Pasienter med sepsis – får de raskere behandling i akuttmottak? Oppfølgingen av landsomfattende tilsyn 2016–2018

Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

RAPPORT FRA HELSETILSYNET 8/2019

MAI 2019

Innhold

1 : Hva slags rapport er dette? 03

2 : Sepsistilsynet – et kort resymé 05

3 : Hva viste siste journalgjennomgang, fjorten måneder etter hvert tilsynsbesøk? 06

3.1 Journalgjennomganger og praktisk gjennomføring 06

3.2 Status etter siste journalgjennomgang. Mye godt arbeid i helseforetakene, men under halvparten av tilsynene kunne avsluttes 07

4 : Endring krever systematisk, ledelsesstyrt arbeid – eksempler fra to sykehus 11

4.1 Sepsistilsynet ved Ullevål sykehus 11

4.2 Forbedring i mottak ved UNN Tromsø i perioden 01.03.2017–30.11.2018 13

5 : Godt tilsyn skal føre til forbedring i tjenestene 18

5.1 Hva kjennetegner godt tilsyn? 18

5.2 Stor enighet om hva som skal til for at tilsyn skal bidra til forbedring 19

5.3 Å bidra til gode og trygge tjenester kan være utfordrende 20

6 : Det er nødvendig å se ulike statlige virkemidler i sammenheng 23

7 : Varig endring må komme innenfra 26

8 : Referanser 28

: Čoahkkáigeassu 30

: English summary 31

1 Hva slags rapport er dette?

«En mann som har begått en feil
og ikke retter den opp
begår en ny feil.»
(Konfutse)

Tilsynet med somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis[1] (sepsistilsynet) pågikk i perioden 2016–2018. Fylkesmennenes tilsynslag konkluderte med lovbrudd i samtlige sykehus som ble undersøkt. Det landsomfattende tilsynet ble oppsummert i rapporten «Sepsis – ingen tid å miste», Rapport fra Helsetilsynet 1/2018 (1). Rapporten du nå leser gir et innblikk i status litt over ett år etter tilsynsbesøk[2]. Den sier noe om hvor langt helseforetakene/sykehusene hadde kommet i arbeidet med å ivareta pasientsikkerheten da – og med det også oppfylle regelverket og gjeldende retningslinjer.

I sepsistilsynet skulle alle tilsynslag gjennomføre to journalgjennomganger (verifikasjoner) etter det enkelte tilsynsbesøk, henholdsvis åtte og fjorten måneder etter tilsynsbesøket. Disse gjennomgangene inngikk som en del av tilsynsmyndighetens oppfølging av sepsistilsynet og er omtalt i kapittel 3. Ut fra situasjonsbildet etter de siste journalgjennomgangene og andre tilsynserfaringer, kommer vi i denne rapporten med noen betraktninger knyttet til tilsyn som virkemiddel og våre forventninger til virksomheter. Hva kjennetegner godt og virkningsfullt tilsyn, og hva er utfordringene?

Hovedmålgruppene for rapporten er ledere i helseforetakene, ansatte i somatisk spesialisthelsetjeneste og ledere i Helse- og omsorgsdepartementet; departementet som også eier helseforetakene. Det vi formidler i denne rapporten kan imidlertid være av interesse for flere målgrupper.

Sepsistilsynet har vist oss at «ledere må være opptatt av kvalitet for at endring skal lykkes»[3]. Vi har erfart at tilsyn kan være en viktig katalysator for å sette fortgang i nødvendig endringsarbeid. Men vi har igjen fått bekreftet at endring kan ta lang tid, altfor lang tid. Resultatene fra journalgjennomganger fylkesmannen foretok ca. åtte og fjorten måneder etter hvert tilsynsbesøk, viste at pasienter med sepsis, sett under ett, får raskere antibiotikabehandling enn før tilsynet ble gjennomført. Men resultatene var ikke gjennomgående tilfredsstillende.

«Bedre kvalitet og pasientsikkerhet»[4] er ett av tre overordnede styringsmål Helse- og omsorgsdepartementet har gitt i oppdrags-

[1] Sepsis er også kalt blodforgiftning. Vi benytter betegnelsen sepsis i denne rapporten, ettersom den er mer presis, jf. definisjonen i kapittel 2.

[2] Denne rapporten tar utgangspunkt i status på tidspunktet da de siste obligatoriske journalgjennomgangene i tilsynet var gjennomført, og resultatene var vurdert av tilsynslagene. Påfølgende oppfølging og status på utgivelsestidspunktet for denne rapporten omtales ikke her.

[3] Formidlet av overlege og avdelingsleder Trine Olsen (se artikkel i punkt 4.2) på sepsisseminar, med erfaringer fra tilsynet, høsten 2018.

[4] Styringsmålet har vært gjeldende i flere år og er videreført i 2019.

Hvordan få til virkningsfull og varig endring til beste for pasientene? Er det noen kjennetegn eller suksesskriterier som går igjen, og som det er mulig å lære av?

brev til de regionale helseforetakene i tilsynsperioden og 2019 (2). Alle; pasienter og pårørende, ledere og ansatte i helseforetakene, pasient- og brukerorganisasjoner, pasientombud, offentlig helse-forvaltning – tilsynsmyndigheten inkludert – er opptatt av at helse- tjenestene skal være av god kvalitet og at pasientsikkerhe-ten skal ivaretas til enhver tid. Forutsetningene for å oppfylle dette burde derfor være gode.

Hvordan få til virkningsfull og varig endring til beste for pasientene? Er det noen kjennetegn eller suksesskriterier som går igjen, og som det er mulig å lære av? Statens helsetilsyn har fått ledere i to av helseforetakene til å dele sine erfaringer med hvordan de praktiserte endringsledelse ved sykehusene etter sepsistilsynet. Vi spurte dem også: Hva skal til for at tilsyn bidrar til forbedring?

Hvor egnet er tilsyn som virkemiddel når målet er å forbedre helsetjenester til pasienter? Sepsistilsynet ble valgt ut for å evaluere denne typen tilsynsvirksomhet. Resultatene fra dette prosjektet vil bli formidlet i egne publikasjoner. Denne rapporten er ikke skrevet for å besvare spørsmålet om hvor godt tilsyn virker.

Vi takker de eksterne bidragsyterne som har gitt oss innblikk i sitt endringsarbeid og delt erfaringer med oss (kapittel 4).

2 : Sepsistilsynet – et kort resymé

Sepsis er etter gjeldende definisjon avgrenset til pasienter med infeksjon og livstruende organdysfunksjon. Liv kan reddes når sepsis blir raskt identifisert, og fulgt opp med riktig behandling

Vi forutsetter at hovedtrekkene i rapporten som oppsummerer tilsynet, «Sepsis – ingen tid å miste», er kjent. Sammendraget i oppsummeringsrapporten følger som vedlegg i denne rapporten. Nedenfor gir vi et kort resymé.

Sepsis er etter gjeldende definisjon avgrenset til pasienter med infeksjon og livstruende organdysfunksjon. Liv kan reddes når sepsis blir raskt identifisert, og fulgt opp med riktig behandling. Pasienter med sepsis skal helst ha antibiotika innen en time etter innleggelse.

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

Funn: 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. Ledelsen i en rekke helseforetak hadde ikke tilstrekkelig oversikt over praksis og sviktområder. I noen helseforetak var risikoen kjent, men ledelsen hadde ikke lagt tilstrekkelig til rette for å sikre at alle pasienter fikk forsvarlig helsehjelp.

Fylkesmennene, sammen med deltakende fagrevisorer, gjennomførte 24 tilsyn etter en felles veileder utarbeidet av Statens helsetilsyn. Journalene var en sentral kilde for å vurdere om helseforetakene oppfylte kravene som følger av regelverket, og om pasientene ble ivaretatt.

Parallelt med at sepsistilsynet pågikk, var tidlig oppdagelse og behandling av sepsis innsatsområde i Pasientsikkerhetsprogrammet.

