



Sykehuset Telemark HF
Postboks 2900 Kjørbekk
3710 SKIEN

Saksbehandler, innvalgstelefon
Astrid Roald, 33372392

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Endelig rapport fra stikkprøvetilsyn - Sykehuset Telemark HF - Akuttmottak - Notodden

Statsforvalteren har gjennomført et stikkprøvetilsyn med Sykehuset Telemark HF (STHF), seksjon felles overvåkning og akuttmottak (FOVA), Notodden. Vi har valgt ut 15 pasienter fra to tilfeldige datoer i februar 2023 og har undersøkt om sykehuset har gitt forsvarlig behandling til akuttinnlagte pasienter ved FOVA.

Tilsynet ble gjennomført som følge av at vi har hatt flere tilsynssaker de senere par år ved STHF, avdeling Notodden. Tilsynssakene omhandlet behandling av medisinske og kirurgiske pasienter tilknyttet hele virksomheten ved Notodden sykehus. Akuttinnlagte pasienter har et bredt spekter av diagnoser. Vi besluttet å gjennomføre tilsyn ved FOVA, da mottak av akutt syke pasienter legger viktige føringer for det videre pasientforløpet i hele sykehuset.

Konklusjon

Statsforvalteren har vurdert at Sykehuset Telemark HF, FOVA, Notodden ikke har fulgt gjeldende krav til forsvarlig pasientbehandling for 3 av 15 pasienter. Journalføringen fulgte ikke gjeldende lovkrav for 1 av 15 pasienter. FOVA fulgte ikke fullt ut egne retningslinjer, prosedyrer og bruk av skåringsverktøy for overvåkning av pasientene. Vi har vurdert at sykehuset ikke sikkert har kunnet dokumentere tid til triage og tid til legetilsyn for akuttinnlagte pasienter, noe vi har vurdert utgjør en mangel på styring og ledelse.

Ledelsen ved sykehuset har ikke hatt sikre og sentrale styringsdata, noe som har påvirket deres mulighet til å kunne planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere pasientbehandlingen, som ledd i deres kvalitetsarbeid.

Vi ber sykehuset om å utarbeide og sende oss en plan med nødvendige tiltak for hvordan den ovennevnte svikten skal kunne rettes opp. Videre ber vi om en rapport med vurdering av om iverksatte tiltak har hatt effekt, se rapportens kapittel 7.



Innhold

Endelig rapport fra stikkprøvetilsyn - Sykehuset Telemark HF - Akuttmottak - Notodden.....	1
1. Tilsynets tema og omfang	2
2. Gjennomføring av tilsynet	2
3. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet	3
4. Beskrivelse av faktagrunnlaget.....	3
5. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag	9
6. Statsforvalterens konklusjon	11
7. Oppfølging av påpekte lovbrudd.....	11

1. Tilsynets tema og omfang

Vi har gjennom tilsynet undersøkt om Sykehuset Telemark HF (STHF), seksjon felles overvåkning og akuttmottak (FOVA), Notodden har gitt forsvarlig pasientbehandling til akuttinnlagte pasienter. Vi fikk oversendt 16 pasientjournaler fra to tilfeldige datoer, en hverdag og en helgedag i februar 2023. Tilsynet ble gjennomført som et stikkprøvetilsyn, som defineres som en undersøkelse av et tilfeldig utvalg eller begrensede funksjoner ved en virksomhet. Vi har ekskludert en pasient fra utvalget, da dette var en dagpasient som fikk behov for akutt hjelp grunnet alvorlig bivirkning av medikasjon.

Vi har fokusert på disse målepunktene

- tid til hastegradsvurdering (triage)
- tid til legeundersøkelse
- adekvat utredning og behandling
- overvåkning
- journalføring

Vår vurdering av pasientbehandlingen for de 15 pasientene følger i eget vedlegg. Hovedfunnene fra denne gjennomgangen gjenfinnes i rapportens kapittel 4.

2. Gjennomføring av tilsynet

- Varsel om stikkprøvetilsyn og innhenting av informasjon ble sendt ut 7. februar 2023
- Informasjon og dokumenter fra sykehuset ble mottatt 13. mars 2023
- Innhenting av journalopplysninger fra to utvalgte datoer ble sendt ut 23. mars 2023
- Pasientliste og journaler fra to utvalgte datoer ble mottatt 31. mars og 11. april 2023
- Etterspurt kompetansekrav til leger som signerer røntgenbeskrivelser og rutiner/prosedyrer for signering og kontrasignering ble mottatt 12. mai 2023
- Tidsplan og spørsmål til møte på FOVA den 31. mai ble sendt 22. mai 2023
- Besøk og journalgjennomgang ved FOVA ble gjennomført 31. mai 2023
- Oversendelse av utkast til rapport til sykehuset for eventuelle kommentarer den 5. juli 2023
- Kommentarer fra sykehuset ble mottatt 1. september 2023



3. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren har etter helsetilsynsloven § 4 myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten. En systemrevisjon er kontroll av om helseforetakets praksis er i samsvar med gjeldende regler i lov og forskrift. Her er en oversikt over de lovkravene som er lagt til grunn for tilsynet.

