikke av pasientintervjuer og intervjuer med helsepersonell. Av pasientintervjuer fremgår at 10 av 22 pasienter hadde fått informasjon om flytting, men ikke årsak (plassmangel) eller risikoen knyttet til dette. Det fremgikk at 9 av 22 pasienter hadde følt seg utrygge eller ikke godt ivaretatt på den posten de kom til. Disse hadde opplevd uforutsigbarhet, mangel på informasjon og at ansatte på mottagende post ikke kunne svare på spørsmål. I tilfeller hvor pasient eller pårørende har fått informasjon er det ikke rutine for journalføring av dette.

Sykehuset viser til at også pasienter som ikke er utlokalisert kan kjenne på utrygghet under sykehusoppholdet. Sykehuset gjennomførte i 2018 en brukerundersøkelse knyttet til utskrivning fra lungeavdelingen ved SSK, men det foreligger for øvrig ikke brukerundersøkelser eller registrerte tilbakemeldinger fra pasienter som kan brukes i helseforetakets kvalitetsarbeid.

Planlegging av nødvendige sykepleiefaglige og medisinskfaglige observasjoner, oppfølging og tiltak

På kirurgisk avdeling er rutinen at moderpost beholder det medisinske ansvaret for pasienter som utlokaliseres til andre enheter/sengeposter. På medisinsk avdeling overføres det medisinske ansvaret til mottakende post. Opplysninger om overføring av medisinsk ansvar til mottagende sengepost dokumenteres ikke. I begge tilfeller er det sykepleiere på mottagende post som får det sykepleiefaglige ansvaret. Det utarbeides kartleggingsnotat ved mottakelse av pasienten, og innkomstnotat i sengepost. I noen tilfeller utarbeides også overflyttingsnotat ved utlokalisering, men her er praksis varierende.

Journalgjennomgang viser at det som oftest foreligger diagnose/tentativ diagnose eller symptombeskrivelse ved utlokalisering, og planlegging av videre forløp er beskrevet i journalnotater/behandlingsplan. Det innhentes imidlertid ikke rutinemessig bistand fra sykepleier fra moderpost med fagspesifikk kompetanse der kartlegging må gjennomføres på mottakende post, heller ikke der pasienten kommer direkte fra akuttmottak. Dokumentasjon av plan inkludert detaljnivå for oppfølging er den samme uavhengig av utlokalisering eller ikke. Det samme gjelder muntlig informasjonsoverføring ved overflytting. Det er ikke etablert praksis for tilbakemelding fra mottakende avdeling til involverte enheter eller ledere dersom planleggingen er mangelfull. Det er ikke registrert avviksmeldinger siste år knyttet til dette, men ansatte opplyser at de i praksis forsøker å løse de situasjoner som måtte oppstå på ad hoc basis. Hjelp fra moderpost kan i noen tilfeller være vanskelig tilgjengelig fordi det er fullt pasientbelegg og mye å gjøre.

Sykepleiefaglig og medisinskfaglig vurdering og oppfølging

Journalgjennomgang viser at utlokaliserte pasienter i hovedsak vurderes og følges opp i henhold til det som er planlagt. Sykepleiefaglig oppfølging dokumenteres fortløpende, og pasientintervjuer og gjennomgang av kurver viser at pasienter har fått medikamenter i tråd med ordinasjon til rett tid. Medikamenterkurvene gir nødvendig informasjon, men føres manuelt og fremstår under journalgjennomgang som noe uoversiktlige. Det er opplyst at det planlegges overgang til NEWS II samtidig med innføring av MetaVision med elektroniske kurver.

Sykepleiere opplyser at de kan oppleve mangelfull kompetanse som problematisk når utlokaliserte pasienter har andre behov enn de pasientene som normalt tilhører sengeposten. Det fremgår at ansatte har brukt scoringsverktøyet TILT (tidlig identifisering av livstruende tilstander) for å fange opp endringer i pasientens tilstand, der det også er angitt når lege skal kontaktes. Det var ellers ikke spor i journalene av føringer for når eller i hvilke situasjoner sengeposten skulle tilkalle spesialist



med relevant fagspesifikk kompetanse. Det fremgår av journaler og intervjuer at sykepleiere i mottakende sengepost innhenter bistand fra moderposten ved behov for veiledning ved gjennomføring av spesielle prosedyrer. Utover ordningen med dedikert koordinerende sykepleier ved medisinsk avdeling er det fra ledelsens side ikke iverksatt overordnede tiltak for å sikre tilgjengelig kompetanse fra moderpost ved plassmangel og behov for kompetanseoverføring. For eksempel er det grunnet omorganisering mange erfarne ansatte som har sluttet ved ortopedisk sengepost 4A. Dette er en av postene hvor det utlokaliseres flest pasienter grunnet plassmangel, og tap av kompetanse bekymrer de ansatte. Begrenset tilgang på erfarent personell er en risiko for pasientsikkerheten.