3 Hva viste siste journalgjennomgang, fjorten måneder etter hvert tilsynsbesøk?

Journalgjennomgangene etter selve tilsynet ble gjennomført for å avdekke om helseforetakene hadde fått på plass tilstrekkelige forbedringer for å kunne ivareta pasientenes sikkerhet

3.1 Journalgjennomganger og praktisk gjennomføring

Journaler var en av flere kilder fylkesmennene brukte for å vurdere sykehusenes praksis i sepsistilsynet. Fylkesmennenes tilsynslag gjennomgikk pasientjournaler, der det ved tidspunkt for innleggelse i akuttmottak kunne være mistanke om at pasienten hadde sepsis. Rekkefølgen for gjennomføringen ble i dette tilsynet bestemt ved loddtrekning, tilsynene ble gjennomført suksessivt. Tilsynslagene fikk tildelt en tidsperiode for når journalgjennomgangene skulle gjennomføres.

Journalgjennomgangene etter selve tilsynet ble gjennomført for å avdekke om helseforetakene hadde fått på plass tilstrekkelige forbedringer for å kunne ivareta pasientenes sikkerhet. Det vil si at eventuell sepsis blir identifisert, og at pasientene får tilpasset behandling innen frister gitt i nasjonale faglige retningslinjer.

Det ble gjort journalgjennomganger for fire tidsperioder:
- Måling 0: De siste 33 innlagte pasienter før 1. oktober 2015 (gjaldt alle tilsyn).
- Måling 1: De siste 33 innlagte pasienter før tilsynsbesøket.
- Måling 2: De siste 33 innlagte pasienter før dato åtte måneder etter tilsynsbesøk.
- Måling 3: De siste 33 innlagte pasienter før dato fjorten måneder etter tilsynsbesøk.

Sentrale punkter i målingene[5] var tid (minutter/timer) frem til
- gjennomført triage
- første legetilsyn (legetilsyn i henhold til hastegrad?)
- antibiotika er gitt

Det var egen kolonne i skjemaet for «opplysning mangler».

Resultater fra måling 0 og 1 inngikk som data i selve tilsynet (systemrevisjonen). Funnene fremgår av tilsynsrapportene på www.helsetilsynet.no. Journalgjennomgangene åtte og fjorten måneder etter tilsynsbesøk var ikke nye tilsyn, men en del av tilsynsmyndighetens oppfølging av tilsynet. Aller siste, obligatoriske, journalgjennomgang ble gjennomført høsten 2018.

Funnene fra målingene åtte og fjorten måneder etter det enkelte tilsynsbesøk ble sammenholdt med funnene i tilsynet (måling 0 og 1), og rapporten etter tilsynet og helseforetakets tilbakemelding. Tilsynslagene hadde møter[6] med ledere ved helseforetaket,

[5] Statens helsetilsyn hadde utarbeidet et standardskjema som alle tilsynslagene skulle benytte ved gjennomføringen av målingene. Tilsynslagene fylte ut ett skjema for hver pasient. Skjemaet inneholder en rekke punkter om diagnostikk og behandling av pasienter som var i risikosonen for å ha sepsis. Ikke alle undersøkelsespunkter gjelder medgått tid. Vurdering av om observasjonsregime og føringer for videre oppfølging var adekvat, er eksempler på det. For fullstendig oversikt se www.helsetilsynet.no: Stopp sepsis. Veileder for landsomfattende tilsyn 2016–2017 med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis. Internserien 2/2016 (3).

[6] Sepsistilsynet ble gjennomført som systemrevisjon. Se www.helsetilsynet.no: Stopp sepsis. Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon, Internserien 4/2018 (4). Slike tilsyn skal avsluttes med et oppsummerende møte. Møtene etter de siste journalgjennomgangene i sepsistilsynet kom i tillegg til oppsummerende møte.

Et viktig vurderingspunkt i oppfølgingen av det enkelte tilsyn var om, og hvordan, ledelsen hadde sikret tilstrekkelig styring av sentrale arbeidsprosesser i akuttmottaket

akuttmottaket og annet relevant personell etter hver av de siste journalgjennomgangene (måling 2 og 3). Etter hvert av møtene med helseforetakene skulle fylkesmennene gi skriftlig tilbakemelding med sine vurderinger av hvordan helseforetaket hadde fulgt opp etter tilsynet; det vil si hvilke tiltak helseforetaket hadde satt i verk for å ivareta pasientsikkerheten.

Tilsynet (systemrevisjonene) avdekket lovbrudd og forbedringsområder som i varierende grad var kjent av sykehusene i forkant. Et typisk funn i sepsistilsynet var at ledelsen ikke hadde oversikt over hvor lang tid det tok før pasienter ble triagert, tid frem til første tilsyn av lege og tid det tok før aktuell behandling ble satt i verk. Når ledelsen mangler eller ikke tar hensyn til slike relevante data, kan de ikke utøve reell styring av arbeidsprosessene. Et viktig vurderingspunkt i oppfølgingen av det enkelte tilsyn var om, og hvordan, ledelsen hadde sikret tilstrekkelig styring av sentrale arbeidsprosesser i akuttmottaket, åtte og fjorten måneder etter tilsynsfunnene.

3.2 Status etter siste journalgjennomgang. Mye godt arbeid i helseforetakene, men under halvparten av tilsynene kunne avsluttes

Utgangspunktet rett etter tilsynsbesøkene (før journalgjennomgangene åtte og fjorten måneder etter selve tilsynet) var at tilsynslagene hadde konstatert brudd på regelverket og mangelfull pasientsikkerhet i alle de undersøkte helseforetakene. Det var spesielt alvorlig at noen pasienter med livstruende organdysfunksjon ikke hadde fått god nok oppfølging med antibiotika innen forsvarlig tid. Forsinket oppstart av behandling av sepsis øker dødeligheten. Ved så alvorlige lovbrudd haster det med å få på plass tiltak som reduserer risikoen for at svikt som kan forebygges, skjer igjen. Når lovbrudd blir konstatert i virksomheter, skal virksomheten selv gjøre en vurdering av hvilke forhold som påvirker og bidrar til lovbruddet. Videre skal virksomheten gjøre tiltak for å rette opp lovbrudd og svikt som truer pasientsikkerheten.

Ettersom pasienter som har sepsis bør få antibiotika innen en time etter innleggelse, og dette er et kritisk punkt, vil oppfyllelse av dette til en viss grad være et mål på hvor godt og effektivt sykehuset håndterer slike pasienter.

Tilsynslagene skulle gjøre en helhetlig vurdering av hvordan det enkelte helseforetak hadde fulgt opp tilsynet/tilsynene[7].

[7] Jf. også www.helsetilsynet.no Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter, Internserien 8/2011 (5).

Selv om ikke resultatene var gode nok etter fjorten måneder, hadde storparten av helseforetakene arbeidet godt med å følge opp etter sepsistilsynet

Helseforetakets egen vurdering, og dokumentasjon av hvilken effekt disse tiltakene hadde hatt, kunne inngå i vurderingsgrunnlaget. Hva var status for sepsistilsynet etter de siste journalgjennomgangene?

Da journalgjennomgangene var gjennomført (fjorten måneder etter hvert tilsynsbesøk), og tilsynslagene hadde gjort sine vurderinger av resultatene, var status at litt under 40 prosent av tilsynene[8] kunne avsluttes. Det betyr at i litt over 60 prosent av sykehusene var resultatene fortsatt ikke tilfredsstillende, i betydningen med ønsket effekt for pasientbehandlingen. Selv om ikke resultatene var gode nok etter fjorten måneder, hadde storparten av helseforetakene arbeidet godt med å følge opp etter sepsistilsynet, for å sikre god ivaretakelse av pasientene i tråd med gjeldende retningslinjer.

Tilbakemeldinger fra fylkesmenn til helseforetak (utdrag)

Eksempler på tilbakemeldinger til helseforetak der tilsyn kunne avsluttes etter siste journalgjennomgang:

«Etter vår vurdering har helseforetaket arbeidet godt med oppfølgingen av tilsynet. Arbeidet er ledelsesforankret. Det er satt i gang flere tiltak, disse følges opp og blir evaluert, og det gjennomføres egne målinger.»

«Resultata viser at (navn på helseforetaket) har sett i verk tiltak, har fått styring med og følgjer med på at tiltaka gir ønska effekt på pasientbehandlinga. Vi har tillit til at (navn på helseforetaket) følgjer med og styrer verksemda på ein måte som gjer at pasientar med sepsis som kjem til Mottaksklinikken heretter vil få antibiotikabehandling i tråd med nasjonale retningsliner.»

