

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten:
helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling
av pasienter med sepsis

Sepsis – ingen tid å miste

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 1/2018

FEBRUAR
2018

Rapport fra Helsetilsynet 1/2018

Sepsis – ingen tid å miste. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis

Illustratør: Darling Clementine

Februar 2018

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

ISBN: 978-82-93595-04-5 (elektronisk)

ISBN: 978-82-93595-05-2 (trykt)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette

Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn

Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway

Telefon: 21 52 99 00

E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammenheng	3
2 Seks timer uten systematisk observasjon	7
3 Det handler om å redde pasienter med sepsis	9
3.1 Hvorfor gjør vi tilsyn med identifisering og behandling av pasienter med sepsis i akuttmottak?	9
3.2 Sepsis – hva er det og hvorfor haster det?.....	10
3.2.1 Livstruende nedsatt organfunksjon	10
3.2.2 Betegnelser, og definisjon av sepsis	10
3.2.3 Kjennetegn på sepsis, og vurderingsverktøy	11
3.3 Akuttmottaket – inngangsport med flere avdelinger involvert	11
3.3.1 Organisering av akuttmottak	11
3.3.2 Pasientens møte med akuttmottaket, kompetanse	12
3.4 Akuttmottakenes identifisering og behandling av pasienter med sepsis	12
3.4.1 Hva tilsynet undersøkte	12
3.4.2 Gjennomføringen av tilsynet	13
4 Funn. Svikt og mangelfull pasientsikkerhet i alle helseforetak	15
4.1 Mangelfull ledelse – betydelig risiko	15
4.1.1 Styringsinformasjonen var ikke tilstrekkelig som grunnlag for å ivareta pasientsikkerheten	16
4.1.2 Risiko var kjent, men ledelsen hadde ikke tatt tilstrekkelig grep.....	17
4.1.3 Samtidighetskonflikter bidro til at pasienter fikk mangelfull oppfølging og forsinket behandling	17
4.1.4 Noen helseforetak hadde utilstrekkelig kompetanse i front	18
4.2 Svikt i hastegradsvurderinger i noen helseforetak	19
4.3 Pasienter ventet lenge på legeundersøkelse	20
4.4 Antibiotikabehandling kom sent i gang	21
4.5 Praksis sikret ikke at forverring i pasienters helsetilstand ble fanget opp	22
4.6 Utilstrekkelig informasjon ved overføring av pasienter.....	24
5 Sluttproduktet av god ledelse, er at pasienter med sepsis får rett behandling til rett tid	25
Statens helsetilsyns vurderinger og forventninger	25

5.1	Ledelsen må være tett på akuttmottaket for å ha kontroll med pasientsikkerheten	26
5.1.1	Pasientflyt og tilgang på personell i akuttmottaket angår sykehuset som helhet	26
5.1.2	Helseforetaket må bruke data systematisk for å følge med på aktiviteten i akuttmottaket.....	26
5.1.3	Hvorfor svikter det? Ledelsen må gjøre en tilstrekkelig analyse	27
5.2	Endringsprosesser må skapes og ledes.....	28
6	Varig forbedring i helseforetakene? Pasientsikkerhet er jobb nummer 1 ..	29
7	Referanser.....	31
	Čoahkkáigeassu.....	33
	English summary	34

1 Sammendrag

I dette landsomfattende tilsynet (2016–2018) har fylkesmennene undersøkt helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis¹. I gjeldende internasjonal definisjon er sepsis avgrenset til pasienter med infeksjon og livstruende organfunksjon (nedsatt funksjon i organer) (1). Sepsis er også kalt blodforgiftning².

Pasientsikkerheten var ikke godt nok ivaretatt i helseforetakene. Særskilt alvorlig er det at pasienter med livstruende nedsatt organfunksjon har vært utsatt for risiko – ved at de måtte vente uforsvarlig lenge før de fikk antibiotikabehandling.

Ledelsen i helseforetak har ofte høy bevissthet om at det er viktig å prioritere pasienter med sepsis, men ikke alle hadde sørget for dette i praksis. Det var gjennomgående at ledelsen ikke hadde god nok oversikt over praksis og risiko i pasientforløp, eller ledelsen var kjent med dette, men hadde ikke gjort nok for å trygge tjenestene.

Liv kan reddes når sepsis blir raskt identifisert, og fulgt opp med riktig behandling

Akuttmottaket er pasientens første møte med sykehuset. Her tas viktige beslutninger om hastegrad, behov for undersøkelser, behandling og videre observasjon. For pasienter med infeksjoner som kan eller har utvikle(t) seg til sepsis, er det som skjer i akuttmottaket særs viktig. Sepsis krever rask diagnostikk og behandling og kan til en viss grad fungere som en «modelltilstand» (uttrykk) for hvordan akutte tilstander blir håndtert i akuttmottaket, også når det ikke er snakk om sepsis.

Sepsis kan opptre ved ulike infeksjoner, og oppstår som følge av at bakterier eller andre mikroorganismer har kommet over i blodbanen. Ved sepsis sprer disse mikroorganismene seg via blodet, og kroppens infeksjonsforsvar utløser en alvorlig betennelsestilstand. Dette fører igjen til livstruende organfunksjon (nedsatt organfunksjon) i vitale organer. For pasienter med sepsis er det derfor svært viktig å få riktig behandling raskt. Forsinket oppstart av behandling øker dødeligheten.

Tilstanden kan være vanskelig å oppdage. Det er derfor laget internasjonale diagnosekriterier og klinisk verktøy som helsepersonell kan anvende, i tillegg til klinisk skjønn, når de står overfor pasienter hvor det kan være mistanke om sepsis.

1 Tilsynet er ikke endelig avsluttet i hele landet når denne rapporten foreligger.

2 I dagligtale brukes begrepet blodforgiftning ofte noe upresist. Vi har derfor valgt å benytte betegnelsen sepsis i denne rapporten. Se punkt 3.2.2 vedrørende betegnelser og definisjon.

Funn. Mangelfull pasientsikkerhet i helseforetakene

Temaene i tilsynet var helseforetakenes tilrettelegging og oppfølging av arbeidsprosesser knyttet til:

- prioritering av pasienter etter hastegrad (triagering)
- legeundersøkelse i henhold til hastegrad
- behandling i akuttmottaket (herunder oppstart med antibiotika)
- observasjon i akuttmottaket
- overføring av nødvendig informasjon til mottakende post/avdeling

Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetak som ble undersøkt. Det mest gjennomgående funnet i tilsynet var at det kunne ta lang tid før pasienter med sepsis fikk antibiotikabehandling. Dette er svært alvorlig, ettersom prognosen for overlevelse kan bli betydelig forverret. Det som haster mest er å oppdage pasienter med organsvikt som er medtatte. Disse pasientene må få antibiotika så snart som mulig og senest innen en time, og alle andre tiltak skal foregå fortløpende. I de mest ekstreme tilfellene hadde pasienter med alvorlig nedsatt organfunksjon ventet i flere timer før de fikk antibiotikabehandling.

Flertallet av akuttmottakene overholdt kravene til hastegradsvurderinger, men tilsynet avdekket svikt i noen akuttmottak. Svikten som ble avdekket handlet om at pasienter ikke ble hastegradsvurdert raskt nok, eller at det var fare for at pasienter med sepsis ikke ville bli raskt identifisert. Dette kan få alvorlige følger, dersom det bidrar til at pasienter får forsinket oppstart av undersøkelse og behandling.

Raskt legetilsyn, i samsvar med hastegrad, er vesentlig for videre pasientforløp. Et av hovedformålene med den første legeundersøkelsen er å stille en tentativ diagnose, slik at nødvendige behandlingstiltak kan iverksettes. Pasienter med sepsis har økt dødelighet dersom behandlingen ikke kommer raskt i gang. Forsinket legetilsyn/-undersøkelse var sviktområde i mange helseforetak. I akuttmottak hvor pasienter med sepsis hadde fått sen antibiotikabehandling, var ventetid på legetilsyn ofte en medvirkende årsak. I akuttmottak der årsaken til forsinket legetilsyn er sannsynliggjort, var stor pågang/samtidighetskonflikter en av risikofaktorene. For øvrig manglet, i mange tilfeller, tidspunkt for legetilsyn, noe som gjør det vanskelig å vite om disse pasientene hadde fått oppfølging i henhold til hastegrad.

Helsepersonell i akuttmottak må observere pasientene så systematisk og hyppig at de raskt avdekker endringer i helsetilstanden³. I mange av akuttmottakene hadde helsepersonellet ikke nedtegnet tilstrekkelig informasjon til å kunne følge systematisk med på pasienters helsetilstand, og fange opp eventuell forverring. Når det manglet informasjon, var det uklart om og hvor hyppig pasienter var blitt observert. Tilsynet fant manglene så konkrete og alvorlige at de konkluderte med uforsvarlig praksis i en stor andel av akuttmottakene.

Før pasienten forlater akuttmottaket, skal det lages en plan for videre utredning, behandling og observasjon. Avdelingen/posten som mottar pasienten fra akuttmottaket skal ha klare beskjeder om hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvilken oppfølging pasienten trenger. Det er vesentlig for å sikre et trygt pasientforløp. Tilsynet fant en rekke svakheter i praksis. I omlag ett av tre akuttmottak konstaterte tilsynet at det var gitt utilstrekkelig informasjon om pasienter ved overflytting fra akuttmottak til annen avdeling/post. Funnene var i hovedsak knyttet til mangelfull dokumentasjon av hvordan undersøkelser/behandling skulle følges opp, og hvordan pasienten skulle overvåkes i den første tiden etter overflytting.

3 Vitale parametere skal måles/observeres; blodtrykk, puls, respirasjon, temperatur og diverse observasjoner.

Ledelsen i helseforetak hadde ikke tilstrekkelig oversikt over praksis og sviktområder

Tilsynet har vist at aktivitetene i akuttmottak frem til iverksettelse av behandling gjennomgående tok for lang tid. Det kunne svikte i flere ledd. For eksempel kunne en pasient vente både på å bli hastegradsvurdert og få legetilsyn/bli diagnostisert. Stor pågang/samtidighetskonflikter og mangel på tilgjengelig personell/legekompetanse var noen av årsakene til at pasienter hadde ventet lenge på hjelp. Ledelsen i flertallet av helseforetakene hadde ikke nok aktivitetsdata til å vite om akuttmottaket ga pasienter hjelp innen anbefalt tid. Dette gjaldt særlig data som viser hvor langt tid det tar før pasienter får legetilsyn. Når ledelsen ikke etterspør denne typen registreringer, har de mangelfullt grunnlag for å avdekke og følge opp på områder hvor det svikter. Da kan uønsket og uforsvarlig praksis vedvare over tid, og ramme flere pasienter. I noen helseforetak kjente ledelsen godt til utfordringene og farene for svikt, og hadde tatt grep. Men tiltakene var ikke tilstrekkelige til å ivareta pasientsikkerheten.

Legene som har vakter i akuttmottak er som oftest ikke tilknyttet mottaksavdelingen, men en annen avdeling i sykehuset. Mange avdelinger involvert krever samhandling på tvers både på ulike ledelsesnivåer og i det praktiske arbeidet. Administrerende direktør eller divisjonsdirektør kan være første felles organisatoriske nivå i helseforetaket, med ansvar for all virksomhet i akuttmottaket. Med en slik organisatorisk modell er oversikt, kontroll og styring særdeles påkrevet, for å kunne sikre tryggest mulige behandlingsforløp.

Ledelsen i helseforetak har ofte høy bevissthet om at det er viktig å prioritere pasienter med sepsis, eller der det er mistanke om det. Personellet har ofte god og oppdatert kunnskap om hvordan slike pasienter skal følges opp og behandles. En del helseforetak har også lagt vekt på at bemanningen i sykehuset er tilpasset ut fra perioder med størst tilstrømning av pasienter. I mange tilfeller hadde ledelsen likevel ikke lagt godt nok til rette for at de som jobber i akuttmottaket kunne følge opp pasientene, slik forsvarlig praksis tilsier.

