



Fylkesmannen i Nordland

Rapport fra tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak

ved

Helgelandssykehuset HF Mo i Rana

Virksomhetens adresse: Postboks 601, 8607 Mo i Rana
Tidsrom for tilsynet: 6.9.2016 – 9.3.2017

Sammendrag

Statens helsetilsyn har besluttet at det i 2016-2017 skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med sepsis.

Fylkesmannen i Nordland har gjennomført tilsyn med Helgelandssykehuset HF Mo i Rana. Denne rapporten beskriver de avvik som ble påpekt innen de reviderte områdene. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

Identifisering og oppstart av behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i akuttmottaket.

Under tilsynet skulle vi undersøke om helseforetaket sikrer:

- forsvarlig mottak, registrering og prioritering (triage) av pasienter med sepsis eller spørsmål om sepsis ved innkomst i akuttmottaket
- forsvarlig undersøkelse og diagnostisering av pasientene under oppholdet i akuttmottaket
- forsvarlig oppstart av behandling av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig observasjon av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig klargjøring og overføring av pasientene til andre avdelinger med føringer/plan for videre observasjon og tiltak

Tilsynslaget har gjennomgått 66 journaler til pasienter som kom til akuttmottaket med sepsis eller mistanke om sepsis.

Det ble påpekt tre avvik:

Avvik 1

Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets rutiner. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling.

Avvik 2

Ledelsen hadde ikke sørget for at det var tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kunne gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets egne mål.

Avvik 3

Sykehusledelsen var kjent med at det hadde vært forsinkelser i akuttmottaket, men hadde ikke undersøkt konsekvensene av dette eller satt i verk effektive tiltak.

Dato: 9.3.2017

Helga Arianson
revisjonsleder

Grethe Ellingsen
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	4
3. Gjennomføring	5
4. Hva tilsynet omfattet	5
5. Funn	6
6. Regelverk	9
7. Dokumentunderlag	10
8. Deltakere ved tilsynet	10

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon i akuttmottaket ved Helgelandssykehuset HF Mo i Rana i perioden 6.9.2016 – 9.3.2017. Dette er en del av landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten som blir gjennomført i 2016/17 og et av de planlagte tilsynene som Fylkesmannen i Nordland gjennomfører dette året. Fylkeslegene i Finnmark, Troms og Nordland har pekt ut et felles tilsynslag som har gjennomført tilsynet i disse fylkene.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten etter *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten* § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Denne rapporten omhandler avvik som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift

Bakgrunnen for beslutningen om tilsyn med sepsisbehandling er blant annet at Statens helsetilsyn har mottatt mange varsler etter varselordningen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a om alvorlig infeksjon og sepsis, der det har vært for sen erkjennelse av infeksjon og forsinket oppstart av antibiotikabehandling.

Statens helsetilsyn har etablert et forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om hvordan planlagt tilsyn kan bidra til å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Data som er samlet inn fra pasientjournaler ved dette tilsynet vil også bli brukt til å evaluere hvilken effekt tilsyn har på tjenestekvaliteten. Som en del av tilsynet og prosjektet vil vi derfor om 8 måneder og 14 måneder foreta nye stikkprøver i journaler for den aktuelle pasientgruppen.

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Helgelandssykehuset HF har ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen på Helgeland, og betjener et geografisk område med ca. 77 000 innbyggere. Foretaket har hovedkontor i Mo i Rana og ledes av administrerende direktør.

Helgelandssykehuset HF består av tre sykehusenheter henholdsvis i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana. Hver av sykehusenhetene ledes av en enhetsdirektør som rapporterer til administrerende direktør.

Helgelandssykehuset HF Mo i Rana er inndelt i fire områder, herunder *område for medisin* og *område for kirurgi og akutt*. Hvert område ledes av en områdesjef som rapporterer til enhetsdirektør.