Det fremgår av intervjuer at ansatte på ortopedisk avdeling føler seg mer som generalister enn spesialister, og at det blant annet er få sykepleiere med spesialkompetanse på ortopediske pasienter. Av årsrapport for kirurgiske senger fremgår at enhet 4A har hatt økt belegg og fått mange nye ansatte, noe som har gjort det krevende å sikre kompetansen. Ledelsen opplyser at sykepleiere som arbeider på 4A får ekstra opplæring/kompetanse på ortopediske problemstillinger og at det gis undervisning ved behov/etterspørsel på fagdager på de andre enhetene. Ledelsen viser til at kompetansen er en telefon unna, og at det er koordinatormøte daglig hvor sykepleiere treffer hverandre på tvers av enheter med anledning til å innhente kunnskap. Opplysninger fra ledelsen om tilgang på ortopedisk kompetanse er her ikke helt i samsvar med erfaringer fra ansatte i pleien. Ut fra opplysninger i intervjuer og årsrapportens henvisning til høyt pasientbelegg og økende belastning på pleiegruppen finner Fylkesmannen det sannsynliggjort at ansatte i perioder med høyt belegg opplever dårlig tilgang på fagspesifikk kompetanse. Det fremgår videre av intervjuer og årsrapport at det er dårlig legebemanning på fagområde gastrokirurgi. Det fremgår av intervjuer at utlokalisererte pasienter i noen tilfeller kan risikere at de ikke får tilsyn fra lege med fagspesifikk kompetanse under opphold i medisinsk avdeling.

Det fremgår at kirurgiske (både ortopediske og gastrokirurgiske) utlokalisererte pasienter ofte er de som sist får visitt, og at det ikke nødvendigvis er pasientens konkrete tilstand og behov som avgjør prioriteringsrekkefølgen. Av intervjuer med pasienter og ansatte samt journalgjennomgang fremgår at noen pasienter ikke får daglig visitt. Helseforetakets avvikssystem fremstår som kjent hos ansatte, som forteller at det meldt flere avvik på manglende legevisitt. Noen poster har oversikt på tavle over inneliggende pasienter hvor moderpost fremgår. Det er i sykehusets elektroniske journalsystem DIPS tilgang til postlister med oversikt over kirurgiske pasienter på post, men flere leger er ukjent med muligheten for å søke opp pasienter etter fagområde/seksjon slik at utlokalisererte kirurgiske pasienter også kommer med. Leger på kirurgisk avdeling opplever at det er vanskelig å holde oversikt over pasienter de har ansvar for som ligger på annen sengepost enn moderposten. Det er ikke etablert sikkerhetsbarrierer som hindrer at pasienter blir glemt. Dersom sykepleierne blir klar over at det ikke er gjennomført visitt, ringer de legene og må innimellom etterlyse dem flere ganger før de kommer.

Overbelegg/utlokalisering har ofte vært tema i klinikkens kvalitetsutvalg, men det er ikke gjennomført konkrete risikoanalyser på området. Flyttelister makuleres fortløpende. Ledelsen opplyser at det er mulig å hente ut registreringer/datauttrekk fra DIPS (rapport D5845 *Aktivitetsrapport belegg-post/seksjon*) som viser hvor mange pasienter som utlokaliseres ved helseforetaket på noen fagfelt (KAR, URO, GYN, ØNH, GASTRO). Denne muligheten var ikke kjent for ansatte på tilsynstidspunktet, og samme mulighet gjelder ikke for ortopediske pasienter. Det meldes få avvik knyttet til utlokalisering, og ledelsen har ikke samlet oversikt over omfanget. Ansatte opplever at det er fokus på beleggsprosent, men mindre fokus på risikoen ved utlokalisering og hvordan dette fungerer i praksis med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet.