Pasientene skal ha trygge tjenester – helseforetaket har et løpende ansvar

Når tilsynet avdekker svikt, skal ledelsen i helseforetaket følge opp med nødvendige tiltak, og lede endringsarbeid som er påkrevet. Ledelsen må sørge for at endringene fører til varige forbedringer. Forbedringsprosessen må være systematisk, og forbedringene må være målbare. Sykehusets ledelse skal kunne legge frem egne data som viser om pasientene får den hjelpen de skal ha, og så raskt som hastegraden tilsier.

Gjennomføringen av tilsynet

Fylkesmennene har gjennomført 24 tilsyn (systemrevisjoner), fordelt på 19 helseforetak og ett privat sykehus. Tilsynet ble gjennomført med deltakende fagrevisorer med medisinsk faglig kompetanse på området som skulle undersøkes. Journalene var en sentral kilde for å vurdere om helseforetaket oppfylte kravene som følger av regelverket, og om pasientene ble ivaretatt. Fylkesmennene gjorde/gjør også journalgjennomganger åtte og fjorten måneder etter gjennomført systemrevisjon. Dette gjøres for å avdekke om helseforetakene har fått på plass tilstrekkelige forbedringer av praksis, slik at sepsis blir identifisert og pasientene får behandling i samsvar med nasjonale faglige retningslinjer.

Tilsynet med akuttmottakenes identifisering og behandling av sepsis skal etter planen være avsluttet tredje kvartal 2018. Resultatene fra oppfølgingsarbeidet vil bli formidlet senere.

Dette tilsynet er valgt ut for å evaluere hvilken effekt tilsyn med virksomheter har, med tanke på å fremme forbedring i tjenestekvaliteten (for nærmere omtale av evalueringen, se kapittel 6). Resultatene fra arbeidet vil bli formidlet i egne publikasjoner.

2 Seks timer uten systematisk observasjon

Hendelsen som vi beskriver i dette kapittelet er tatt med for å illustrere noen svikt-områder som gikk igjen i tilsynet. Den illustrerer også at mangelfull styring av virksomheter øker risikoen for at pasienter ikke får den hjelpen de skal ha, i tide. Eksempelet er basert på en hendelse som ble meldt til Statens helsetilsyn gjennom varselordningen, varsel om alvorlig hendelse etter spesialisthelseloven § 3-3 a⁴. Statens helsetilsyn konkluderte med at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

Hva feiler det pasienten? Mangelfull diagnose og risikovurdering

Pasienten Gunnar var en eldre mann som hadde en rekke sykdommer og redusert allmenntilstand. Videre hadde Gunnar kroniske smerter i bena, særlig i den ene ankelen. Han hadde også vært utredet for mulig blodpropp i leggen, og han hadde hatt hudinfeksjon i det ene benet.

Gunnar ble innlagt på sykehusets akuttmottak av legevaktslege rundt kl. 12. Legevaktslegen mistenkte at han kunne ha en alvorlig hudinfeksjon, og at antibiotikabehandling intravenøst kunne være aktuelt. Sykepleier triagerte ham (hastegrads-vurderte) til hastegrad tre⁵ (av fem). Det tilsa at han skulle undersøkes av lege innen en time.

Da Gunnar ankom akuttmottaket, skrev sykepleier et kort innkomstnotat og noterte opplysninger om pasienten i et observasjonsskjema. Blodtrykket var noe lavere enn vanlig, men han hadde ikke feber. Han hadde sterke smerter i det ene benet, og det var rødt og hovent.

En lege (primærvakten) tok imot Gunnar kl. 14. Han hadde lite erfaring og var usikker på om Gunnar hadde en hudinfeksjon eller en mulig blodpropp i de dyptgående venene i leggen. Legen ventet med å starte behandlingen til han hadde vurdert pasienten sammen med en lege med mer erfaring (sekundærvakten). Primærvakten oppfattet ikke at Gunnar var så dårlig at det gjorde noe å vente, og antibiotika ble derfor ikke ordinert.

4 Hendelsesforløpet er beskrevet i grove trekk, det er ikke en fullstendig beskrivelse. Hendelsen er tidligere publisert på www.helsetilsynet.no, se tittel *Pasient med alvorlig hudinfeksjon (erysipelas) fikk ikke forsvarlig behandling og oppfølging i akuttmottak og på sengepost*.

5 Hastegrad tre (i helseforetaket hvor hendelsen skjedde) tilsvarer gul hastegrad. Helseforetak kan ha ulike systemer for å hastegradsvurdere. Manchester Triage (MTS) har fem hastegrader, rød, oransje, gul, grønn og blå. Pasienter med hastegrad grønn og blå har helseplager som vurderes generelt som lite akutt.

Seks timer uten systematisk observasjon av en uavklart pasient med mulig infeksjon

Men sekundærvakten var opptatt med andre pasienter. Det var helg, og det oppsto samtidighetskonflikt. Tida gikk. Gunnar hadde regelmessig tilsyn av primærvakten eller sykepleier og fikk smertestillende. Men vitale parametere som blant annet blodtrykk, respirasjonsfrekvens og temperatur ble ikke nedtegnet i observasjonsskjema. Det fremkom derfor ikke hvordan tilstanden til Gunnar endret seg. Sekundærvakten var så vidt innom pasienten ca. kl. 16, men vurderte det som forsvarlig å prioritere andre hasteoppdrag. Klokket ble 18 før sekundærvakten fikk vurdert pasienten ordentlig. Da hadde Gunnar ventet i seks timer. Antibiotika ble ordinert, men Gunnar skulle flyttes til sengepost og få behandlingen der.

Overføringen av informasjon fra akuttmottaket til sengepost var mangelfull

Gunnar ble flyttet til sengepost, via røntgen, og ankom kl. 19.30. Rapport om pasienten forelå ikke ved overføringen. Informasjon om pasienten ble gitt muntlig av en sykepleier som ikke kjente til pasienten. Informasjonen ble notert på eget skjema til slik bruk, og, i tråd med rutinen, kastet etter at ankomstnotat var skrevet. På sengepost var de usikre på om antibiotika allerede var gitt. Gunnar fikk derfor fortsatt ikke antibiotika.

Pasienten hadde sepsis, og livet sto ikke til å redde

På sengepost ble Gunnar snart dårligere. Kl. 20 var blodtrykket svært lavt, og sykepleier startet med å gi oksygen. Litt før 21.30 fikk han akutt sirkulasjonssvikt (sirkulatorisk kollaps). Det innebærer blant annet at vitale organer får for lite oksygen. Gunnar ble gjenopplivet og flyttet til intensivavdeling. Da ble det oppdaget at pasienten ikke hadde latt urin siden ankomst sykehuset, og at pasienten hadde nyresvikt. Videre viste mikroskopisk undersøkelse at pasienten hadde en alvorlig bakteriell sepsis. Spesialist i infeksjonsmedisin ble oppringt rundt kl. 23. Først da fikk pasienten antibiotika.

Pasienten hadde en alvorlig hudinfeksjon som krevde akutt operativ behandling. Pasienten ble operert, men utviklet svikt i flere organer. Formiddagen etter fikk pasienten akutt puste- og sirkulasjonsstans. Gjenoppliving lyktes ikke. Gunnar ble erklært død.

I dette tilfellet ble utfallet det verst tenkelige. Liv kan reddes når sepsis blir raskt identifisert, pasienten får tilstrekkelig oppfølging og nødvendig antibiotikabehandling i tide, samt at tilstrekkelig informasjon om pasienten blir videreformidlet ved overflytting.

«Kunne dette skjedd på sykehuset der du jobber?»⁶ (2)

Hver pasienthistorie er unik, men svikt i diagnostisering og behandling av pasienter med sepsis har vi dessverre en rekke eksempler på. Les flere eksempler i avgjørelser i enkeltsaker om svikt (saker som starter med varsel om alvorlig hendelse etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og andre tilsynssaker) fra Statens helsetilsyn: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/>

6 Overskriften er hentet fra en artikkel i Sykepleien publiserte 17. februar 2017 som beskriver case som gjelder pasienter som utviklet sepsis: <https://sykepleien.no/2017/02/kunne-dette-skjedd-pa-sykehuset-du-jobber>. Casene er hentet fra tilsynsrapporter fra Statens helsetilsyn.

3 Det handler om å redde pasienter med sepsis

Pårørende etter svikt i behandling:

«- Det som er så ubegripelig, er hvordan dette kan skje, her i dagens Helse-Norge. ...» (3)

3.1 Hvorfor gjør vi tilsyn med identifisering og behandling av pasienter med sepsis i akuttmottak?

Det er helseforetakets ansvar å drifte akuttmottaket på en måte som ivaretar pasient-sikkerheten, slik at færrest mulig dør av eller får skader etter sepsis. Helsetilsynets ambisjon med tilsynet har vært å bidra til dette, ved å undersøke og følge opp at helseforetakene ivaretar dette ansvaret.

Helsetilsynet mottar varsler om alvorlige hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. I perioden 2012 til 31. desember 2017 mottok Helsetilsynet 64 varsler om alvorlige hendelser som gjaldt pasienter med sepsis. 46 av disse pasientene døde, og 12 pasienter fikk betydelig skade. Hendelser som gjelder sepsis er meldt fra sykehus i alle landsdeler/regionale helseforetak (4).

Fylkesmennene gjennomførte landsomfattende tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2007⁷. De fant at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i de undersøkte akuttmottakene. Funn skapte blant annet bekymring for om ledelsen i helseforetakene gjorde nok for å styre personal- og kompetanseressursene, slik at pasientbehandlingen i akuttmottakene kunne bli tilstrekkelig ivaretatt også i travle perioder. I mer enn halvparten av akuttmottakene var det usikkert om pasientene fikk faglig forsvarlig undersøkelse og diagnostisering (5).

I et læringsnotat fra Kunnskapssenteret⁸ fra 2015 refererer de til tilsynet med akuttmottakene som ble gjennomført i 2007: «Til tross for at ca. halvparten av foretakene har måttet svare opp avvik i forhold til Tilsynets rapport, skjer samme typen avvik nå 6 år etter tilsynene». Notatet bygger på over 450 meldinger knyttet til mottaksavdelinger som hadde kommet til Meldeordningen (meldeordning etter § 3-3 i

7 Dette tilsynet var ikke avgrenset til identifisering og behandling av pasienter med sepsis.

8 Kunnskapssenteret inngår i Folkehelseinstituttet. Kunnskapssenteret skal styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen.

spesialisthelsetjenesteloven⁹⁾ i 2014. Kunnskapssenteret har omtalt akuttmottak som en risikosone for pasientsikkerhet (6).

Risikobildet har over tid vært bekymringsfullt. Pasienter med alvorlige infeksjoner/mulig sepsis og identifisert sepsis, er blant de pasienter som er mest avhengige av at akuttmottak fungerer slik de skal; at pasientene får riktig prioritet, at eventuell sepsis blir identifisert og at effektiv behandling kommer raskt i gang.

Pasienter kan utvikle sepsis i avdelinger og sengeposter på sykehuset, og tilsynet kunne også vært rettet dit. En avgrensning var imidlertid nødvendig og hensiktsmessig, og valget av akuttmottak ble gjort etter møter med fagmiljøet og pasientorganisasjoner.

3.2 Sepsis – hva er det og hvorfor haster det?

3.2.1 Livstruende nedsatt organfunksjon

Sepsis kan opptre ved ulike infeksjoner i for eksempel lunge, urinveier eller hud, forårsaket av bakterier eller andre mikroorganismer. Ved sepsis sprer disse mikroorganismene seg via blodet, og kroppens infeksjonsforsvar utløser en alvorlig betennelsestilstand og redusert/endret blodsirkulasjon i organer og vev. Dette fører igjen til funksjonsnedsettelse i vitale organer som for eksempel hjerte, lunger og nyrer. Sepsis kan blant annet utvikle seg til septisk sjokk, det vil si alvorlig sirkulasjonssvikt. Ved sepsis er det derfor svært viktig å komme raskt i gang med effektiv behandling, blant annet antibiotika- og væskebehandling som kan forhindre eller bremse en slik utvikling. Forsinket oppstart av behandling øker dødeligheten¹⁰.

Tilstanden kan være vanskelig å oppdage. Det er derfor laget internasjonale diagnosekriterier og klinisk verktøy som helsepersonell kan anvende, i tillegg til klinisk skjønn, når de står overfor pasienter hvor det kan være mistanke om sepsis.