Område kirurgi og akutt er inndelt i sju underliggende avdelinger, herunder *akuttmottak* og *kirurgiske leger*. Hver av avdelingene ledes av en avdelingsleder som rapporterer til områdesjef.

Område for medisin er inndelt i seks underliggende avdelinger, herunder *medisinske leger*. Avdelingen ledes av en avdelingsleder som rapporterer til områdesjef.

Legene som jobber i akuttmottaket er organisert i sin moderavdeling, mens sykepleiere er ansatt i akuttmottaket. Enhetsdirektør er det første felles organisatoriske nivå for ansatte i de ulike avdelinger som er involvert i behandling av pasienter i akuttmottaket.

Det skal være en medisinsk lege i spesialisering (LIS) tilgjengelig i mottaket på dagtid. LIS kan være opptatt med andre oppgaver, derfor er det i all hovedsak turnusleger som tar imot og undersøker pasienter som blir innlagt, uavhengig av tilstand. Vakhavende LIS har tilstedevakt på dag- og kveldstid og hjemmevakt på natt, og overlege i tertiærvakt har tilstedevakt kun på dagtid.

Sykehuset bruker RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) som triageverktøy, og målsetningen er at pasienter med sepsis skal få startet med antibiotika-behandling innen en time.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 6.9.2016.

Journalgjennomgang fant sted den 7. og 8.11.2016

Åpningsmøte ble holdt 30.11.2016

Intervjuer

16 personer ble intervjuet.

Dokumentasjon

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet *Dokumentunderlag*.

Omvisning i akuttmottaket ble gjennomført den 30.11.2016.

Sluttmøte ble avholdt 1.12.2016.

4. Hva tilsynet omfattet

Ved tilsynet har vi undersøkt om Helgelandssykehuset HF har styring og fører kontroll med at pasienter som blir innlagt med sepsis eller mistanke om sepsis, blir identifisert og behandlet i tråd med kravene i helselovgivningen.

Tilsynet var avgrenset til aktiviteter i selve akuttmottaket, og aktiviteter som planlegges og bestilles fra akuttmottaket.

Vi har undersøkt om Helgelandssykehuset HF hadde:

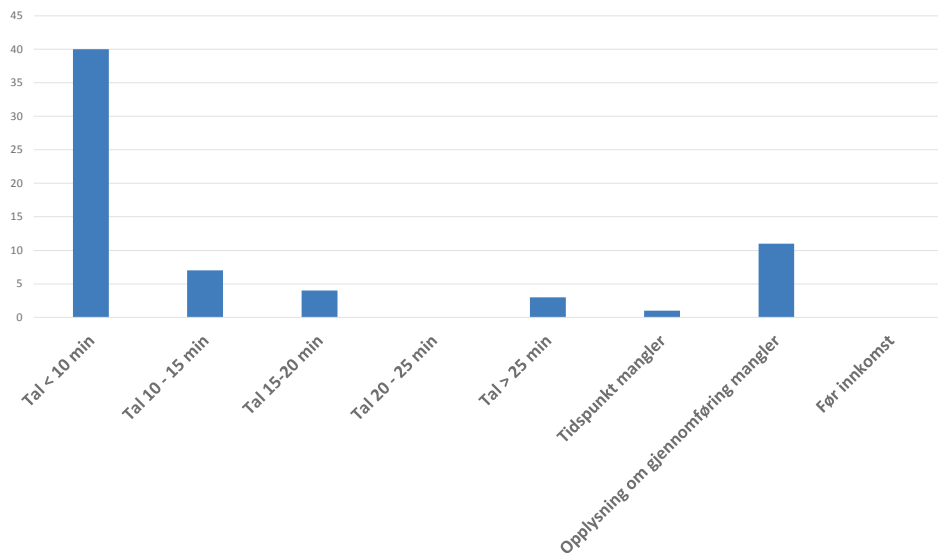
- forsvarlig mottak, registrering og prioritering (triage) av pasienter med sepsis eller spørsmål om sepsis ved innkomst i akuttmottaket
- forsvarlig undersøkelse og diagnostisering av pasientene under oppholdet i akuttmottaket
- forsvarlig oppstart av behandling av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig observasjon av pasientene i akuttmottaket
- forsvarlig klargjøring og overføring av pasientene til andre avdelinger med føringer/plan for videre observasjon og tiltak