- helsetilsynsloven § 5
- spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4a
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9
- helsepersonelloven § 16, jf. §§ 39 og 40

Krav til forsvarlighet

Forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven. I tolkningen av hva som er forsvarlig inngår blant annet anerkjent fagkunnskap, faglitteratur, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Krav til ledelse

Sykehuset har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere driften av virksomheten, slik at tjenestene som ytes er basert på systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring. Tjenestene skal være tilrettelagt, slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at pasientene mottar et helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud.

For å kunne sikre forsvarlig mottak, hastegradsvurdering (triage), legeundersøkelse, utredning, behandling og overvåking, er det en forutsetning at myndighetskravene vedrørende ledelse, organisering og styring etterlevs. Dette gjelder også kravene til journalføring, som må sees i sammenheng med forsvarlighetskravet.

4. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Kort om Sykehuset Telemark HF, avdeling Notodden

Nedslagsfelt for sykehuset er kommunene Midt-Telemark, Hjartdal, Seljord, Tokke, Vinje, Tinn, Kviteseid, Fyresdal og Nissedal. I 1. etasje ligger FOVA, mens postoperativ avdeling ligger i 2. etasje og er en del av FOVA.

På Radiologisk avdeling tas ordinære røntgenundersøkelser, samt CT, CT angio og ultralyd. Det tas ikke MR, men det gjennomføres enkle invasive prosedyrer som pleuratapping, ascites tapping og CT veiledet biopsi/drenasje. Radiolog har hjemnevakt etter klokken 18:00. Etter dette tidspunktet tar radiograf, som har døgnvakt, bildene, og de blir beskrevet fra radiolog i Skien. Anestesilege har døgnvakt og går i passiv vakt fra klokken 22:00 hverdag og kl. 18:00 i helg. Laboratoriet har tilstedeværende personell hele døgnet og analyserer de fleste analyser.

I Kirurgisk sengepost i 2. etasje er det hovedsakelig pasienter innen fagområdene gastrokirurgi og ortopedi, men også noen plastikkirurgiske pasienter. Kirurgisk sengepost har 12 senger og 8 senger for dagkirurgi. Dagpasientene blir operert for gastrokirurgiske, ortopediske eller plastikkirurgiske problemstillinger. På Medisinsk sengepost i 3. etasje dekkes alle indremedisinske fagområder, inkludert akutt nevrologi med 22 senger og 4-5 dagpasienter. Dagpasientene får i all hovedsak cellegiftbehandling. Det er avsatt egne senger til slagpasienter og til dialyse.



Kort om FOVA

FOVA er underlagt Akutt- og beredskapsklinikken (ABK), Akuttmedisinsk avdeling. Sykehuset tar imot og behandler pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp ved akutt sykdom eller skade. Det tas vanligvis imot fra 7 til 13 akuttpasienter per døgn. Traumepasienter som fyller kriterier for traumeteam skal tas imot i Akuttmottaket i Skien. AMK-lege kan ut fra informasjon om traumemekanisme likevel beslutte at pasienten skal til Notodden og ikke til Akuttmottaket i Skien. FOVA tar også imot planlagte innleggelser, som ikke er en del av vårt tilsyn. Det er et eget gynekologirrom på Kirurgisk poliklinikk dersom det mistenkes gynekologisk problemstilling, og gynekologiske pasienter skal overføres til STHF, Skien. Notodden sykehus skal ikke behandle pasienter under 15 år.

FOVA har 3 plasser til triage, og triagerom er fullt utstyrt for å kunne ta imot pasienter som trenger akutteam eller har behov for rask narkose. Det er 2 plasser på Akutt-24, dette er pasienter med forventet observasjonsbehov under 24 timer. Det er videre 4 plasser på 3 undersøkelsesrom, og 3 plasser på overvåkingrom, hvorav 1 av rommene er smitterom med sluse. Det er 3 plasser på postoperativ overvåking i 2. etasje på dagtid på hverdager til klokken 19:00. På kveld/natt og helg flyttes postoperativ ned til 1. etasje med 1 sengeplass. FOVA har ansatt sykepleiere, intensivsykepleiere og helsesekretærer, som er underordnet seksjonsleder. Det er de samme sykepleierne som arbeider i mottak som på postoperativ overvåking i 2. etasje. Det er ikke kontinuerlig overvåking av pasienter som legges på telemetri.

