



Styresak 065-2023

Lukking av tilsyn - Radiologisk avdeling - Lofoten og Vesterålen

Saksbehandler: Ann Kristin Lindgaard

Dato dok: 13.06.2023

Møtedato: 21.06.2023

Vår ref: 2022/4911

Vedlegg (t): Rapport fra tilsyn med Nordlandssykehuset HFs organisering og gjennomføring av beskrivelse av CT-undersøkelser med høy hastegrad ved enhetene i Lofoten og Vesterålen, 24.04.2023

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør om å følge opp forbedringsforslagene fra rapporten.

Bakgrunn

Statsforvalteren gjennomførte i perioden desember 2022-januar 2023 et tilsyn i Nordlandssykehuset HF for å undersøke hvorvidt Nordlandssykehuset HF sørger for at beskrivelser av CT – undersøkelser med høy hastegrad ved enhetene Lofoten og Vesterålen blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført etter at Statsforvalteren hadde mottatt informasjon om varsel fra Nordlandssykehuset til Statens helsetilsyn om fem alvorlige pasienthendelser der CT – beskrivelsene ikke avdekket viktig patologi, og medførte forsinket behandling for pasientene.

Tilsynet var avgrenset til å gjelde beskrivelse av akutte CT – undersøkelser og ikke rettet mot andre modaliteter, generell arbeidsflyt ved Bildediagnostisk avdeling eller hvordan virksomheten sikrer beskrivelse av elektive undersøkelser.

Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon hvor dokumentgjennomgang og intervju av involvert personell og deres ledere har vært sentral. Tilsynsbesøket fant sted sykehuset i Bodø i perioden 19.12.22 -13.01.23

I denne saken fremlegges tilbakemeldingene fra Statsforvalteren etter gjennomført tilsyn.

Direktørens vurdering:

Direktøren er fornøyd med at Statsforvalteren har lukket saken.

Statsforvalterens konklusjon

For den delen av den radiologiske virksomheten som gjelder CT-undersøkelser med høy hastegrad utført ved lokalitetene i Lofoten og Vesterålen så har Nordlandssykehuset HF et system som sikrer at undersøkelsene blir beskrevet av kompetent personell og gjennomgått på en måte som reduserer risiko for feil.

Nærmere om tilsynet

Under tilsynet har Statsforvalteren undersøkt følgende momenter:

- Hvordan CT – undersøkelser med akutt hastegrad gjennomført ved enhet Lofoten og enhet Vesterålen ved Nordlandssykehuset HF beskrives.
- Hvordan virksomheten arbeider for å kvalitetssikre at beskrivelser av CT – undersøkelser med akutt hastegrad har tilfredsstillende kvalitet.
- Hvordan virksomheten følger opp avvik.

Beskrivelse og signering av bilder

Statsforvalteren vurderer at Nordlandssykehusets system for å beskrive og kvalitetssikre beskrivelser av CT – undersøkelser med akutt hastegrad er forsvarlig.

Nordlandssykehuset har gjort/gjør gjennomganger av alvorlige hendelser. Statsforvalteren har etter vurdering av disse ikke funnet grunnlag for å anta systemiske feil som kan påvirke beskrivelsen av CT – undersøkelser med akutt hastegrad.

De beskrevne forløpene fremstår som enkelt hendelser hvor en sum av flere faktorer har spilt inn.

Avvikshåndtering og kvalitetsforbedring

Virksomheten har et system og en prosedyre for avvikshåndtering. I intervjuene ble det likevel avdekket at avvik ikke meldes av den enkelte, men i noen grad blir videreformidlet til medisinskfaglig rådgiver som igangsetter skriftlig saksbehandling.

Avvik håndteres også muntlig ved at den enkelte kliniker tar feil opp med kollega slik at denne får anledning til å rette opp.

Risikoen ved en slik praksis er at virksomheten kan tape viktig informasjon om tendenser i feil, og kan slik miste muligheten til å avdekke behov for å iverksette tiltak på systemnivå. Statsforvalteren vurderer dette som en mangel ved virksomhetens kvalitetsarbeid.

Ved gjennomgang av sykehusets avviksbehandling, fremgår det at de registrerte avvikene i klinikken gjennomgås systematisk. Når sykehuset sender varsel om alvorlig hendelse til Statens helsetilsyn, foretas det hendelsesgjennomganger. I KVAM-møter på sykehuset behandles også avvik som anses å ha høy risiko, gjentakende hendelser, alvorlige pasienthendelser, NPE-saker og tilsynssaker.