4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige helsetjenester. Utlokalisering av pasienter setter særlig store krav til organisering, struktur og samhandling i utførelsen av de ulike oppgavene. Pasienter som er flyttet på grunn av plassmangel skal, i likhet med andre pasienter, sikres forsvarlige tjenester.

Helseforetakets ledelse har hatt overbelegg og utlokalisering som tema i klinikkens kvalitetsutvalg, men uten at det har gitt seg utslag i nødvendig overordnet risikostyring og håndtering av helseforetakets tjenester til utlokaliserte pasienter. Det kompenseres ikke tilstrekkelig for risikoen ved at personell med relevant fagspesifikk kompetanse er tilknyttet og fysisk befinner seg i en annen sengepost.

Helseforetaket viser til at det alltid gjøres en individuell vurdering av om pasienter kan utlokaliseres, men vurderinger og beslutninger er ikke dokumentert. Sykehusets kriterier for utlokalisering er mangelfulle og ikke kjent for alle ansatte, og det er ikke tydeliggjort hvilken kompetanse som trengs for å vurdere og fatte beslutning om pasienter kan utlokaliseres. Mangel på beslutningsstøtte medfører økt behov for at erfarne leger må gjøre slike individuelle vurderinger og fatte beslutninger om eventuell utlokalisering. Tilsynet avdekket at både uerfarne leger og sykepleiere har gjort slike beslutninger på egen hånd, noe som er bekymringsfullt med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet.

For at pasientsikkerheten skal ivaretas, må helseforetaket sørge for at det før utlokalisering er gjort en medisinskfaglig og sykepleiefaglig planlegging som er utført av personell med fagspesifikk kompetanse på pasientens helseproblem. God journaldokumentasjon er viktig for å sikre samhandling på tvers av poster. Ledelsen viser til at sykepleie er et fag der man på sengepost i hovedsak er generalister, mens ansatte i pleien og leger i spesialisering opplever at risikoen for pasientene øker når de flyttes til sengepost uten den samme fagspesifikke kompetansen.

Sykepleiere vil over tid tilegne seg viktig erfaring og fagspesifikk kompetanse innenfor den enkelte sengeposts fagfelt. Eksempler på dette er viktigheten av spesifikke observasjoner, undersøkelser og tiltak slik som tidlig mobilisering, forebygging av fallrisiko og infeksjon hos nyopererte pasienter. Det fremgikk av intervjuer med leger at det som normalt forventes utført av vanlige rutiner på moderpost ikke nødvendigvis utføres på mottakende post, og at dokumentasjon i forbindelse med utlokalisering ikke tar høyde for dette.

Fagspesifikk kompetanse er nødvendig grunnlag for god planlegging, observasjoner og oppfølging av pasienten, inkludert hvilken behandling og hvilke tiltak som må iverksettes, ikke minst der pasienten utlokaliseres. Det vurderes derfor som bekymringsfullt at slik planlegging ofte gjøres av mottakende enhet/sengepost uten at personell fra avleverende enhet/sengepost involveres. Helseforetaket har ikke overordnede føringer for samhandling, informasjonsutveksling og kompetanseoverføring, verken ved planlegging eller videre oppfølging av utlokaliserte pasienter, og heller ikke ved selve overføringen. Fylkesmannen vurderer en slik praksis som høyrisiko da involvert personell kan ha ulik arbeidskultur og ikke nødvendigvis kjenner hverandre så godt. De kan ha ulik innsikt i og forståelse av pasientens helseproblem, og det vil lett kunne oppstå uheldige misforståelser som kan sette pasientsikkerheten i fare. Sykehusets helsepersonell gjør riktignok tilpasninger og improvisasjoner for å håndtere uventede situasjoner, men praksisen fremstår personavhengig og sårbar, og med uønsket stor variasjon.



Utlokalisering ved SSK fremstår som en del av den daglige driften («normalsituasjon») for å håndtere overbelegg, uten at det er iverksatt tilstrekkelig risikoreduserende tiltak for å hindre svikt i pasientbehandlingen. Helseforetaket har ikke sørget for systematisk styring og driver med unødig stor risiko. Resultatet kan bli at utlokaliserte pasienter ikke blir fulgt opp med målrettede og individuelt tilpassede tiltak. Denne risikoen økes ytterligere ved at pasienter og deres pårørende på grunn av mangelfull informasjon vil ha reduserte muligheter for å kunne ivareta sine interesser og medvirke i forløpet. Praksisen avviker så mye fra god praksis at den etter Fylkesmannens vurdering er i strid med kravene til forsvarlige helsetjenester.