«… HF har satt i verk tiltak, har fått styring med og følger med på at tiltakene gir ønsket effekt i pasientbehandlingen. … Dere følger med – altså har dere styring og kontroll og kan sette inn tiltak dersom det skulle bli behov for det. …»

Eksempler på tilbakemeldinger til helseforetak der tilsyn ikke kunne avsluttes etter siste journalgjennomgang:

«Etter vår vurdering har helseforetaket arbeidet godt med oppfølgingen av tilsynet. Arbeidet er ledelsesforankret. Det er planlagt tiltak, hvor flere er implementert, men noen ennå ikke er

[8] I prosentberegningen er hvert tilsyn (sykehus) tatt med. I to av helseforetakene ble det gjennomført tilsyn med to sykehus, og i ett helseforetak ble det gjennomført tre tilsyn.

gjennomført eller satt i system. … Flere elementer i prosessen har ikke vist endring til det bedre, og vi kan således ikke si at avviket er lukket ennå.»

Fylkesmannen ba i dette tilfellet helseforetaket om ny tilbakemelding om status i arbeidet med å rette lovbruddet, inkludert resultater fra egne målinger knyttet til tid til triage, ventetid til lege, tid til blodprøver og tid til antibiotika er gitt. Helseforetaket skulle også selv vurdere «om avviket kan sies å være lukket».

«Det er til tider stor pasienttilstrømming til akuttmottakene, i perioder i større grad enn hva akuttmottakene er dimensjonert for. Det er overfor Fylkesmannen redegjort for prosjektplan for høy aktivitet, beredskapsplan, for akuttmottaket. Vi ber om status for dette arbeidet. Hvilke aktivitetsdata hentes regelmessig inn? Hvordan ivaretas krav til forsvarlig behandling ved samtidighetskonflikter?»

«… Det er fortsatt et forbedringspotensiale når det gjelder tidlig igangsatt antibiotikabehandling hos sepsispasienter med organdysfunksjon … Fokus må også være rettet mot pasienter som er «mindre» syke og ikke minst ved overføring til mottakende avdeling … Den største utfordringen videre synes å være å sikre adekvat oppfølging i akuttmottakene i henhold til hastegrad samt å sørge for tilfredsstillende føringer for videre oppfølging på sengepostene.»

I sin tilbakemelding til helseforetaket varslet fylkesmannen en ny journalevaluering og ba om fortløpende informasjon om nye tiltak.

I kapittel 4 får vi innsikt i hvordan forbedringsarbeidet ble gjennomført i to av helseforetakene som ble undersøkt i sepsistilsynet.

4 Endring krever systematisk, ledelsesstyrt arbeid – eksempler fra to sykehus

4.1 Sepsistilsynet ved Ullevål sykehus

Teksten i 4.1 er skrevet av Anders B. Martinsen, medisinskfaglig ansvarlig overlege, Akuttmottak, Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål sykehus[9].

Fylkesmannen gjorde tilsyn ved Ullevål sykehus høsten 2016. Det resulterte i to avvik. Funnene viste[10] :

1. Pasienter i Akuttmottaket fikk ikke startet antibiotika-behandling innen tidsfrist fastsatt i nasjonale retningslinjer. Det tok for lang tid før blodprøver ble tatt, og laktat manglet hos en relativt høy andel av pasientene.
2. Det ble ikke dokumentert tilstrekkelig overvåkning i Akuttmottaket, eller videre plan for overvåkning etter overflytting til sengepost.

Det var mange ulike reaksjoner på avviket, fra skuffelse til overraskelse. Det var også enkelte som var uenige i vurderingen til tilsynsmyndigheten, og som kritiserte at fylkesmannen og Statens helsetilsyn ikke baserte seg på Sepsis-3[11].

Det ble satt ned en gruppe bestående av ledere, leger, sykepleiere og bioingeniører fra Medisinsk klinikk, Akuttmottaket og Avdeling for medisinsk biokjemi. Følgende tiltak ble lansert av gruppen ultimo desember 2016:

- Informasjon til alle om avviket.
- Leger og sykepleiere fikk undervisning om sepsis.
- Det ble innført internkontroll på sykepleierdokumentasjon i Akuttmottaket.
- En mindre omorganisering av bioingeniørtjenesten i mottak.
- Det ble påmeldt et forbedringsteam til «I trygge hender»-kampanjen, som skulle lanseres i mars 2017.

Om deltakelsen «I trygge hender»-kampanjen, og forbedringsarbeidet mars–november 2017

Ved prosjektstart hadde ikke forbedringsteamet tilstrekkelig oversikt over pasientpopulasjonen. Det var for eksempel ikke kjent hvor mange pasienter med mistenkt sepsis som ble innlagt i Akuttmottaket. Bortsett fra målingene gjennomført av fylkesmannen, manglet det informasjon om hvordan pasientene ble behandlet. Det eksisterte et register for pasienter tatt imot av Medisinsk team (kritisk syke pasienter, egne utkallskriterier), men ikke spesielt for pasienter med mistenkt sepsis.

[9] Vi viser for øvrig til artikkel hvor Anders B. Martinsen er medforfatter: Trydal E et al. Strukturert mottak av sepsispasienter sikrer tidlig oppstart av antibiotika. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139 (9).

[10] Tilsynsmyndighetens avviksformuleringer: se tilsynsrapporten på www.helsetilsynet.no.

[11] En ny internasjonal definisjon av «sepsis» ble vedtatt i februar 2016; The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock, forkortet Sepsis 3 (6).

Vi anbefalte ledelsen i Medisinsk klinikk og Akuttmottaket å opprette og trene opp et eget strukturert sepsismottak

Forbedringsteamet besluttet å gjøre en registrering, kalt «Stortelling», av alle pasienter som ble innlagt via Akuttmottaket i løpet av én uke i mars 2017. Dette var et omfattende arbeid. Det ble benyttet observasjonskurver der vi sørget for gjenpart.

- Antall innsamlede skjemaer ble kryssjekket med lister fra DIPS Arena[12], og manglende skjemaer ble hentet manuelt på aktuell avdeling. På denne måten lyktes vi å få tak i 450 av 500 skjemaer.
- Vi fant at for 16 av 450 pasienter var det mistanke om infeksjon og qSOFA-skår[13] på to eller flere ved innleggelse i Akuttmottaket. Fire av pasientene ble tatt imot av medisinsk team, de resterende på vanlig måte. 75 prosent av pasientene som ble tatt imot av medisinsk team fikk antibiotika innen en time. Kun 10 prosent av pasienter tatt imot uten Medisinsk team fikk antibiotika innen én time.

Etter stortellingen gjorde forbedringsteamet følgende vurderinger:
- Stortellingen bekreftet funnene fra fylkesmannen. Sepsisbehandlingen var ikke god nok.
- De første tiltakene iverksatt etter avviket fra fylkesmannen hadde ikke hatt ønsket effekt.
- Stortellingen påviste at en kan forvente omtrent to pasienter med infeksjonsmistanke og qSOFA ≥ 2 i vårt akuttmottak hver dag.
- Pasientene som ble tatt imot av Medisinsk team, med spesielt trent personell, fikk igangsatt behandling betydelig raskere enn de andre.
- Tid fra rekvirering av blodprøve til blodprøvetaking var etter omorganisering av bioingeniørtjenesten akseptabel.
- Vi konkluderte med at det var nødvendig med strukturelle endringer for å få til en forbedring i mottak av septiske pasienter. Vi anbefalte ledelsen i Medisinsk klinikk og Akuttmottaket å opprette og trene opp et eget strukturert sepsismottak.

Våren 2017 besluttet ledelsen i Medisinsk klinikk og Akuttmottaket at det skulle etableres et eget team for pasienter med sepsis, kalt «sepsismottak». Det var bekymring for at et nytt team skulle trekke ressurser vekk fra andre pasienter. Det ble derfor besluttet relativt strenge inklusjonskriterier (infeksjon samt qSOFA ≥ 2). Det ble likevel åpnet for at både leger og sykepleiere kunne utløse sepsismottak uavhengig av qSOFA hos pasienter ved klinisk mistanke om sepsis. Pasienter med mistenkt sepsis som tilfredsstilte kriterier for Medisinsk team, skulle bli tatt imot som før. Det var ønske om at det ikke skulle være for mange aktører

[12] DIPS Arena er et elektronisk journalsystem for pasientdata som skal bidra til å ivareta pasientsikkerheten.