Statsforvalteren vurderer derfor at sykehuset i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring gjennomgår avvik og uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Andre funn

Under tilsyn fremkom det opplysninger ved andre deler av virksomheten ved Bildediagnostisk avdeling som har medført at Statsforvalteren har følge opp disse opplysningene i et eget saksforhold.

Virksomheten følger opp meldte avvik, og har gjennomført hendelsesgjennomganger for alvorlige pasienthendelser som er meldt som 3-3a meldinger til Statens helsetilsyn.

Beskrivelse av Bildediagnostisk avdeling

Bilediagnostisk avdeling er organisert i fem enheter, hvor de radiologiske enhetene ligger i tre lokalisasjoner; Bodø, Vesterålen og Lofoten.

Avdelingen ligger under Diagnostisk klinikk. Radiologer med sitt virke ved Bilediagnostisk avdeling er ansatt i egen seksjon underlagt Diagnostisk klinikk og ledet av seksjonssjef og dermed egen styringslinje. Klinikken har egen kvalitetsleder.

Radiologi stab

Seksjonen har totalt 25 stillinger fordelt på 16 overleger og 9 leger i spesialisering (LiS). Seksjonen har per nå 10 overleger i full stilling, hvor 9 er knyttet til enheten i Bodø og en til Vesterålen. Av 10 LiS-stillinger er 9 organisert under enheten i Bodø og en i Lofoten. Leger i Lofoten og Vesterålen deltar ikke i vaktarbeid.

I tillegg har avdelingen 3 deltidsansatte og 6 fjerngranskere i mindre stillingsprosjenter. Avdelingen har oppgitt at de som følge av mangel på radiologer har benyttet seg av eksterne firma for beskrivelse av undersøkelser; ved Unilabs.

Vaktberedskap

Stedlig LiS i Bodø ivaretar radiologisk beredskap for Lofoten, Vesterålen og Bodø på vakt. I tillegg har LiS i Bodø vaktansvar ved Helgelandssykehuset HF fra klokka 20.00 på ukedager og klokka 18.00 i helg.



Nordlandssykehuset HF
Diagnostisk klinikk
8092 BODØ

Saksbehandler, innvalgstelefon
Gro Aandahl-Sørgård

Rapport fra tilsyn med Nordlandssykehuset HFs organisering og gjennomføring av beskrivelse av CT-undersøkelser med høy hastegrad ved enhetene Lofoten og Vesterålen

Statsforvalteren gjennomførte tilsyn med Nordlandssykehuset HF og besøkte i den forbindelse radiologisk avdeling fra 19.12.2022 til 21.12.2022 og fra 11.01.2023 til 13.01.2023. Vi undersøkte om Nordlandssykehuset HF sørger for at beskrivelser av CT-undersøkelser med høy hastegrad ved enhetene Lofoten og Vesterålen blir utført i samsvar med aktuelle lovkrav slik at pasientene får trygge og gode tjenester.

Tilsynet ble gjennomført etter at Statsforvalteren hadde mottatt informasjon om varsel fra Nordlandssykehuset til Statens helsetilsyn, om fem enkelthendelser der CT-beskrivelser ikke avdekket viktig patologi, og medførte forsinket behandling for pasientene.

Ut ifra innholdet i varselet fant Statsforvalteren grunn til å undersøke hvordan Nordlandssykehuset arbeider for å kvalitetssikre beskrivelser av CT-undersøkelser med høy hastegrad. Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon.

Statsforvalterens konklusjon:

For den delen av den radiologiske virksomheten som gjelder CT-undersøkelser med høy hastegrad utført ved lokalitetene i Lofoten og Vesterålen så har Nordlandssykehuset HF et system som sikrer at undersøkelsene blir beskrevet av kompetent personell og gjennomgått på en måte som reduserer risiko for feil.

Virksomheten følger opp meldte avvik, og har gjort hendelsesgjennomganger av varselssaker til Helsetilsynet.

Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Tilsynet er derfor avsluttet.



Innhold

| | |
|--|----|
| Rapport fra tilsyn med Nordlandssykehuset HFs organisering og gjennomføring av beskrivelse av CT-undersøkelser med høy hastegrad ved enhetene Lofoten og Vesterålen | 1 |
| 1. Tilsynets tema og omfang | 2 |
| Under tilsynet har Statsforvalteren undersøkt: | 2 |
| • Hvordan CT-bilder med høy hastegrad tatt ved enhet Lofoten og enhet Vesterålen ved Nordlandssykehuset HF beskrives. | 2 |
| • Hvordan virksomheten arbeider for å kvalitetssikre at beskrivelser av CT-undersøkelser med høy hastegrad er så gode som mulig..... | 2 |
| • Hvordan virksomheten følger opp avvik..... | 2 |
| I dette tilsynet er kravet til forsvarlig virksomhet og retten til nødvendig helsehjelp sentralt. Dette inkluderer krav til ledelse og kvalitetsforbedring ved systematisk styring. Statsforvalteren skal i dette tilsynet ikke vurdere hvordan det enkelte helsepersonell ivaretar sine oppgaver i henhold til helsepersonelloven. | 3 |
| 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet..... | 3 |
| 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget..... | 4 |
| 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag..... | 8 |
| 5. Statsforvalterens konklusjon | 9 |
| Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet | 11 |