5. Fylkesmannens konklusjon

Her presenterer vi konklusjonen av vår undersøkelse, basert på vurderingene i kapittel 4.

Fylkesmannens konklusjon:

Sørlandet sykehus HF Kristiansand har ikke iverksatt tilstrekkelige risikoreduserende tiltak ved utlokalisering av ortopediske, gastrokirurgiske og medisinske pasienter. Helseforetaket sørger ikke for nødvendig samhandling og kompetanseoverføring mellom moderpost og mottakende sengepost, og at pasienter får oppfylt sin rett til nødvendig informasjon i forbindelse med utlokalisering.

Dette er brudd på: spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-11 jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 jf. § 5.

Pasienter risikerer at de ikke blir vurdert og fulgt opp i henhold til deres aktuelle helsetilstand, og at deres mulighet til medvirkning begrenses av mangel på informasjon om at de er på en annen avdeling enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

6. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Fylkesmannen ber med dette om å få oversendt plan for hvordan helseforetaket vil rette lovbrudd som er avdekket. Planen skal inneholde konkret beskrivelse av:

- hvilke tiltak som vil bli iverksatt
- hvordan ledelsen konkret vil følge med på og kontrollere at tiltakene er iverksatt
- helseforetakets egne frister som er fastsatt for å sikre fremdriften i dette arbeidet.

Vi ber om at helseforetaket vurderer om praksis ved sykehusene i Arendal og Flekkefjord tilsier at oppfølgende tiltak også bør iverksettes der. Vi ber om at tilbakemelding på dette og punktene over sendes oss innen 01.11.2019.

God oversikt over plassering og omfang av utlokaliserte pasienter anses som sentralt for å kunne vurdere hvilke risikoreduserende tiltak som er nødvendig å iverksette. Helseforetaket må registrere og følge med på tjenestene til utlokaliserte pasienter, og over de neste tre måneder fra dags dato bes helseforetaket gjennomføre ukentlig kontroll med de indikatorer som fremgår under.



Helseforetaket velger en fast dag i uken ut fra når plassmangel hyppigst forekommer. I perioden fra 18.09.2019 – 18.12.2019 skal det for utlokaliserte pasienter denne ukedagen følges med på om:

- beslutning om utlokalisering er dokumentert og gjort i tråd med interne rutiner
- pasientene, eventuelt pårørende, er informert før utlokalisering
- om sykepleiefaglig og medisinskfaglig planlegging er gjort av/i samarbeid med personell med fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem
- om pasientene har fått sykepleiefaglig og medisinskfaglig oppfølging ihht plan

Når denne tremånedersperioden er over ber Fylkesmannen om å få tilsendt resultatet av kontrollen. Før tilsynet kan avsluttes vil Fylkesmannen vurdere om det er nødvendig å gjennomføre ny egenvurdering for å kontrollere om tiltakene har virket som planlagt.

Med hilsen

Kristin Hagen Aarsland
fung. avdelingsdirektør
Helse- og sosialavdelingen

Hanna H. Nilsen
revisjonsleder
Helse- og sosialavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 10.01.2019.

Forberedende møte med virksomheten ble gjennomført 29.01.2019.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Sørlandet sykehus HF Kristiansand, og innledet med et kort informasjonsmøte 12.06.2019. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 14.06.2019.

Kartlegging ble gjennomført ved helseforetakets sykehus i perioden 31.01.19 – 04.03.2019.

Egenvurdering ved SSA ble gjennomført 26.03.2019. Egenvurdering ved SSK ble gjennomført ved involverte avdelinger i løpet av april 2019.

Det ble i mai måned gjennomført pasientintervjuer med 22 av pasientene som hadde vært utlokalisert ved SSK i gjeldende periode (11 ortopediske pasienter, 10 indremedisinske pasienter og 1 gastrokirurgisk pasient).

Under tilsynsbesøket 12.06.2019 ble gjennomført en befaringsrunde på aktuelle avdelinger/poster ved kirurgisk, ortopedisk og medisinsk avdeling, samt akuttmottak.

