



Rapport fra tilsyn med identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis i akuttmottaket

ved

Sykehuset Østfold HF

Virksomhetens adresse: Postboks 300, 1714 Grålum
Tidsrom for tilsynet: 23.11.16 – 02.06.17
Kontaktperson i virksomheten: Marit Flåskjer

Sammendrag

Statens helsetilsyn har besluttet at det i 2016-2017 skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med helseforetakenes/sykehusenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis.

Statens helsetilsyn har etablert et forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om hvordan planlagt tilsyn kan bidra til å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Som en del av dette prosjektet vil tilsynet med identifisering og behandling av sepsis i akuttmottak bli evaluert.

Målet med tilsynet var å undersøke om helseforetaket sikrer

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

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

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene. Det ble gitt to avvik og ingen merknader under tilsynet.

Avvik 1

Sykehuset sikrer ikke at alle pasienter med alvorlig sepsis får antibiotikabehandling innen 1 time.

Avvik 2

Sykehuset sikrer ikke triagering og observasjon av alle pasienter som kommer til akuttmottaket.

Dato: 02.06.17

Trude Vestli
revisjonsleder

Randi Marthe Graedler
revisor

Svein Rønsen
revisor

Dokumentet er elektronisk godkjent.

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. Vurdering av virksomhetens styringssystem | 9 |
| 7. Regelverk | 10 |
| 8. Dokumentunderlag | 10 |
| 9. Deltakere ved tilsynet | 11 |

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Sykehuset Østfold HF i perioden 23.11.16 -. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Fylkesmannen i Østfold gjennomfører i inneværende år, og er en del av et landsomfattende tilsyn, gjennomført etter oppdrag fra Statens helsetilsyn.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

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

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

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

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Sykehuset Østfold er områdesykehus for Østfold fylke og har 17 av Østfolds 18 kommuner som sitt opptaksområde. Dette utgjør 292 000 innbyggere. Sykehuset har over 5000 ansatte.

Den kliniske virksomheten er organisert i fem klinikker. Klinikksjefene er underlagt sykehusets administrerende direktør. Klinikkk for akuttmedisin består av prehospital avdeling og avdeling akuttmottak med hver sin avdelingsjef.

Avdeling akuttmottak er delt inn i seksjon for observasjon og akuttkirurgi og seksjon akuttmottak. Seksjon akuttmottak ledes av to seksjonsledere. Det er tilknyttet en fagutviklingsrådgiver og to spesialsykepleiere med fagansvar til seksjonslederne. I tillegg har avdelingssjef for akuttmottaket to rådgivere, hvorav en er sykepleier og den andre er anestesilege. Anestesilegen er medisinskfaglig rådgiver og har et særlig fokus på de prehospitaltjenestene.

Både i seksjon for akuttmottak, og seksjon for observasjon/akuttkirurgi, er det en overlege som har det medisinskfaglig ansvaret, henholdsvis en spesialist i indremedisin og en spesialist i kirurgi. Disse samarbeider tett seg imellom og med avdelings- og klinikksjefen.

Det er i alt ansatt 6 overleger i akuttmedisinsk seksjon. Overlegene har vakt i akuttmottaket til kl. 20.00 på hverdager og til kl. 16.00 på lørdager og søndager. Utover disse tidspunktene er

det en erfaren LIS-lege som leder vaktteamet. Sykehuset har også et medisinsk akutteam som er tilgjengelig hele døgnet.

I akuttmottaket brukes RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System). I henhold til prosessiltak under algoritme 47 skal oppstart av antibiotikabehandling skje innen 1 time etter at pasienten har ankommet akuttmottaket.

Med bakgrunn i blant annet avviksmeldinger har sykehuset sett behov for å forbedre kvaliteten på diagnostikk og behandling av sepsis i akuttmottaket. Andre halvår 2016 ble det etablert en arbeidsgruppe for å utarbeide et pasientforløp for sepsisbehandling i akuttmottaket. En beslutningsmatrise for sepsis ble gjort gjeldende fra 16.12.16, en ny prosedyre for diagnostikk og behandling av sepsis fra 09.01.17, en ny prosedyre for mottak og triage av pasienter i akuttmottaket fra 09.01.17, og pasientforløpet fra 13.01.17.