1. Tilsynets tema og omfang

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

Bakgrunn for tilsynet er 5 varsler om alvorlige pasienthendelser til Helsetilsynet i 2022. Hendelsene ble meldt fra samarbeidende klinikk og var knyttet til feiltolkinger av CT-undersøkelser tatt ved enhetene Lofoten og Vesterålen i Nordlandssykehuset HF.

Tilsynet er innrettet mot hvordan virksomheten sikrer at CT-bilder med høy hastegrad ved radiologiske enheter ved Lofoten og Vesterålen blir forsvarlig vurdert og beskrevet.

Gode beskrivelser av radiologiske undersøkelser er i mange pasientforløp avgjørende for at pasientene skal få forsvarlige og trygge tjenester gjennom riktige kliniske beslutninger.

Under tilsynet har Statsforvalteren undersøkt:

- Hvordan CT-bilder med høy hastegrad tatt ved enhet Lofoten og enhet Vesterålen ved Nordlandssykehuset HF beskrives.
- Hvordan virksomheten arbeider for å kvalitetssikre at beskrivelser av CT-undersøkelser med høy hastegrad er så gode som mulig.
- Hvordan virksomheten følger opp avvik.



Beskrivelse av andre modaliteter som røntgen og MR, praktiske forhold rundt selve bildetaking eller indikasjon for radiologisk undersøkelse, er ikke omfattet av tilsynet. Tilsynet er avgrenset til systemet som sikrer beskrivelse av CT-undersøkelser med høy hastegrad, og er ikke rettet mot den generelle arbeidsflyten ved radiologisk avdeling, eller hvordan virksomheten sikrer beskrivelse av elektive undersøkelser.

I dette tilsynet er kravet til forsvarlig virksomhet og retten til nødvendig helsehjelp sentralt. Dette inkluderer krav til ledelse og kvalitetsforbedring ved systematisk styring. Statsforvalteren skal i dette tilsynet ikke vurdere hvordan det enkelte helsepersonell ivaretar sine oppgaver i henhold til helsepersonelloven.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Statsforvalteren 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.

2.1. Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Etter bestemmelsen står det:

«Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.»

Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Dette innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven, og endrer seg i takt med fagutvikling og endringer i verdioppfatninger. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Selv om retningslinjene ikke er rettslig bindende, vil de være normerende og retningsgivende for hva som til vanlig regnes som faglig god praksis.

2.2. Krav om systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet

Enhver som yter helsetjenester, er pålagt å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetens plikt til å arbeide med systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet (internkontroll). Dette krever blant annet at ledelsen fortløpende etterspør resultater om kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kreves det at ledelsen foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten og setter inn risikoreduserende tiltak når det er nødvendig. Denne prosessen innebærer å avdekke og dokumentere områder med risiko, utvikle risikoreduserende tiltak, teste dem ut og implementere de tiltak som viser seg å være effektive.

Plikten til å arbeide med kvalitet- og pasientsikkerhet er nærmere beskrevet i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for



virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i samsvar med forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter.

2.3. Kompetanse og løpende kvalitetskontroll

Virksomhet har ansvar for å ha oversikt over ansattes kompetanse og sørge for at kunnskap vedlikeholdes og fornyes.

Ved ansettelse må virksomhet påse at kompetansen blir klarlagt slik at arbeidsoppgavene kan tilpasses den enkelte. For å sikre dette, kan arbeidsgiver innhente opplysninger fra tidligere arbeidsgivere, intervju helsepersonellet og gjennomgå relevant dokumentasjon for å avdekke hvilken kompetanse helsepersonellet besitter. Samtidig vil det først etter at helsepersonellet har deltatt i vanlige arbeidsoppgaver, være mulig å få oversikt om hvilken kunnskap og ferdigheter helsepersonellet har ved pasientrelatert arbeid. I en radiologisk avdeling vil det være ledelsens ansvar å følge opp nyansatte, herunder kontrollere at vedkommende tolker og beskriver radiologiske undersøkelser i samsvar med forsvarlig praksis. Dersom ikke alle undersøkelser kontrolleres etterpå, bør i alle tilfelle noen utvalgte undersøkelser gjennomgås, og vurderes på nytt for å avdekke om helsepersonellet tolker og beskriver røntgenundersøkelser i samsvar med forsvarlig praksis.