[13] 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 tilstand.

Innsamlede data har vært helt nødvendig for å få gjennomslag for endringer, som igjen har medført bedre behandling

i sepsismottak (ressurskrevende). Det ble derfor besluttet at følgende personell skulle delta fast i teamet:

1. Lege
2. Sykepleier (fra Akuttmottaket)
3. Bioingeniør

Vi vurderte det som avgjørende å kunne følge resultatet av de endringene som ble gjort. Samtidig så vi på dette som en mulighet til å få mer kunnskap om sepsispasientene på Ullevål. Det ble etablert et midlertidig kvalitetsregister (Sepsisregister) godkjent av Personvernombudet.

Mediantid fra ankomst Akuttmottak til administrasjon av antibiotika har blitt redusert fra en time og 39 minutter til 36 minutter for pasienter som ble lagt inn med mistanke om infeksjon og hadde ≥2 qSOFA kriterier. 78 prosent av pasientene fikk antibiotika innen én time, mot 23 prosent før endring i rutine.

Opprettelse av kvalitetsregister har vært et nyttig verktøy for dokumentasjon av eksisterende behandling, samt analysere årsaker til forsinket behandling. Vi har nå betydelig bedre oversikt over pasientgruppen. Innsamlede data har vært helt nødvendig for å få gjennomslag for endringer, som igjen har medført bedre behandling. Vi har hatt svært god erfaring med å gjøre strukturell endring i mottak av pasient med påvist eller mistenkt sepsis.

Hva skal til for at tilsyn bidrar til forbedring?

Dersom tilsyn skal bidra til forbedring, må de punktene man får kritikk for oppleves som aktuelle og viktige. Avvik fra tilsynsmyndigheten gir en unik mulighet for forbedring, ettersom det i høy grad sikrer at ledelsen involveres i forbedringsprosessen. I dette tilfellet var sepsis et høyaktuelt tema. Avvikene vi fikk ble tatt på alvor av lederne. Det skapte unødvendig støy at tilsynet ikke baserte seg på Sepsis-3 initialt, men dette ble justert i løpet av tilsynsperioden. Tilsynet påviste mangler ved behandlingen, men kom ikke med forslag til forbedring. Kombinasjonen av tilsyn først, og læringsnettverk[14] i etterkant var for vår del svært nyttig.

4.2 Forbedring i mottak ved UNN Tromsø i perioden 01.03.2017–30.11.2018

Teksten i 4.2 er skrevet av Trine Olsen, overlege, avdelingsleder medisin, Medisinsk klinikk Akuttmottak, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN), Tromsø.

[14] Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis har vært et av innsatsområdene til pasientsikkerhetsprogrammets «I trygge hender». Nasjonalt læringsnettverk har vært ett av tiltakene.

Kartleggingsfasen avdekket mange ulike årsaker til forsinkelser, hvor manglende erkjennelse av sepsis hos helsearbeidere var den hyppigste årsaken

Det systematiske endringsarbeidet har gitt gode og varige resultater. Pasienter med sepsis eller der vi mistenker det får antibiotika gjennomsnittlig innen 48 minutter. Alle med septisk sjokk får innen en time. Pasienter med mistenkt sepsis får hovedsakelig antibiotika innen en time, alle får innen to timer.

Bakgrunn

Fylkesmannen førte tilsyn med vårt akuttmottak i januar–februar 2017 og avdekket store mangler ved vår håndtering av pasienter med mistenkt sepsis. Vi lyktes å gi antibiotika til kun 26 prosent av pasientene med sepsis, hvor målet er å gi innen en time. Tilsynet avdekket at ledere ved sykehuset var godt orientert om våre utfordringer i akuttmottaket, at legedekningen var for dårlig, og at ledelsen hadde valgt å ikke gjøre noe med det. Direktøren besluttet oppstart av forbedringsarbeid. Undertegnede (Trine Olsen) fikk oppdraget som prosjektleder. Vi etablerte et kvalitetsteam som inkluderte fagsykepleier og seksjonsleder for sykepleiere i akuttmottaket, seksjonsoverlege ved infeksjon og kvalitetsrådgiver ved medisinsk klinikk. Ettersom sykepleiere og leger i akuttmottaket er organisert i ulike klinikker, så etablerte visedirektøren en styringsgruppe som foruten prosjektleder inkluderte to klinikksjefer og avdelingsleder for Akuttmottak og observasjonspost. Styringsgruppen rapporterte status for prosjektarbeidet månedlig til visedirektør. Vi søkte om godkjenning av prosjektet til datasikkerhetsansvarlige, slik at kvalitetsteamet kunne gjøre oppslag i Dips på relevante pasientløp via grønt lys i Dips. Tilsynsmyndighetens funn ble offentliggjort i lokalavisa og i våre interne kommunikasjonskanaler.

Første kartlegging og utarbeidelse av plan med tiltak

- For å få en bedre forståelse for hva som var årsakene til forsinkelsene til oppstart av antibiotika, gikk prosjektleder gjennom alle journalene til de siste ukers innleggelser med mistenkt infeksjon.
- Prosjektleder intervjuet i tillegg sykepleiere, sykepleieledere, overleger/bakvakter ved infeksjonsmedisin og leger i vakt for å få dypere forståelse for hva som konkret hadde skjedd i pasientløp hvor vi hadde store forsinkelser. Forslag til endringer som kunne bidra til forbedring ble notert fortløpende.
- Kartleggingsfasen avdekket mange ulike årsaker til forsinkelser, hvor manglende erkjennelse av sepsis hos helsearbeidere var den hyppigste årsaken. Tidlig identifisering av sepsis kan være vanskelig, særlig for uerfarne helsearbeidere. Internasjonale

I oppstart hadde vi daglig simuleringsøvelser i akuttmottaket for vaktteam, inntil alle leger som var teamansvarlige hadde øvd. Deretter øvde vi to ganger hver uke i seks måneder

kliniske anerkjente skåringssystemer til bruk i akuttmottak mangler fortsatt, noe som vanskeliggjør opplæring av uerfarne helsearbeidere. Vi erkjente at egne gjeldende sepsisprosedyrer ikke var oppklarende eller til støtte for vårt helsepersonell.

- Dagens system og prosess for identifisering av mulig sepsis hos pasienter henvist til vårt mottak ble kartlagt sammen med fagsykepleier i akuttmottak. Vi skisserte i fellesskap alle ledd i prosessen fra første kontakt ble tatt inn mot sykehuset av innleggende lege, ulike transportmuligheter inn, triagering ved ankomst, tidspunkt for kontakt med lege, lege-oppmøte, når antibiotika ble ordinert og når antibiotikainfusjon ble startet.
- Med utgangspunkt i årsaksanalysen utarbeidet prosjektleder et driverdiagram[15] med hovedmålsetting, delmål, forslag til endring med PDSA-sirkler. Hovedmålsetting var at alle sepsis pasienter skulle behandles med antibiotika innen en time. Økt oppmerksomhet og økt kompetanse med tanke på tidlig identifisering av sepsis var et viktig delmål. Endring av system for å tilrettelegge for at helsepersonell tidligere rettet oppmerksomheten mot mulig sepsis var et av flere viktige endringsforslag. Implementering av mottaksteam var besluttet i forkant av sepsisrevisjon som et grep som skulle gjennomføres i mottak for akutt syke indremedisinske pasienter. Prosjektleder ønsket i tillegg å etablere en ny tverrfaglig arena for å oppnå økt tverrfaglig kompetanse med tanke på håndtering av akutt syke pasienter og besluttet samtidig innføring av tavlemøter i mottak.

