

Hvordan oppleves det å få besøk av utrykningsgruppene?

–

Utfordringer og læringsmuligheter

Kristian Heldal
Medisinsk klinikk
Sykehuset Telemark HF

Agenda

- Kort gjennomgang av hendelsen
- Administrative vurderinger
- Forberedelser til tilsyn
- Gjennomføring av tilsyn
- Etterarbeid
- Våre erfaringer – forslag til forbedringer
- Egen læringsgevinst

Hendelsen

- 28 år gammel utenlandsk sjømann
- Meldt til akuttmottak via legevakt kvelden 24.06.2010
 - Feber, sår hals
- Mulig MRSA
 - Sluset forbi akuttmottak til infeksjonsmedisinsk post
 - Smitteisolering
 - Mottak/legeundersøkelse v/turnuslege
 - Oppstart av iv væske og antibiotika
- Sepsis – SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)
 - Temp 38,3
 - Respirasjonsfrekvens 38
 - Puls 150
 - BT 88/65

Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS):

- Minst to av følgende kriterier:
 - Temp $> 38^{\circ}\text{C}$ eller $< 36^{\circ}\text{C}$
 - Puls $> 90/\text{min}$
 - Respirasjonsfrekvens $> 20/\text{min}$ eller $\text{PCO}_2 < 4,3 \text{ kPa}$
 - Leukocytter $> 12 \times 10^9/\text{l}$ eller $< 4 \times 10^9/\text{l}$ eller $> 10\%$ umodne former
- Sepsis: SIRS som følge av infeksjon
- **Alvorlig sepsis:**
 - Sepsis med organdysfunksjon, hypoperfusjon eller hypotensjon.
- **Septisk sjokk:**
 - Sepsis med hypotensjon til tross for adekvat væsketerapi samt forekomst av perfusjonsforstyrrelser eller organdysfunksjon.
 - Hypotensjon defineres som systolisk blodtrykk $< 90 \text{ mm Hg}$ eller en reduksjon av systolisk blodtrykk med $> 40 \text{ mm Hg}$ fra basisverdien, når andre årsaker er utelukket.
 - Pasienter som får inotrope eller vasoaktive legemidler behøver ikke være hypotensive når perfusjonsforstyrrelsene måles.



Forløp

- SIRS registreringer hver time
 - 02:00: BT 90/56, RF 50, Puls 161, O2: 90%
 - 02:50: Brystsmerter, tiltagende sløv
 - Kontakt lege – ønsker tilsyn, overflytting intensiv?
 - 03:30: Sykepleier må hjelpe med annen pas
 - 03:50: Finner pas på gulvet med hjertestans
 - Stansalarm – Resuscitert – Flyttet til intensiv
- Pasienten dør etter et døgn
 - Herniering
- Oppvekst av pseudomonas i blodkultur

Administrative vurderinger





Dag 1 – Fredag 25.06.2010

- Klinikksjefens siste dag før ferie
- Mulig avvik
 - Ikke forsvarlig mottak og observasjon?
 - Burde primært vært på intensivavdelingen?
- Usikkert utfall
 - Kontakt utrykningsgruppen hvis pasienten dør
- Kl. 19.25: Pasienten dør
- Meldes rutinemessig til politiet som et plutselig, uventet dødsfall
 - Politiet ønsket ikke rettslig obduksjon

Fra: Kristian Heldal
Sendt: 25. juni 2010 20:11
Til: 'varsel@helsetilsynet.no'
Kopi: Per Urdahl
Emne: Varsling av alvorlig hendelse

Melding om alvorlig hendelse ved:

Sykehuset Telemark HF
3710 Skien

Dato for hendelsen: 25.06.2010

Kontaktperson: Overlege Kristian Heldal, telefon: 900 18 417

Mvh
Kristian Heldal
Overlege/stedfortreder for klinikk
Medisinsk klinikk
Sykehuset Telemark HF
3710 Skien

Dag 4 – mandag 28.06.2010

- Tlf fra Statens helsetilsyn
 - Redegjør for hendelsesforløpet
- Informasjon også til Fylkeslegen i Telemark
- Ny kontakt fra helsetilsynet
 - Avtale om tilsyn dag 6 (onsdag)
- Informasjon til sykehusledelsen
- Starter forberedelser til tilsyn