Radiolog med mindre erfaring, og som ikke er spesialist, må følges tettere opp. Det må sikres tilstrekkelig opplæring og supervisjon for å sikre at helsepersonellet beskriver røntgenundersøkelser i tråd med forsvarlig praksis. Ledelsen i virksomheten må sikre jevnlig evaluering av arbeidet som foretas.

Virksomheten må videre sikre rutiner og praksis beskrevet i skriftlige retningslinjer i avdelingen. Dette bidrar til at helsepersonell gjennomfører undersøkelser etter en standardisert mal, men sikrer også at tolkninger og beskrivelser inneholder det som forventes. Disse retningslinjer må gjøres kjent for helsepersonellet og må følges. Dette ansvaret tilligger ledelsen i virksomheten.

Det må være etablert et system som fanger opp avvik og hendelser som kunne ført til pasientskade. Ved å etablere et slikt system, kan det bidra til å registrere områder med stor risiko for svikt. Ved avvik må hendelsene evalueres og vurderes med tanke på å iverksette endringer i rutiner eller praksis. Et godt innarbeidet system og kultur for at medarbeidere melder ifra om uønskede hendelser er en forutsetning for å avdekke og forebygge svikt i tjenesteytelsen. Å analysere hva som er årsak til hendelsene vil fremme læring og gjøre det mulig å innføre treffsikre tiltak for å forebygge lignende hendelser i fremtiden. Avvikssystemet vil også være en måte for virksomhetens ledelse å skaffe seg oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av forsvarlighet i tjenesten.

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.

3.1. Organisering av virksomheten

E-postadresse:
sfnopost@statsforvalteren.no
Sikker melding:
www.statsforvalteren.no/melding

Postadresse:
Postboks 1405,
8002 Bodø

Besøksadresse:
Fridtjof Nansens vei 11,
8003 Bodø

Telefon: 75 53 15 00
www.statsforvalteren.no/no

Org.nr. 974 764 687



Bildedagnostisk avdeling er organisert i fem underenheter, hvor radiologiske enheter ligger i tre lokalisasjoner, Bodø, Vesterålen og Lofoten.

Avdelingen ligger under diagnostisk klinikk. Alle leger i stab ved klinikken, inkludert leger ved bildediagnostisk avdeling, er underlagt egen seksjon med seksjonssjef og dermed en egen styringslinje. I tillegg er spesialist i radiologi medisinskfaglig rådgiver ved avdelingen og diagnostisk klinikk har ansatt en egen kvalitetsleder.

3.1.1. Radiologi stab

Seksjonen har totalt 25 stillinger fordelt på 16 overleger og 9 leger i spesialisering (LiS). Seksjonen har per nå 10 overleger i full stilling, hvor 9 er knyttet til enheten i Bodø og en til Vesterålen. Av 10 LiS-stillinger er 9 organisert under enheten i Bodø og en i Lofoten. Leger i Lofoten og Vesterålen deltar ikke i vaktarbeid.

I tillegg har avdelingen 3 deltidsansatte og 6 fjerngranskere i mindre stillingsprosenter.

Avdelingen har oppgitt at de som følge av mangel på radiologer har benyttet seg av eksterne firma for beskrivelse av undersøkelser; ved Unilabs og Evidia. Det er ikke oppgitt om det er lagt føringer for hvilke type undersøkelser som skal gjøres av eksterne leverandører, men det er beskrevet både CT- og MR-undersøkelser på denne måten.

1536 CT-undersøkelser ble beskrevet av Unilabs i perioden tilsynet er avgrenset for.

3.1.2. Vaktberedskap

Stedlig LiS i Bodø ivaretar beredskap for Lofoten, Vesterålen og Bodø på vakttid. I tillegg har LiS i Bodø vaktansvar ved Helgelandssykehuset HF fra 20.00 alle dager.

Prosedyre PR 25693 beskriver ansvarsområder for overleger i vakt. Vaktberedskapen er delt i to sjikt, hvor overlegevakt er fordelt på aktiv og passiv tid. Passiv tid er i utgangspunktet 18.30-08.00 mandag til og med torsdag, samt fra 15.30 fredag til mandag 08.00, med unntak av 8 aktive timer som fordeles gjennom helgen.