Implementering av endringsforslag og testing av effekt

- *Implementering av nytt tverrfaglig team (MMT) med alarm for mottak av akutt syke indremedisinske pasienter*
  Prosjektleder implementerte oppstart av mottaksteam for akutt syke medisinske pasienter som inkluderte leger fra medisin, intensiv, to sykepleiere og bioingeniør.
- *Oppstart av tverrfaglig simuleringsøvelser i mottak*
  Vi startet simuleringsøvelser for alle leger, sykepleiere og bioingeniører som hadde en rolle i mottaksteam. I oppstart hadde vi daglig simuleringsøvelser i akuttmottaket for vaktteam, inntil alle leger som var teamansvarlige hadde øvd. Deretter øvde vi to ganger hver uke i seks måneder.
- *Etablere ny tverrfaglig møtearena – tavlemøter*
  Vi startet opp med tavlemøter i mottak samtidig som vi startet med simulering. I tavlemøter belyses pasientløp (gode og mindre heldige) med læringspoeng fra siste uker.
- *Synliggjøring av resultater*
  De første månedene gjennomgikk prosjektleder alle pasientløp

[15] Driverdiagram: En visuell fremstilling av forbedringsarbeidets mål og hva som skal bidra til at målet nås. Se Driverdiagram, www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

med infeksjon manuelt med tanke på mulig sepsis og vurdering av håndtering. Resultater ble ført opp på tavle i mottak.

- *Endring av akuttjournal, tjenestekoder i Dips for automatisk uttrekk av resultater*
  Akuttjournal (papir) ble endret. Det ble satt inn eget felt for tidspunkt for ordinasjon og infusjon av antibiotika. Leger og sykepleiere ble påminnet betydning av registrering. Sekretærer ble lært opp til å registrere i Dips. Helsepersonell og støttepersonell ble undervist om sepsis for å forstå betydning av endret rutine.
- *Økte legeressurser og oppretting av ny lederstilling for leger i vakt*
  Direktøren innvilget søknad om flere legestillinger til medisin for å styrke legebemanningen i vaktsammenheng i mottak. Tilsynet poengterte mange samtidighetskonflikter for legene i vakt.
- *Kvalitetsleger*
  Fire leger i de nye mottaksmedisinstillingene har ti prosent av stillingen allokert til kvalitetsarbeid og er en del av kvalitetsteamet i mottak.
- *Endring av hvilke leger som kontaktes av sykepleier ved ulik triage*
  Etter oppstart med mer erfarne leger døgnkontinuerlig tilstede, viste run-chart[16] overraskende ingen ytterligere forbedring i tidlig identifisering av sepsis. Det viste seg at sykepleier i henhold til hierarkiet alltid kontaktet den minst erfarne legen i vakt. Vi endret våre prosedyrer slik at sykepleier fikk i oppdrag å alltid kontakte mellomvakt direkte når pasienter som ankom ble triagert rød eller oransje. Run-chart viste umiddelbart bedring av resultater.

Vi gjør fortløpende mindre justering av dagens rutiner i henhold til forbedringsforslag som meldes inn via tverrfaglige tavlemøter og etter simuleringsøvelser. Endring av etablert tverrfaglig praksis og kultur er mulig.

Essensielle suksessfaktorer hos oss

- Etablering av tverrfaglig møtearena med pasientnært helsepersonell.
- Sikre tilstrekkelig antall leger i vakt i forhold til arbeidsbelastning for å unngå hyppig samtidighetskonflikter.
- Tydelig og tilstedeværende ledelse som imøtekommer fortløpende endringsforslag fra pasientnært helsepersonell.
- Øke helsepersonells kompetanse med tanke på tidlig identifisering av akutt syke pasienter ved hjelp av tverrfaglig teamøvelser og regelmessig tverrfaglig kasuistikk-undervisning.

[16] Graf som viser data som observeres i tidsintervaller.

Besøk av tilsynsmyndighetene kan bidra til synliggjøring for hele toppledelsen om at endring haster og er påkrevd. Et tilsyn kan legitimere behov for ressurstilførsel

- Utvikle system og rutiner som understøtter at pasienter med høy risiko for alvorlig sykdom i henhold til kriterier møtes av et tverrfaglig team, med erfaren lege raskt/umiddelbart.
- Øke akuttmedisinske praktiske ferdigheter til vaktleger ved hjelp av systematisk trening.
- Allokert tid til kvalitetsarbeid for leder og leger i kvalitetsteam.
- Samarbeid med legevaktleger/kommuneleger/prehospitale helikopterleger med tanke på utarbeidelse av sømløse akuttmedisinske prosedyrer for tidlig identifisering og håndtering av akutt syke pasienter.
- Kontinuerlig datainnsamling av kvalitetsindikatorer for å vurdere fortløpende endringer av systemet.

Hva skal til for at tilsyn bidrar til forbedring?

- Besøk av tilsynsmyndighetene kan bidra til synliggjøring for hele toppledelsen om at endring haster og er påkrevd. Et tilsyn kan legitimere behov for ressurstilførsel.
- Lovnad om repetert journalgjennomgang ved tilsynsmyndigheten kan opprettholde nødvendig interesse om endring i hele den tverrfaglige lederlinjen.
- Kvalitetsindikatorer som vektlegges i et tilsyn må være faglig forankret og aksepterte, helst både nasjonalt og internasjonalt. I tillegg bør valgte indikatorer være målbare.
- Enkelte enheter ved sykehus er organisert med administrerende direktør som første felles ledernivå for nøkkelhelsepersonell og fagfolk. Endringstiltak må da forankres hos toppleder. Et tilsyn kan bidra til at faglig målsetting prioriteres hos toppledelsen.
- Ved nasjonale større tilsyn som pågår over litt tid, er det veldig nyttig om tilsynsmyndigheten legger til rette for nasjonale læringsarenaer, for eksempel arrangere felles forbedringsmøter/program for sepsis.

5 : Godt tilsyn skal føre til forbedring i tjenestene

Tilsyn bør bidra til at virksomheter blir motivert til å gjøre solid, ledelsesstyrt forbedringsarbeid. Men det er virksomheten selv som må gjøre jobben

5.1 Hva kjennetegner godt tilsyn?

Virkningsfullt tilsyn begynner med godt planlagt og utført tilsyn

Tilsynsmyndigheten skal bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Vi skal ha tjenestemottakernes behov i sentrum, og undersøke, vurdere og konkludere om de får gode og trygge tjenester. Godt tilsyn tar inn brukerstemmen. Godt tilsyn skal føre til forbedring i tjenestene.

Virkningsfullt tilsyn begynner med godt planlagt og utført tilsyn. Et godt tilsyn kjennetegnes særlig ved at det oppleves *relevant*, det gjennomføres *kompetent* og det følges opp i *god dialog* med virksomheten. Tilsyn bør bidra til at virksomheter blir motivert til å gjøre solid, ledelsesstyrt forbedringsarbeid. Men det er virksomheten selv som må gjøre jobben. Tilsynsmyndigheten har erfart at endringer som gjøres i virksomheter, der lovbrudd er avdekket, kan være overflatiske og lite treffsikre. Læringsaspektet kan være nokså fraværende. Den pedagogiske delen av tilsynsarbeid er viktig, og stiller store krav til tilsynsførerne.

Relevante områder som treffer virksomhetene

Kvaliteten på den medisinske behandlingen er gjennomgående god i norsk spesialisthelsetjeneste. Det er likevel ikke vanskelig å finne tjenesteområder der det er stort behov for forbedring. Tilsynsmyndighetens prioriteringsprosess skal resultere i valg av riktige og viktige områder, basert på risikoinformasjon.

Et relevant og aktuelt tema vil i større grad treffe virksomhetene. De forhold som undersøkes, må gjenkjennes som vesentlige for kvalitet og pasientsikkerhet. Er tilsynet praksisnært og treffsikkert faglig vinklet, vil personell som jobber pasientnært se at dette handler om deres jobbhverdag og pasientenes ve og vel. Sjansene for at lederne i virksomheten setter av tilstrekkelig tid og ressurser til kvalitets- og endringsarbeid øker. Virksomheten kan i større grad se behovene for endring selv og gjøre grep som forbedrer pasientsikkerheten.

God og kompetent gjennomføring

Kompetanse i tilsynssammenheng handler om en rekke forhold. Et kompetent tilsynslag har god innsikt i fagområdet som tilsynet

dreier seg om, har relevant organisatorisk kunnskap og god kjennskap til typen virksomhet som skal undersøkes. Faglig gode vurderinger er avgjørende for legitimitet og tillit. Tilsynslaget må besitte solid kompetanse på planlegging og gjennomføring av tilsyn. Juridisk kompetanse er en selvfølgelig del av denne kompetansen. Tilsyn er lovlighetskontroll og må utføres innenfor rammene for myndighetsutøvelsen.

