



Fylkesmannen i Oppland

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

ved

Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer sykehus

Virksomhetens adresse: Postboks 104, 2381 Brumunddal
Tidsrom for tilsynet: 14.11.16 – 2.6.17
Kontaktperson i virksomheten: Tove Lie Syljeseth, Åse Ulset

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.

Det ble gitt avdekket tre avvik

Avvik 1:

Sykehuset sikrer ikke at alle pasienter med sepsis eller alvorlig sepsis blir triagert ved mottak.

Avvik 2:

Sykehuset sikrer ikke at alle pasienter som har sepsis med organdysfunksjon får startet antibiotikabehandling innen en time

Avvik 3:

Sykehuset sikrer ikke at pasienter med sepsis blir observert i akuttmottaket

Dato: Lillehammer 4.5.2017

Trude Vestli
revisjonsleder

Randi Marthe Graedler Svein Rønsen
revisor revisor

Innhold

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

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Sykehuset Innlandet Hf, Lillehammer sykehus i perioden 14.11.16 – 2.6.17. Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannens planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år

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 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.

Rapporten omhandler avvik og merknader 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
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Sykehuset Innlandet HF er sykehus for Hedmark og Oppland, med administrasjon i Brumunddal. Sykehuset Innlandet har Sykehuset Innlandet er delt i 10 divisjoner, der hver divisjon ledes av en divisjonsdirektør. Divisjon Gjøvik og Divisjon Lillehammer ligger i Oppland fylke. Sykehuset Innlandet HF, divisjon Lillehammer er lokalsykehus for pasienter bosatt i Gudbrandsdalen og Lillehammer og har et nedslagsfelt på ca 90.000, med stor økning i turistsesongen. Akuttmottaket er organisatorisk plassert i akuttmedisinsk avdeling, med egen avdelingssjef. Avdelingssjefen rapporterer direkte til divisjonsdirektøren.

Det er i gjennomsnitt 35 – 50 innleggelser pr døgn, 12 traumer i måneden og 170 landinger med NLA årlig. Akuttmottaket har sju akuttstuer og et triagerom der alle ø-hjelpsinnleggelsene blir tatt imot. Det er en avdelingssykepleier i 100% stilling, en sykepleier 1 i 50 % stilling med driftsansvar og en sykepleier 1 i 50 % stilling med fagansvar akuttmottaket. Totalt sett er det 27 årsverk.

Avdelingsoverlege for akuttmedisinsk avdeling har det overordnede fagansvaret i akuttmottaket. Det er opprettet en egen seksjonsoverlegestilling i akuttmottaket

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfatter følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 14.11.16.

Åpningsmøte ble avholdt 16.2.17.

Intervjuer

14 personer ble intervjuet.

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

Befaring Det ble gjennomført befaring ved Akuttmottaket, Sykehuset i Lillehammer.

Sluttmøte ble avholdt 17.2.17.

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 prehospitale tjenester 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