Ettersom sepsis krever rask diagnostikk og behandling, kan sepsis til en viss grad fungere som en «modelltilstand» (uttrykk) for hvordan akutte tilstander blir håndtert i akuttmottaket, også når det ikke er snakk om sepsis.

3.2.2 Betegnelser, og definisjon av sepsis

Etter gjeldende internasjonal definisjon, fra februar 2016, er sepsis avgrenset til pasienter med infeksjon og livstruende organfunksjon (1)¹¹. Når pasienter med sepsis utvikler alvorlig sirkulasjonssvikt, betegnes det som septisk sjokk.

Sepsis er også kalt «blodforgiftning». Kunnskapskilder som blant andre nettbaserte Store medisinske leksikon, oppdatering 3. oktober 2017, bruker begrepene synonymt og i henhold til gjeldende definisjon av sepsis (7). I dagligtale brukes begrepet blodforgiftning ofte mer upresist. Selv om betegnelsen blodforgiftning er mer allment kjent, har vi derfor likevel valgt å bruke betegnelsen sepsis i denne rapporten.

9 Denne meldeordningen er lagt til Helsedirektoratet.

10 «I en retrospektiv studie fra databasen i Surviving Sepsis Campaign, ble det blant 28.000 pasienter med sepsis og organsvikt(er) og septisk sjokk påvist signifikant økning i dødelighet ved forsinket antibiotikabehandling fra første time.» (8).

11 Endringene av de internasjonale retningslinjene er beskrevet i JAMA 2016; 315 (1). Videre beskrives en del av bakgrunnen i Just Say Sepsis!: a review of the process of care received by patients. A report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death, 2015 og i Improving outcomes for patients with sepsis. A cross-system action plan NHS England, 2015.

3.2.3 Kjennetegn på sepsis, og vurderingsverktøy

Sepsis kan være vanskelig å identifisere. SIRS-kriterier¹² har vært brukt i mange år i vurderinger av om pasienter kan ha sepsis. SIRS-kriteriene er knyttet til kroppstemperatur (over 38°C eller under 36°C), høy pulsfrekvens, høy respirasjonsfrekvens og unormale verdier av hvite blodlegemer. Sepsis har vært definert som påvist eller mistenkt infeksjon og to SIRS-kriterier.

De gamle sepsiskriteriene (SIRS) omfattet pasienter med alvorlige infeksjoner, men nedsatt funksjon i organer (organdysfunksjon) var ingen absolutt forutsetning. I februar 2016 kom en ny definisjon av sepsis, hvor sepsis ble avgrenset til pasienter med livstruende organdysfunksjon¹³, og et nytt klinisk verktøy ble anbefalt tatt i bruk: SOFA¹⁴ (1). Ved mistenkt sepsis, etter gjeldende definisjon, kan pasienten raskt risikovurderes ved bruk av en forenklet versjon av SOFA, kalt quick SOFA (qSOFA). qSOFA-skår blir gitt på bakgrunn av tre kliniske målinger og observasjoner av pasienten; respirasjonsfrekvens (høy, > 22 per minutt), systoliske blodtrykk (lavt, < 100 mmHg) og endret mental tilstand¹⁵.

Tilsynet ble planlagt før den nye definisjonen av sepsis og verktøyet qSOFA ble lansert, mens mesteparten av tilsynet ble utført etter lanseringen¹⁶. Dette har skapt noen metodiske utfordringer. SIRS-kriteriene er svært sensitive men ikke spesifikke for sepsis. Det betyr at med støtte i SIRS-kriteriene vil helsepersonell identifisere de fleste med alvorlig infeksjon der pasienten trenger behandling, men også mange som ikke er alvorlig syke. qSOFA har vist seg å være lite sensitivt, men bra spesifikt til å påvise sepsis etter ny definisjon (9). Det overordnede målet for tilsynet var å vurdere diagnostikk og behandling for pasienter som hadde blitt lagt inn i sykehus med mulig sepsis. Hvis vi bare hadde inkludert pasienter med positiv qSOFA, ville vi ikke kunne si noe om systematikken i diagnostikken for hele pasientpopulasjonen, der akuttmottaket burde mistenke sepsis. Til dette formålet er SIRS-kriteriene bedre egnet, fordi de inkluderer en videre pasientpopulasjon som er i risiko for å ha/utvikle sepsis. Helsetilsynet endret derfor ikke innretningen på tilsynet, men vi tok høyde for at noen sykehus ville implementere skåringsverktøyet qSOFA (i stedet for SIRS-kriterier) i løpet av tilsynsperioden.

3.3 Akuttmottaket – inngangsport med flere avdelinger involvert

3.3.1 Organisering av akuttmottak

Akuttmottakene i Norge er av ulik størrelse, og de er organisert etter ulike modeller. Mange er organisatorisk plassert i klinikk for akuttmedisin eller anestesi, men akuttmottak kan også ligge under kirurgisk eller medisinsk klinikk. Noen akuttmottak drives som egne avdelinger under akuttmedisinsk eller medisinsk klinikk, andre er en seksjon under en avdeling.

I akuttmottak arbeider sykepleiere, turnusleger, leger i spesialisering, overleger, bioingeniører, portører, radiografer med flere. Med unntak av sykepleiere, er det imidlertid få som er ansatt i akuttmottaket. Legene er i de fleste sykehus ansatt i en annen avdeling, men de har vakter i akuttmottaket. Det at legene tilhører andre

12 SIRS: Systemisk Inflammatorisk Respons Syndrom.

13 «Sepsis should be defined as life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection» (1).

14 SOFA: Sequential (sepsis related) Organ Failure Assessment.

15 Glasgow coma scale < 15

16 I veilederen for tilsynet ble sepsis definert som klinisk mistanke om infeksjon og to SIRS-kriterier, i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Pasienter identifisert ved hjelp av qSOFA vil langt på vei samsvare/overlappe med de pasientene vi i tilsynet identifiserte/beskriver som pasienter med «sepsis med organdysfunksjon».

avdelinger, betyr at mange avdelinger er involvert i tjenestene som gis i akuttmottaket. Administrerende direktør eller divisjonsdirektør kan være første felles organisatoriske nivå i helseforetaket med ansvar for all virksomhet i akuttmottaket. Mange avdelinger involvert krever samhandling på tvers både på ulike ledelsesnivåer og i det praktiske arbeidet, i møte med pasientene. Behandlingsteamene i akuttmottak varierer ofte fra dag til dag, noe som krever klar struktur og velkjente systemer.

3.3.2 Pasientens møte med akuttmottaket, kompetanse

Akuttmottaket er pasientens første møte med sykehuset. Her tas beslutninger om hastegrad og behov for utredning, behandling og videre observasjon.

Hastegradsvurderingen¹⁷ blir vanligvis foretatt av sykepleier som har kompetanse til å gjøre dette. Denne baserer seg på kontaktårsak, symptomer og måling av puls, blodtrykk, pustefrekvens, temperatur og bevissthet. Pasienten blir så undersøkt av lege, og prøver og undersøkelser blir bestilt. Utover de tilfellene hvor kritisk syk pasient er meldt til akuttmottaket, er det i Norge ofte en relativt uerfaren lege; lege i spesialisering på de største sykehusene, og turnuslege, eventuelt en legestudent med lisens på de mindre, som er den første legen som tilser pasienten. Denne legen vil deretter kunne tilkalle sin bakvakt (lege i spesialisering eller overlege) for å tilse/vurdere pasienten i akuttmottaket. Alternativt vil de kun informere bakvakten muntlig etter at pasienten er ferdig undersøkt, og eventuelt sendt videre til en klinisk avdeling. Enkelte helseforetak har valgt å ha mer erfarne leger i front i akuttmottaket for å sikre mer kompetanse ved mottak av akutte pasienter. Hvilken kompetanse som er fysisk tilgjengelig (tilstedevakt på sykehuset) vil som regel variere gjennom døgnet, og mellom hverdag og helgedager.

3.4 Akuttmottakenes identifisering og behandling av pasienter med sepsis

3.4.1 Hva tilsynet undersøkte

Mål og pasientgruppe

Dette tilsynet handlet om tidlig identifisering og rask oppfølging av voksne pasienter med sepsis eller mulig sepsis. Det overordnede målet med tilsynet var å undersøke om identifisering, diagnostikk og behandling av pasienter med sepsis og mulig sepsis i akuttmottak var forsvarlig.

Tilsynstemaer og avgrensning

Temaene i tilsynet var helseforetakenes tilrettelegging og oppfølging av arbeidsprosesser knyttet til:

- prioritering av pasienter etter hastegrad (triagering)
- legeundersøkelse i henhold til hastegrad
- behandling i akuttmottaket (herunder oppstart med antibiotika)
- observasjon i akuttmottaket
- overføring av nødvendig informasjon til mottakende post/avdeling om videre behandling, undersøkelser og observasjoner

Tilsynet ble avgrenset til aktiviteter i akuttmottaket og aktiviteter som var planlagt og bestilt fra akuttmottaket. Oppfølging av pasienten etter ankomst i ny avdeling/post inngikk ikke i tilsynet.

17 Fire hastegrader er vanlig: rød, oransje, gul og grønn.

3.4.2 Gjennomføringen av tilsynet

Omfang og praktisk gjennomføring

Fylkesmennene, fordelt på seks regionale tilsynslag, gjennomførte 24 tilsyn, fordelt på 19 helseforetak og ett privat sykehus. Tilsynslagene gjennomgikk pasientjournaler, der det ved tidspunkt for innleggelse i akuttmottak kunne være mistanke om sepsis¹⁸. Tilsynslagene gjennomgikk til sammen 66 journaler ved hvert sykehus; de siste 33 innlagte pasienter før varsel om tilsyn (felles fastsatt til 1.10.2015) og de siste 33 innlagte pasienter før dato for gjennomføring av tilsynsbesøket¹⁹.

Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon med felles veileder for alle tilsyn²⁰, og med deltakende fagrevisorer med medisinsk faglig kompetanse på området som skulle undersøkes (infeksjon- og intensivmedisin). Journalene var en sentral kilde for å vurdere om helseforetaket oppfylte kravene som følger av regelverket og om de ivaretok pasientene. I tillegg gjorde/gjør fylkesmennenes tilsynslag journalgjennomgang (verifikasjoner) åtte og fjorten måneder etter gjennomført systemrevisjon. Disse journalgjennomgangene kan avdekke om helseforetakene har fått på plass tilstrekkelige forbedringer for å kunne ivareta pasientenes sikkerhet. Det vil si at eventuell sepsis blir identifisert, og at pasientene får behandling innen frister gitt i nasjonale faglige retningslinjer, jf. kapittel 6. Siste journalgjennomgang skal etter planen foregå i andre kvartal 2018.

Helsetilsynet vil formidle resultatene fra dette oppfølgingsarbeidet senere.

Rekkefølgen ble bestemt ved loddtrekning

Ved gjennomføringen av disse tilsynene ville vi også evaluere i hvilken grad tilsyn påvirker kvaliteten på tjenestene som blir gitt til pasienter med sepsis. Fylkesmennene valgte selv hvor de ville gjennomføre tilsyn, basert på kunnskap om risiko, sårbarhet og lokale forhold. Men for å få en mest mulig solid evaluering av effekt av tilsyn, ga Helsetilsynet noen metodiske føringer. Rekkefølgen for gjennomføring ble bestemt ved loddtrekning, og tilsynslagene fikk tildelt en tidsperiode for når tilsynene skulle gjennomføres. Arbeidet med evaluering av effekt av tilsyn er kort omtalt i kapittel 6.

Rammene for tilsynet; lov og retningslinjer

Sykehus har plikt til å motta, undersøke og gi nødvendig behandling til pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp (spesialisthelsetjenesteloven § 3-1). Ved dette tilsynet var kravet til forsvarlig virksomhet sentralt (spesialisthelsetjenesteloven § 2-2). Kravet om forsvarlighet er også et krav om forsvarlig organisering av virksomheten. Det innebærer at ledelsen skal gjennomføre organisatoriske og styringsmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard. Innholdet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer. Faglige retningslinjer er et av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet innhold. I dette tilsynet var disse publikasjonene sentrale:

18 I forkant av tilsynet fikk fylkesmannen oversendt lister fra Norsk pasientregister (NPR) med oversikt over pasienter som hadde vært innlagt ved det aktuelle sykehuset/helseforetaket med diagnosen sepsis eller infeksjon.