Det er opprettet et fast telefonnummer hvor bakvakt er tilgjengelig. Overlege i vakt skal signere vaktarbeid av LiS.

Undersøkelser fra Lofoten, Vesterålen og Helgelandssykehuset skal godkjennes av lokale radiologer i forbindelse med demonstrasjoner.

3.2. Beskrivelse og signering av bilder

Det er opprettet en egen prosedyre, PR48735, for beskrivelse og signering av bilder. Prosedyren gir føringer for innhold og metode i granskning. Hasteundersøkelser og akutte undersøkelser samt undersøkelser på vakttid skal preliminær signeres. Svaret er da tilgjengelig for kliniker, men er foreløpig og er ikke endelig før signering.

Det fremgår av prosedyren at det er overlege som signerer. Overlegene skal prioritere signering foran beskrivelse innenfor hver hastegrad.



I prosedyren er et eget punkt under dobbelgransking og signering. Herunder går det frem at dobbelgransking av to overleger hever kvalitet og reduserer risiko for feil. Det står at den enkelte overlege selv vurderer hvilke undersøkelser som skal regravnes, men at dette som hovedregel er et ønske for MR- og CT-undersøkelser.

I Vesterålen og Lofoten godtas større grad av egsignering, spesielt i perioder der man jobber alene. Beskrivelser av overlegevikarer bør ifølge prosedyren dobbelgravnes «i den grad man har tid», men disse kan også godt signere egne undersøkelser.

I intervjuer med ansatte ble det oppgitt at undersøkelser av vikarer og eksterne leverandører som en hovedregel ikke blir dobbelgravnet.

Alle beskrivelser av LiS blir dobbelgravnet og signert av overlege. På vakt blir den endelige signeringen gjort fortløpende av overlege så lenge denne er på aktiv tid, etter dette er det opp til LiS å kontakte overlege ved behov.

CT-undersøkelser med høy hastegrad blir på dagtid preliminært vurdert av LiS og signert av overlege.

De fleste overleger i fast stab ved lokalisasjon i Bodø oppgav at de også la egne beskrivelser til dobbelgravning. Ut ifra dette ble det anslått at om lag 2/3 eller mer av CT-undersøkelser primært beskrevet av faste overleger ved enheten i Bodø blir dobbelgravnet.

Radiolog i Vesterålen la ikke egne undersøkelser til dobbelgravning, og det ble i intervjuer oppgitt en forventning om at undersøkelser fra Vesterålen ble endelig signert der.

3.3. Funn fra journalgjennomgang og gjennomgang av varselssaker

I journalgjennomgangen undersøkte tilsynslaget journaldokumentasjon for de 30 siste pasientene som hadde gjennomgått CT-undersøkelser med høy hastegrad ved hhv. Lofoten og Vesterålen, til sammen 60 journaler. Vi leste beskrivelser av CT-undersøkelsene, så på om det var utgitt preliminærsvare, om disse hadde vært gjenstand for rettinger med klinisk betydning, om undersøkelsene var dobbeltgravnet og om det senere i journalen var avdekket avvik i den radiologiske beskrivelsen.

Til sammen ble det funnet ett avvik i beskrivelse av CT med høy hastegrad i Vesterålen. Dette avviket ble ikke vurdert som kritisk eller meldepliktig. Om lag 1/3 av bildene var ikke dobbelgravnet.

Ved gjennomgang av de 5 varselssakene som var bakgrunnen for tilsynet, var 4/5 CT-undersøkelser tatt med høy hastegrad. 2 av de 4 undersøkelsene med høy hastegrad var tatt på vakttid. I 3 av de 4 undersøkelsene med høy hastegrad var det tatt CT-caput, alle disse var gjennomført ved samme lokalisasjon (Vesterålen).

Det var gjort egne hendelsesgjennomganger av varselssakene. Mulige felles årsaker til avvik ble oppgitt å være forhold ved samarbeidende klinikk (lavt volum/manglende trening slagalarm) og at radiolog ikke befant seg i rommet ved billedtaking for de tre avvikene som gjaldt CT-caput.

For de 3 varslene av CT-caput-beskrivelser var to undersøkelser dobbelgravnet. Undersøkelsene var beskrevet av fast personell.



3.4. Avvik

Klinikken og avdelingens interne rutiner for avviksbehandling, er beskrevet i foretakets kvalitetssystem DocMap. Vi har fått tilsendt prosedyre PR01961. Denne prosedyren beskriver saksgang for melding ved uønskede hendelser. Denne sier at hensikten med prosedyren er at omfanget uønskede hendelser skal kartlegges, det skal sikres at tiltak iverksettes og effekt av disse skal evalueres. Alle ansatte skal være kjent med innholdet i denne prosedyren.

