



FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS
Helseavdelingen

**Rapport fra tilsyn med identifisering og behandling av pasienter
med sepsis eller mistanke om sepsis i Akuttmottaket
ved
Diakonhjemmet Sykehus**

Virksomhetens adresse: Postboks 23 Vinderen 0319 Oslo
Tidsrom for tilsynet: 20. april - 2. november 2016
Kontaktperson i virksomheten: Spesialrådgiver Avdeling for Fag og kvalitet
Ingrid Tørseth

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 sykehuset 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.

Helsepersonell er godt oppdaterte på faglige retningslinjer for sepsisbehandling. De har bevissthet på at pasientene skal triageres så fort som mulig, og at pasienter med sepsis skal få

behandling med antibiotika raskt. Diakonhjemmet har en ledelse som arbeider for å identifisere utfordringer og forbedringsområder og som leder forbedringsarbeid. At en andel pasienter med sepsis fikk sen oppstart av antibiotikabehandling var i noen grad kjent for ledelsen. Det har imidlertid ikke blitt iverksatt tilstrekkelige tiltak for å endre på dette. Ledelsen har i gang et arbeid med å sikre bedre overvåkning og dokumentasjon av dette, og National Early Warning Score (NEWS) vil bli innført 1. november 2016 i sykehuset, også i Akuttmottaket.

Det ble påpekt 2 avvik under tilsynet.

Avvik 1:

Diakonhjemmet Sykehus sikrer ikke at alle pasienter med sepsis eller sepsis med organdysfunksjon får startet antibiotikabehandling innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykehusets egne prosedyrer.

Avvik 2:

Diakonhjemmet Sykehus sikrer ikke at det i journalen til pasienter med sepsis eller sepsis med organdysfunksjon er tilstrekkelig dokumentasjon av opplysninger om videre observasjoner og tiltak på sengepost etter overføring fra Akuttmottaket.

Dato: 2. november 2016

Björg C. Langeland
revisjonsleder

Elaine Ånstad
revisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

Innhold

Sammendrag.....	1
1. Innledning.....	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....	5
3. Gjennomføring	5
4. Hva tilsynet omfattet.....	6
5. Funn	6
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem.....	14
7. Regelverk.....	14
8. Dokumentunderlag	14
9. Deltakere ved tilsynet.....	17

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Diakonhjemmet Sykehus i perioden 20. april - 2. november 2016. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Fylkesmannen i Oslo og Akershus gjennomfører sammen med Fylkesmannen i Buskerud i inneværende år.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 2, og skal etter helsetilsynsloven § 3 påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i tjenestene.

Formålet med en systemrevisjon 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.

Statens helsetilsyn har besluttet at det i 2016 - 2017 skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med helseforetakenes 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. Det betyr at data som blir samlet inn fra pasientjournaler ved dette tilsynet også blir brukt til å evaluere hvilken effekt tilsyn har på tjenestekvaliteten.

Protokollen for prosjektet er behandlet av Regional etisk komite (REK), som har gitt dispensasjon fra taushetsplikten til behandling av data som inngår i forskningsprosjektet. Prosjektet er videre godkjent av Datatilsynet og Personvernombudet for forskning (NSD).

Journalverifikasjonen ved dette tilsynet foretas i tre tidsperioder:

- de siste 33 innlagte pasienter før 1. oktober 2015
- de siste 33 innlagte pasienter kort tid før dato for gjennomføring av tilsynsbesøket
- de siste 33 innlagte pasienter før dato 8 måneder etter gjennomført tilsynsbesøk (dette vil bli gjennomført i 2017)

Journalene som gjennomgås er fra pasienter der det ved tidspunkt for innleggelse var mistanke om sepsis/fastslått sepsis.

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.