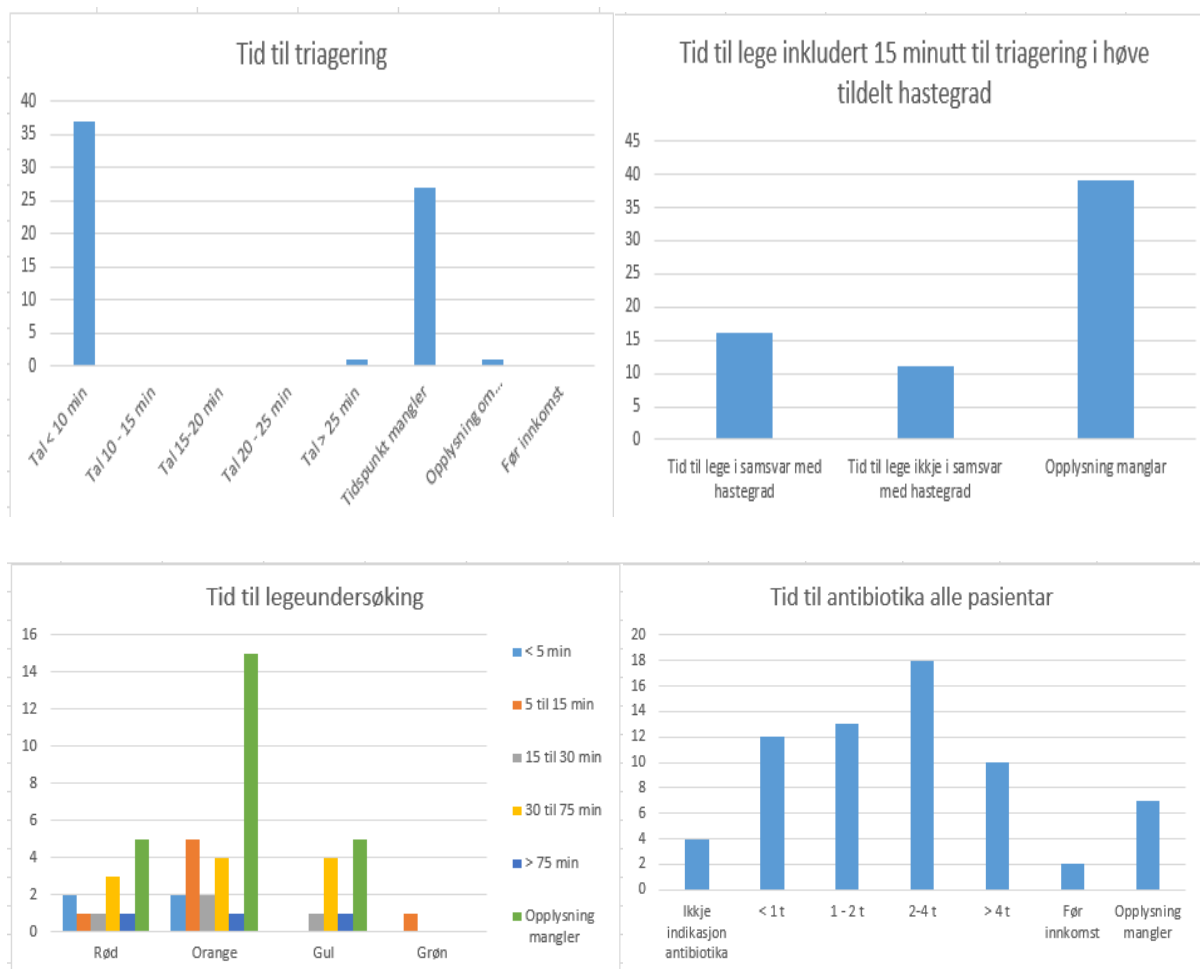
- observasjon av pasienter med alvorlig sepsis, sepsis eller spørsmål om sepsis i akuttmottaket
- klargjøring av pasienter for overføring til sengepost med føringer/plan for videre observasjon og tiltak på sengepost, intermedieæravdeling eller intensivavdeling

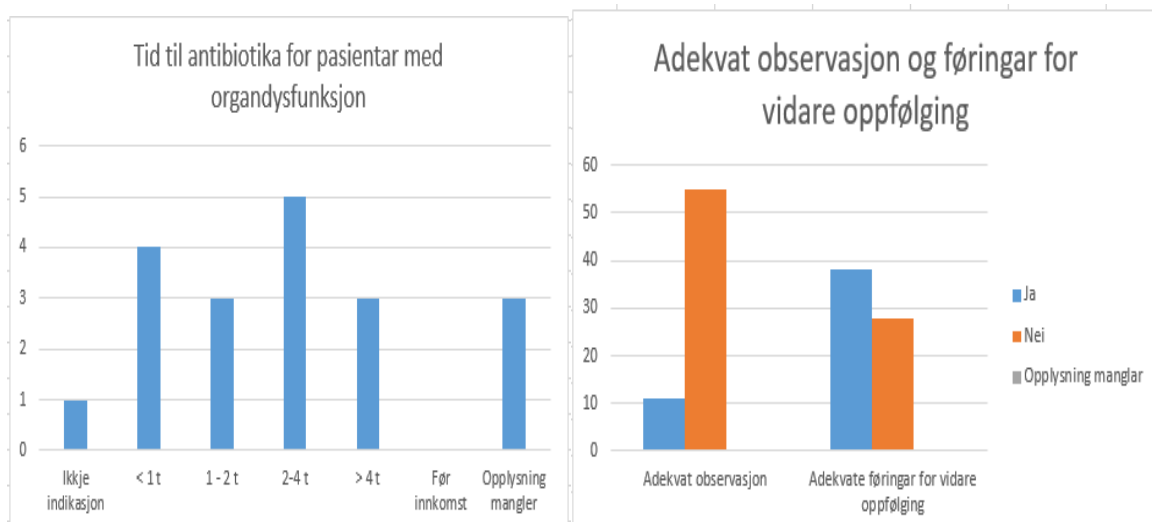
5. Funn

Tilsynsteamet gikk gjennom journaler fra pasienter som kom til akuttmottaket med sepsis eller mistanke om sepsis. De 66 pasientene som ble inkludert hadde infeksjon og oppfylte minst to av fire SIRS-kriterier. 33 var fra perioden 3. august 2015 - 23. september 2015 (kalt P0), og de resterende 33 fra perioden 25. oktober 2016 - 27. desember 2016 (kalt P1).