Det er en fagsykepleier i 80 % stilling, noe som er organisert som et 2-årig engasjement for å stimulere til økt kompetanse. Fagsykepleier har ansvar for opplæringstiltak slik som medisinsk simulering (SIM-trening), og det er samarbeid med Akuttmottaket i Skien for kompetansedeling. Det er noen utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere, da spesielt intensivsykepleiere, og det er et mål å rekruttere sykepleiere til videreutdanning.

Av videre organisering

- er medisinskfaglig rådgiver for FOVA og anestesileger ansatt i Avdeling for anesthesiologi, ABK. Anestesilegene roterer med arbeid ved STHF, Skien
- pasienter med ortopediske tilstander tas imot og behandles av leger ansatt i Seksjon for ortopedi Notodden, Kirurgisk avdeling B, Kirurgisk klinikk. Ortopediske leger roterer med arbeid ved STHF, Skien
- pasienter med generelle kirurgiske tilstander tas imot og behandles av leger ansatt i Seksjon for gastrokirurgi Skien/Notodden, Kirurgisk avdeling A, Kirurgisk klinikk. Gastrokirurgiske leger roterer ikke med STHF, Skien
- pasienter med indremedisinske tilstander tas imot av leger ansatt i avdeling Medisin Øvre Telemark, Medisinsk klinikk. Denne klinikken har også ansvar for alle leger i spesialisering 1 (LIS1)

Generelt om pasientforløp

STHF benytter journalsystemet DIPS og elektronisk kurve (MetaVision). Det er vaktansvarlig sykepleier som har hovedansvaret for pasientflyt og oversikt over innmeldte og inneliggende pasienter i FOVA. Det er de mest erfarne sykepleierne som dekker denne funksjonen, og det er stilt spesifikke krav til hvilken opplæring de skal ha gjennomgått. De har myndighet til å om dirigere ressurser innen FOVA, flytte pasienter eller hente inn ekstra ressurser ved behov. Helsesekretærer registrerer inn pasienter som selv ankommer FOVA, og de kan avlaste sykepleierne med å ta EKG, måle blodtrykk og puls, samt måle vekt og høyde.



Meldte og inneliggende pasienter i FOVA vises på DIPS Arena skjerm i mottak. I DIPS Arena registreres triage før pasienten ankommer FOVA. Det er som oftest vaktansvarlig sykepleier som registrerer i DIPS Arena tidspunkt for sykepleiers triagering. Pasientene triageres straks de ankommer FOVA, men dette kan forsinkes ved samtidighetskonflikter. Legene triagerer ikke, og legene skal selv legge inn tidspunkt for legetilsyn i DIPS Arena. Sykepleier fører triage resultatet inn i MetaVision. Pasienter med rød/oransje triage følges med vitale parametre på skopovervåkning, og vitalparametre høstes automatisk til MetaVision. Det er ikke rutine for å retriagere pasientene.

Sykehuset benytter National Early Warning Score (NEWS) som verktøy for å sikre tidlig varsling av forverring av pasientens tilstand. Glasgow Coma Scale (GCS) benyttes for å kartlegge grad av våkenhet hos pasientene. Visuell Analog Skala (VAS) skår benyttes til å vurdere grad av smerter hos pasientene. NEWS, GSC og VAS-skår skal føres i MetaVision. qSOFA skal utføres på pasienter der det er mistanke om infeksjon, og skår skal føres i MetaVision.

I tilknytning til vaktrommet er det et kontorfellesskap, der sykepleiere, LIS1 og LIS2 arbeider. Overlegene har eget dokumentasjonsrom i nærheten av overvåkningsrommene. Alle legene har felles kontorer i 2. etasje.

Medisin øvre Telemark

Pasientene blir tatt imot som hovedregel av LIS1, eventuelt LIS2 dersom LIS1 ikke er tilstede som skriver innkomstjournal. Sykehuset har en målsetting om at mer erfaren lege skal se pasienten innen 10 minutter etter ankomst. LIS1 får veiledning på journalskriving av tilstedeværende LIS2 i FOVA. Det er opp til LIS1 å vurdere om det er behov for å konferere med LIS2 eller overlege. Det skal være lav terskel for konferering med mer erfaren lege. Sykehuset har den senere tid, grunnet rekrutteringsvansker og permisjoner, sett seg nødt til å dekke opp noen medisinsk LIS2 nattevakter med to LIS1 i stedet på enkelte netter. Overlege er i hjemmevakt etter kl. 20:00. Ved sykehuset arbeider det to LIS1-ventere, som har hatt følgevakter med LIS2 eller overlege før de går egne vakter, men de arbeider ikke på natt. Der er tredelt vaktskikt for legene. Det er 9 LIS2 stillinger som tilsier at det hele døgnet skal være en LIS2 lege til stede i mottak. Med bakgrunn i vakanser og foreldrepermisjon vil det grunnet permisjon kun være 4 LIS2 fra juni.