Ledelsen har iverksatt ulike tiltak for å implementere det nye pasientforløpet, deriblant ulike former for undervisning, oppslag i akuttmottaket og ukentlig gjennomgang av case om sepsis.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 23.11.16. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 30.03.17.

Intervjuer

19 personer ble intervjuet.

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

Befaring

Det ble gjennomført befaring ved akuttmottaket.

Sluttmøte ble avholdt 31.03.17.

4. Hva tilsynet omfattet

Det overordnede målet med tilsynet var å undersøke om helseforetaket gjennom sin styring sikret at kravene i helselovgivningen blir oppfylt når det gjelder akuttmottakets identifisering og behandling av pasienter med sepsis eller mistanke om sepsis. Pasientsikkerhet og krav til forsvarlig virksomhet er sentrale elementer.

Tilsynet var avgrenset til aktiviteter i selve akuttmottaket, og aktiviteter som planlegges og bestilles fra akuttmottaket. Tilsynet omfattet ikke prehospitaltjenester eller forebygging av sykehusinfeksjoner. Akutt observasjonspost inngikk heller ikke. Tilsynet var også avgrenset til voksne over 18 år.

Tilsynet omfattet pasientforløp som etter undersøkelse og igangsetting av behandling i akuttmottaket resulterte i innleggelser som indremedisinske pasienter enten ved medisinsk sengepost, medisinsk observasjonspost eller intensivavdeling/intermediær enhet.

Pasientforløp med sepsis/mistanke om sepsis som har et kirurgisk, gynekologisk eller annet utgangspunkt for infeksjonstilstanden, var ikke omfattet.

Akuttmottakets prosesser var i tilsynet sortert etter en tidslinje, med følgende inndeling i faser med underpunkter:

- mottak, registrering og prioritering (triage) av pasienter med sepsis/mistanke om sepsis i akuttmottaket
- undersøkelse og diagnostisering av pasienter med sepsis/mistanke om sepsis under opphold i akuttmottaket, herunder:
 - om undersøkelse og diagnostisering var gjennomført i rett tid
 - om undersøkelse og diagnostisering var gjennomført forsvarlig
 - laboratorie- og billeddiagnostikk
- oppstart av behandling for sepsis
- observasjon av pasienter med alvorlig sepsis, sepsis eller spørsmål om sepsis i akuttmottaket
- klargjøring av pasienter for overføring til sengepost med føringer/plan for videre observasjon og tiltak på sengepost, intermediæravdeling eller intensivavdeling

5. Funn

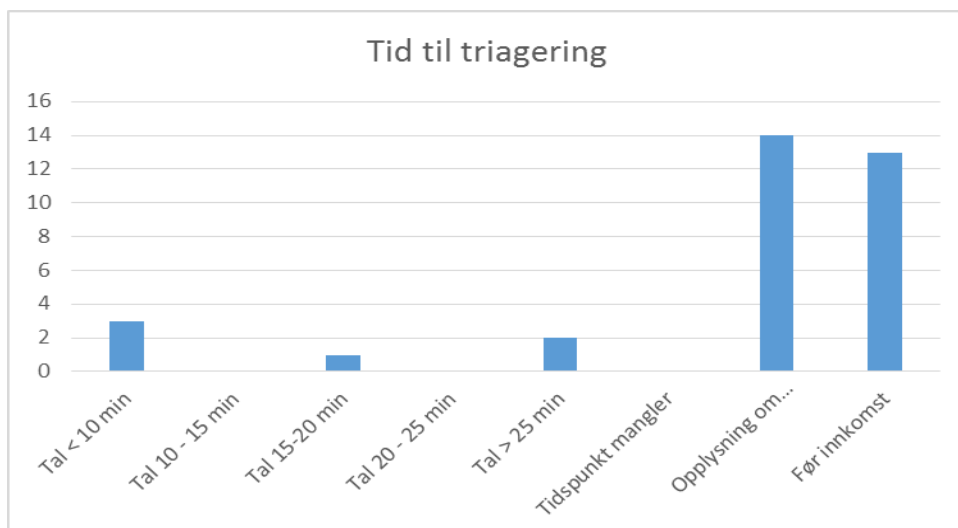
Tilsynsteamet har gjennomgått journaler for pasienter som kom til akuttmottaket med sepsis eller mistanke om sepsis. De 66 pasientene som ble inkludert, hadde mistanke om infeksjon og oppfylte minst to av fire SIRS-kriterier¹.