19 Der andel/prosent er oppgitt i kapittel 4, kan det variere om tilsynslaget har tatt utgangspunkt i 66 journaler eller 33.

20 Stopp sepsis. Veileder for landsomfattende tilsyn 2016–2018 med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis. Internserien 2/2016. Oslo: Statens helsetilsyn, 2016. Tilgjengelig på www.helsetilsynet.no, Publikasjoner.

- Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus, kapittel 2 Sepsis. IS-2151²¹ (10).
- Kapittel T1.10 Sepsis, i Norsk legemiddelhåndbok (11).
- Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Critical Care Medicine 2013 (12).
- Sepsiskampanjen med sepsispakken fra Danmark²².
- Time to act severe sepsis: rapid diagnosis and treatment saves lives. Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2013 (13).
- International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). The Journal of the American Medical Association (JAMA), 2016; 315: 801-10. (1)

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten²³ ble 1. januar 2017 erstattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsene i forskriften skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven. Dette gir virksomheten grunnlag for å sikre gode og trygge tjenester også de dagene forholdene ikke er optimale, for eksempel ved stor pågang av pasienter til akuttmottaket.

Kravene som myndighetene stiller må etterleves for at mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, observasjon og behandling av pasienter i akuttmottak skal være faglig forsvarlig.

Se også punkt 3.2 i denne rapporten, vedrørende anbefalt vurderingsverktøy og endring av internasjonal anbefaling under planleggingen av tilsynet.

21 Kapittelet om sepsis i retningslinjen skal revideres av Helsedirektoratet.

22 Sepsispakkene i Danmark er beskrevet i rapporten: Et kvalitetsprogram – Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet. Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2017. <https://patientsikkerhed.dk/projekter/patientsikkertsygehus/>

23 Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten var gjeldende da tilsynet ble planlagt. Bestemmelsene i internkontrollforskriften hadde samme hovedintensjon som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

4 Funn. Svikt og mangelfull pasientsikkerhet i alle helseforetak

I punkt 4.1 gir vi først en oppsummering av tilsynsfunn som gjelder mangelfull kontroll og styring i helseforetakene. Vi utdyper disse funnene i punkt 4.1.1–4.1.4.

I punkt 4.2–4.6 redegjør vi for sentrale funn som gjelder arbeidsprosessene som tilsynet har undersøkt, jf. 3.4.1. Vi beskriver krav som var sentrale i dette tilsynet som følger av regelverket, faglige retningslinjer med videre, før de enkelte funn.

Alle beskrivelser av funn i denne rapporten bygger på fylkesmennes tilsynsrapporter, se www.helsetilsynet.no

4.1 Mangelfull ledelse – betydelig risiko

«Alle bryt lova i behandling av blodforgifting» (14)

Ledelsen hadde mangelfull kontroll med pasientsikkerheten. Oppsummering: Tilsynet erfarte at ledelsen i helseforetak ofte har høy bevissthet om viktigheten av å prioritere pasienter med sepsis. Det var stort sett klarhet i ansvar og oppgaver knyttet til disse pasientene. Vi kan også konstatere at ansatte ofte har god og oppdatert kunnskap om sepsis²⁴. Videre har en del helseforetak gjort særskilte grep for at bemanningen skal være tilpasset perioder med størst tilstrømning av pasienter.

Men i mange tilfeller hadde ledelsen likevel ikke lagt godt nok til rette for at de som jobber i akuttmottaket kunne følge opp pasientene, slik forsvarlig praksis tilsier. Det tok for lang tid før pasienter fikk antibiotikabehandling. Det kunne svikte i flere ledd. En pasient kunne vente både på å bli hastegradsvurdert og få legetilsyn/bli diagnostisert. Stor pågang/samtidighets-konflikter var i mange tilfeller en risikofaktor. Ledelsen i flertallet av helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om faktisk aktivitet og drift i akuttmottaket. De hadde ikke nok data til å vite om akuttmottaket ga pasienter hjelp så fort som hastegraden tilsa, og hvor ofte det sviktet. Når ledelsen ikke etterspør denne typen informasjon, har de mangelfullt grunnlag for å avdekke og følge opp på områder hvor det svikter. Da kan uønsket og uforsvarlig praksis vedvare over tid, og ramme flere pasienter.

I noen helseforetak kjente ledelsen godt til utfordringene og farene for svikt, og hadde tatt grep. Men tiltakene var ikke tilstrekkelige til å ivareta pasientsikkerheten.

24 Et mindre antall helseforetak hadde ikke sørget for systematisk opplæring og tilstrekkelig kompetanse på triage og sepsis.

Tilsynet avdekket svikt i alle helseforetak. Det mest gjennomgående funnet var at det kunne ta uforsvarlig lang tid før kritisk syke pasienter med sepsis fikk antibiotika-behandling.

4.1.1 Styringsinformasjonen var ikke tilstrekkelig som grunnlag for å ivareta pasientsikkerheten²⁵

Sentral informasjon om behandlingsforløp manglet

Ledelsen i flertallet av helseforetakene manglet informasjon om praksis og resultater i akuttmottaket. Slik informasjon er nødvendig for å vite om driften er forsvarlig, og om pasientene får de tjenestene de skal ha til anbefalt tid. Ledelsen hadde dermed utilstrekkelig grunnlag for å følge med på om akuttmottaket fulgte gjeldende retningslinjer, og om sykehusets rutiner for å ivareta pasientene ble fulgt. I tre av fire akuttmottak var nødvendige registreringer vedrørende behandlingsforløp mangelfulle. Dette gjaldt i særlig grad hvor lang tid det tok før pasienter fikk legeundersøkelse, og tidspunkt for antibiotikabehandling. Ledelsen hadde ikke nok data til å vite om akuttmottaket ga pasientene hjelp i henhold til hastegrad. Data og målinger er en nødvendig del av kunnskapsgrunnlaget, for å kunne kontrollere om pasientsikkerheten er tilstrekkelig ivaretatt. Ett vesentlig poeng med slik informasjon, er at den gir grunnlag for å gjøre grep som minimerer risiko i alle ledd av pasientbehandlingen.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Ledelsen følger ikke med på om tidspunkt for legetilsyn dokumenteres og får ikke opplysninger som gjør det mulig å følge med på om pasienter med sepsis og mistanke om sepsis får legetilsyn i tide.»

«Helsepersonell har bevissthet om betydningen av rask håndtering av pasientene. Helseforetaket har imidlertid ingen egne data/resultatmål for om pasientene får antibiotikabehandling innen angitte tidsfrister.»

«Helseforetaket følger i liten grad med på resultater og måloppnåelse fra akuttmottaket. Helseforetaket har således ikke lagt til rette for at helsepersonellet kan ivareta sine oppgaver på en slik måte at pasienter i akuttmottaket med sepsis får påbegynt behandling med antibiotika i samsvar med nasjonale retningslinjer.»

Avvikssystem var ikke tatt tilstrekkelig i bruk

Flertallet av helseforetakene hadde ikke en tilfredsstillende praksis for håndtering av avvik. I noen helseforetak var det ikke kultur for å melde avvik som gjelder daglige arbeidsoppgaver. I andre helseforetak meldes avvik, men ledelsen fulgte ikke opp meldingene og brukte dem ikke i forbedringsarbeid. Ledelsen i helseforetak har plikt til å evaluere virksomhetens aktiviteter og å sørge for korrigerende tiltak som trykker pasientsikkerheten. I helseforetak hvor ledelsen ikke etterspør og bruker avviksmeldinger systematisk, kan uønsket og i verste fall uforsvarlig praksis fortsette uten at forbedringstiltak settes i verk.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Det finnes et system for å registrere avvikshendelser. Systemet blir ikke brukt i tilstrekkelig grad til å kunne avdekke trender eller mulige bakenforliggende årsaker til svikt i gjenkjenning av sepsispasienter som igjen kan bidra til å forbedre tjenestene til pasientene.»

²⁵ Styringsdata/-informasjon kan beskrives som ulike typer data som brukes som hjelpemiddel til utvikling og drift av virksomheten. Styringsdata er herunder også et virkemiddel i kvalitets- og sikkerhetsarbeid, for å oppnå gode pasientforløp og trygge tjenester for pasientene.

«... Det er ikke praksis for å melde avvik ved uønskede hendelser i de daglige arbeidsoppgavene. ... fremlagte avvikslogg ... viser få meldte avvik for en tidsperiode på 6 år. ... Aktivitetsdata blir i liten grad hentet ut.»

4.1.2 Risiko var kjent, men ledelsen hadde ikke tatt tilstrekkelig grep

I en del helseforetak var ledelsen kjent med at de jevnlig eller av og til utsatte pasienter for risiko. De visste om at forholdene ikke var lagt til rette for å sikre at alle pasienter fikk forsvarlig helsehjelp. Det kunne blant annet gjelde mangelfull kapasitet som resulterte i lang ventetid på lege, og at antibiotikabehandling ble satt i gang lenge etter det som fremgår av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Se mer om disse funnene i punkt 4.3 og 4.4.

I flere av helseforetakene, hvor ledelsen fulgte med og var klar over den mangelfulle pasientsikkerheten, hadde de gjort tiltak for å bedre forholdene. Det gjaldt for eksempel der gjentakende samtidighetskonflikter var kjent av ledelsen, og de hadde søkt å tilpasse bemanningen til perioder med stor pasienttilstrømming. På tross av dette var rammebetingelsene utilstrekkelige, og helsepersonellet hadde ikke mulighet for å følge opp alle pasienter på en tilfredsstillende måte. Dette hadde blant annet ført til at kritisk syke pasienter hadde ventet lenge på antibiotikabehandling. Pasientsikkerheten var i slike tilfeller ikke tilstrekkelig ivaretatt, selv om tiltak var iverksatt. I andre tilfeller hadde ledelsen gjort svært lite for å minske kjent risiko.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Sykehuset har iverksatt egne kvalitetsmålinger for aktivitetene i akuttmottaket. De tiltak som er iverksatt har hittil ikke hatt tilstrekkelig effekt for å bedre på manglene.»

«Det er kjent for ledelsen at pasienter kan bli liggende i akuttmottaket i påvente av plass på annen avdeling, men effektive tiltak er ikke satt i verk.»

«Selv om sykehusledelsen har vært kjent med at det har vært forsinkelser i akuttmottaket, har de ikke undersøkt hvilke konsekvenser dette har hatt for pasienter med sepsis og heller ikke satt i gang effektive kompenserende tiltak.»

4.1.3 Samtidighetskonflikter bidro til at pasienter fikk mangelfull oppfølging og forsinket behandling

Misforhold mellom kapasitet og antall pasienter i akuttmottak utfordrer pasientflyten og behandlingens kvalitet. I perioder med stor pågang har noen pasienter blitt liggende lenge i akuttmottak, og både diagnostikk og behandling har blitt forsinket. I nær halvparten av helseforetakene fant tilsynet at samtidighetskonflikter var en risikofaktor som kunne medføre svekket pasientsikkerhet. Selv om personellet visste hvor viktig det er å komme raskt i gang med behandling av pasienter med sepsis, var forholdene ikke alltid lagt til rette for at helsepersonellet kunne følge egne prosedyrer. Det kan føre til at pasienter med sepsis ikke blir fanget opp, fulgt opp og får startet med antibiotikabehandling så raskt som hastegraden tilsier. Samtidighetskonflikter hadde ofte sammenheng med at kapasitet/bemanning i akuttmottaket ikke sto i forhold til antall pasienter som trengte hjelp. Opphopning av pasienter på akuttmottaket på grunn av manglende kapasitet på sengeavdelinger, var medvirkende årsak i noen helseforetak.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Ved stor pasienttilstrømming oppstår det ... jamlege samtidigkonfliktar som fører til at det ikkje er mogeleg for helsepersonellet å følgje prosedyrane. Pasientar med sepsis blir då ikkje alltid fanga opp, triagert, undersøkt av lege og får starta med antibiotika så fort som nasjonale retningsliner tilseier. Årsakene til dette er samansette. ...»