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

- Organisasjonskart og oversikt over ansatte
- Årsrapporter for 2018 fra aktuelle avdelinger/seksjoner
- Retningslinjer for journaldokumentasjon, Ortopedisk avdeling
- Faglige og administrative rutiner Ortopedisk avdeling dok.id.II.SOK.OK.2.-2.
- Prosedyre «Smittverntiltak og pasientplassering i Kirurgiske senger SSK» dok.id. II.SOK.KSK.FEL.2.-5.
- Retningslinjer for fordeling av pasienter i kirurgiske senger dok.id. SSK II.SOK.KSK.FEL.2.-7.
- Skjema «Rapport til koordinator etter 12.45-møte Kirurgiske senger SSK dok.id.II.SOK.KSK.FEL.2.-3.
- Mal for flytteliste
- Ansvars- og oppgavebeskrivelse «Koordinerende sykepleier Kirurgiske senger SSK» dok. id. II.SOK.KSK.FEK.2.-11.
- Arbeidsbeskrivelse for koordinerende sykepleier (KS) medisinsk avdeling



- Retningslinje for koordinerende sykepleier på med avd 2C SSK dok.id.SOK.MEK.MEK.2.2.KAR.4-8
- Beskrivelse av plassering av medisinske pasienter som trenger døgnopphold, og ivaretagelse av evt utlokaliserte pasienter.
- Kompetansetrapp for sykepleiere nivå 1 ved SSHF dok.id. I.1.6.3-36
- Kompetansetrapp for sykepleiere nivå 2 ved SSHF dok.id. I.1.6.3-37
- Kompetansetrapp for sykepleiere nivå 3 ved SSHF dok.id. I.1.6.3-42
- Brukerundersøkelse «Trygg utskrivning» 2018
- Statusrapport fra læringsnettverk i Trygg utskrivning med pasienten som likeverdig part datert 15.01.2018

Det ble etter sykehusets egenvurdering gjennomført stikkprøver (21 av 31 journaler):

- 10 ortopediske pasienter
- 10 indremedisinske pasienter
- 1 gastromedisinsk pasient

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

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsum. møte
Nina Mevold	Adm. direktør	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Per Engstrand	Fagdirektør	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nina Iversen	Klinikkdirektør somatikk SSK	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paula Axelsen	Avdelingssjef kirurgisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Øystein Berg	Avdelingssjef ortopedisk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agno Ødegaard	Avdelingssjef kirurgiske senger	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ingjerd Lind	Seksjonsleder medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sigrun Sæther	Koordinerende sykepleier medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Chris Peter Grasaas	Enhetsleder akuttmottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Elise Austegard	Enhetsleder lungeseksjonen 1D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Marianne Jacobsen	Enhetsleder hjerteseksjonen 2C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arve Vesterfjell	Rådgiver klinikkstab somatikk SSK	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mette C. Emanuelsen	Enhetsleder 3A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torhild Haustreis	Enhetsleder 3C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsum. møte
Synnøve Tjelle Kvinlaug	Sykepleier 3A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aleksandra L. Nilsen	Sykepleier 3B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tina Nilsen	Sykepleier 3C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izabela Ladynska	Sykepleier 4A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kristin T. Gladheim	LIS 2 gastrokirurgi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeanette Hamstad	LIS 3 ortopedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frank Lohne	Overlege gastro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stein Håvard Ugland	Overlege ortopedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dina Solbakken	Sykepleier lungeseksjonen 1D	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maren Andersen	Sykepleier 2A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malene Høymyr	Sykepleier hjerteseksjonen 2C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenche Høiby	Sykepleier akuttmtottak	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulf Köpp	Overlege hjerteseksjonen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runar Hamre	Overlege inf. medisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sara Giæver Juul	LIS 2 endo/nefro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helene Løvland	LIS 3 lungemedisin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ole Rysstad	Avdelingsjef medisinsk avdeling	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linda A. S. Johannson	Enhetsleder 4A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- seniorrådgiver Hanna H. Nilsen, Fylkesmannen i Agder, revisjonsleder
- seniorrådgiver Gry Ilje Tveit, Fylkesmannen i Agder, ass. revisjonsleder
- ass. fylkeslege Sara Cecilie W. Solheim, Fylkesmannen i Oslo og Viken, revisor
- rådgiver Astrid Roald, Fylkesmannen i Vestfold og Telemark, revisor
- seniorrådgiver Aud Frøysa Åsprang, Statens helsetilsyn, revisor