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Diakonhjemmet Sykehus er et privat ideelt (non-profit) diakonalt sykehus, heleid av Diakonhjemmet, en stiftelse innen Den norske kirke. Sykehuset har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF, og tilbyr spesialisthelsetjenester innen indremedisin, kirurgi, revmatologi/revmakirurgi og psykiatri. Diakonhjemmet er akutt sykehus og lokalsykehus for de cirka 135.000 innbyggerne i bydelene Vestre Aker, Frogner og Ullern. I tillegg har sykehuset ansvar for alderspsykiatri og pasienter med hofte- og lårhalsbrudd i ytterligere fem bydeler - totalt 330 000 innbyggere. Sykehuset har siden 2014 avlastet Akershus universitetssykehus HF ved å ta i mot medisinske og kirurgiske pasienter fra bydelene Alna, Grorud og Stovner innen sykehusets akuttfunksjoner.

Akuttmottaket ved Diakonhjemmet Sykehus er organisert i Anestesi- og intensivavdelingen. Avdelingen har en avdelingssjef, som rapporterer direkte til direktør. Akuttmottaket ledes av enhetsleder, med støtte fra ledende spesialsykepleiere og en seksjonsoverlege. Seksjonsoverlegen har avdelingssjef Anestesi- og intensivavdelingen som nærmeste overordnede, og er medlem i avdelingens lederteam. Seksjonsoverlegen har blant annet medansvar for den medisinske faglige tjenesten, koordinerende medansvar for den faglige behandlingsskjeden på enheten, og for å etablere rutiner for god pasientbehandling i Akuttmottaket, samt opplæring.

Siden 2009 har Akuttmottaket hatt medisinsk overlege i 100 % stilling. Overlegen er administrativ leder for medisinske leger i mottaket og OBS-posten, medisinsk faglig ansvarlig for OBS-post og for Medisinsk avdelings vaktteam i Akuttmottaket på dagtid. Overlegen skal blant annet veilede underordnede leger i teamet, godkjenne EKG og prøvesvar på dagtid og lede utredning og diagnostikk av pasienter triagert til hastesgrad 1 (rødt).

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble sendt ut den 20. april 2016.

Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Journalgjennomgang fant sted den 18. august 2016. 66 pasientjournaler ble gjennomgått.

Åpningsmøte ble holdt den 6. september 2016.

Intervjuer

17 personer ble intervjuet.

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

Det ble gjennomført befaring ved Akuttmottaket Diakonhjemmet Sykehus den 6. september 2016.

Sluttmøte ble holdt 8. september 2016.

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:
 - o om undersøkelse og diagnostisering var gjennomført i rett tid
 - o om undersøkelse og diagnostisering var gjennomført forsvarlig
 - o 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 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 16. - 30. september 2015 (kalt P0), og de resterende 33 fra perioden 25. mai - 31. juli 2016 (kalt P1).

I de gjennomgåtte journalene var pasientene triagert til:

P0: 5 hastegrad 1 (røde), 23 hastegrad 2 (orange), 2 hastegrad 3 (gule), 3 var det ikke angitt hastegrad for.

Blant de 33 pasientene i tidsperioden er 11 (3 med hastegrad 1 og 7 med hastegrad 2, 1 er det ikke angitt hastegrad for) vurdert til å ha organdysfunksjon.