Harmonisert tilsynspraksis med enhetlig og god bedømming er essensielt i tilsynsvirksomhet. Konklusjonene må bygge på riktig fortolkning av kravene i regelverket og korrekt faktagrunnlag. Tilsynet må kunne dokumentere hva som ligger til grunn for vurderingene.

Dialogbasert oppfølging

I tilsyn vil fokuset være rettet mot forhold der det er fare for svikt, og funn i tilsyn vil ikke gi et helhetlig bilde av virksomheten. Tilsynsmyndigheten må gi tydelig tilbakemelding på hva som er lovbrudd, forbedringspunkter og hva som synes å være ivaretatt. Arbeidet med å følge opp tilsynet starter når endelig rapport foreligger. Erfaring tilsier at dialog- /møtebasert oppfølging samlet sett er mer hensiktsmessig enn overveiende skriftlig kommunikasjon. Virksomheten skal med tydelighet ha vist at tiltakene for å ivareta pasientsikkerheten er på plass. Først da kan tilsyn avsluttes[17].

5.2 Stor enighet om hva som skal til for at tilsyn skal bidra til forbedring

Artiklene i kapittel 4 sier mye om hva som er sentralt for at tilsyn skal bidra til forbedring. Det er stort sammenfall med det vi selv beskriver som godt tilsyn, jf. punkt 5.1. Mange av de samme momentene ble også trukket frem i september 2018, da Statens helsetilsyn i samarbeid med de regionale helseforetakene arrangerte en konferanse om sepsis i akuttmottak. Målet med konferansen var å spre erfaringer fra sepsistilsynet og fra forbedringsarbeidet i sykehusene.

Dette er eksempler på punkter som ble nevnt om tilsyn og forbedringsarbeid:

- Tilsynet må oppleves som faglig aktuelt.
- Det er sentralt å få til god dialog med virksomheten før, under og etter tilsynet.
- Kompetanse i tilsynslaget er svært viktig.

[17] Utdrag fra Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter: «Tilsynet skal ikke avsluttes før tilsynsmyndigheten er rimelig sikker på at virksomhetens ledelse har rettet lovbruddet og har lagt til rette for at tjenestene fremover vil kunne ytes i samsvar med aktuelle lov- og forskriftskrav. Etter at tilsynet er avsluttet skal det vurderes om det er aktuelt å be virksomheten sende rapport fra ledelsens gjennomgang av om tiltakene har virket etter hensikten. Hvor lang tid som skal gå fra tilsynet er avsluttet og til virksomhetens ledelse gjennomfører en slik gjennomgang må vurderes i det enkelte tilfelle.»
(5) Hvis dialogen ikke fører frem, kan tilsyns-myndigheten gi pålegg.

- Det tilsynet legger til grunn i sine vurderinger (normeringen), må være solid fundert.
- Virksomheten må kjenne seg igjen i tilsynsrapporten hvor tilsynet beskriver funn osv. Tilbakemeldingen må være tydelig.
- Tilsynet må presentere funn på en måte som gir mening og motivasjon.
- Oppfølgingsrunder etter selve tilsynsbesøket er hensiktsmessig.
- Det er viktig å ta inn brukerstemmen.

5.3 Å bidra til gode og trygge tjenester kan være utfordrende

Etter egen vurdering, og basert på tilbakemeldinger fra virksomhetene som ble undersøkt i sepsistilsynet, var akuttmottakenes identifisering og behandling av pasienter med sepsis et relevant område som traff virksomhetene. Helsetilsynet hadde lagt til rette for kompetent og enhetlig gjennomføring av tilsynet. Alle tilsynslag gjennomførte to oppfølgingsrunder med verifikasjoner i sykehusene. Over ett år etter det enkelte tilsynsbesøk hadde en rekke helseforetak ikke gode nok resultater å vise til. Sykehus er komplekse organisasjoner der endring tar tid. Resultatene viser likevel at ledelsen i disse sykehusene ikke hadde tatt tilstrekkelig ansvar og grep.

Vi erfarer ofte at tilsyn blir mottatt som en «gavepakke»; en gratis revisjon, særlig når virksomheten selv ikke har god nok oversikt over om de følger regelverket. Dette har minst to sider. Det er alvorlig at virksomheter har mangelfull oversikt og for liten kontroll med om de tilbyr gode og trygge tjenester til pasientene. På den andre siden, en positiv holdning til tilsyn er et godt utgangspunkt for å kunne bidra til viktig endringsarbeid i virksomheter.

Når tilsynsmyndigheten gjennomfører kontrolltiltak, i form av verifikasjoner etc., for å vurdere om virksomheten har gjort tilstrekkelig endringsarbeid, kan det bidra til en skjerpelse i virksomheten. Men uavhengig av tilsynsmyndighetens kontrolltiltak etter påvist lovbrudd, skal virksomheten ta det fulle ansvaret for forbedringsarbeid. Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene selv.

I sepsistilsynet inngikk to runder med verifikasjoner, gjennomført av tilsynslaget. I det landsomfattende tilsynet med somatiske spesialisttjenester i 2019–2020 vil det inngå egenvurderinger. Da vurderer virksomhetene seg selv, etter sjekkpunkter og veiledning fra tilsynsmyndigheten. Uansett hvordan oppfølgingen skjer, tilsyn skal ikke

Uavhengig av tilsynsmyndighetens kontrolltiltak etter påvist lovbrudd, skal virksomheten ta det fulle ansvaret for forbedringsarbeid. Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene selv

avsluttes før tilsynsmyndigheten er rimelig sikker på at pasientsikkerheten vil bli løpende ivaretatt. Men endring i virksomheter kan ta lang tid. Det er ressurskrevende å følge opp virksomheter over mange måneder. Når er det bra nok? Er pålegg et hensiktsmessig virkemiddel for å drive frem raske og gode resultater? Svaret er ikke gitt. På et tidspunkt må tilsynsmyndigheten ha tillit til at virksomheten har god styring og gir forsvarlig pasientbehandling. Ansvaret ligger ufravikelig hos virksomheten.

Endringsarbeid må skapes og ledes. I kapittel 4 har vi sett gode eksempler på endringsarbeid. Dette er selvsagt ikke enestående. Noen kan også vise til gledelig smitteeffekt: «Vi har fått på plass et strømlinjeformet mottak av pasienter som kommer inn med mulig blodforgiftning. Nå skal vi også bli bedre til å oppdage sepsis hos pasienter som er innlagt.» (7)

Mange sykehusledere har god kontroll med egen virksomhet, og pasientene blir godt ivaretatt. Men det er betydelige ulikheter mellom helseregioner og mellom sykehus (8). Sentrale helsemyndighetene har fortsatt store utfordringer i arbeidet med å initiere kontinuerlig forbedring i virksomheter. Vi er ulike aktører med ulike roller. Tilsyn er ett av flere virkemidler.

6 Det er nødvendig å se ulike statlige virkemidler i sammenheng

«Vi kan samle svakheter i virksomheter under fire overskrifter:
- ledelse
- læring
- samhandling; i virksomheten og på tvers av nivåer
- kompetanse»[18]

Ledelsesverktøy må tas aktivt i bruk

Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for alle sykehus i Norge, og staten eier de offentlige sykehusene. I oppdragsdokument fra departementet til helseforetakene for 2019 står det blant annet:

«Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere fått et verktøy som skal ligge til grunn for leder og styres oppfølging av arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.»

I oppdragsdokumentet står det også at kontinuerlig forbedring skal være målet for virksomhetenes arbeid innen alle områder. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskrives som et viktig verktøy i dette arbeidet, og den skal implementeres på alle nivåer (2, 9).

Statens helsetilsyn vil understreke viktigheten av at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring tas aktivt og systematisk i bruk som ledelsesverktøy. Tilsynsmyndigheten har gjentatte ganger erfart at mange ledere, på ulike nivåer, har mangelfull forståelse for metodikken i og nytten av systematisk internkontroll.