«Samtidighetskonflikter fører til manglende kliniske observasjoner av pasienter.»

«Samtidighetskonflikter og fullt akuttmottak oppstår flere ganger ukentlig og forsinker oppstart av antibiotika.»

«Leiinga har ikkje lagt til rette for god nok flyt av pasientar gjennom Akuttmottak. I periodar med stor pasienttilstrømming tek ikkje sengepostane imot sine egne pasientar når dei er klargjort i Akuttmottak.»

4.1.4 Noen helseforetak hadde utilstrekkelig kompetanse i front

Årsakene til at pasienter ikke får riktig hjelp til rett tid i akuttmottak er ofte svært sammensatte²⁶. Mangelfull tilgang på erfarne leger i akuttmottaket var en av en rekke årsaker til at pasienter ikke hadde fått undersøkelse og behandling innen anbefalte tidsfrister. Men i en del helseforetak var det klar sammenheng mellom utilstrekkelig kompetanse i front og at kritisk syke pasienter med sepsis hadde ventet lenge på antibiotikabehandling.

Uerfarenhet kan medvirkende til at pasienter med sepsis ikke fanges opp raskt. Uerfarne leger kan også bruke lengre tid på å beslutte hvordan pasienten skal følges opp videre. Noen helseforetak hadde ikke lagt til rette for at turnusleger og uerfarne leger i akuttmottaket kunne få tilstrekkelig støtte. Ved stor pågang og når prioriteringer må skje raskt, kan støtte fra erfarne leger være helt avgjørende for at pasienten skal få riktig behandling til rett tid. I noen helseforetak hadde de tatt konsekvensene av dette og satt inn erfarne leger i front, for eksempel egen triagelege.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Virksomheten er ikke organisert på en måte som sikrer tilstrekkelig legekompentanse ved mottak av pasienter.»

«Turnuslegane har eit svært stort ansvar i akuttmottak og dei har lite støtte av legar med erfaring og høgare kompetanse når dei arbeider med å ta imot nye pasientar.»

«Ledelsen har plassert uerfarne leger i front i akuttmottaket. Disse bruker lang tid på å ta stilling til antibiotikabehandling.»

26 I læringsnotatet Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet, fra Kunnskapssenteret (2015), ble risikofaktorer gruppert i fire hovedkategorier: Ressurser og organisering, Tilgang på rett kompetanse, Kommunikasjon og kontinuitet og Mangel på eller avvik fra rutiner (6).

4.2 Svikt i hastegradsvurderinger i noen helseforetak

Tilsystema: Prioritering av pasienter etter hastegrad (triagering)

Sentralt i tilsynets vurderinger av hastegrad, og identifisering av sepsis

Helseforetaket må ha et prioriteringssystem²⁷ som omfatter vurderinger av symptomer og måling av vitale parametere²⁸ (blodtrykk, puls, respirasjon, temperatur og diverse observasjoner). Det viktigste ved hastegradsvurdering for pasienter med spørsmål om sepsis er at helseforetaket har systemer som fanger opp at det kan dreie seg om denne diagnosen. Identifisert sepsis betyr at hastegraden for videre oppfølging med legetilsyn skal øke. Forsvarlig hastegradsvurdering innebærer også at hastegradsvurderingene må skje innen rimelig tid, og at hastegraden skal revurderes dersom pasientens tilstand endres. Helseforetaket bør ha som mål å hastegradsvurdere alle pasienter umiddelbart, og i alle fall at den er påbegynt innen ca. 15 minutter fra ankomst. Pasienter med akutte/livstruende tilstander skal få oppfølging umiddelbart.

Helseforetaket må følge med på om virksomheten gjennomfører hastegradsvurderinger i samsvar med egne mål. Ledelsen skal følge opp at sykepleierne har tilstrekkelige kunnskaper til å bruke prioriteringssystemet. Helseforetaket skal sikre dokumentasjon av hastegradsvurderingen, tidspunkt for denne og observasjon av nødvendige vitale parametere.

Funn

Resultatene fra tilsynet viser at flertallet av helseforetakene overholdt kravene til hastegradsvurderinger. Men i omlag ett av tre akuttmottak avdekket tilsynet svikt direkte knyttet til slike vurderinger. Svikten handlet om at pasienter ikke ble hastegradsvurdert raskt nok, eller at det var fare for at pasienter med sepsis ikke ville bli raskt identifisert. Det er alvorlig, fordi det kan bidra til at pasienter får forsinket oppstart av undersøkelse og behandling. Hastegradsvurderingen er en viktig kølapp som skal gi klare føringer for hvor raskt pasienten skal følges opp. Årsakene til forsinket prioritering eller risiko for dette varierte, men hadde eksempelvis sammenheng med mangelfull tilgang på personell, romkapasitet eller kompetansemessige forhold. Et mindre antall pasienter med sepsis hadde fått hastegrad gul i stedet for rød, som tilsier at pasienten ikke prioriteres høyest for raskt legetilsyn. For pasienter med sepsis kan slike feilvurderinger få svært uheldige følger, dersom hastegraden ikke blir raskt revurdert. Omfanget av svikt som gjaldt hastegradsvurderinger er noe usikkert, ettersom tidspunkt for hastegradsvurdering manglet i en rekke journaler.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Pasientene kan måtte vente opptil to timer før de blir triagert. ... RETTS er valgt som triagemetode, der anbefales det triage etter 15 minutter. Sykehusets mål om triagering innen 30 minutter oppnås ikke.»

«Det er ikke entydig nedfelt når triage senest skal gjennomføres etter ankomst, eller når og hvordan ekstra personell skal tilkalles/møte for å bistå til triage ved opphopning/samtidighet...»

«Alle pasienter skal triageres innen 10 minutter. Det beskrives ofte å være ventetid på triage. ... Funn fra pasientjournal: ... 7 av 33 pasienter triageres senere enn 25 minutter.»

27 De fleste norske sykehus har tatt i bruk et av to–tre internasjonalt anerkjente triagesystemer som SATS eller RETTS. Det er ikke krav om bruk av et bestemt system.

28 Tilsynet la til grunn at disse vitale parametere måtte inngå i prioriteringssystemet: respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, puls, systolisk blodtrykk, registrering av bevissthetsnivå (for eksempel Alert – voice – pain – unresponsive (AVPU) eller Glasgow Coma Scale (GCS)), temperatur, mobilitet, skade.

4.3 Pasienter ventet lenge på legeundersøkelse

Tema: Legeundersøkelse i henhold til hastegrad

Sentralt i tilsynets vurderinger av om pasienter fikk legetilsyn raskt nok

Raskt legetilsyn er vesentlig for videre pasientforløp. Pasienter med tegn på organ-svikt, eventuelt septisk sjokk, må prioriteres for umiddelbart legetilsyn. Pasienter der helsepersonell mistenker sepsis, og hvor det er funn på vitale parametere, må sikres legetilsyn innen 10–15 minutter (oransje hastegrad). Pasienter der personell mis-tenker alvorlig infeksjon/mulig sepsis, men som har tilstander som fremstår som lite alvorlige og vurderes å være stabile når hastegradsvurderingen gjøres, kan vente noe lengre (gul hastegrad). Men de skal ha legetilsyn innen helseforetakets krav²⁹. Raskt legetilsyn er avgjørende for at antibiotika- og annen støttende behandling skal kunne iverksettes innen anbefalt tid.

Ledelsen skal følge med på at lege tilkalles i henhold til hastegradsvurdering. Helseforetaket skal ha rutiner som sikrer at lege(r) med tilstrekkelig kompetanse tilkalles for å undersøke/følge opp pasienter der det er mistanke om sepsis, eller der sepsis er konstatert. Helseforetaket skal følge med på at rutineene følges.

Funn

Forsinket legetilsyn/-undersøkelse var sviktområde i mange av helseforetakene.

I akuttmottak hvor pasienter med sepsis hadde fått sen antibiotikabehandling, var ventetid på legetilsyn ofte en vesentlig medvirkende årsak. Vi viser til punkt 4.4. Et av hovedformålene med den første legeundersøkelsen er å stille en tentativ diag-nose, slik at nødvendige behandlingstiltak kan iverksettes. Når pasienter ikke får legetilsyn i samsvarer med hvor raskt de skal prioriteres, kan det gå ut over pasientens liv og helse – fordi tilpassede behandlingstiltak ikke kommer raskt nok i gang. Dødeligheten ved sepsis øker raskt ved forsinket behandling med antibiotika. I akuttmottak der årsaken til forsinket legetilsyn er sannsynliggjort, var stor pågang/samtidighetskonflikter en av risikofaktorene.

Det fremgår av punkt 4.1.1 at mange helseforetak ikke hadde sørget for tilstrekkelig styringsinformasjon; data/registreringer/meldinger som ved systematisk bruk kan bidra til å ivareta pasientsikkerheten. Et gjentakende eksempel på dette var mangel-fulle registreringer av hvor lang tid det tok før pasienter fikk legetilsyn/-undersøkelse. Når registrering mangler, er det usikkert om pasienten har fått legetilsyn innen anbe-falt tid. I slike tilfeller kan ikke helseforetaket med sikkerhet vite hvilket omfang forsinket legetilsyn har, og tilsynet kan ikke trekke slutninger om hvor stor andel av pasientene som har vært negativt berørt.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Funn ... viser at 30–50% av pasientene ikke får lege innen tidsramme.»

«Funn fra pasientjournaler, ...:

- triage rød: 2 av 10 pasienter fått lege innen tidsramme
- triage oransje: 5 av 21 pasienter innen tidsramme»

«Gjennomgang av pasientjournaler viser at mindre enn 50 % av pasienter får adekvat legetilsyn ihht hastegrad.»

29 Ventetid ved gul hastegrad må ses i sammenheng med helseforetakets prioriteringssystem for hastegrad. Ikke alle anvender ventetid i minutter, men heller aktivitetsnivå. Ventetid i minutter bør ligge innenfor ca. en time.

«I periodar med stor pågang av nye pasientar må også pasientar med høg hastegrad vente lenge på undersøking av lege, ...»

4.4 Antibiotikabehandling kom sent i gang

Nasjonalt faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus beskriver behandlingsprinsipper for pasienter med sepsis, også ut over selve antibiotikabehandlingen. Det gjelder blant annet intravenøs væskebehandling og oksygentilførsel. Tilsynet skulle undersøke om også disse delene av behandlingen foregikk forsvarlig. I et mindre antall helseforetak har tilsynet konkludert med ikke forsvarlig behandling som eksplisitt også omfatter svikt i væske- og/eller oksygenbehandling.

Ettersom forsinket antibiotikabehandling er et helt dominerende funn i tilsynet, vil vi i redegjørelsen nedenfor konsentrere oss om denne delen av behandlingen.

Tema: Behandling i akuttmottaket

Sentralt i tilsynets vurderinger av igangsetting av antibiotikabehandling

Pasienter med sepsis skal få intravenøs antibiotika raskt, men fortrinnsvis etter at blodkultur³⁰ er sikret. Slike pasienter skal helst ha antibiotika innen en time etter innleggelse. Det viktigste er å oppdage pasienter med organsvikt som er medtatte. Disse pasientene må få antibiotika så snart som mulig og senest innen en time, og alle andre tiltak skal foregå fortløpende. For pasienter med spesifikk organinfeksjon som for eksempel lungebetennelse, og samtidig spørsmål om sepsis, vil det variere hvor mye det haster med oppstart av behandling, også antibiotika. Det vil ofte være aktuelt å gjøre supplerende undersøkelser for å avdekke alvorlighetsgrad. Og det kan være akseptabelt at det går mer enn en time før antibiotika blir gitt. Pasienten må i slike tilfeller være undersøkt, vurdert av lege med rett kompetanse og være under systematisk observasjon, slik at endringer i tilstanden fanges opp.

Helseforetaket må ha implementert gjeldende Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Har pasienten sepsis med uttalt organsvikt eller septisk sjokk, må helseforetaket sikre at alle behandlingstiltak foregår fortløpende og uten forsinkelse. Helseforetaket skal sikre umiddelbar³¹ overflytting av slike pasienter fra akuttmottaket til intensiv-/intermediæravdeling for å igangsette ytterligere tiltak.