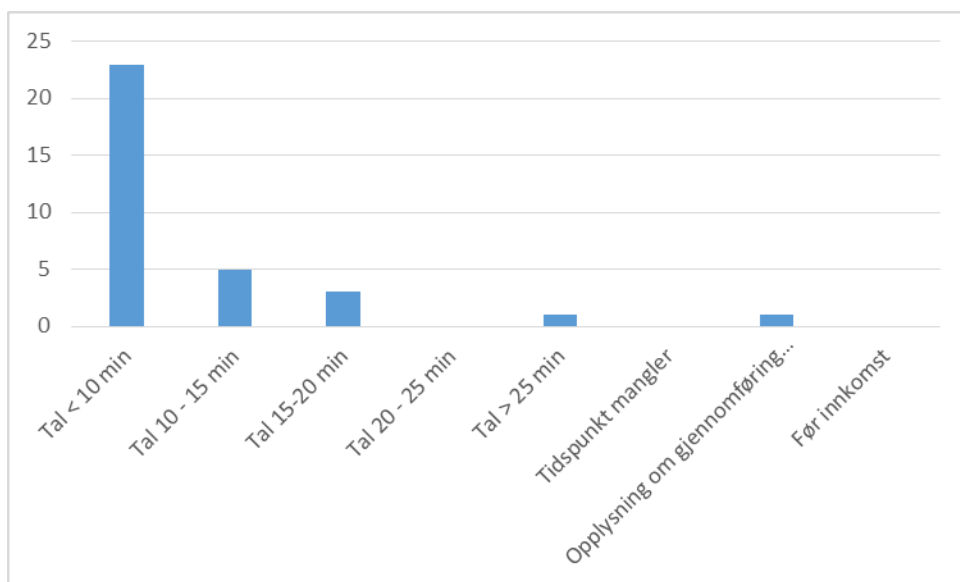
P1: 3 hastegrad 1 (rød), 20 hastegrad 2 (orange), 6 hastegrad 3 (gule), 1 hastegrad 4 (grønn). 3 var det ikke angitt hastegrad for.

Blant de 33 pasientene i tidsperioden er 7 (2 med hastegrad 1, 3 med hastegrad 2 og 1 med hastegrad 3, 1 er det ikke angitt hastegrad for) vurdert til å ha organdysfunksjon.

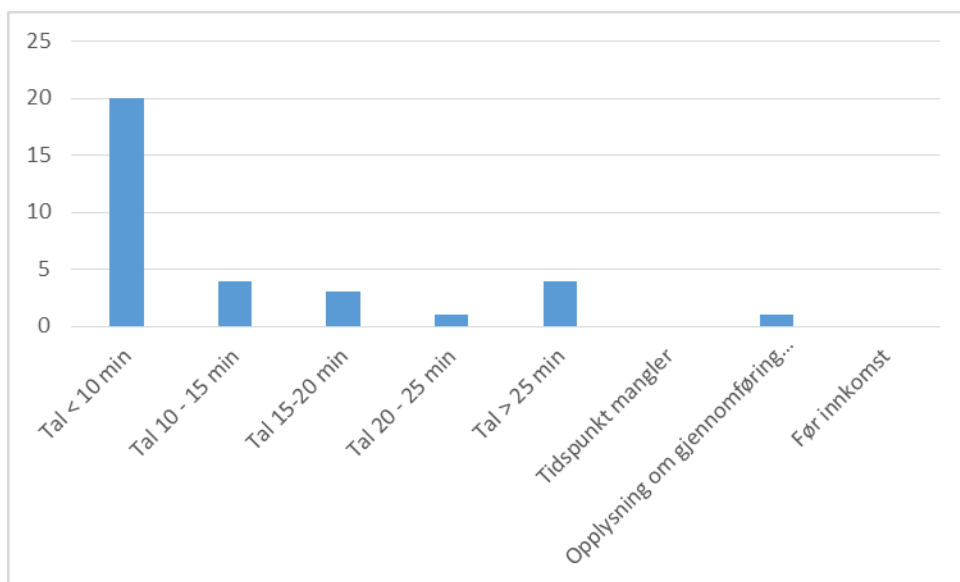
Gjennomgangen viste:

Tid til triagering:

P0 (n=33)