I framstillingen under er P0 og P1 slått sammen.

Gjennomgangen viste:





Det ble påpekt tre avvik. Avvik 1 beskriver svikt ved mottak av pasienten i akuttmottaket ved mangelfull triagering. Alle pasienter får ikke tildelt hastegrad, eventuelt feil hastegrad, slik at oppstart av behandling kan bli forsinket, noe som igjen får konsekvenser for resten av behandlingen i akuttmottaket. Dette kan man se i avvik 2 og 3.

Avvik 1

Sykehuset sikrer ikke at alle pasienter med sepsis eller alvorlig sepsis blir triagert ved mottak

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og § 3-2, jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Avviket bygger på:

1. Ledelsen ved akuttmottaket følger ikke systematisk med på om ansatte i akuttmottaket har tilstrekkelig kompetanse i å bruke prioriteringssystemet RETTS.
2. I 23 av 66 journaler var det ikke notert tid til legeundersøkelse. Når ledelsen ikke vet når lege tilser pasientene, kan de ikke vite om dette skjer innenfor forsvarlig tid.
3. Ved å følge prosedyren «Alvorlig sepsis-flytskjema i akuttmottak» er det risiko for at man kun identifiserer pasienter med septisk sjokk samt et lite utvalg av pasienter med alvorlig sepsis.
4. Ledelsen ved sykehuset har ikke fanget opp at gjeldene prosedyre for sepsis gir en risiko for at pasienter med alvorlig sepsis ikke fanges opp.

Avvik 2

Sykehuset sikrer ikke at alle pasienter som har sepsis med organdysfunksjon får startet antibiotikabehandling innen en time

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Avviket bygger på:

1. Journalgjennomgangen viser at 4 av 20 pasienter med alvorlig sepsis fikk startet antibiotikabehandling innen en time.
2. Ledelsen følger ikke systematisk med på om pasientene med sepsis får antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer og egen prosedyre.
3. Sykehuset har avvikssystemet TQM, dette er kjent og i bruk. Det er imidlertid ikke i systematisk bruk innenfor sepsisbehandlingen. Det sendes ikke avvik f.eks. når antibiotikabehandling blir startet senere enn prosedyren tilsier eller når lege ikke tilser pasienten innen tid fastsatt i prosedyre for triage.
4. Sykehuset har ikke iverksatt tiltak for fagutvikling, kvalitetsforbedringsprosjekt eller hatt spesielt fokus på sepsispasienten.

Avvik 3

Sykehuset sikrer ikke at pasienter med sepsis blir observert i akuttmottaket

Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og § 3-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §§ 6-9.

Avviket bygger på:

1. Journalgjennomgangen viser at for 53 av 66 pasienter er det ikke dokumentert adekvat observasjon i akuttmottaket. Mangelfull dokumentasjon medfører at det kan være vanskelig å følge med på den kliniske utviklingen, og vi vet ikke om pasientene har blitt observert i henhold til hastegrad. I tillegg kan informasjonen som overføres til neste ledd i behandlingsskjeden bli mangelfull.
2. Retriagering er veldig sjelden dokumentert i journalen. Dette gjelder både opp- og nedtriagering.
3. Ledelsen ved sykehuset følger ikke med på om pasientene blir observert i henhold til hastegrad og om dette blir dokumentert.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, overvåking og behandling av pasientene i akuttmottak krever ressurser fra flere avdelinger i sykehuset. Det er viktig at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og

omsorgstjenesten for å sikre faglig forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket. Ledelsen av foretaket må kontrollere og følge opp virksomheten. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, §§ 6, 7, 8 og 9 sier noe om viktige elementer i den interne styringen

Ved Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer har tilsynet med akuttmottaket avdekket svikt i ledelsens styring av arbeidsprosesser knyttet til triagering, legeundersøkelse i henhold til hastegrad, forsvarlig behandling og observasjon før og etter legeundersøkelse i akuttmottaket. Det foreligger ikke data/registreringer for å kunne følge med på å evaluere alle kritiske trinn i forløpet for pasienter som legges inn med spørsmål om infeksjon/mulig sepsis. Gjennomgående mangler er også påvist i dokumentasjon av opplysninger i journalsystemet så som triagering, tidspunkt for legeundersøkelse og tidspunkt for oppstart av behandling med antibiotika.