Funn

Forsinket antibiotikabehandling var et gjennomgående funn i akuttmottakene som tilsynet undersøkte. Dette gjaldt i særlig grad behandling til pasienter med alvorlig nedsatt organfunksjon³², der det hastet mest med å komme i gang med antibiotikabehandling. I en rekke tilfeller hadde slike pasienter ventet i flere timer før de fikk antibiotikabehandling. Dette er pasienter hvor behandlingsforløpet må gå raskt, og hvor det kan stå om liv. Og det er derfor svært alvorlig. Tilsynet avdekket også at pasienter uten livstruende organfunksjon, men med behov for antibiotikabehandling, ikke hadde mottatt behandling så raskt som anbefalingene i faglige retningslinjer tilsier.

30 Metode (blodprøve) for å kunne påvise bakterier eller sopp i blod. Det er viktig å kjenne bakterietypen for å velge riktig antibiotika for best mulig målrettet behandling, og for å motvirke utvikling av antibiotikaresistens. Valg av antibiotika inngikk ikke i tilsynet.

31 Liggetid i akuttmottaket for denne pasientkategorien bør ikke overskride 60 minutter, med mindre det er tungtveiende grunner for det.

32 I flertallet av akuttmottakene som ble undersøkt utgjorde denne kategorien pasienter (pasienter med organfunksjon) rundt en tredjedel av totalt antall pasientforløp/journaler som ble vurdert.

Det var mange årsaker til at pasienter ikke hadde fått antibiotikabehandling til anbefalt tid, og i noen tilfeller var årsakene svært sammensatte. Som det fremgår av punkt 4.1, var ledelsen i helseforetaket i en rekke tilfeller ikke kjent med risikoen pasientene ble utsatt for, eller de hadde ikke tatt tilstrekkelig grep for å kunne gi forsvarlig behandling til alle. Hvor mange pasienter som hadde fått sen antibiotikabehandling, totalt sett, kan vi ikke fastslå, ettersom tidspunkt for antibiotikabehandling manglet i en rekke journaler.

I en del akuttmottak avdekket tilsynet forsinkelser i flere ledd av behandlingsforløpet. I noen mottak var sen eller feil hastegradsvurdering/prioritering en del av bildet, og i en rekke akuttmottak var forsinket legetilsyn og diagnostisering en medvirkende årsak til at pasienter ikke hadde fått antibiotikabehandling til rett tid.

Tilgjengelighet til aktuelle tjenester og god logistikk er en forutsetning for at alvorlig syke pasienter skal få hjelp i henhold til hastegrad. I mange akuttmottak var opphopning av pasienter/fullt akuttmottak/samtidighetskonflikter en risikofaktor for forsinket antibiotikabehandling. Mangelfull tilgang på legekompentanse, eller at uerfarne leger brukte for lang tid, var en medvirkende årsak til forsinket behandling i noen akuttmottak. Forsinket antibiotikabehandling kunne både handle om mangelfull tilrettelegging i akuttmottaket og ressurser og pasientflyt i sykehuset for øvrig.

I kun et mindre antall helseforetak var prosedyrer for antibiotikabehandling uklare og/eller personellet hadde fått mangelfull opplæring om sepsis.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Journalgjennomgangen viser at 1 av 12 pasienter med alvorlig sepsis³³ fikk startet antibiotikabehandling innen en time. 8 av 12 pasienter fikk antibiotika innen 2 timer, og for 4 av 12 pasienter gikk det mer enn 4 timer.»

«7 av 23 (30%) pasienter med *sepsis med organdysfunksjon* fikk startet med antibiotika innen en time etter innkomst, 16 (70%) ventet mer enn en time og 2 (8%) ventet over fire timer.»

«... Kun 29% av pasienter med alvorlig sepsis får antibiotikabehandling innen nasjonalt anbefalt tidsramme...»

«16 av 20 pasienter med alvorlig sepsis fikk startet antibiotikabehandling etter mer enn en time og 12 pasienter måtte vente mer enn to timer, og av disse ventet 4 pasienter mer enn fire timer.»

4.5 Praksis sikret ikke at forverring i pasienters helsetilstand ble fanget opp

Tema: Observasjon i akuttmottaket

Sentralt i tilsynets vurderinger av observasjon av pasienten

Alvorlige infeksjoner/sepsis gir ulike kliniske bilder, og pasientens helsetilstand kan forandre seg raskt. Alle slike pasienter må derfor overvåkes både før og etter legetilsyn. Graden og hyppigheten av overvåking avhenger av hvor alvorlig tilstanden til pasienten er. Pasienter med sepsis, eventuelt septisk sjokk (rød hastegrad), må overvåkes umiddelbart og kontinuerlig av sykepleier. Vitale parametere må måles/obser-

33 Kategorien «alvorlig sepsis» (etter tidligere definisjon) er sepsis med organdysfunksjon/-svikt, og regnes som identisk med det vi nå kaller sepsis (8). Se også 3.2.2 Betegnelser, og definisjon av sepsis.

veres og dokumenteres fortløpende. Pasienter med alvorlig infeksjon uten organsvikt (ofte i kategorien oransje hastegrad) må observeres og tilsees hyppig nok til å avdekke endring i klinisk tilstand, og eventuell utvikling av organsvikt. Pasienter med spesifikk organinfeksjon og spørsmål om sepsis (ofte gul hastegrad) må også sikres nødvendig observasjon, herunder måling av vitale parametere. Funn må dokumenteres i observasjonsskjema.

For alle kategorier gjelder at endringer i pasientens tilstand skal rapporteres til ansvarlig lege.

Helseforetaket må ha på plass rutiner som sikrer at pasienter med sepsis får kontinuerlig overvåking, og at pasienter med infeksjoner følges opp for å avdekke forverring i tilstanden – og eventuell utvikling av organsvikt. Det må være klarlagt og kjent i helseforetaket/organisasjonen hvem som har ansvar for å overvåke og følge opp pasienten både ved normalbelastning og ved samtidighetskonflikter/overbelastning i akuttmottaket.

Funn

I mange av akuttmottakene hadde helsepersonellet ikke nedtegnet tilstrekkelig informasjon om alle pasienters tilstand (vitale parametere), til å kunne følge systematisk med på utviklingen i helsetilstanden. Det er sentralt for å kunne fange opp eventuell forverring hos pasienten. Mangelfull informasjon betyr ikke nødvendigvis at observasjoner av pasienter ikke var gjennomført, eller foretatt hyppig nok. Men vi kan heller ikke utelukke det. Tilsynet fant manglene så konkrete og alvorlige at de konkluderte med uforsvarlig praksis i en stor andel av akuttmottakene. I noen tilfeller avdekket tilsynet manglende samsvar mellom dokumentert hastegrad og observasjonene av vitale parametere som var gjennomført. Dersom pasienter blir liggende lenge uten at forverring i helsetilstanden fanges opp, har virksomheten en praksis som kan sette pasienters liv i fare.

Det er ulike årsaker til at pasienter er mangelfullt observert. Misforhold mellom kapasitet og antall pasienter i akuttmottak kan også i slike tilfeller være én av forklaringene. Ut fra tilsynsmaterialet er det mye som tyder på at ledelsen i mange tilfeller ikke var kjent med om observasjonspraksis var forsvarlig eller ikke, og om forholdene var lagt til rett for at helsepersonellet kunne følge sykehusets prosedyrer. Svikt som gjelder mangelfull observasjon av pasienter syntes i liten grad å bli meldt i helseforetakenes avvikssystem.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«For 21 av 33 pasienter var det ikke dokumentert adekvat observasjon i akuttmottaket. Dette gir helsepersonell mangelfull mulighet til å vurdere pasientens kliniske utvikling, ...»

«Journalgjennomgangen viser at for 53 av 66 pasienter er det ikke dokumentert adekvat observasjon i akuttmottaket. Mangelfull dokumentasjon medfører at det kan være vanskelig å følge med på den kliniske utviklingen, og vi vet ikke om pasientene har blitt observert i henhold til hastegrad.»

«36 av 66 pasienter med sepsis (55%) fekk ikkje observert vitale parametre i tråd med nasjonale retningsliner og eiga rutine.»

«Løpende observasjoner og tiltak blir i liten grad dokumentert ...»

4.6 Utilstrekkelig informasjon ved overføring av pasienter

Tema: Overføring av nødvendig informasjon til mottakende post/avdeling

Sentralt i tilsynets vurderinger av videreformidling av informasjon om pasienten, ved overføring fra akuttmottak til annen post/avdeling

Før pasienten kan flyttes fra akuttmottaket, må behandlende/ansvarlig lege gjøre en vurdering av pasientens kliniske tilstand, slik at pasienten blir lagt inn på en avdeling som kan ivareta pasientens behov for videre oppfølging og overvåking. Beslutninger og iverksatte tiltak må nedtegnes og videreformidles. Papirer og nødvendig informasjon for det videre forløpet må klargjøres og følge pasienten/være tilgjengelig, enten i den elektroniske pasientjournalen eller fysisk (papir). Observasjonskurve, innkomstjournal/akutt journal og resultat av aktuelle undersøkelser må inngå i dette. Akuttmottaket må gi klare beskjeder om hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvilken observasjon/overvåking av pasienten som kreves i den videre oppfølgingen. Ved overføring av pasient som krever kontinuerlige observasjoner (høy hastegrad) skal kvalifisert personell fra akuttmottaket følge pasienten, og gi nødvendig rapport til helsepersonellet som skal ha det videre behandlingsansvaret.

Helseforetaket må ha retningslinjer som sikrer at det blir lagt plan for videre oppfølging av observasjon, behandling og videre utredning av pasienter som overføres fra akuttmottak, og for videreformidling av informasjon ved slik overføring. Helseforetaket må sikre at observasjoner følges opp og dokumenteres på samme måte også under transporten, i tråd med det som bestemmes etter legetilsyn i akuttmottaket.

Funn

Tilsynet fant at det var gitt utilstrekkelig informasjon om pasienter ved overflytting fra akuttmottak til annen avdeling/post i en rekke sykehus. I om lag hvert tredje akuttmottak var utilstrekkelige føringer for videre oppfølging av pasienter en uttalt svikt. Funnene var i hovedsak knyttet til mangelfull dokumentasjon av hvordan undersøkelser/behandling skulle følges opp, og hvordan pasienten skulle overvåkes i den første tiden etter overflytting. Mangelfulle observasjoner/nedtegnelser i akuttmottaket, jf. punkt 4.5, tilsier at føringene for videre overvåking og oppfølging av pasienter kunne bli uklare og utilstrekkelige. Det kan også være andre årsaker til at informasjonen om en pasient som skal overflyttes blir mangelfull. Vi har imidlertid ikke dokumentasjon som i klartekst belyser dette. Men som det også fremgår av redegjørelsen under punkt 4.5, kan praksis som setter pasientsikkerheten i fare bre om seg og vedvare når ledelsen ikke følger med på om prosedyrer følges.

Eksempler fra tilsynsrapporter:

«Observasjonsskjema ... gir ikke plan for videre observasjoner.»

«Funn ... viser at 25–50% av pasienter er uten adekvate føringer for videre oppfølging.»

«Ansatte i akuttmottaket får ofte spørsmål fra mottakende avdeling om uklarheter i pasientdokumentasjonen.»

5 Sluttproduktet av god ledelse, er at pasienter med sepsis får rett behandling til rett tid

Statens helsetilsyns vurderinger og forventninger

«Ledelsen i sykehusene må

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser ...» (15)

Tilsynet har vist at pasienter med sepsis, eller der det har vært mistanke om det, ikke alltid har fått den hjelpen de skal. Det er særskilt alvorlig at noen pasienter med livstruende organfunksjon ikke har fått tilstrekkelig oppfølging med antibiotika innen forsvarlig tid. Slike pasienter har høy dødelighet. Statens helsetilsyn vurderer funnene som alvorlige.

Tilsynets funn innebærer at ledelsen i helseforetak ikke har fulgt opp akuttmottak i tilstrekkelig grad. Styring forutsetter at ledelsen skaffer seg informasjon og følger med på egen virksomhet og iverksetter nødvendige forbedringstiltak. Avvikshåndtering bør inngå som et praktisk virkemiddel for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen.