5. Funn

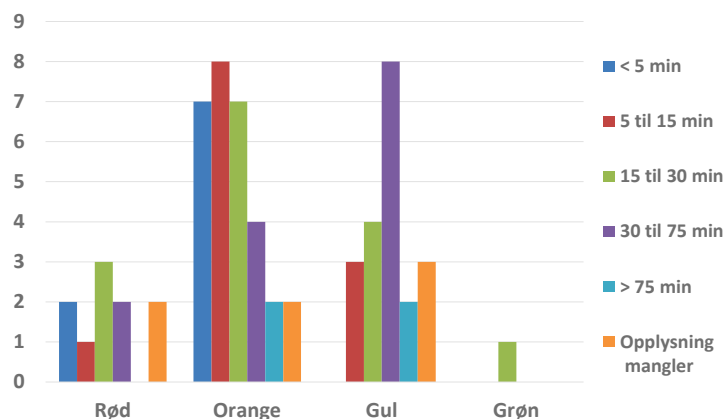
Tilsynslaget har gjennomgått journaler fra pasienter som kom til akuttmottak med sepsis eller mistanke om sepsis. De 66 pasientene som ble inkludert, hadde infeksjon og minst to SIRS-kriterier.

33 journaler var fra 01.10.2015 og bakover i tid (P0), og 33 var fra 01.11.2016 og bakover i tid (P1). I framstillingen under er P0 og P1 slått sammen. Gjennomgangen viste:

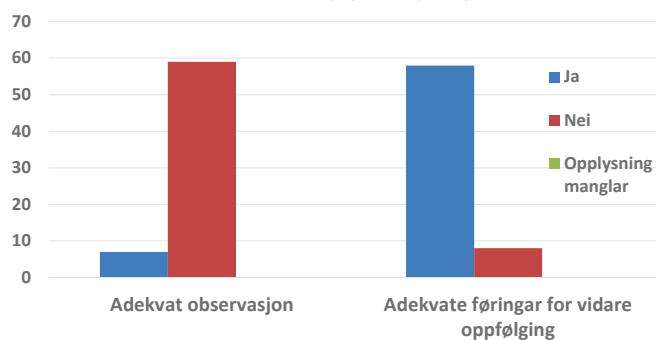
Tid til triagering



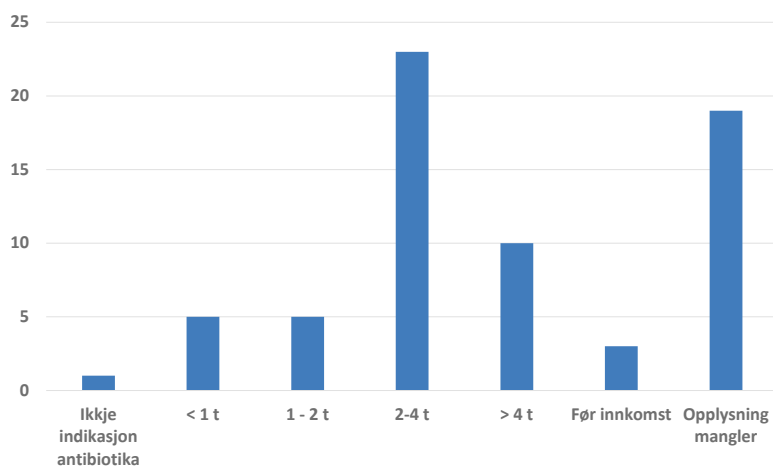
Tid til legeundersøking etter triagefarge