Pasienthendelser skal uavhengig av alvorlighetsgrad meldes på eget skjema. Avvik som har høy risiko, gjentakende hendelser, alvorlige pasienthendelser, NPE-saker og tilsynssaker er blant sakene som skal behandles i KVAM-møter. Hendelsene skal da meldes til avdelingsleder som videre informerer klinikkens kvalitetsleder. Kvalitetsleder i diagnostisk klinikk skal vurdere hvilke saker som skal behandles i KVAM for læring.

Ved lukking av pasienthendelsesavvik skal det foreligge beskrivelse av korrigerende tiltak som er iverksatt, relevant dokumentasjon for dette og en vurdering av om tiltak har hatt en risikoreducerende effekt.

I intervjuer ble det gjennomgående oppgitt at å skrive avvik ikke ble vurdert som en hensiktsmessig måte å håndtere feil på av den enkelte kliniker, få av de ansatte hadde selv meldt avvik skriftlig. Enkelte oppgav at de brukte mye tid på å rette feilbeskrivelser av undersøkelser. Det ble hyppig oppdaget feil på beskrivelser fra eksterne leverandører og enkelte vikarer i demonstrasjoner, møter i multidisiplinære team og ved gjennomgang av bilder over tid f.eks. ved vurdering av endring eller vekst av lesjoner.

Noen oppgav at de meldte videre slike feil muntlig til medisinskfaglig rådgiver, men også at det ikke var tid nok til å prioritere skriftlig avviksmelding. Medisinskfaglig rådgiver meldte så disse sakene skriftlig. Ut ifra muntlige opplysninger er det et større antall oppdagede feil enn det som meldes videre i avvikssystemet.

Mange var usikre på hvordan avvik ble lukket. Noen enkeltavvik er blitt gjennomgått i «torsdagsmøter» på avdelingen. Tiltak ble av ansatte oftest angitt å gjelde på individnivå ved at den enkelte lege måtte merke seg saksforholdet og sikre at hen ikke gjorde tilsvarende feil i egen praksis.

Hendelser som tas opp på kasuistikk møter er ifølge avdelingen «klassiske» eller typiske oversette funn, det vil si patologi som flere kan overse. Fokus er på årsaken til at patologi blir oversett, som «satisfaction of search» der man kun ser funnet det spørres etter. Det vektlegges at radiologer er bevisste på systematisk gjennomgåing av undersøkelser.

Avvik på beskrivelser gikk ikke gjennom enhetsledere og avdelingsleder, men i egen styringslinje via seksjonsleder for leger.

Tilsynslaget fikk oversikt over alle interne avvik meldt i 2022. Til sammen er det meldt 24 avvik, hvorav 12 er merket «rødt» tilsvarende av klinisk betydning eller med potensiell pasientskade. Det er ikke spesielt angitt hvor mange av disse som gjaldt akutte undersøkelser, men ut ifra beskrivelse av feil ser dette ut til å gjelde minst 3 av hendelsene. Minst 4 av de 12 alvorlige avvikene var undersøkelser beskrevet av vikarer.



3.5. Andre funn

Gjennom det stedlige tilsynet fikk Statsforvalteren opplysninger om forhold som var relevante for driften ved avdelingen, men som ikke var innenfor det definerte tilsynstemaet.

Opplysningene gjaldt høy arbeidsbyrde ved virksomheten, og mangel på radiologer. Dette vil følges opp på annen måte og beskrives ikke nærmere her.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

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

4.1. Beskrivelse og signering av bilder

Virksomheten har etablert et system for å beskrive og kvalitetssikre beskrivelser av CT-bilder med høy hastegrad. I Bodø og Lofoten dobbelgranskes alle hasteundersøkelser på dagtid, på vakttid dobbelgranskes hasteundersøkelser på alle lokalisasjoner.

I Vesterålen dobbelgranskes ikke undersøkelser på dagtid, men signeres av spesialist i radiologi. Denne kan, ved behov, likevel be om dobbelsignering. I Lofoten gjennomføres dobbelgransking fordi fast ansatte ikke er spesialist.

Dobbelgransking av CT-undersøkelser er ikke lovfestet, og det er ikke avklart i hvor stor grad et slikt kvalitetssikringsverktøy bidrar til å hindre uønskede hendelser, eller om effekten er stor nok til at den oppveier for en slik ressursbruk.

I egne prosedyrer angir virksomheten at dobbelgransking hever kvalitet i beskrivelser og reduserer risiko for feil.