33 av journalene var fra 01.10.15 og bakover i tid (kalt P0), 33 av dem fra 01.03.17 og bakover i tid (kalt P1).

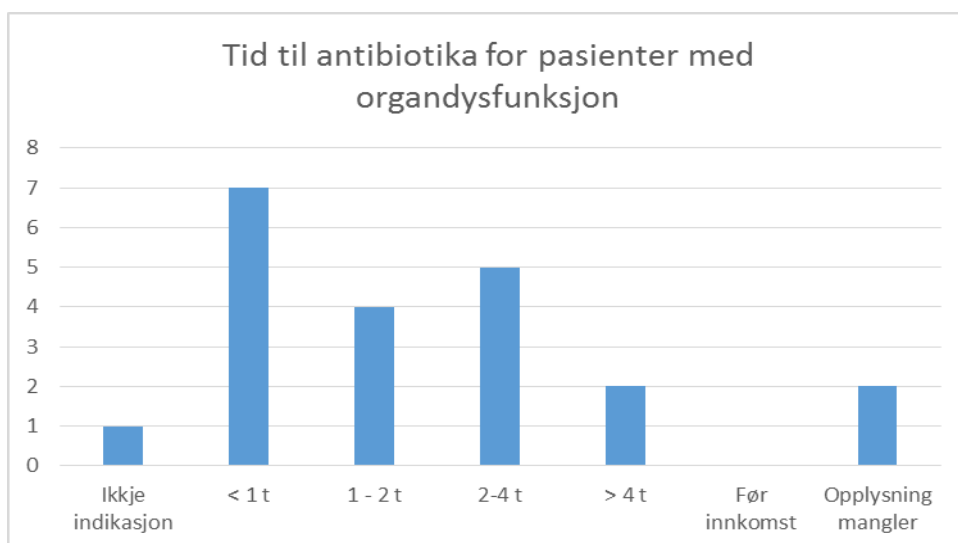
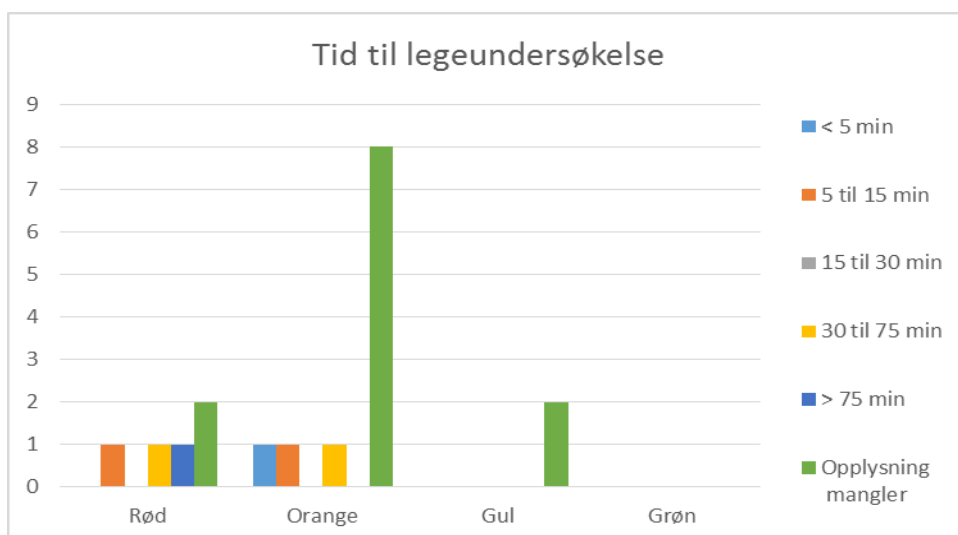
Fylkesmannen har lagt dataene fra tidspunkt P1 til grunn for tilsynet, siden de andre dataene er forholdsvis gamle. Dataene fra tidspunkt P0 vil bli benyttet i forskningsprosjektet.