Kirurgisk avdeling

Pasientene blir tatt imot av LIS1, som skriver journal og planlegger utredning. Det er opp til LIS1 å vurdere om det er behov for å konferere med LIS2 eller overlege. LIS1 kan rådføre seg med LIS2 som er noe i FOVA, men LIS2 har også ansvar for vakttelefonen, arbeid på post, poliklinikk, operasjon, tilsyn og visittgang. Vaktlinjen for LIS2 ble iverksatt høsten 2022 for å styrke tilstedeværelsen av mer erfaren lege. Gastrokirurgisk overlege og LIS2 er til stede til kl. 20:00, og de har plikt til å komme til sykehuset innen 30 minutter. Ortoped i hjemmevakt sover på sykehusområdet og vil ved tilkalling være svært raskt tilstede. LIS1 får veiledning på journalene de har skrevet i etterkant, og overlegene godkjenner LIS1 sine epikriser.

Det ble i løpet av et år meldt totalt sett 39 avvik fra Medisinsk klinikk og FOVA. Fra Kirurgisk klinikk ble det meldt 4 avvik. De fleste av avvikene var ferdigbehandlet og lukket. Temaene som gikk igjen var legemiddelavvik, samtidighetskonflikter, ikke fulgt prosedyre mottak hjerneslagpasient og mottak av traumepasient i strid med prosedyre.

Forventninger til journalføring

Sykehuset forventer ikke at LIS1 skal journalføre tema for konferering, men de skal føre hvem de har konferert med. Begrunnelse for valg av antibiotika er en ganske ny del i journalmalen for sykehuset, og det forventes argumentasjon for valget ved avvik fra nasjonal faglig retningslinje *antibiotika i*



sykehus. De fleste pasientene ligger 2-3 timer i FOVA, men det er pasienter som unntaksvis ligger inntil 6-8 timer. Dersom liggetiden er lang, skal sykepleiere skrive overflyttingsnotat i journal før overføring til sengepost.

Akutteam

I FOVA er det to medisinske akutteam (MAT1 og MAT2), samt et kirurgisk akutteam. Det er kriterier for når akutteamene skal utkalles, og vaktansvarlig sykepleier kan kalle inn akutteam. Det siste året er det arbeidet mye med opplæring i hvordan akutteamene skal fungere.

For pasienter med mistenkt hjerneslag er det et eget slagteam som skal bestå av LIS2, LIS1, radiolog og laboratoriepersonale, og LIS2 er teamleder. Overlegene kan telefonisk ut fra opplysninger om funn og klinikk godkjenne at metalyse behandling skal gis. Ved tvil skal nevrolog ved STHF, avdeling Skien rådspørres. Notodden sykehus har ikke egen nevrolog, men overlege i nefrologi har et særskilt ansvar for pasientgruppen og forløpet ved sykehuset. Når det er to LIS1 i vakt i stedet for LIS2, er en LIS1 utnevnt til å være teamleder. Før de inngår i slagteam, får de undervisning i hvordan pasienter med hjerneslag skal mottas.

Ledelsens styring

Sykehuset følger månedlig med på sentrale styringsdata slik som tid til triage og tid til legeundersøkelse. Notodden sykehus samarbeider med STHF, Skien med opplæring og undervisning av helsepersonellet ved sykehuset, og opplæringen skjer blant annet i digitale møter. Fagsykepleier underviser helsepersonell i prosedyrer og ved simuleringsøvelser. Sykehuset tilrettelegger undervisning for LIS1 og LIS2 som følger nasjonale krav. Avdelingsleder medisin øvre Telemark har overordnet ansvar for legene ved Medisinsk avdeling og gjennomfører ukentlige separate møter med medisinsk og kirurgisk LIS1, medisinsk LIS2 og medisinske overleger. Overordnet ansvar for kirurgiske LIS2 og kirurgiske overleger ligger hos Kirurgisk avdeling A (gastro) og Kirurgisk avdeling B (ortopedi).