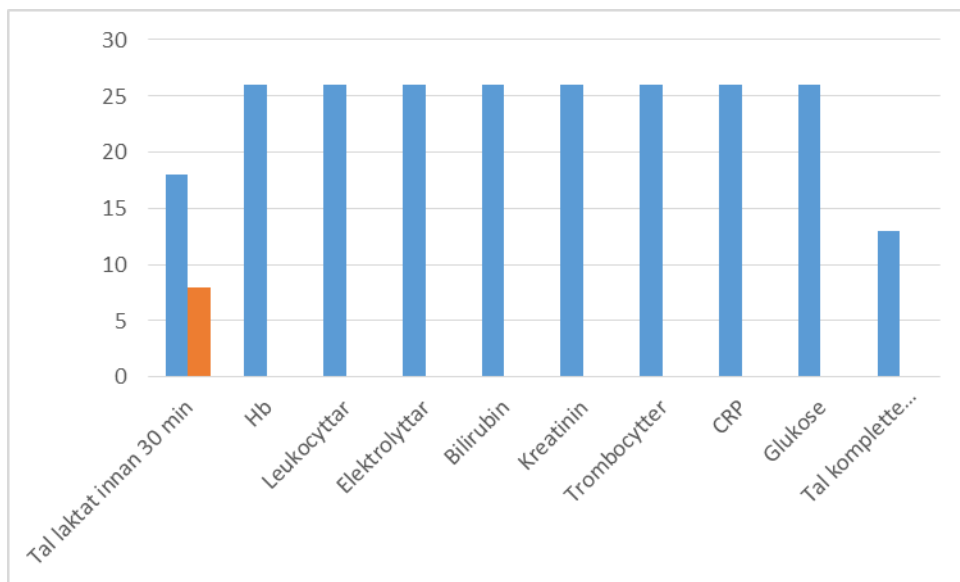
P1 (n=33)



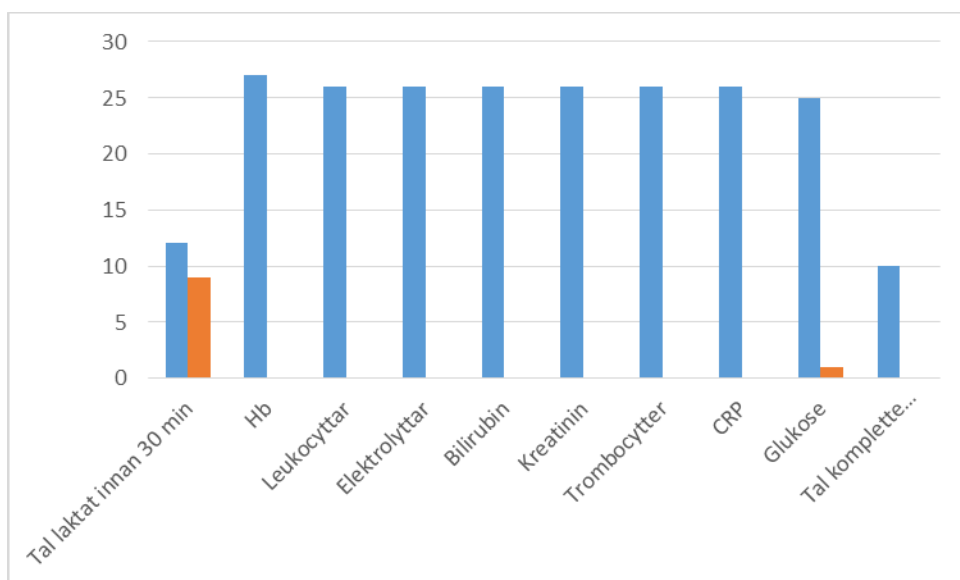
Blodprøver tatt innen 30 minutter

Orange søyle betyr at opplysning om gjennomføring mangler

P0 (n=33)



P1 (n=33)