Forberedelser

Dag 4–5

- Kontakt med alt involvert helsepersonell
 - Individuell debriefing, personlig og faglig støtte
 - Noen var reist på ferie
- Kartlegging av hendelsesforløpet
- Internvurdering av årsaksforhold
- I samarbeid med utrykningsgruppen:
 - Identifisere aktuelle intervjuobjekter
 - Timeplan for tilsyn
 - Finne frem alle aktuelle journalopplysninger og relevante retningslinjer



Tilsyn fra utrykningsgruppen

Dag 6 – Onsdag 30.06.2010

Møteplan 30.06.2010

09.00 - 09.20:	Felles gjennomgang - alle involverte samt kvalitetssjef Elisabeth Hessen deltar
09.20 - 10.00:	Kristian Heldal - Fungerende faglig ansvarlig leder medisin
10.10 - 10.40:	Involvert LIS
10.50 - 11.20:	Involvert sykepleier infeksjonsposten
11.30 - 12.00:	Smittevernoverlege, fagansvarlig overlege infeksjon
12:00 - 12.30:	Lunsj
12.30 - 13.00:	Involvert turnuslege
13.10 - 13.40:	Faglig ansvarlig leder intensivavdelingen
13.50 - 14.20:	Involvert anestesilege (intervju per telefon)
Ca kl 14.30:	Avslutning - Kristian Heldal og Kvalitetssjef Elisabeth Hessen deltar fra STHF



Gjennomføring av tilsyn

- Effektivt
- Positiv tone
- Godt samarbeid
- "Lovet" rask tilbakemelding med beskrivelse av hendelsesforløpet
 - Mulighet for kommentarer fra de involverte
 - Kunne ta litt tid pga ferieavviklingen.....



Umiddelbare tiltak

- Uttalelse til bruk ved eventuell mediakontakt
- Startet revisjon av retningslinjer der vi hadde identifisert svikt
 - Isolasjon MRSA
 - Sepsisovervåking (SIRS)
 - Pasientflyt til intensivavdelingen
- Strakstiltak
 - Pasienter med mulig sepsis skulle overvåkes i nærheten av intensivavdelingen
- Undervisning!



Intern avvikshåndtering

- Saken ble behandlet internt på vanlig måte med oversendelse av IK2448 til Helsetilsynet i fylket
- Melder: Svært kritisk på individnivå
- Kvalitetsutvalget: Hovedsakelig systemsvikt
 - Kartleggingen før, under og etter tilsynet var et viktig hjelpemiddel i saksbehandlingen
 - Påpeker viktigheten av å kalle inn overlegebakvakt
- Pårørende informert via rederiet om mulighet for erstatning via NPE

Tilbakemeldinger

- Beskrivelse av hendelsesforløpet ble mottatt etter nesten 4 måneder
 - 14. oktober 2010
 - *"Statens helsetilsyn vil vurdere om Sykehuset Telemark HF har gitt aktuelle pasient en forsvarlig helsehjelp i tråd med kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.."*
(underforstått: ikke individreaksjoner)
- Endelig tilbakemelding etter nesten 7 måneder!
 - 18. januar 2011

Endelig tilbakemelding:

**Ikke funnet grunnlag for å
vurdere administrative
reaksjoner mot involvert
helsepersonell.**



Fordeling av kritikk

1. Turnuslegen

- for ikke å ha erkjent alvorlighetsgraden i tilstanden

2. Bakvakten

- for ikke å ha erkjent alvorlighetsgraden
- for ikke å ha vurdert pasienten selv
- for ikke å ha tilsett pasienten umiddelbart etter sykepleierkontakt kl 02:50
- for dårlig kommunikasjon med anestesilege

3. Anestesilege

- for dårlig kommunikasjon med bakvakt



Fordeling av kritikk

4. Sykepleier

- for ikke å ha kontaktet bakvakt ved forverring av klinisk tilstand kl 02:00

5. Virksomheten

- for manglende/ufullstendige rutiner



Samlet vurdering:

- Flere av de involverte helsepersonell i denne saken har gjort sviktende vurderinger
- Alvorligheten i pasientens tilstand ble ikke erkjent
- Vurderingene ble ikke fanget opp og korrigeret av andre
- Summen av dette førte til at pasienten fikk uforsvarlig behandling
- Hendelsen viser at marginene i gitte situasjoner er svært små
 - Stiller store krav til risikostyringen



Hvordan ble dette mottatt i organisasjonen?