Triagering med RETTS

Prosedyre ID 12842 «RETTS, triagesystemet i akuttmottak ved STHF». Triagesystemet RETTS er inndelt i hastegrad etter fem nivåer der rød har høyest alvorlighetsgrad. Blå prioriteringsgruppe benyttes ikke. Det er to algoritmesystemer i RETTS, ett for vitale parametre og ett for kontaktårsak. Den algoritmen som gir høyeste prioritet gir den endelige prioriteten. Prioritetene som fremgår av prosedyren, er her illustrert i tabell av Statsforvalteren:

Triagesystem RETTS fire nivåer og prioriteringsgrupper			
Rød	Oransje	Gul	Grønn
Direkte livstruende	Potensielt livstruende	Ikke livstruende	
«Akuttbehandling umiddelbart»		Behov for akuttbehandling innen rimelig tid, «kan vente» er imidlertid kun basert på at pasienten kan vente uten åpenbar medisinsk risiko	
Full monitorering/kontinuerlig overvåking av vitalparametre		Pasienter med gul eller grønn prioritet retriageres med vitale parametre etter 60 minutter, og etter 30 minutter ved påvirkede vitalparametre på gul prioritet.	

Det fremkommer av RETTS at pasienter med høyest triage kontinuerlig skal overvåkes med vitalparametre, men det fremkommer ikke når de eventuelt skal retriageres.



I Akutt- og beredskapsklinikkenes operative plan for 2023 fremkommer en målsetning om at pasienter med rød og oransje triage skal vurderes av erfaren lege og sykepleier umiddelbart. Denne målsetningen har vi ikke funnet i annen oversendt dokumentasjon.

Akuttmottak	Rød/Orange	Gul/Grønn
Tid til erfaren lege	Umiddelbart	Maks 30min
Tid til sykepleier	Umiddelbart	Maks 10 min
Oppholdstid	90% under 2 timer	100% under 3 timer

Andre aktuelle prosedyrer og retningslinjer

- retningslinje ID 10923 «Innskriving ø-hjelps pasienter». Sykepleiere bruker RETTS for triagering og NEWS skår for å ha et utgangspunkt for pasientens vitale parametre
- prosedyre ID 8791 «NEWS – Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand ved Sykehuset Telemark». National Early Warning Score (NEWS) er et hjelpemiddel for å kunne systematisere observasjoner av vitale parametre, sikre tidlig varsling av forverring og iverksetting av tiltak. Ved forverring hos pasienten, eller i situasjoner hvor man er usikker på hvordan pasientens tilstand utvikler seg, skal det tas ny NEWS. Det er alltid siste NEWS som avgjør når pasienten skal skåres igjen og at lege må varsles
- prosedyre ID 12086 «Sepsis» benyttes for å tidlig kunne oppdage pasienter med mistenkt sepsis. qSOFA benyttes som skåringsverktøy for risikovurdering av pasienter med mistenkt sepsis. Ved mistanke om sepsis skal sykepleier skåre qSOFA innen 10 minutter etter ankomst. Antibiotika skal gis innen 60 min
- retningslinje ID 8537 «Mottak av pasienter med hjerneslag ved STHF». I denne beskrives symptomer og trombolysbehandling
- retningslinje ID 13561 «Akuttkjeden - Akutt hjerneslag - (FAST)» inneholder flytskjema for håndtering av pasienten på vei inn til i sykehuset og i akuttmottak
- i stillingsbeskrivelse for radiologer (vedlegg til ID 14385) fremgår det at overlegene kan godkjenne egne radiologiske beskrivelser, men LIS 2/3 sine radiologiske beskrivelser krever kontrasingnering av overlege

Funn i tilsynet for de 15 pasientene

Vurderingen av pasientbehandlingen for de 15 pasientene følger i eget vedlegg. Her følger en samlet oppsummering av våre funn tilknyttet revisjonskriteriene.

Tid til triage og tid til legeundersøkelse

Vi har hatt store utfordringer med å kunne finne sikker informasjon for når pasientene ble triagert og når pasientene ble undersøkt av lege. For å illustrere dette har vi derfor lagt inn 2 understående eksempler på oversendt informasjon fra sykehuset. Videre fra våre funn:

- sykehuset kunne ikke sikkert dokumentere tid til triage og tid til legeundersøkelse
- pasientene ble ikke retriagert
- 1 av pasientene ble ikke triagert
- tidspunkt for triage og tid til legeundersøkelse kunne i DIPS Arena være oppgitt lenge etter at vitale målinger og at lege hadde rekvirert undersøkelser
- for mange av pasientene fant vi ulike triagetidspunkter i DIPS Arena og MetaVision, og for to pasienter var det store avvik (pasient 9 og 10)
- for 4 pasienter ble triage registrert i DIPS Arena, men ikke i MetaVision som rutinen tilsier (pasient 4, 13, 14 og 17)



- angitt tidspunkt for status presens i innkomstjournal kunne være lenge før ankomst, samme tidspunkt eller lenge etter ankomst. Tidspunkt for status presens ble ikke angitt systematisk
- det var ikke angitt tid til legeundersøkelse for 3 pasienter i DIPS Arena (2, 12 og 13)
- ankomsttidspunkt ble registrert i DIPS Arena, disse tidspunktene stemte ikke fullt overens med innleggelsestidspunkt i MetaVision. I MetaVision ble det registrert flere tidspunkt for «innlagt pasient», sannsynligvis ble første tidspunkt registrert ved melding om pasient på vei inn til sykehuset