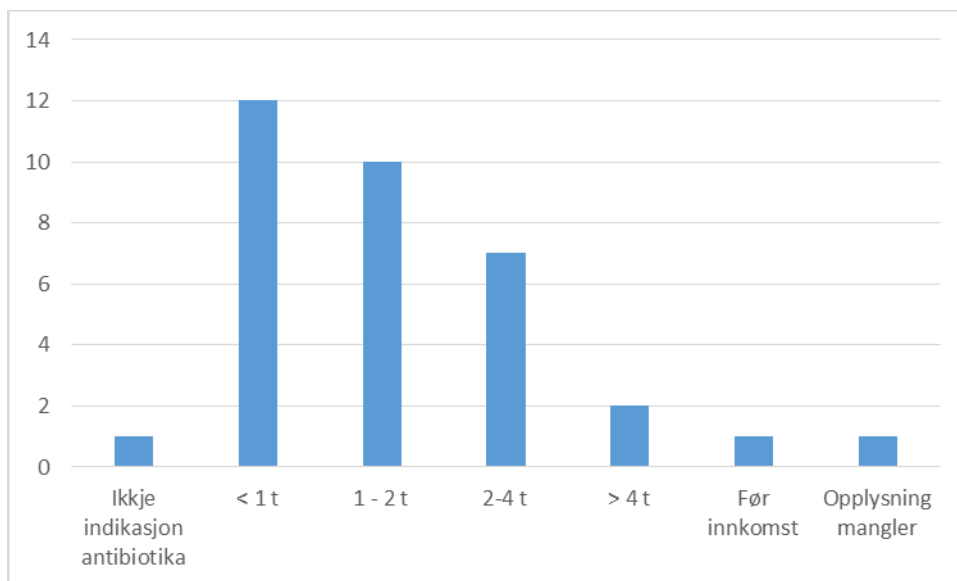
Tid til antibiotika

«Før innkomst» er antibiotika i tablettform

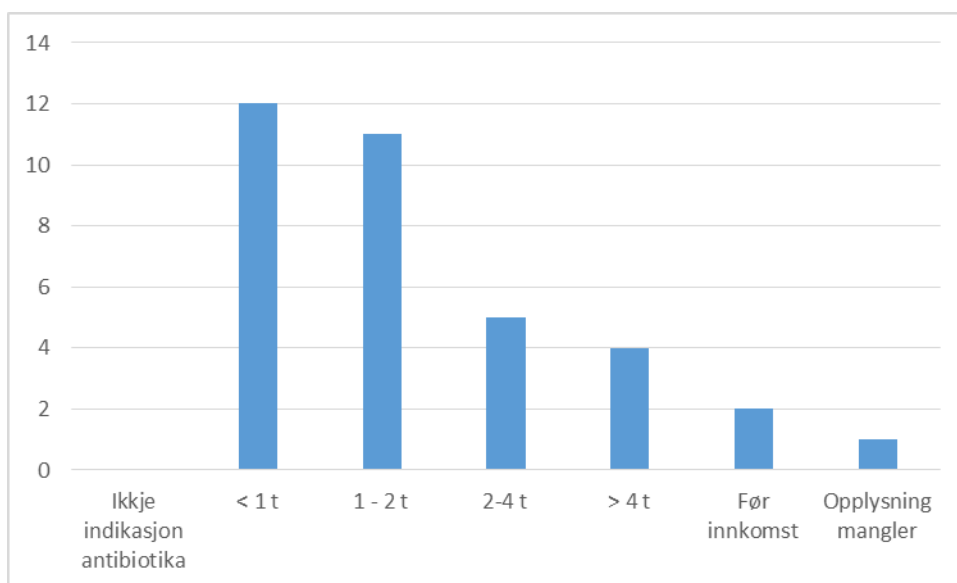
«Opplysninger mangler» er manglende tidspunkt for når antibiotika er gitt første gang

Alle pasienter

P0 (n=33)