- Lettelse over at ingen ble straffet på individnivå
- Stort sett enige i konklusjonene
- God beskrivelse av de faktiske forhold
- Nyttig lærdom – utgangspunkt for forbedringer
- Tøft for de involverte å få saken opp på nytt



Ytterligere tiltak etter rapport

- Hendelsen og tilbakemeldingen fra Statens Helsetilsyn gjennomgås med de involverte og andre aktuelle personellgrupper.
- Besvarelse av nye spørsmål fra helsetilsynet
- Revisjon av SIRS skjema
 - kriterier for tilkalling av lege kommer tydelig fram.
- Retningslinje for innleggelse i intensivavdelingen lagt til nivå 1 og revidert:
 - *”Hvis vakthavende anestesilege og LIS/overlege ved moderavdelingen vurderer behov for innskrivning ulikt, skal de tilse pasienten sammen, før vakthavende anestesilege i samråd med bakvakt anesthesi fatter endelig beslutning.”*
- Utarbeidelse av risikovurdering



Triage prehospitalt og i akuttmottak

- Innført 4. april 2011
- METTS protokoll
 - Rød, oransje, gul, grønn, blå
 - Diagnose/symptom
 - **Vitalparametre**
 - BT, Puls, Respirasjon, Bevissthet
 - Nyttig for å fange opp de mest alvorlig syke og sørge for korrekt behandling på korrekt nivå

Personlig informasjon fra fylkeslegen i Telemark 24.05.2011:

Statens helsetilsyn aksepterer
vår besvarelse og har ingen
ytterligere kommentarer

Våre erfaringer



Kontakt med involvert personell

- Nyttig med rask gjennomgang av forløpet med alle involverte
 - Skaffet god oversikt
 - Nyttig ved tilsynet
 - Lettere når hendelsen var ”fersk”
 - De involverte hadde behov for personlig og faglig støtte
 - Tilbakemeldinger om at dette fungerte bra

Positivt

- Rask kontakt – rask utrykning
 - Mulig å gjennomgå hendelsen mens den ennå var fersk
- God tone under tilsynet
 - Ingen ”inkvisisjon”
 - Den enkelte ble tatt på alvor
 - Felles ønske om en objektiv vurdering
- Fint med oppsummering der kvalitetssjef og fungerende medisinsk faglig ansvarlige fikk delta
- Konstruktive og velbegrunnede tilbakemeldinger (når de først kom.....)
- God kommunikasjon før, under og etter

Negativt

- Lang tid før tilbakemeldingene kom
 - Ripper opp i hendelsen flere ganger
 - Vanskelig å bli ferdig med saken
 - Uvisshet i forhold til egen situasjon
 - Selv om det i tilbakemeldingen i oktober fremgikk at saken ville bli vurdert i henhold til *spesialisthelsetjenesteloven § 2-2*, ble det ikke oppfattet slik at saken var lukket med tanke på individreaksjoner
- Uavklart rollefordeling
 - Sentralt vs. lokalt helsetilsyn



Hva kan bli bedre?

- Saksbehandlingstiden i slike saker MÅ forkortes
 - Svært belastende å vente på en ”dom”
 - Spesielt alvorlige saker – kan ikke sammenlignes med ”ordinære” tilsyn
 - Viktig også med hensyn til de pårørende!!
- Formuleringer som benyttes må være slik at de er forståelige for de involverte
 - Det burde fremkommet tydelig at saken var lukket med tanke på individreaksjon allerede i oktober!



Hva kan bli bedre?

- Hele prosessen bør styres av **en** aktør fra helsetilsynet
 - Sentralt (utrykningsgruppa)
 - Lokalt (fylkeslegen)

Vil sannsynligvis også medføre raskere saksbehandling (?)

Hva har jeg lært?

- Organisering
- Gjennomgang/vurdering av forløpet
- Håndtering av kolleger i "krise"

- **ÅPENHET ER VIKTIG FRA FØRSTE STUND!!**

Man må ikke tillate seg å hvile i forhold til kvalitet –

Selv om man er på toppen og tror man har full kontroll!!