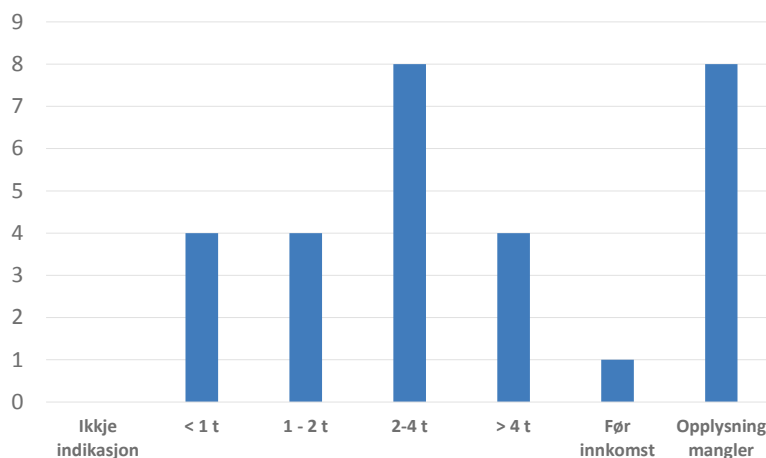
Adekvat observasjon og føringer for videre oppfølging



Tid til antibiotika alle pasienter



Tid til antibiotika for pasienter med alvorlig sepsis



Det ble påpekt tre avvik.

Avvik 1

Flertallet av pasienter med sepsis fikk ikke startet behandling med antibiotika innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets rutiner. Pasientene med alvorlig sepsis som måtte vente mer enn en time fikk ikke forsvarlig behandling.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. Internkontrollforskriften § 4g

Avviket bygger på:

- Gjennomgang av 66 journaler viste at:
 - 5 av 8 pasienter med rød hastegrad ble undersøkt av lege senere enn 15 minutter etter ankomst til sykehuset
 - 38 pasienter med sepsis fikk startet antibiotikabehandling etter mer enn en time og 33 måtte vente mer enn to timer
 - 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
- Ledelsen hadde ikke fastsatt klare rutiner eller praksis for sepsisbehandling i akuttmottaket ut over at antibiotika skulle startes innen en time.
- Uerfarne leger i front brukte lang tid på å lese journal, undersøke pasient og vente på at urinprøver og andre infeksjonsprøver ble tatt før behandling startet, se avvik 2
- Tidspunkt for oppstart av antibiotika ble dokumentert upresist. Tidspunkt for oppstart av væskebehandling ble sjelden dokumentert.
- Ledelsen fulgte ikke med på at sykehuset nådde målsettingen om at pasienter med sepsis skulle få startet antibiotikabehandling innen en time.
- Observasjoner av vitale parametre hos pasienter med sepsis ble i liten grad dokumentert etter triagering og legeundersøkelse mens pasienten var i akuttmottaket.

Avvik 2

Ledelsen hadde ikke sørget for at det var tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak slik at undersøkelser og oppstart av behandling av pasienter med sepsis kunne gjennomføres innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og sykehusets egne mål.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

Internkontrollforskriften § 4c

Avviket bygger på:

- Ledelsen hadde ikke lagt til rette for at legene i akuttmottaket undersøkte og behandlet alle pasienter i tråd med nasjonale retningslinjer og sykehusets rutiner, se avvik 1.
- Turnusleger ble noen ganger stående alene med dårlige pasienter.
- Opplæring av nyansatte turnusleger og LIS var tilfeldig og legene måtte i stor grad ta ansvar for egen læring.

Avvik 3

Sykehusledelsen var kjent med at det hadde vært forsinkelser i akuttmottaket, men hadde ikke undersøkt konsekvensene av dette eller satt i verk effektive tiltak.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

Internkontrollforskriften § 4 g og h

Avviket bygger på:

- Akuttmottaket hadde liten oversikt over sin virksomhet og logistikk. Både administrerende direktør og enhetsdirektør hadde vært kjent med situasjonen og at pasienter måtte vente lenge i akuttmottaket.
- Helsepersonellet hadde i liten grad meldt avvik om forsinkelser i behandlingen av sepsis i akuttmottaket.
- Administrerende direktør hadde ikke vært kjent med konsekvensene dette hadde hatt for pasientene med sepsis.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Det er avdekket gjennomgående svikt i styringen av behandling av sepsispasienter i akuttmottaket. Virksomheten er ikke organisert på en måte som sikrer tilstrekkelig legekompentanse ved mottak av pasienter. Rutiner for mottak og behandling av pasienter med sepsis er ikke kjent og fulgt av alle.