To eksempler på oversendt informasjon fra sykehuset, tid til triage og tid til legeundersøkelse:

Pasient 14	DIPS Arena	MetaVision	Innkomstjournal
Ankomsttidspunkt	Kl. 02:20	Innlagt kl. 02:13 og kl. 02:21	
Farge triage	oransje	Ikke registrert	
Tid til første triage	33 min		
Tid til legeundersøkelse	34 min		Status presens kl. 02:19

Pasient 17	DIPS Arena	MetaVision	Innkomstjournal
Ankomsttidspunkt	Kl. 22:07	Innlagt kl. 21:13 og kl. 22:07	
Farge triage	Rød	Ikke registrert	
Tid til første triage	58 min		
Tid til legeundersøkelse	300 min		Status presens kl. 21:13

Adekvat utredning, behandling og overvåkning

Vi har valgt å se utredning, behandling og overvåkning under ett, da oppholdstiden for pasientene i FOVA var relativt kort. Vi har funnet at:

- 12 av de 15 pasientene fikk forsvarlig behandling
- 3 av 15 pasienter fikk ikke forsvarlig behandling (pasient 4, 6 og 7)
- pasientene ble kontinuerlig overvåket med vitale parametre
- qSOFA ble ikke skåret på en pasient der det var mistanke om infeksjon (pasient 6)
- det ble ikke utført nevrologisk undersøkelse på en pasient med symptomer på hjerneslag (pasient 7)
- NEWS ble ikke tatt på 2 pasienter (pasient 14 og 17)
- NEWS prosedyren ble ikke fulgt for 5 av 15 pasienter (pasient 4, 5, 6, 7, 9)
- for 3 pasienter med høy NEWS skår kunne vi ikke se at tiltak ble iverksatt etter prosedyre (pasient 4, 6 og 7)
- GCS skår ble ført i MetaVision i oppstarten av pasientbehandlingen, men også noen ganger i journal uten tidsangivelse. GCS ble ikke gjentatt for pasienter det ville vært relevant for
- VAS skår ble ikke ført i MetaVision som rutinen tilsier, men for noen pasienter ble det ført uten tidsangivelse i journal. Det ble ikke ført systematisk VAS før og etter at smertelindrende legemiddelbehandling var gitt

Journalføring

Alle innkomstjournalene var skrevet av LIS1. Vi har funnet at journalføringen i FOVA hovedsakelig fulgte god praksis. For en av pasientene fant vi at journalføringen ikke fulgte gjeldende lovkrav (pasient 4).



5. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Vi har lagt spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om krav til ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten til grunn for tilsynet. I tillegg til at virksomhetene må sørge for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter, må virksomheten følge med på om tjenestene er forsvarlige og i tråd med gjeldende lover.

Statsforvalteren har vurdert at sykehuset ikke fulgte gjeldende krav til forsvarlig pasientbehandling for 3 av 15 pasienter. Journalføringen fulgte ikke gjeldende lovkrav for en pasient. Fordi tid til triagering og tid til legetilsyn ikke sikkert kunne dokumenteres, har vi vurdert at sykehuset ikke har hatt tilstrekkelig styring og ledelse, og sykehuset fulgte ikke fullt ut egne retningslinjer og prosedyrer for overvåking av pasientene.

Forsvarlige pasientforløp for de 15 pasientene

Tid til triage og tid til legeundersøkelse

Ved gjennomgang av data og journaler kunne det se ut til at pasientene ble raskt triagert og legeundersøkt. Det har imidlertid ikke vært mulig for tilsynsmyndighetene ut fra hvordan sykehuset har registrert sine data å sikkert kunne dokumentere tid til triage eller legeundersøkelse.

På grunn at data for tid til triage og tid til legeundersøkelse ikke var sikre, kunne ikke sykehuset sikkert dokumentere at de alvorligst syke pasientene (rød og oransje triage) ble raskt vurdert. Sykehuset hadde ingen praksis for å retriagere pasientene, noe som kan ha som konsekvens at en eventuell forverring av sykdomstilstanden ikke fanges opp, noe som igjen kan gi prognosetap.

Den manglende systematikken med å registrere triageverdi i MetaVision vil gi helsepersonellet dårligere oversikt over de inneliggende pasientene og deres behov for overvåking.