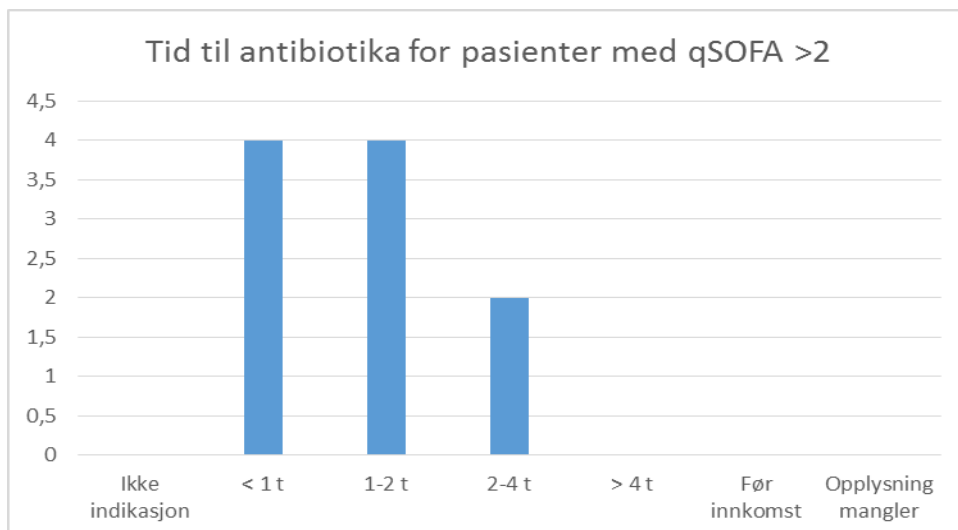
De følgende diagrammene illustrerer noe av det tilsynslaget fant ved journalgjennomgangen for tidspunkt P1:

¹ Systemisk Inflammatorisk Respons Syndrom – omfatter temperatur, puls, pustefrekvens og hvite blodlegemer. Hvis det ene av de to oppfylte SIRS-kriteriene var hvite blodlegemer, ble det stilt krav om at ytterligere to kriterier var oppfylt.



Full tekst nest siste kolonne: «Opplysning om gjennomføring mangler»





qSOFA er et screeningverktøy for oppdagelse av sepsis, og er en forenklet versjon av skåringssystemet SOFA («Sequential Organ Failure Assessment») og har kriteriene Systolisk BT lik eller under 100, pustefrekvens lik eller over 22 pr. minutt og akutt endring i mental status.

Det ble påvist to avvik:

Avvik 1

Sykehuset sikrer ikke at alle pasienter med sepsis med organdysfunksjon får antibiotikabehandling innen 1 time.

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Avviket bygger på:

1. Gjennomgang av 33 journaler viste at 11 av 18 pasienter med alvorlig sepsis ventet over en time på å få antibiotika. 6 av 10 pasienter med qSOFA >2 fikk ikke antibiotika innen en time.
2. Pasienter som triageres rød eller orange skal i utgangspunktet tilsees av lege umiddelbart. Dette skjer ikke alltid i perioder med stor pågang av pasienter og om natten. Det meldes ikke avvik når lege ikke tilser pasienten innen fastsatt tid.
3. I perioder av døgnet er det svært stor tilstrømming av pasienter til akuttmottaket. Dette medfører opphopning av pasienter og samtidighetskonflikter i akuttmottaket som gir en risiko for forsinket legeundersøkelse. Det er ikke lagt til rette for at vakthavende leger på natt kan undersøke, behandle og følge opp alle pasienter med sepsis, i tråd med nasjonale retningslinjer og sykehusets egne mål.
4. Vår journalgjennomgang viste at opplysning om når pasienten ble tilsett av lege var mangelfull. Sykehusets egne tall for tid til lege er også usikre på grunn av varierende registreringspraksis. Det medfører at de mangler styringsinformasjon som er nødvendig for å sikre forsvarlig diagnostisering. Ledelsen er kjent med usikkerheten ved måling av tid til lege.
5. Ledelsen er kjent med at det per i dag er mangelfulle systemer for å kunne følge med på styringsparametere. Dette gjelder spesielt tid til triage og tid til legeundersøkelse.

Avvik 2

Sykehuset sikrer ikke triagering og observasjon av alle pasienter som kommer til akuttmottaket.