Sykehusledelsen har således ikke lagt til rette for at helsepersonellet kan ivareta sine oppgaver på en slik måte at pasienter med sepsis i akuttmottaket får påbegynt behandling med antibiotika i samsvar med nasjonale retningslinjer.

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.

7. Regelverk

- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Gjennomgang av 66 journaler
- Organisasjonskart
- Oversikt over leger som har vaktordning knyttet til «Akuttmottak» og ledere
- Oversikt over sykepleiere i «Akuttmottak»
- Sykepleiere i koordinatorfunksjon
- «Velkommen som lege ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, medisinsk avdeling», prosedyren er ikke oppdatert
- RETTS – Innføring i HSYK
- Sluttrapport: prosjekt innføring av RETTS i Helgelandssykehuset
- RETTS-hefte for Helgelandssykehuset
- «Mottak av alvorlig syke barn 0-15 år. Medisinsk avdeling Helgelandssykehuset Mo i Rana»
- Akuttjournal
- Observasjonskurve
- «Diagnostikk sepsis», gyldig for Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- «Behandling av sepsis», gyldig for Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Søknad om midler – kvalitetsfremmede tiltak ved akuttmottaket Mo i Rana
- Søknad om deltagelse i pilotprosjekt
- Kvalitetsprosjekt akuttmottaket
- Kvalitetsprosjekt akuttmottak Mo i Rana fremdriftsplan 2016
- Sjekkliste for utstyr/ opplæring ved Akuttmottaket
- Sjekkliste for ledere av nyansatte Helgelandssykehuset
- Opplæringsdager for sommervikarer 2016
- Innhold introduksjon for nyansatte
- Prosedyre – Koordinator akuttmottaket Mo i Rana

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Kvalitetsprosjekt Akuttmottak
- 11 avviksmeldinger

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varsel om tilsyn i brev av 6.9.2016
- Dokumentasjon tilsendt i e-post av 4.10.2016, 12.10.2016, 13.10.2016 og 26.10.2016
- Program tilsendt i brev av 3.11.2016

9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Unni Andersen	fagutviklingssykepleier	X	X	X
Solveig Hagen	LIS medisin		X	X
Pia Solvang	sykepleier		X	X
Leonore Karstensen	sykepleier	X	X	
Brynjar Andreassen	overlege medisin		X	X
Nina Hendriksen	sykepleier	X	X	
Nora Rudi	turnuslege medisin		X	X
Caroline Matejko	LIS medisin		X	
Lisbet Storvik	sykepleier		X	
Istavan Gål	avdelingsleder medisinske leger		X	X
Georg A. Milne	avdelingsleder akuttmottak	X	X	X
Ole Johnny Pettersen	områdesjef for medisin	X	X	X
Michael Strehle	områdesjef for kirurgi og akutt	X	X	X
Fred Mürer	medisinsk direktør	X	X	X
Thomas Skonseng	enhetsdirektør	X	X	X
Per Martin Knutsen	administrerende direktør	X	X	X

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Helga Arianson fylkeslege Fylkesmannen i Hordaland, revisjonsleder
Tone Indergaard ass. fylkeslege Fylkesmannen i Troms
Sunniva Helena Sømhovd rådgiver/ jurist Fylkesmannen i Finnmark
Erik Solligård avdelingssjef og overlege St. Olavs Hospital Trondheim
Grethe Ellingsen seniorrådgiver/ sykepleier Fylkesmannen i Nordland