Statsforvalteren bemerker at det slik er utarbeidet en prosedyre hvor en av enhetene drives med noe høyere risiko for feil enn de andre. Selv om denne risikoen er besluttet på virksomhetsnivå, innebærer den også at den enkelte ansatte må bære en større risiko på individnivå. Vi anser det som et viktig forbedringspunkt at kvalitetssikringsverktøy brukes målrettet mot og styres etter risiko i driften, mer enn at forskjeller oppstår som en følge av ressursfordeling.

Statsforvalteren vurderer likevel samlet sett at Nordlandssykehusets system for å beskrive og kvalitetssikre beskrivelse av CT-undersøkelser med høy hastegrad er forsvarlig.

Nordlandssykehuset har gjort/gjør gjennomganger av alvorlige hendelser. Statsforvalteren har etter vurdering av disse ikke funnet grunnlag for å anta systemiske feil som påvirker beskrivelse av hasteundersøkelser med CT.



De beskrevne forløpene fremstår som enkelthendelser hvor en sum av flere faktorer har spilt inn. Hendelsene er fulgt opp med foreslåtte tiltak for å redusere fremtidig risiko. Vi har ikke fått en plan over implementering og evaluering. Dette anser vi også som et viktig forbedringspunkt.

4.2. Avvikshåndtering og kvalitetsforbedring

Virksomheten har et system og en prosedyre for avvikshåndtering. I intervjuene ble det likevel avdekket at avvik ikke meldes av den enkelte, men i noen grad blir videreformidlet til medisinskfaglig rådgiver som igangsetter skriftlig saksbehandling. Det fremstår som om det er flere avvik enn det som videreformidles til medisinskfaglig rådgiver.

Avvik håndteres også muntlig ved at den enkelte kliniker tar feil opp med kollega slik at denne får anledning til å rette opp.

Risikoen ved en slik praksis er at virksomheten kan tape viktig informasjon om tendenser i feil, og kan slik miste muligheten til å avdekke behov for å iverksette tiltak på systemnivå. Statsforvalteren vurderer dette som en mangel ved virksomhetens kvalitetsarbeid.

Ved gjennomgang av sykehusets avviksbehandling, fremgår det at de registrerte avvikene i klinikken gjennomgås systematisk. Når sykehuset sender varsel om alvorlig hendelse til Statens helsetilsyn, foretas det hendelsesgjennomganger. I KVAM-møter på sykehuset behandles også avvik som anses å ha høy risiko, gjentakende hendelser, alvorlige pasienthendelser, NPE-saker og tilsynssaker. Statsforvalteren vurderer derfor at sykehuset i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring gjennomgår avvik og uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

4.3. Andre funn

Under tilsynet fikk vi også opplysninger om andre deler av virksomheten ved bildediagnostisk avdeling enn det temaet som vi skulle gjøre tilsyn med.

Statsforvalteren har besluttet at disse opplysningene skal følges opp med Nordlandssykehuset HF som et eget saksforhold.

5. Statsforvalterens konklusjon

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

For den delen av den radiologiske virksomheten som gjelder CT-undersøkelser med høy hastegrad utført ved lokalitetene i Lofoten og Vesterålen så har Nordlandssykehuset HF et system som sikrer at undersøkelsene blir beskrevet av kompetent personell og gjennomgått på en måte som reduserer risiko for feil. Virksomheten følger opp meldte avvik, og har gjort hendelsesgjennomganger av varselssaker til Helsetilsynet.

Det ble ikke avdekket lovbrudd under tilsynet. Tilsynet er derfor avsluttet.

Vi oppfordrer likevel virksomheten til å gjennomgå påpekte forbedringspunkter som del av eget kvalitetsforbedringsarbeid.



Endelig rapport oversendes Statens helsetilsyn for publisering på www.helsetilsynet.no.

Med hilsen

Morten Juul Sundnes
Fylkeslege/avdelingsdirektør

Gro Aandahl-Sørgård
Ass.fylkeslege

Dokumentet er elektronisk godkjent

*** [Før godkjenning: Høyreklikk her og velg «Åpne hyperkobling» for kvalitetskontroll-sjekkliste](#) ***



Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

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

Varsel om tilsynet ble sendt 10.11.2022.

Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Nordlandssykehuset HF diagnostisk klinikk, og innledet med et kort informasjonsmøte 11.01.2023. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 13.01.2023.