Ikke kvalitetssikrede data for tid til triage og tid til legeundersøkelse ga ikke ledelsen gode styringsverktøy for å følge med på viktige parametre i pasientbehandlingen. Dette ga ledelsen et mangelfullt grunnlag til å kunne følge med på og iverksette forbedringstiltak.

Adekvat utredning, behandling og overvåking

Vi har vurdert at hovedvekten av pasientene fikk forsvarlig behandling. Alle pasientene med alvorlige tilstander, ble kontinuerlig overvåket med vitale parametre.

Vi har vurdert at 3 av 15 pasienter fikk uforsvarlig behandling. For pasientene vi har vurdert ikke fikk forsvarlig behandling, fikk en pasient ikke iverksatt utredning av mistenkt kreftsykdom. En annen pasient med alvorlig infeksjonstilstand ble ikke skåret med qSOFA, og NEWS skår ble ikke gjentatt som prosedyren tilsier. En tredje pasient med mulig hjerneslagsymtomer ble ikke undersøkt nevrologisk, antibiotikabehandling for infeksjonstilstand ble forsinket, og NEWS skår ble ikke gjentatt som prosedyren tilsier.

Ved FOVA ble pasientene tatt imot av LIS1, og fordi at de har liten erfaring har de behov for veiledning. Medisinsk LIS2 har tilstedeværelse i mottak, mens kirurgisk LIS2 har mange oppgaver med mindre tilstedeværelse i mottak. Over halvparten av LIS2 stillinger på medisin er ubesatt, noe som reduserer muligheten for å kunne gi LIS1 og LIS1-ventere tett veiledning. Det fremkommer imidlertid av operativ plan en målsetning om umiddelbar vurdering av erfaren lege for både medisinske og kirurgiske pasienter, noe som blir utfordret med nåværende situasjon med vakanser



for LIS2 på medisin. Ressurssituasjonen ved sykehuset tilsier at det kan være utfordrende at høyt triagerte pasientene skal få raskt tilsyn av erfaren lege og at LIS1 og LIS1-ventere kan få tilstrekkelig veiledning og støtte.

Vi kunne ikke se at retningslinje «Innskriving av ø-hjelps pasienter» ble fulgt systematisk ved FOVA, da NEWS ikke ble tatt på alle pasientene. NEWS ble ikke tatt systematisk i starten av oppholdet. Ved høye NEWS skår kunne vi ikke se at tiltak ble iverksatt, som umiddelbar vurdering av lege, utarbeiding av behandlingsplan og fastsetting av nye måleintervall. Avdelingen hadde en praksis for å måle NEWS skår som en forberedelse før overføring til post. NEWS ble ikke brukt systematisk som et verktøy i overvåkning av pasienten etter prosedyre. Til tross for at pasientene ble overvåket med vitale parametre, kan mangelfull bruk av NEWS som skåringsverktøy føre til at en eventuell forverring i pasientenes helsetilstand ikke blir fanget opp eller at tiltak blir forsinket med mulig prognosetap.

Det ble tatt GCS skår, men det var mangelfull oppfølging med nye skåringer for å følge utviklingen i sykdomsbildet.

VAS skår for vurdering av pasientens smertebilde ble ikke benyttet systematisk og ble ikke ført i MetaVision, noe som bidrar til dårligere oversikt over utviklingen i pasientenes helsetilstand. Andre skåringsverktøy som NEWS fanger ikke opp utviklingen i smertebildet.

STHF har en prosedyre som tilsier at radiologiske beskrivelser kan signeres og kontrasteres av spesialist i radiologi. Det at røntgenbilder kun vurderes av en spesialist, kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko.

Journalføring

Det er mange krav til journalens innhold i lov og forskrift. Journalen skal blant annet inneholde opplysninger om kontraktårsak, undersøkelse, funn, kliniske vurderinger, diagnostiske overveielser og plan for videre behandling. Vi har i all hovedsak vurdert at sykehusets journalføring fulgte gjeldende lovkrav, men vi fant brudd på journalføringen for en pasient.

Virksomhetsansvaret

FOVA mottar pasienter med sykdom og skade med en bred variasjon av sykdomstilstander. Rask undersøkelse, diagnostisering og iverksettelse av tiltak vil være avgjørende for tidlig oppdagelse av alvorlig sykdomstilstand og ved en eventuell forverring av denne. En forutsetning for at helsepersonellet kan løse sine oppgaver, er at sykehuset sørger for hensiktsmessig organisering med tilstrekkelig bemanning og kompetanse, og at de legger til rette for at rett vurderingskompetanse er tilgjengelig og blir kontaktet. Sykehuset skal tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. FOVA tar imot relativt få akutte pasienter per døgn, de har kort liggetid i mottak, noe som vil bidra til at det er lettere å ha god oversikt over pasientene. Vi fant at de fleste pasientene fikk forsvarlig behandling, og at journalføringen i all hovedsak fulgte gjeldende lovkrav.