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

7. Regelverk

Helsetilsynsloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

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:

- Opplæringsperm for nyansatte i akuttmottaket m/organisasjonsoversikt
- Sjekkliste for gjennomført opplæring av nyansatte
- Introduksjon til nye turnusleger
- Organisasjonskart for medisinsk avdeling
- Mål for sykepleietjenesten i akuttmottak
- Aleris infusjonspumpe – brukergodkjenning i mottak
- Alvorlig sepsis – flytskjema i akuttmottak
- Bemanning – generelle rutiner i akuttmottaket
- Blodprøvekvirering av sykepleier i mottak
- Funksjonsbeskrivelse triagesykepleier akuttmottaket Sil
- Generell funksjonsbeskrivelse mottak – sykepleier
- Funksjonsbeskrivelse triagesykepleier akuttmottak
- Funksjonsbeskrivelse mottak – sykepleier
- Stillingsbeskrivelse koordinerende sykepleier i akuttmottak SIL
- Mews – ansvar og gjennomføring
- Gjennomføring av brukergodkjenning/egenkontroll av MTU i mottak
- Blodprøvekvirering av sykepleier – akuttmottak SIL
- Lege info og rutiner – med. Avd. Lillehammer

- DIPS – Opprette pasient med hjelpenummer
- Generell funksjonsbeskrivelse for sykepleiere i akuttmottaket SIL
- Oversikt over ansatte røntgen
- Gjennomføring av brukergodkjenning/egenkontroll av MTU i mottak
- Håndtering og dokumentasjon av legemidler i mottak, akuttmottak
- ID merking – korrekt identifikasjon av pasienter
- Ikke kritisk MTU i mottak – egenkontroll
- MEWS – observasjonsskjema
- Registreringer – tid til triage og legeankomst for medisinske overføringspasienter i perioden mai 2014 – sept 2016
- Tavlemøter – definisjonskatalogen
- MAT – tilkalling av mobilt akutt-team
- Veileder i bruk av TQM-helse – registrering av uønskede hendelser
- Informasjon om akuttavdelingen

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- 66 journaler

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varsel om tilsyn datert 14.11.2016
- E-post datert 12.12.2016, etterlysning av tilsynsvarsel
- Ny oversending av varsel datert 13.12.2016
- Oversending av dokumentasjon fra Sykehuset datert 15.1.2017 og 19.1.2017

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
Øyvind Bernersen	Avd.overlege akuttmedisin	x	x	x
Aasmund Norheim	Lege i spesialisering, med avd	x		
Andreas Simensen	Seksjonsoverlege	x	x	x
Per Arne Lien	Avd sjef akuttmedisin	x	x	x
Julie Aaby	Turnuslege medisin	x	x	x
Marianne Stenstø Lille	Lege i spesialisering	x	x	x
Ole Jonas Rolstad	Avdelingsoverlege, medisin	x	x	x
Ivar Jo Hagen	Seksjonsoverlege	x	x	
Åse Stenhaug Ulset	Avdelingssykepleier mottak	x	x	x
Anita Ullbråten	Sykepleier	x	x	x

Anne Elise Tjernø	Fagutviklingssykepleier, mottak	x	x	x
Vegard Rødseth Brede	Turnuslege, medisin	x	x	x
Ane Marte Steintveit	Turnuslege, medisin	x	x	x
Gunnar Tande	Sykepleier	x	x	x
Ellen H. Pettersen	Kst fagdirektør	x	x	x
Ymbjørg Hjeltnes	Overlege medisin	x	x	x
Erik Qvam	Adm.sjef	x		
Pål Christensen	Fung. divisjonsdirektør	x	x	x
Marianne Berg	Kst. direktør			x
Tove Lie Syljeseth	Kontaktperson	x		x
Bjørg Ø. Simonsen	Avd. sjef stabsområde helse			x
Bente Westrum	Ass. fylkeslege			x
Linn Merethe Rud	Rådgiver, fylkesmannen			x

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Svein Rønsen, assisterende fylkeslege, Fylkesmannen i Østfold

Randi Marthe Graedler, jurist hos Fylkesmannen i Oppland

Kristine Wærhaug fagrevisor fra UNN

Trude Vestli, revisjonsleder/sykepleier hos Fylkesmannen i Hedmark