I sepsistilsynet var det gjennomgående at ledelsen ikke hadde god nok oversikt over praksis og risiko i pasientforløp. Grunnlaget for å ivareta pasientsikkerheten var ikke tilstrekkelig. Videre hadde flertallet av helseforetakene ikke en tilfredsstillende praksis for håndtering av avvik[19]. Svak og mangelfull styring i virksomheter er et gjentakende funn i tilsyn. Så langt er vi ikke overbevist om at forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er mer innarbeidet og brukt som ledelsesverktøy enn forskriften den avløste (internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenesten).

Oppdraget fra departementet til foretakene for 2019, som gjelder implementering av ledelsesverktøyet, er klart formulert. Tilsynsmyndigheten vil avdekke om oppdraget følges opp. Helsedirektoratet skal støtte helsetjenestens systematiske arbeid

[18] Jan Fredrik Andresen, direktør i Statens helsetilsyn, på sepsisseminar, 20. september 2018

[19] Et hyppig funn er at avvik som meldes av helsepersonell ikke blir systematisk fulgt opp av ledelsen og ikke brukt i forbedringsarbeid. Helsepersonellet kan oppleve at de ikke får tilbakemeldinger, og at det å melde har liten hensikt. Uønsket og i verste fall uforsvarlig praksis kan fortsette uten at forbedringstiltak settes i verk.

Hadde virksomhetene hatt en velfungerende internkontroll, ville ledere vært kjent med at pasienter med sepsis måtte vente lenge på legetilsyn, og at antibiotikabehandling kom sent i gang

med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har sin rolle i dette (10). Sentrale helsemyndigheter og ledere i helsetjenestene må sammen iverksette tiltak som kan bidra til at styringsverktøyet blir implementert, at det blir ansett som et nyttig verktøy og at virksomhetene kan vise til målbare resultater knyttet til styring. Det gjelder pasientenes sikkerhet.

Hadde virksomhetene hatt en velfungerende internkontroll, ville ledere vært kjent med at pasienter med sepsis måtte vente lenge på legetilsyn, og at antibiotikabehandling kom sent i gang.

«Hvilke styrer har behandlet rapporter fra Helsetilsynet?»[20]

Helseforetakenes formål er å gi gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det. Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet, og det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene i helseforetaksloven (§ 1).

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har departementet lagt til grunn at virksomheter minst en gang årlig systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon (§ 8, plikten til å evaluere, punkt f). Dette for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring (9, 11).

I rapport fra Riksrevisjonen i 2018, om styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, står det:

«Styrer i helseforetakene er for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer, som er nødvendig for å kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig og jobber systematisk med kvalitetsforbedring.» (12)

Tilsynsrapporter fra fylkesmennene og oppsummeringsrapporter fra landsomfattende tilsyn gir informasjon om lovbrudd og vesentlig utfordringer og risikoområder som bør brukes mer aktivt av ansvarlige toppledere. Vi viser også til punktet over som gjelder implementering av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

«Det er etter hvert mye tilgjengelig informasjon om ulike sider ved kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Utfordringen er nå å bruke og nyttiggjøre seg kunnskapen til å gjennomføre forbedringer der det er behov for forbedringer.» (11)

[20] Anne-Lise Kristensen, pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus – sosial- og eldreombud i Oslo, på sepsisseminar 20. september 2018.

Læringsarenaer

Sepsistilsynet pågikk parallelt med at Pasientsikkerhetsprogrammet hadde «Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis» som et av sine innsatsområder. Læringsnettverk var et av tiltakene. Pasientsikkerhetsprogrammet og Helsetilsynet hadde tett dialog underveis, for å sikre at innsatsområdet og tilsynet i størst mulig grad fremsto som en helhet som kunne bidra til å bedre tjenestene og pasientsikkerheten.

En av artikkelforfatterne skriver (jf. punkt 4.1 i denne rapporten) at kombinasjonen av tilsyn først, og læringsnettverk i etterkant var svært nyttig. På det tidligere nevnte sepsisseminaret, kom det oppfordring om å legge til rette for læringsarenaer ved landsomfattende tilsyn som pågår over noe tid. Helsetilsynet ser at dette kan være et godt forslag. Det må i så fall planlegges i god tid sammen med Helsedirektoratet.

7 : Varig endring må komme innenfra

Hovedpunktene i arbeidet som ble gjennomført har overføringsverdi til alle type virksomheter som forskriften gjelder for

«… Dette er nettopp en av de store utfordringene vi er nødt til å bli enda flinkere på i helsetjenestene; å lære av det som er feil, men også det som er bra, på tvers av avdelinger og på tvers av sykehus …» (13)

I kapittel 4 har ledere fra to sykehus beskrevet hvordan virksomheten gikk frem for å følge opp funn i sepsistilsynet; hvordan de fikk til endring som trygger pasientsikkerheten. Det fremgår av kapittel 3 at oppfølgingen ikke var like fremgangsrik i alle helseforetak. Fylkesmennene måtte følge opp disse helseforetakene videre.

Lære av det som er bra

Det er likhetstrekk i endringsarbeid som ble gjort i helseforetak/sykehus som kunne vise til gode resultater etter siste journalgjennomgang. Fremgangsmåtene er gode eksempler på operasjonaliseringer av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Hovedpunktene i arbeidet som ble gjennomført har overføringsverdi til alle type virksomheter som forskriften gjelder for. Stikkord er: systematisk arbeid. Vi har oppsummert noen av hovedpunktene:

- *Erkjenne* at det er nødvendig å forbedre (basert på informasjon[21]).
- *Sette av tid* til endringsarbeid (personell og ledere).
- *Organisere* forbedringsarbeidet (involvere, ansvarliggjøre).
- *Kartlegge;* skaffe oversikt, innhente data (hvilke data mangler vi for å få oversikt over pasientgruppen og behandlingen som gis?).
  - Kvantitative data gir ikke nødvendigvis et tilstrekkelig bilde. Å innhente informasjon fra de ansatte, f.eks gjennom intervju, kan være nødvendig. Hvilke forslag har de ansatte som jobber med denne typen pasienter? Informasjon fra pasientene?
  - Skaffe oversikt i alle ledd/faser av prosessen (i denne sammenheng: fra pasienten kommer inn i akuttmottak).
- *Hva er årsakene til at det svikter?* (analysere årsaker til at det svikter, hva er de vanligste årsakene[22]?).
  - Trenger vi bedre rutiner/prosedyrer? Er rutiner og prosedyrer til støtte for personellet?
  - Har vi tilstrekkelig kompetanse?
  - Har vi hensiktsmessige møtearenaer? Trenger vi tverrfaglig arena?
  - Hva med organisering og ressurser?
  - Kapasitet?

[21] «At vi viste tallene overbeviste egne ledere.» Formidlet av Anders B. Martinsen, medisinskfaglig ansvarlig overlege, Ullevål sykehus, på sepsisseminar 20. september 2018.

[22] I forbindelse med sepsistilsynet var spørsmål om hvorfor antibiotikabehandlingen ofte kom for sent i gang et nærliggende spørsmål

Å innhente informasjon fra de ansatte, f.eks. gjennom intervju, kan være nødvendig. Hvilke forslag har de ansatte som jobber med denne typen pasienter?

- *Sette tydelige mål og delmål.*
- *Gjøre tiltak* (f.eks. øve og øve til alle er drillet på det de skal gjøre, det vil si implementering i praksis).
- *Følge resultater av endringer* som blir gjort (og rapportere status til leder).
  - Kontinuerlig datainnsamling for å vurdere fortløpende endringer av systemet.
- *Gjøre justeringer* (gjøre andre tiltak dersom de første tiltakene ikke hjelper, og ikke gi seg før løsningen er funnet[23]).

Tydelig og tilstedeværende ledelse som imøtekommer fortløpende endringsforslag fra pasientnært helsepersonell, er trukket frem som en suksessfaktor.

Arbeidet med pasientsikkerhet er en kontinuerlig forbedringsprosess

Tilsyn er ett av flere virkemidler som skal bidra til virkningsfulle og trygge tjenester til pasienter og brukere. Selve jobben med å ivareta pasientsikkerhet må virksomhetene gjøre selv. Ansatte og deres kompetanse er den viktigste ressursen i helsetjenesten. Ta vare på ildsjelene.