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 stillingsbeskrivelser/fordeling av ansvar

- Organisasjonskart Diagnostisk klinikk
- Organisasjonsbeskrivelse Diagnostisk klinikk
- Stillingsbeskrivelse klinikkssjef
- Stillingsbeskrivelse seksjonsleder medisinskfaglig legestab radiologi
- Stillingsbeskrivelse avdelingsleder
- Funksjonsbeskrivelse medisinskfaglig rådgiver
- Stillingsbeskrivelse overlege
- Stillingsbeskrivelse lege i spesialisering
- Stillingsbeskrivelse radiograf
- Delegering av arbeidsoppgaver i Diagnostisk klinikk
- Delegererte oppgaver ved Bildediagnostisk avdeling
- Veiledning for CT prioritering
- Arbeidsbeskrivelse for prioritering av CT for radiografer

Kompetanse og kompetanse-kartlegging

- Kompetanseportalen i Diagnostisk klinikk
- Rutine for opplæring og oppfølging av kompetanse
- Framdriftsplan opplæring LIS Radiologisk enhet Bodø
- Krav til LIS radiologi vedrørende vakt
- Eksempel på kompetanseplan LIS
- Kompetanseoversikt overleger
- Liste fast ansatte radiologer, hel- og deltid
- CVer og kompetanseprofiler radiologvikarer. Listen er ikke fullstendig – noen få dokumenter ettersendes.

Internrevisjon, risikovurderinger og ledelsens gjennomgang

- Kvalitetshåndbok Diagnostisk klinikk
- 5-års program interne revisjoner 2020 – 2025
- Årsprogram interne revisjoner og forventede tilsyn
- Rapport fra internrevisjon 2019-5



- Rapport fra egeninspeksjon – leger radiologi
- Rapport fra internrevisjon B1-2022
- Rapport fra klinisk fagrevisjon CT
- LGG Bilde 2019
- LGG Bilde 2020
- LGG Bilde 2021
- LGG Diagnostisk klinikk 2019
- LGG Diagnostisk klinikk 2020
- LGG Diagnostisk klinikk 2021
- ROS Oppstart CT prio
- Risikovurdering av radiologisk tjenestetilbud ved NLSH
- ROS Bruk av CT buss ved Radiologisk enhet Lofoten.
- Avvikshåndtering
- Avviksbehandling i Diagnostisk klinikk
- Pasientskadesaker – saksbehandling DIAG
- Hendelsesgjennomgang Nordlandssykehuset HF
- Avvik innenfor tilsynets omfang det siste året.

Relevante rutiner og prosedyrer for beskrivelse av akutte CT-undersøkelser

- Henvisningsflyt ved Bildediagnostisk avdeling
- Arbeidsoppgavene beskrivelse og signering
- Telefonsvar preliminært svar til leger
- Lese tidligere svar i Sectra
- Arbeidsflyt for vaksamarbeid radiologi
- Kommunikasjon på vakt mellom radiologer og klinikere NLSH
- Radiologisk vaktberedskap i Lofoten og Vesterålen.
- Vakt overlege

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

| Navn | Funksjon/stilling | Intervju | Oppsummerende møte |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ann Kristin Lindgaard | kvalitetsleder | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Line H. Sivertsen | Avdelingsleder | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Helene Amundsen | Kvalitetsrådgiver | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| James Cunliffe | Kst. overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Jeanette Kjerpeseth | Kst seksjonssjef | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Henrik Stivermann | overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Daniel Keith | Overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dana L. Cernucan | Lis-lege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lina Myrsta | Fagansvarlig | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Astrid Larsen | bioingeniør | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maria Holand | Fagansvarlig CT | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tone Bonsak | Fagansvarlig RTG | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tarjei B. Aaser | Lis-lege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hans Kristian Bø | Overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Heinrich Backmann | Overlege | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Synne Pettersen | Rådgiver | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



| Navn | Funksjon/stilling | Intervju | Oppsummerende møte |
|----------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Sunaina Mughal | Lis-lege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sofie Klausen Strand | Lis-lege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prashant Rathee | Overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bogdan Cernucan | Overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Katrine Steffensen | Lis-lege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Merete Fredriksen | Enhetsleder | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Charlott Jonassen | Enhetsleder | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bengt Helgesen | Overlege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kristoffer Mood | Lis-lege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ane Fonnes Odnæs | Klinikksjef | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Christer Aakvik | Enhetsleder | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20 ansatte ved klinikken ble intervjuet i forbindelse med tilsynet.

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- ass. fylkeslege, Gro Aandahl-Sørgård, Statsforvalteren i Nordland, revisjonsleder
- ass. fylkeslege, Harald Stordahl, Statsforvalteren i Nordland, revisor
- seniorrådgiver, Julie Tangen, Statsforvalteren i Nordland, revisor
- seniorrådgiver, Steffen M. Bredesen, Statsforvalteren i Nordland, revisor