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9.

Avviket bygger på:

1. Pasienter som kommer «gående» til akuttmottaket blir tatt i mot, registrert og henvist til venterom. Pasientene kan måtte vente opp til to timer før de blir triagert. Etter triagering kan pasienter med gul og grønn triagering på nytt vente lenge før de blir tilsett av lege. RETTS er valgt som triagemetode, der anbefales det triage etter 15 minutter. Sykehusets mål om triagering innen 30 minutter oppnås ikke.
2. I påvente av legetilsyn gjennomføres ikke rutinemessig retriagering eller regelmessig observasjon av pasienten.
3. Sykehusledelsen er kjent med den risikoen for pasientsikkerheten dette medfører, men har hittil ikke iverksatt effektive tiltak.
4. Avvikshåndteringssystemet Synergi benyttes ikke systematisk til å melde avvik når det går lengre tid til triagering og tilsyn av lege enn det som er beskrevet i sykehusets prosedyre.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Myndighetene stiller gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten flere krav til den interne styringen (internkontrollen) i virksomheter som gir helsehjelp. Forskriftens §§ 6, 7, 8 og 9 sier noe om viktige elementer i den interne styringen.

Som nevnt i kapittel 2 har sykehuset iverksatt flere tiltak for å bedre diagnostikk og behandling av sepsis i akuttmottaket. Effekten skal overvåkes gjennom målinger av disse parametrene: Tid til triage, tid til legetilsyn, tid til oppstart av antibiotika og overlevelse intrahospitalt.

Målingene er igangsatt og gjøres gjennom IKT-systemer som er i bruk. Sykehuset benytter disse systemene: DIPS (journalsystemet), MetaVision (elektronisk kurve) og Imatis (elektroniske tavler, logistikk, samhandling mv.). Under tilsynet ble det avdekket manglende registrering av tidspunkter, og at tidspunktene i datasystemene ikke stemte over ens. Dette var kjent for ledelsen. Tid til triage, tid til legetilsyn og tid til oppstart av antibiotika er styringsinformasjon som ledelsen trenger for å følge med på om sepsispasientene får forsvarlig diagnostikk og behandling. Informasjonen er også viktig for å sikre forsvarlig mottak, undersøkelse og behandling av andre uavklarte pasienter som ankommer akuttmottaket.

Avvikssystemet Synergi er i bruk, men kan ikke erstatte systematiske tidsregistreringer. Det ble nevnt under tilsynet at integrasjonen mellom de tre datasystemene er mangelfull, og at de ansatte unnlater å registrere tidspunkter fordi de ser registreringen som tungvint og tidkrevende. Ledelsen har tatt initiativ til å få utviklet en enklere metode for tidsregistrering. Vi må konkludere med at ikke alle elementene i styringssystemet er implementert.

7. Regelverk

Helsetilsynsloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene

Forskrift om pasientjournal

8. Dokumentunderlag

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

- Ansattliste akuttmottaket mars 2017
- Arbeids- og oppgavebeskrivelse for indremedisinsk turnuslege i akuttmottaket
- Arbeidsbeskrivelse for helsesekretær – sekretær – avdeling akuttmottak
- Arbeidsbeskrivelse for liberovakt – turnuslege
- Arbeidsbeskrivelse for LIS-leger i vakt – Indremedisinsk avdeling
- Arbeidsbeskrivelse for overlege ansatt i akuttmedisinsk seksjon
- Arbeidsbeskrivelse pasientansvarlig sykepleier akuttmottak
- Beskrivelse av indremedisinsk avdeling
- Beskrivelse av klinikk for medisin
- Beslutningsmatrise – sepsis
- Dokumentasjon av kompetanse – Indremedisinsk avdeling
- Funksjons- og oppgavekart indremedisinsk akuttseksjon
- Funksjonsbeskrivelse avdelingssjef
- Funksjonsbeskrivelse avdelingssjefer somatikk, psykisk helsevern og medisinsk service
- Funksjonsbeskrivelse for lege i spesialisering
- Funksjonsbeskrivelse for overlege
- Funksjonsbeskrivelse for seksjonsleder
- Kompetanse og opplæring for legetjenesten Indremedisinsk avdeling
- Kompetanseplan trinn 1
- Kompetanseplan trinn 2
- Kompetanseplan trinn 3
- Kvalitet og aktivitet AKMO
- Meningitt – bakteriell – Sykehuset Østfold
- Mottak og triage av pasienter
- News
- Notat om opplærings- og forbedringsaktiviteter
- Organisasjonskart Sykehuset Østfold
- Oversikt over de nye turnuslegene ved medisinsk klinikk
- Oversikt over saksbehandlere for avviksmeldinger, klagesaker og tilsynssaker – Avdeling akuttmottak
- Synergi – melding, registrering og saksbehandling
- Synergi – sjekklister for opplæring
- Uønskede hendelser – forebyggende tiltak
- Uønskede hendelser – korrigerende tiltak