«Det er viktig å lære av suksess, ikke bare avvik.»[24]

[23] Et godt eksempel på dette er gitt midt på side 16 i denne rapporten (Endring av hvilke leger som kontaktes av sykepleier ved ulik triage).

[24] Formidlet av Trine Olsen, overlege, avdelingsleder medisin, UNN, på sepsisseminar 20. september 2018.

8 Referanser

1. 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. Rapport fra Helsetilsynet 1/2018. Oslo: Statens helsetilsyn, 2018.

2. Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene, 2019. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.

3. Stopp sepsis. Veileder for landsomfattende tilsyn 2016–2017 med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis. Internserien 2/2016. Oslo: Statens helsetilsyn, 2016.

4. Veileder for tilsyn utført som systemrevisjon. Internserien 4/2018. Oslo: Statens helsetilsyn, 2018.

5. Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter. Internserien 8/2011. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011.

6. 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 Feb 23;315(8):801–10.

7. Ferguson K. – Vi er dårlige til å oppdage tilfeller som oppstår på sykehuset, sier overlege. Bergensavisen 8.6.2018.

8. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).

9. Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

10. Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet, 2019. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018.

11. Meld. St. 11 (2018–2019). Kvalitet og pasientsikkerhet 2017.

12. Undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Del av Dokument 3:2 (2018–2019). Oslo: Riksrevisjonen, 2018.

13. Otterlei SS, Duesund J. Høie etter NRK-avsløringer: Helse-Norge er for lite åpne om egne feil. nrk.no/hordaland 28.11.2018.

Samisk og engelsk sammendrag

Čoavdda váikkuhanfámolaš ja bissovaš rievdadusaide lea fitnodagain. Pasieanttat geain lea varramirkkohus – ožžot go sii jođánat divššu akuhttavuostáiváldimis? Riikkaviidosaš bearráigeahču 2016–2018 čuovvoleapmi

Dearvvašvuođageahču raporttas 8/2019

Riikkaviidosaš bearráigeahččču somáhtalaš akuhttavuostáiváldimiin ja sin identifiseremis ja divššus pasieanttaid geain lea varramirkkohus (mirkkohusbearráigeahččču) dáhpáhuvai áigodagas 2016–2018. Bearráigeahččču lea čoahkkáigesson Dearvvašvuođabearráigeahču «Sepsis – ingen tid å miste»-raporttas 1/2018.

Fylkkamánnit ledje fuomášan njuolggadusrihkkumiid ja váilevaš pasieantasihkkarvuođa buot guorahallojuvvon dearvvašvuođafitnodagain. Dát raporta čájeha mo dearvvašvuođafitnodagain lei 8 ja 14 mánu maŋŋá gozihangalledeami.

Badjelaš 60 proseantta buohcciviesuin eai leat bohtosat vel ge dohkálaččat su. 14 mánu maŋŋá gozihangalledeami. Muhto eanaš oassi dearvvašvuođafitnodagain ledje bargan bures čuovvolanbargguiguin maŋŋá varramirkkohusbearráigeahču vai sihkkarastet buori pasieantaáimmahuššama mat čuvvot gustovaš njuolggadusaid.

Dán raporttas čilgejit maiddái guovtti buohcciviesu jođiheaddji mo sii barge čuovvolit varramirkkohusbearráigeahču gávdnosiid; mo sii dahke rievdadusaid mat nannejit pasieantasihkkarvuođa. Čielga ja oassálasti jođihangoddi mat dađistaga dustejit pasieantalagaš dearvvašvuođabargiid rievdadusevttohusaid, leat váldon ovdan dehálaš lihkostuvvanbeallin.

Bearráigeahččču lea okta máŋgga gaskaoamis mat galget addit váikkuhanfámolaš ja oadjebas bálvalusa pasieanttaide ja geavaheddjiide. Iešguđet stáhtalaš váikkuhangaskaomiid ferte geahččat oktilaččat.

Fitnodagat fertejit ieža bargat áimmahuššat pasieantasihkkarvuođa.

Health trusts hold the key to effective and enduring change. Patients with sepsis – are they treated faster in accident and emergency? Follow-up of nationwide supervision 2016–2018

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 8/2019

The nationwide supervision of somatic accident and emergency wards and their diagnosis and treatment of sepsis patients (the sepsis supervision) was carried out during the period 2016 to 2018. The supervision is summarised in Sepsis – ingen tid å miste (Sepsis - no time to lose), Report by the Norwegian Board of Health Supervision 1/2018.

The county governors had identified breaches of the regulations and inadequate patient safety in all the health trusts that were audited. This report sets out the position within the health trusts eight and fourteen months after the supervision visit respectively.

In just over 60 percent of hospitals, results were still unsatisfactory around fourteen months after the visit. However, most health trusts had made solid progress in following up the sepsis supervision to ensure that patients are well cared for in accordance with current guidelines.

In this report, the managers of two hospitals also describe how the trusts approached the follow-up to the findings of the sepsis supervision; how they implemented the necessary changes to safeguard patient safety. Clear and present leadership which welcomes ongoing suggestions for changes by health professionals who interact with patients has been identified as an important factor for success.

Supervision is one of a number of instruments used to ensure that patients and users receive effective and safe care. Different government instruments should be viewed in context.

The actual task of safeguarding patient safety is the responsibility of the health trusts themselves.

Alle utgivelser i Rapport fra Helsetilsynet finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

Videre lesning på www.helsetilsynet.no

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. Rapport fra Helsetilsynet 1/2018.

Tilsynsrapporter fra dette tilsynet.

Pasientar med blodforgifting måtte vente lenge på antibiotikabehandling. Artikkel i Tilsynsmelding 2017

Blodforgiftning krever rask behandling. Artikkel i Tilsynsmelding 2016

Konferanse om sepsis i akuttmottak. Nyhet, september 2018

Effekt av tilsyn 2013–2018. Om forskningsprosjektet i tilknytning til sepsistilsynet.

Svikt i behandling og oppfølging av pasient med sepsis i akuttmottaket. Artikkel fra Rapport fra Helsetilsynet 5/2015.

Rapport fra Helsetilsynet 8/2019

Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene. Pasienter med sepsis – får de raskere behandling i akuttmottak? Oppfølgingen av landsomfattende tilsyn 2016–2018

Mai 2019

Illustrasjon: Darling Clementine
Design: Kitchen

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-93595-27-4 (elektronisk)

Denne rapporten finnes på Helsetilsynets nettsted

www.helsetilsynet.no
Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
T: 21 52 99 00
E: postmottak@helsetilsynet.no

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

Rapport fra Helsetilsynet 8/2019

Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene

Pasienter med sepsis – får de raskere behandling i akuttmottak? Oppfølgingen av landsomfattende tilsyn 2016–2018

Det landsomfattende tilsynet med somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis (sepsistilsynet) pågikk i perioden 2016 –2018. Tilsynet er oppsummert i «Sepsis – ingen tid å miste», Rapport fra Helsetilsynet 1/2018.

Fylkesmennene hadde konstatert brudd på regelverket og mangelfull pasient-sikkerhet i alle de undersøkte helseforetakene. Denne rapporten viser hvordan det så ut i helseforetakene henholdsvis åtte og fjorten måneder etter tilsynsbesøket.

I litt over 60 prosent av sykehusene var resultatene fortsatt ikke tilfredsstillende ca. fjorten måneder etter tilsynsbesøk. Men storparten av helseforetakene hadde arbeidet godt med å følge opp etter sepsistilsynet, for å sikre god ivaretakelse av pasientene i tråd med gjeldende retningslinjer.

I denne rapporten beskriver også ledere i to sykehus hvordan virksomhetene gikk frem for å følge opp funn i sepsistilsynet; hvordan de fikk til endring som trygger pasientsikkerheten. Tydelig og tilstedeværende ledelse som imøtekommer fortløpende endringsforslag fra pasientnært helsepersonell, er trukket frem som en viktig suksessfaktor.

Tilsyn er ett av flere virkemidler som skal bidra til virkningsfulle og trygge tjenester til pasienter og brukere. Ulike statlige virkemidler bør ses i sammenheng.

Selve jobben med å ivareta pasientsikkerhet må virksomhetene gjøre selv.