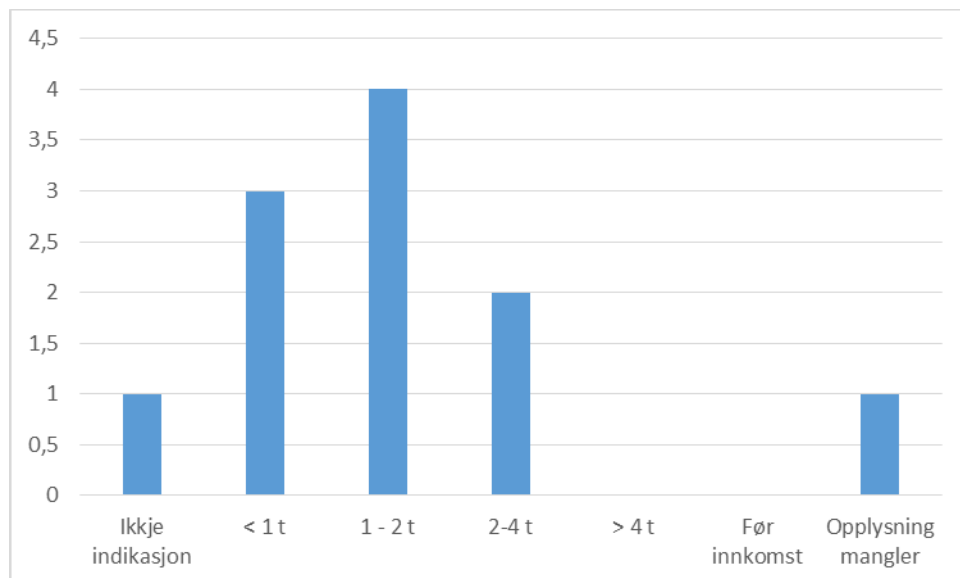


P1 (n=33)

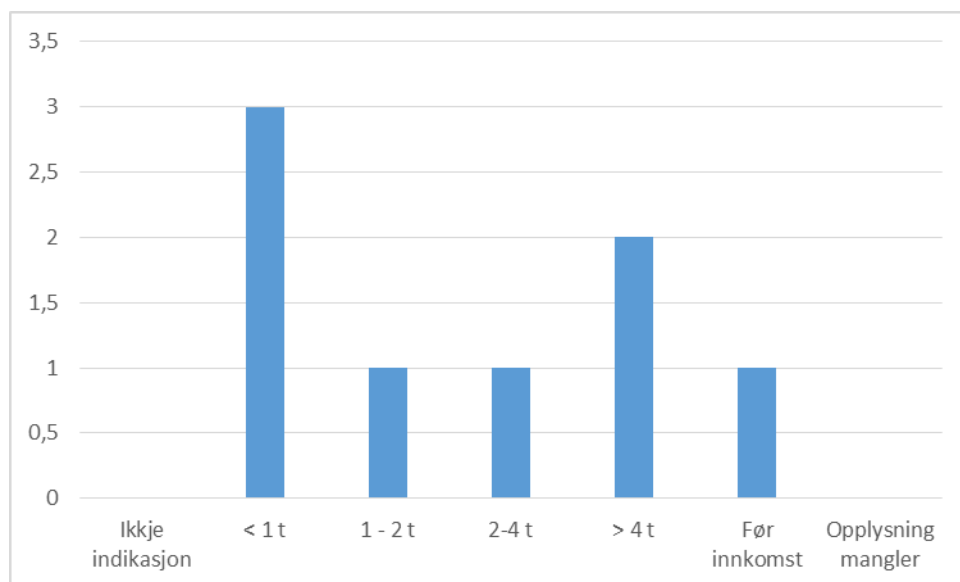


Pasienter med organdysfunksjon

P0 (n=11)