Legger vi til grunn at sepsis til en viss grad kan fungere som en «modelltilstand» for hvordan akutte tilstander blir håndtert i akuttmottaket, jf. punkt 3.2, kan funnene i tilsynet ha gyldighet ut over de pasientgruppene tilsynet var avgrenset til. Ledelsen må sørge for at akuttmottaket er i stand til å gi alvorlig syke pasienter hjelp så raskt som hastegraden tilsier, uavhengig av diagnose.

Ett av tre mål i Pasientsikkerhetsprogrammet³⁴ er å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet. Dette er en forutsetning for kontinuerlig god ivaretagelse av pasienter, også for å sikre at pasienter som viser seg å ha sepsis blir fanget opp raskt, får rett behandling til rett tid og tilstrekkelig oppfølging. Statens helsetilsyn har klare forventninger til ledelsen i helseforetak, der tilsynet fant at pasienter med sepsis eller mulig sepsis ikke var tilstrekkelig ivaretatt:

Helseforetaket må sørge for at endringer fører til tilstrekkelige og varige forbedringer som trykker pasientbehandlingen. Forbedringsprosessen må være systematisk. Forbedringene må være målbare.

34 Pasientsikkerhetsprogrammet / trygge hender 24-7 (2013–2018), er forankret i Helsedirektoratet. Se tekstboks i kapittel 6 i denne rapporten.

5.1 Ledelsen må være tett på akuttmottaket for å ha kontroll med pasientsikkerheten

5.1.1 Pasientflyt og tilgang på personell i akuttmottaket angår sykehuset som helhet

Funn i tilsynet har vist at overbelegg og samtidigetskonflikter forekommer nokså ofte i en del akuttmottak/sykehus. Dette kan gi ekstra negative utslag for alvorlig syke pasienter. Det kan eksempelvis være medvirkende til at pasienten blir undersøkt av lege langt seinere enn det som er anbefalt, eller at pasienten ikke observeres systematisk og hyppig nok til at forverring i tilstanden fanges opp.

Leger som har vakt i akuttmottak er som oftest ansatt i andre avdelinger, og har sin primære tilhørighet der. En slik organisering skjerper kravene til ledelse og samarbeid. Helseforetaket må sørge for en helhetlig løsning i sykehuset som sikrer at akuttmottaket har tilstrekkelige ressurser, også når det er stor pågang av pasienter, og at sykehuset er innrettet slik at leger med rett kompetanse kan være raskt tilgjengelig for akuttmottaket.

Manglende kapasitet på sengeavdelinger med opphopning i akuttmottaket, kan illustrere hvor prisgitt akuttmottaket er sykehusets organisering av pasientflyt. Sengeavdelinger bør legge til rette for å kunne ta imot pasienter som er ferdig undersøkt i akuttmottaket, også på tider av dagen når pågangen erfaringsmessig er størst. Selv om pasientflyten er godt organisert, kan det ved ekstra pågang bli opphopning av pasienter i akuttmottaket. Sykehuset må i slike situasjoner rutinemessig sette i verk tiltak som gjør at pasientene får nødvendig overvåking og behandling, også mens de venter på overflytting.

Ressursutnyttelse er en sentral del av styring. Helseforetaket må ta hensyn til kjente topper, i pasienttilstrømning, i sin bemanning. Videre må helseforetaket ha en beredskapsplan, så de kan tilkalle mer helsepersonell ved behov. Gode registrerings-systemer kan gi oversikt over arbeidsbelastningen i akuttmottaket og kan brukes som verktøy for aktivitetsplanlegging. Overbelegg og tilgang på rett kompetanse er ikke bare et anliggende for akuttmottaket, men angår sykehuset som helhet.

Helseforetaket må finne løsninger for hele sykehuset, ikke bare akuttmottaket. Ledelsen må legge til rette for at de som arbeider i akuttmottaket kan følge egne rutiner.

5.1.2 Helseforetaket må bruke data systematisk for å følge med på aktiviteten i akuttmottaket

Ledelsen i helseforetaket må ha et godt system for å vurdere og følge opp aktivitetene og kvaliteten på tjenestene i akuttmottaket. Tilsynet har vist at ledelsen i helseforetak manglet informasjon om akuttmottak som er nødvendig for å vurdere om pasientsikkerheten er ivaretatt. Sykehuset skal ha egne, relevante data som er sentrale for å kunne vurdere måloppnåelse.

For å sikre forsvarlig drift, må ledelsen ha oversikt over aktiviteten³⁵. Gitt tilsynsresultatene, er Helsetilsynet særlig opptatt av at det skal inngå tall som viser hvor mange pasienter med sepsis/mulig sepsis som blir eller ikke blir fulgt opp. Dette i henhold til egne og gjeldende retningslinjer for:

35 Det skal være en fortløpende aktivitetsregistrering: for å følge den enkelte pasient, for å ha oversikt over aktuell aktivitet, som grunnlag for statistikk og planlegging (16).

- hastegradsvurdering (triage)
- tid til legetilsyn/-undersøkelse i samsvar med hastegrad
- antibiotikabehandling

Det gjelder primært om pasientene raskt nok blir identifisert og gitt behandling i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus.

Sykehusets ledelse skal kunne legge frem egne data som viser at de følger med på egne aktiviteter/prosessindikatorer³⁶ som tidspunkt for triage, legeundersøkelse i samsvar med hastegradsvurdering, observasjoner og nødvendig oppfølging av endringer, tidspunkt for behandling og informasjon ved overføring til avdeling/post.

Ledelsen må skaffe seg tilstrekkelig informasjon for å kunne avdekke praksis som innebærer brudd på interne prosedyrer, og for å kunne forebygge svikt i pasientbehandling. Ledelsen skal følge systematisk med på avvik, blant annet for å avdekke trender eller mulige bakenforliggende årsaker til svikt i identifisering og oppfølging av pasienter med sepsis. Melding av avvik hører med i aktivitetsregistrering og oppfølging. Det må være enighet i sykehuset om hvilke avvik som skal registreres, og hvordan disse skal følges opp. Å få dette på plass kan være ekstra krevende når den/de som er medisinsk ansvarlig(e) ikke er tilknyttet samme avdeling som dem som mottar pasientene, og ledelsesstrukturen er utfordrende med mange ledd frem til felles ledelse.

Ledelsen i helseforetaket må etterspørre informasjon fra akuttmottaket for å få oversikt over praksis, herunder registreringer av vesentlige tidspunkter, som nevnt over. Er informasjonen mangelfull, må ledelsen sikre at de har tilstrekkelig data. Det er ledelsens ansvar å følge med på helseforetakets ivaretagelse av oppgaver, og at pasientene får forsvarlige undersøkelser og behandling.

5.1.3 Hvorfor svikter det? Ledelsen må gjøre en tilstrekkelig analyse

I noen helseforetak var ledelsen klar over at pasientsikkerheten ikke var tilstrekkelig ivare tatt, og at ikke alle pasienter fikk antibiotikabehandling i henhold til hastegrad – og i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Men innsatsen for å bedre situasjonen var ikke tilstrekkelig, eller årsakssammenhengene til den gjentakende svikten var ikke tilstrekkelig kjent. Ledelsen i helseforetaket må ha oversikt over de sammensatte betingelsene/prosessene som er nødvendige for å oppnå sikre helsetjenester. God og systematisk kunnskap om driften er nødvendig for å kunne gjøre tilstrekkelige analyser.

Hvor raskt pasienten blir hastegradsvurdert og hvor lang tid det tar før pasienten får legeundersøkelse, kan si noe om hvor hensiktsmessig sykehusets akuttmottak er organisert, men ikke nødvendigvis så mye om kvaliteten på behandlingen. Bildet er ofte veldig sammensatt. Tilsynet har eksempelvis bekreftet at samtidighetskonflikter med uheldige konsekvenser for pasienter kan ha sammenheng med mangler knyttet til bemanning, kompetanse, lokaler, samt flaskehals etc. – eller en kombinasjon av dette.

Sen identifisering av sepsis kan medføre at behandlingen kommer sent i gang. I noen helseforetak var det flere ledd med forsinkelser som hver for seg og samlet bidro til at pasienter fikk uforsvarlig sen antibiotikabehandling. Det kan være ulike årsaker til

36 Prosessindikatorer beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene har mottatt de ytelsene som de bør, ifølge referanseprogrammer og kliniske retningslinjer. En målbar indikator for prosessen kan for eksempel være minutter.

forsinkelser i de enkelte delene av pasientforløpet. Og det kan være helt ulike årsaker til at eksempelvis a) pasienter må vente lenge på hastegradsvurdering og at b) en stor andel pasienter får forsinket legeundersøkelse. Det er heller ikke gitt at raskt legetilsyn sikrer at pasienten får antibiotikabehandling til rett tid.

Helseforetaket må ha et samlet bilde av hele virksomheten med risikoområder og funksjoner og tiltak som skal forhindre eller bryte uønskede hendelsesforløp (barrierer).

5.2 Endringsprosesser må skapes og ledes

Ledelsen må vise vei og skape oppslutning.

«Lederen må ... sikre at tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse eies av de ansatte. ... Det må lages rammer som gjør at helsepersonellet opplever at de er i stand til å gi trygg og god helsehjelp.» (15).

Ledelsen må tett på, og bruke ressurser. I noen helseforetak må ledelsen gjøre organisatoriske endringer, andre kan gjøre enklere grep. Ledelsen i helseforetaket må finne den aktuelle tilnærmingen – den som gir varige og solide resultater som kommer pasientene til gode.

Målinger er en viktig del av forbedringsarbeid, og å kunne teste, implementere og spre endringer. Målinger er en forutsetning for å kunne vite om en endring fører til forbedring. For at dataene skal kunne gi et bilde på hvordan virksomheten ligger an og om innsatsen gir forbedring, er det viktig å måle jevnlig.

Forbedringsarbeid i helsetjenesten

Med blant annet temaside over praktiske metoder og verktøy (17):

<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/>

6 Varig forbedring i helseforetakene? Pasientsikkerhet er jobb nummer 1

«No jobbar sjukehuset med å betra praksisen, fortel direktør for medisinsk avdeling.» (14)

Journalgjennomganger – et ledd i å avdekke om helseforetaket har gjort tilstrekkelige tiltak

Ledelsen i helseforetaket skal løpende vurdere behov for endringsprosesser og tiltak som kan trygge pasientbehandlingen. Når tilsynet avdekker svikt, skal ledelsen i helseforetaket følge opp med nødvendige tiltak, og lede endringsarbeid som er påkrevet. Pasientsikkerheten skal ivaretas til enhver tid. Fylkesmennene følger opp virksomheter hvor de har avdekket svikt og vurderer om praksis er tilstrekkelig forbedret.

Tilsynsmyndighetens undersøkelser av akuttmottakene; deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis, er ikke avsluttet i hele landet når denne rapporten foreligger. Fylkesmennene gjorde/gjør journalgjennomganger åtte og fjorten måneder etter tilsynsbesøket i det enkelte helseforetak, jf. punkt 3.4.2. Fylkesmannen vil presentere funnene fra journalgjennomgangene og sammenholde disse med tidligere funn, rapporten fra tilsynet og helseforetakets tilbakemelding. Etter møtet vil fylkesmannen utarbeide en skriftlig tilbakemelding til helseforetaket med hovedfunnene fra journalgjennomgangen. Tilbakemeldingen vil omfatte en vurdering av hvordan helseforetaket har fulgt opp tilsynet, og eventuelle behov for videre tiltak fra helseforetaket – for å sikre tidlig identifisering og rask oppfølging av pasienter med sepsis.

Evaluering av effekten av planlagt tilsyn

Hvor egnet er tilsyn som virkemiddel når målet er å forbedre helsetjenester til pasienter? Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om dette, og om hvordan tilsyn kan fremme forandring. Tilsynet med akuttmottakenes identifisering og behandling av sepsis er valgt ut for å evaluere denne typen tilsynsvirksomhet. Studien undersøker hvordan tilsyn påvirker de involverte helseforetakene og vurderer hvilken effekt slike eksterne kontroller har på tjenester som blir gitt til pasienter. Studien³⁷ er beskrevet i BMJ Open Sep 2017 (18). Resultatene vil bli formidlet i egne publikasjoner.