Sykehuset hadde ikke sikre data for å kunne dokumentere viktige styringsparametre for pasientbehandlingen, som tid til triage og tid til legetilsyn.

Sykehuset har utfordringer med rekruttering av erfarne leger (LIS2), noe som vil øke risikoen for at alvorlige tilstander ikke blir fanget opp, eller det kan føre til forsinkelse i behandling. Rekrutteringsvanskene og praksisen med at to LIS1 erstatter noen LIS2 vakter på natt, samt at LIS1 ventere går vakter, vil utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. Det er mindre utfordringer med



sykepleiedekning ved sykehuset, noe som kan bidra med erfaring og stabilitet. Sykehuset har iverksatt tiltak for å bedre rekrutteringen av leger, og de følger legene tett opp i møter, men tiltakene vil ikke fullt kunne kompensere for manglende medisinsk erfaring og kompetanse.

Avdelingen hadde god praksis med at pasientene ble overvåket med vitale parametre, men avdelingen hadde mangelfull rutine for retriagering og oppfølging av NEWS skår, noe som kunne bidra til at det kunne ta lengre tid å oppdage eventuell forverring av alvorlige tilstander.

Melding av avvik

Det ble generelt meldt få avvik ved STHF, avdeling Notodden. De fleste avvikene ble meldt fra Medisinsk klinikk og FOVA. Det er positivt at de fleste avvikene i Medisinsk klinikk fortløpende var behandlet av ledelsen. Kirurgisk klinikk hadde meldt påfallende få avvik, noe som kan tyde på manglende meldekultur. En god meldekultur er en forutsetning for forbedringsarbeid, og avviksbehandling er svært viktig for læring og pasientsikkerhet.

6. Statsforvalterens konklusjon

Statsforvalteren har vurdert at Sykehuset Telemark HF, FOVA, Notodden ikke har fulgt gjeldende krav til forsvarlig pasientbehandling for 3 av 15 pasienter. Journalføringen fulgte ikke gjeldende lovkrav for 1 av 15 pasienter. FOVA fulgte ikke fullt ut egne retningslinjer, prosedyrer og bruk av skåringsverktøy for overvåkning av pasientene. Vi har vurdert at sykehuset ikke sikkert har kunnet dokumentere tid til triage og tid til legetilsyn for akuttinnlagte pasienter, noe vi har vurdert utgjør en mangel på styring og ledelse.

Ledelsen ved sykehuset har ikke hatt sikre og sentrale styringsdata, noe som har påvirket deres mulighet til å kunne planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere pasientbehandlingen, som ledd i deres kvalitetsarbeid.

Dette er brudd på

- kravet til forsvarlig behandling for 3 av 15 pasienter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
- brudd på plikten til å journalføre og krav til journalens innhold for 1 av 15 pasienter, jf. helsepersonelloven § 16, jf. §§ 39 og 40
- kravet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Sykehuset Telemark HF har ikke sikkert kunnet dokumentere sentrale styringsdata, noe som har kunnet medføre en risiko for at akuttinnlagte pasienter ikke har fått forsvarlig behandling.

7. Oppfølging av påpekte lovbrudd

Statsforvalteren har konkludert med at sykehuset ikke har sikret at de har kvalitetssikrede styringsdata som er nødvendig for å kunne evaluere og korrigere pasientbehandlingen ved FOVA. Videre har vi konkludert med at sykehuset ikke har sikret at egne retningslinjer og prosedyrer for bruk av skåringsverktøy for overvåking av pasientene ble fulgt.

Vi ber sykehuset om å utarbeide en **plan** med nødvendige tiltak for hvordan den ovennevnte svikten skal kunne rettes opp. Planen bør inneholde følgende:

- konkrete mål for hvordan lovbruddet skal rettes



- forbedringstiltak som skal gjennomføres med ansvars plassering
- frister for iverksetting og evaluering av om tiltakene har virket som planlagt
- beskrivelse av hvordan ledelsen vil følge med på og sikre at tiltakene blir iverksatt og gjennomført
- beskrivelse av hvordan ledelsen vil følge med på at tiltakene har virket som planlagt

Videre ber vi sykehuset gjøre en gjennomgang og evaluering av om tiltakene har hatt effekt ved å selv gjennomgå egne journaldata for 10 pasienter og utarbeide en **rapport** basert på denne. Vi ber om at planen og rapporten sendes Statsforvalteren **innen 15. januar 2024**.

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Astrid Roald
revisjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

- 1 Internt notat - pasientvurderinger - stikkprøvetilsyn - Sykehuset Telemark HF - FOVA - Notodden

Kopi til:

Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen

0213

OSLO