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Beslutningsmatrise: Sepsis

- Organisasjonskart Akuttmottak
- Organisasjonskart Avdeling akuttmottak (ledelse)
- Organisasjonskart klinikk for akuttmedisin
- Pasientforløp og prosessforbedring – Metodene som virker
- Pasientforløp og prosessforbedring – Strategi 2017-2020
- Pasientforløp: Sepsisbehandling i akuttmottak
- Prosedyre: Frostanfall/fare for urosepsis – Kirurgisk avdeling SØ
- Prosedyre: Sepsis – Sykehuset Østfold
- Synergi Life – rapport over faktiske pasientrelaterede hendelser

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen i Østfold:

- Varsel om tilsyn, brev 23.11.16
- Kontaktperson for tilsyn, e-post fra SØ 13.12.16
- Oversendelse av etterspurte dokumenter, e-post fra SØ 17.01.17
- Program for tilsynsbesøket, brev 09.02.17
- Oversendelse av foreløpig rapport 26.04.17

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 |
|----------------------|----------------------------------------------|-------------|----------|-----------|
| Bente Stangeland | Rådgiver akuttmottak | x | | x |
| Brynjulf Hellum | Fagsykepleier akuttmottak | x | x | x |
| Camilla Amundsen | Driftskoordinator akuttmottak | x | x | x |
| Einar Gløersen | Klinikkssjef medisin | x | x | x |
| Elin Janitz | Overlege anestesi | | x | |
| Enoch Ravndran | Turnuslege | | x | |
| Helge Stene-Johansen | Fagdirektør | | x | x |
| Janne Myrvang | Klinikkkrådgiver | x | | x |
| Jetmund Ringstad | Seksjonsoverlege infeksjon | x | x | x |
| Jon Birger Haug | Avdelingssjef og smittevernoverlege | x | | x |
| Just Ebbesen | Administrerende direktør | | x | |
| Kristine M. A. Lund | LIS | x | x | x |
| Lindis Enoksen | Sykepleier | | x | x |
| Line Fjell | Seksjonsleder akuttmottak | x | x | x |
| Liv Marit Sundstøl | Klinikkssjef akuttmedisin og prosessdirektør | x | x | x |

| Navn | Funksjon / stilling | Åpningsmøte | Intervju | Sluttmøte |
|-----------------|---------------------------|-------------|----------|-----------|
| Marit Flåskjer | Kvalitetssjef | x | | x |
| Marius Erichsen | LIS | | x | |
| Mathias Lindner | Seksjonsleder akuttmottak | x | x | x |
| Nezar Raouf | Overlege | x | x | x |
| Sabine Karlsen | Sykepleier | | x | x |
| Sissel K. Hagen | Avdelingssjef akuttmottak | x | x | x |
| Synne Frønæs | LIS | x | x | x |
| Terese Liadal | Turnuslege | x | x | |

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Erik Solligård, avdelingssjef/overlege, St. Olavs hospital, Trondheim (fagrevisor)
Maren Heldahl, assisterende fylkeslege, Fylkesmannen i Østfold (observatør)
Randi Marthe Kalstad Graedler, seniorrådgiver/jurist, Fylkesmannen i Oppland (revisor)
Svein Rønsen, assisterende fylkeslege, Fylkesmannen i Østfold (revisor)
Trude Vestli, seniorrådgiver/sykepleier, Fylkesmannen i Hedmark (revisjonsleder)

Fylkeslegen i Østfold, Elisabeth Lilleborge Markhus, deltok på sluttmøtet.