37 Effects of external inspection on sepsis detection and treatment.

Ivaretagelse av pasienter med sepsis – et tema høyt på dagsordenen

Tilsynet med akuttmottakenes identifisering og behandling av sepsis har pågått parallelt med at Pasientsikkerhetsprogrammet har hatt «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis» som et av sine innsatsområder (se tekstboks under). Pasientsikkerhetsprogrammet og Helsetilsynet har hatt tett dialog underveis, for å sikre at innsatsområdet og tilsynet i størst mulig grad fremstår som en helhet som kan bidra til å bedre tjenestene og pasientsikkerheten.

Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis er innsatsområde i Pasientsikkerhetsprogrammet



Pasientsikkerhetsprogrammet er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet, og har tre, overordnede målsettinger:

- redusere pasientskader
- bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet har blant annet utviklet:

- tiltaksplan for tidlig oppdagelse og behandling av sepsis (19)
- kompedium for læringsnettverk Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, som gjelder forbedringsarbeid (20)

Pasientsikkerhetsprogrammets programperiode er 2013–2018, men programmet vil bli videreført også etter 2018³⁸.

38 Det er ikke uvanlig at pasienter utvikler sepsis i sengeavdelinger. En av planene for innsatsområdet Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, er en del 2 med sepsis på sengepost. Tiltakene for sengepost vil etter planen bli pilotert i 2018. Pasientsikkerhetsprogrammets plan er å ha oppstart av et nasjonalt læringsnettverk for sepsis på sengepost innen utgangen av 2018.

7 Referanser

1. Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2016; 315: 801-10.
2. Dolonen AD, Hernæs N. Kunne dette skjedd på sykehuset der du jobber? *Sykepleien* 17.2. 2017.
3. Save I. – Ubegripelig at dette kunne skje. *Romerikes blad* 3.5.2017.
4. Statistikk for Undersøkelsesenheter – varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn, 2017. [Statistikken gjelder varsling av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a og oppdateres jevnlig.]
5. «Mens vi venter ...» – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2008. Oslo: Statens helsetilsyn, 2008.
6. Krogstad U et al. Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet. Læringsnotat fra Kunnskapscenteret. Oslo: Kunnskapscenteret, 2015.
7. Myrvang B. Sepsis. I: Store medisinske leksikon 3.10.2017.
8. Skrede S, Blomberg B. Sepsis – forekomst og empirisk antibiotikabehandling. *Indremedisineren* 5. august 2016.
9. Askim Å et al. Poor performance of quick-SOFA (qSOFA) score in predicting severe sepsis and mortality – a prospective study of patients admitted with infection to the emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2017; Jun 9; 25(1): 56.
10. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus, kapittel 2 Sepsis. IS-2151. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
11. Kapittel T1.10 Sepsis. I: Norsk legemiddelhåndbok, 2016.
12. Dellinger MD et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine* 2013; 41(2): 580–637.
13. Time to act severe sepsis: rapid diagnosis and treatment saves lives. London: Parliamentary and Health Service Ombudsman, 2013.
14. Rolfsnes M-H. Alle bryt lova i behandling av blodforgifting. *NRK Hordaland*. 16.6.2017.
15. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
16. Nasjonale faglige retningslinjer. Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. IS-2236. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
17. Forbedringsarbeid i helsetjenesten. Temaside over praktiske metoder og verktøy. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

18. Hovlid E et al. Effects of external inspection on sepsis detection and treatment: a study protocol for a quasiexperimental study with a stepped-wedge design. *BMJ Open* 2017; 7(9), Sep 2017.
19. Tiltakspakke for tidlig oppdagelse og behandling av sepsis. I trygge hender 24-7, Pasientsikkerhetsprogrammet. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
20. Kompendium for læringsnettverk. Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis. I trygge hender 24-7, Pasientsikkerhetsprogrammet. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.

Sepsis – ii ábut ájahallat.

Čoahkkáigeassu – riikkaviidosaš bearráigeahčču 2016–2018 spesialistadearvvašvuodas: Dearvvašvuodadoaimmahagaid somáhtalaš akuhttavuostáiváldin ja mo sii identifiserejit ja vuostáiváldet buhcciid main lea sepsis

Dearvvašvuodageahču raporttas 1/2018

Bearráigeahču bajimus ulbmil lei iskat lea go sepsisa (varramirkoluvvama) ja vejolaš sepsisa identifiseren, diagnosagávnaheapmi ja dikšun dohkálaččat čadahuvvon akuhttavuostáiváldimiin. Pasieanttat geain leat duodalaš infekšuvnnat/vejolaš sepsis ja identifiserejuvnon sepsis leat dat pasieanttat geat buot eanemus dárbbasit ahte akuhttavuostáiváldin doaimmá nu go galgá; ahte pasieanttat vuoruhuvvojit riehta, ahte vejolaš varramirkoluvvan fuomášuvvo ja ahte beaktilis dikšu álggahuvvo jođánit.

Bearráigeahčcus gávnnahuvvojedje váilevuodát ja rihkkumat buot dearvvašvuodadoaimmahagain mat ledje geahču vuolde. Duodalaš váilevuodta mii gávdnui juohke sajis lei ahte pasieanttat, geain lei heaggavárálaš váilevaš orgánadoaimma, leat leamaš stuora riskkaid siste – danne go leat ferten vuordit dohkketmeahtun guhká ovdal go ožžo antibiotika divššu. Diet pasieanttat fertejit oažžut divššu jođánit, go muđui sáhtta sis leat heaggavárra.

Maŋŋonan doavtteriskadeapmi dahje -bearráigeahčču lei dábálaš váilevuodta olu dearvvašvuodadoaimmahagain. Akuhttavuostáiváldimiin gos sepsis-pasieanttat šadde guhká vuordit antibiotikadivššu, lei okta sivvan dasa ahte sii šadde guhká vuordit ovdal go doavttir bođii iskat sin.

Pasieanttaid systemáhtalaš observeren/geahččan galgá sihkarastit ahte dearvvašvuodabargit jođánit fuomášit jus pasieantta dearvvašvuodadilli rievdá. Olu dearvvašvuodadoaimmahagain ii lean diet doarvái bures fuolahuvvon.

Buot iskojuvnon akuhttavuostáiváldimiin ádjánedje aktivitehtaiguin beare guhká ovdal go dikšu álggahuvvui. Sáhtte leat váilevuodát mángga laddasis. Pasieanttat sáhtte vuordit sihke hoahppuárvoštallama, doavttirgeahččama ja diagnosa oažžuma. Stuora riskan lei go oktanaga bohte olu pasieanttat dahje eará oktanis dáhpáhusat. Eanas dearvvašvuodadoaimmahagaid jodiheaddjit eai diehtán doarvái akuhttavuostáiváldima duohta bargguid ja doaimmaid birra. Sis eai lean doarvái dieđut das man muddui akuhttavuostáiváldin addá pasieanttaide veahki nu johtilit go veahkedárbu eaktudivččii, eai ge das man dájvá boastut manná.

Fylkkamánit leat ovtas fágarevisoraiguin čadahán 24 bearráigeahču (systemarevišuvnna) 19 dearvvašvuodadoaimmahagas ja ovttá priváhta buohcciviesus. Geahču čuovvoleami olis guorahalle(t) fylkkamánit journálaid 8 ja 14 mánu maŋŋel čadahuvvon systemarevišuvnna. Maŋemus journalaguorahallan galgá čadahuvvot vuosttaš kvartálas 2018.

No time to loose.

Summary of countrywide supervision in 2016–2018 of specialist health services: accident and emergency departments and identification and treatment of patients with sepsis

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 1/2018

The aim of supervision was to investigate whether identification, diagnosis and treatment of patients with sepsis (septicaemia, blood poisoning) and suspected sepsis in accident and emergency departments was adequate. Patients with serious infections, possible sepsis and identified sepsis are amongst the patients who are most dependent on accident and emergency departments functioning as they should: that patients are given correct priority, that sepsis is identified, and that effective treatment is initiated as soon as possible.

Supervision identified deficiencies and errors in all the health trusts that were investigated. A common and serious finding was that patients with life-threatening reduced organ function were put at risk because they had to wait a long time before they received antibiotic treatment. These patients must receive treatment without delay, otherwise there is a risk that they can die.

Delayed examination by a doctor was the problem area in many health trusts. In the accident and emergency departments where patients with sepsis had waited a long time before they had received antibiotic treatment, waiting time for being examined by a doctor was often a contributing factor.

Systematic observation of the patient is important in order to ensure that health personnel detect changes in the patient's condition without delay. In many health trusts, this was not adequately taken care of.

Generally, in accident and emergency departments, the time taken for treatment to be started was too long. Things could go wrong at several stages: assessing the urgency for treatment (triage), and the time taken for the patient to be assessed by a doctor and for a diagnosis to be made. A risk factor in many cases was a hectic situation in the department, and many things happening at the same time. In the majority of the health trusts, the leaders did not have adequate information about the level of activity in the department. They did not have enough data about whether patients received help quickly enough according to their priority, and how often this was not the case.

The Offices of the County Governors, together with professional auditors, carried out supervision (system audits) on 24 occasions in 19 health trusts and one private hospital. This was followed up by examining patient records eight and fourteen months after the supervision. The last examination of patient records will be carried out in the second quarter of 2018.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2018

1/2018 Sepsis – ingen tid å miste.
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis

Utgivelser 2017

1/2017 Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbake melding til den som har meldt

2/2017 Utenkelig eller forutsigbart?
Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Status og erfaringer 2016 fra Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn

3/2017 Med lua i handa? Oppsummering av det landsomfattende tilsynet med kommunane sitt arbeid med sosiale tenester i Nav 2015 og 2016 – tenestene opplysning, råd og rettleiing og økonomisk stønad til personar mellom 17 og 23 år

4/2016 Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

[Tilsynsrapporter som inngår i dette landsomfattende tilsynet](#), menyen Tilsyn

Tilsynsmeldinger

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

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

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

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

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 1/2018

Sepsis – ingen tid å miste. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis

Det overordnede målet med tilsynet var å undersøke om identifisering, diagnostikk og behandling av pasienter med sepsis (blodforgiftning) og mulig sepsis i akuttmottak var forsvarlig. Pasienter med alvorlige infeksjoner/mulig sepsis og identifisert sepsis er blant de pasienter som er mest avhengige av at akuttmottak fungerer slik de skal; at pasientene får riktig prioritet, at eventuell blodforgiftning blir identifisert og at effektiv behandling kommer raskt i gang.

Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetak som ble undersøkt. Et gjennomgående og alvorlig funn i tilsynet er at pasienter med livstruende nedsatt organfunksjon har vært utsatt for risiko – ved at de måtte vente uforsvarlig lenge før de fikk antibiotikabehandling. Dette er pasienter hvor behandlingsforløpet må gå raskt, og hvor det kan stå om liv.

Forsinket legetilsyn/-undersøkelse var sviktområde i mange helseforetak. I akuttmottak hvor pasienter med sepsis hadde fått sen antibiotikabehandling, var ventetid på legetilsyn ofte en medvirkende årsak.

Systematisk observasjon av pasienten skal sikre at helsepersonellet raskt avdekket endringer i pasientens helsetilstand. I en stor andel helseforetak var dette ikke godt nok ivare tatt.

Aktivitene i akuttmottak frem til iverksettelse av behandling tok gjennomgående for lang tid. Det kunne svikte i flere ledd. En pasient kunne vente både på å bli hastegradsvurdert og få legetilsyn/bli diagnostisert. Stor pågang/samtidighetskonflikter var i mange tilfeller en risikofaktor. Ledelsen i flertallet av helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om faktisk aktivitet og drift i akuttmottaket. De hadde ikke nok data til å vite om akuttmottaket ga pasienter hjelp så fort som hastegraden tilsa, og hvor ofte det sviktet.

Fylkesmennene har sammen med deltakende fagrevisorer gjennomført 24 tilsyn (systemrevisjoner) fordelt på 19 helseforetak og ett privat sykehus. Som en del av oppfølgingen av tilsynet gjorde/gjør fylkesmennene journalgjennomganger åtte og fjorten måneder etter gjennomført systemrevisjon. Siste journalgjennomgang skal foregå i andre kvartal 2018.