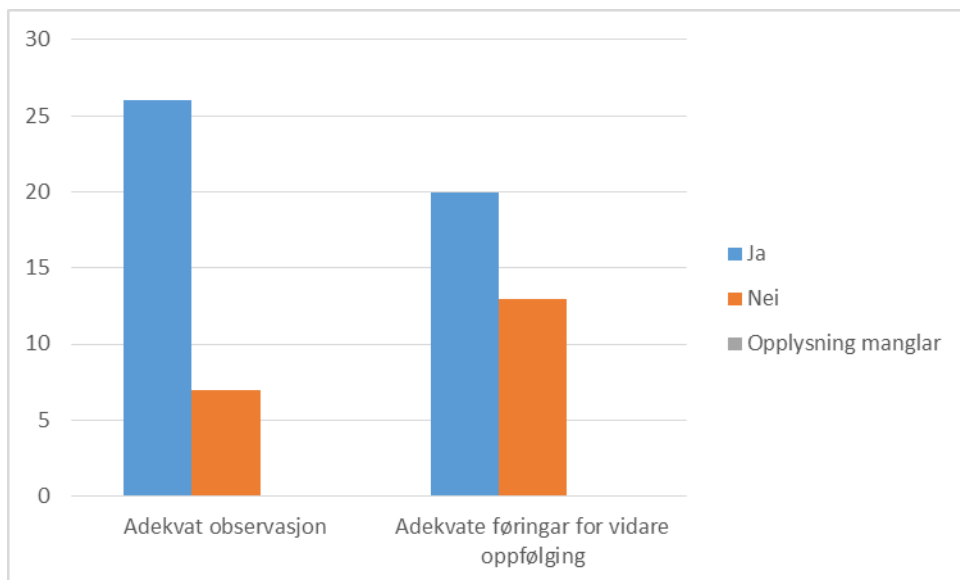


P1 (n=7)

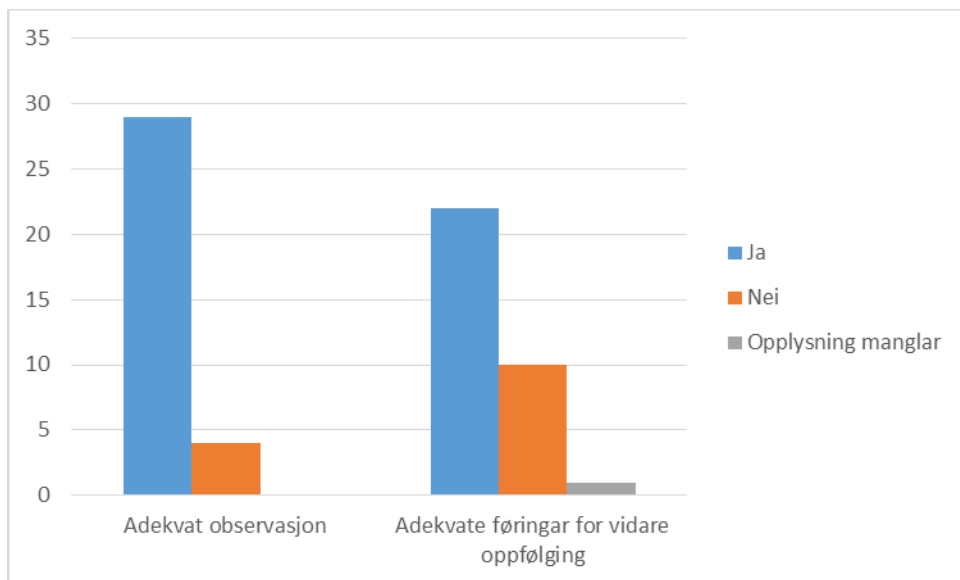


Dokumentasjon av observasjon og plan for videre overvåkning og oppfølging

P0 (n=33)



P1 (n=33)



Det ble påpekt 2 avvik.

Avvik 1:

Diakonhjemmet Sykehus sikrer ikke at alle pasienter med sepsis eller sepsis med organ dysfunksjon får startet antibiotikabehandling innen tidsfrister fastsatt i nasjonale retningslinjer og i sykehusets egne prosedyrer.

Dette er et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4 g.

Avviket bygger på:

- Gjennomgangen av pasientjournalene viste at for de 65 (32+33) pasientene der det var indikasjon for antibiotika, fikk 24 (12+12) pasienter antibiotika innen 1 time etter innkomst. 6 (2+4) pasienter fikk etter 4 timer. For 2 (1+1) pasienter manglet det tidspunkt for når antibiotika var gitt første gang.
- Av 18 pasienter med organ dysfunksjon, der det var indikasjon for antibiotika hos 17 (10+7) fikk 6 (3+3) pasienter antibiotika innen 1 time. 2 (0+2) pasienter fikk etter 4 timer.
- Av de 7 pasientene med hastegrad 1 og hvor det var indikasjon for antibiotikabehandling, fikk 5 pasienter antibiotika innen 1 time, de andre 2 innen 2 timer.
- Medisinsk avdeling har prosedyre knyttet til håndtering av pasient med sepsis og septisk sjokk. Sykehuset har egen «sepsisgruppe». Helsepersonell har kunnskap om sepsis og bevissthet om betydningen av rask håndtering av disse pasientene.
- Sykepleier gjennomfører triage etter Manchester Triage Scale. Ifølge sykehusets prosedyre skal alle pasienter triageres innen 10 minutter etter ankomst. Det er utarbeidet en egen prosedyre «Triage ved sepsis - lokal management». Denne er nylig oppdatert i henhold til q-SOFA-kriterier. Det er også laget et eget felt på Kurve for akuttmottak, til bruk hos pasienter med mulig sepsis/sepsis.
- Av intervjuer framkommer at pasienter hastegradsvurdert i kategori 1 raskt triageres, og raskt tilsees av lege. Journalgjennomgangen viste at alle disse 8 (5+3) pasientene ble triagert innen 10 minutter.
- Gjennomgangen av de øvrige 58 pasientjournalene viste at for henholdsvis 4 og 8 pasienter var triage gjennomført etter 15 minutter etter innkomst. 2 pasienter (henholdsvis 1 med hastegrad 2, og 1 med hastegrad 3) ble vurdert til å ha organ dysfunksjon. 5 (1+4) ble triagert etter 25 minutter. Én av disse (i P1) hadde organ dysfunksjon.

Forsinket hastegradsvurdering kan bidra til forsinket oppstart av undersøkelse og behandling av pasienten.

- Blodgass tas som oftest av sykepleier. Sykepleiere og leger må være sertifiserte for å kunne ta blodgass. Blodgass-svar registreres automatisk i DIPS.

Ved intervjuer framkommer det at blodgass/laktat tas på svært mange pasienter. I henholdsvis 8 og 9 av journalene var det imidlertid ikke mulig å finne dokumentasjon for at blodgass/laktat var tatt.

At blodgass ikke er tatt medfører mangelfull utredning av mulig organdysfunksjon.

- Akutmottaket er bemannet fra Medisinsk avdeling sin side med turnusleger og LIS, i tillegg til medisinsk overlege. Innkomstjournal for medisinske pasienter tas opp av turnuslege- og LIS i primærvakt, og tidvis av LIS i sekundærvakt. Turnuslege og LIS i primærvakt skal ifølge sykehusets rutine konferere med medisinsk overlege i Akutmottaket på dagvakt, på kveld/natt med LIS i sekundærvakt. Anestesilege skal alltid tilkalles til pasienter med hastegrad 1 (røde).

Ved forsinket tilgang på beslutningskompetanse vil diagnostisering og oppstart av behandling kunne bli forsinket.

- Da sykehuset ikke har hatt et fungerende system for registrering av når lege tilser pasienten første gang, finnes det ikke data som i særlig grad belyser ventetid på lege.

Det er i løpet av siste året innført at lege skal registrere på Kurve for akutmottak når pasienten første gang tilses av lege. Denne rutinen er ikke fullt ut implementert ennå.

- Bemanning er tilpasset variasjoner i pasienttilgang. Akutmottaket har imidlertid tidvis stor pågang av pasienter. Dette kan medføre samtidighetskonflikter, som kan medføre forsinket triagering, diagnostisering og oppstart av behandling.
- Sykehuset har prosedyrer/handlingsplan for anbefalt liggetid i Akutmottaket og for håndtering av overbelastning. Ca. 20 % av de medisinske (og 40 % av de kirurgiske) pasientene blir poliklinisert. Pasientene ligger da i Akutmottaket til tilstanden er avklart, og nødvendige prøvesvar foreligger. Det er et pågående arbeid med blant annet å vurdere hvilke pasienter som skal til/innom Akutmottaket.
- Sykehuset har utviklet DIALIS, et ledelses- og informasjonssystem, der mange styringsparametre registreres. Ventetider for triagering og tid til lege er ikke en del av disse. Ledelsen følger imidlertid med på og er kjent med utfordringene i Akutmottaket. Sykehuset ledelse var i noen grad kjent med at en del sepsispasienter får sen oppstart av antibiotikabehandling

Avvik 2:

Diakonhjemmet Sykehus sikrer ikke at det i journalen til pasienter med sepsis eller sepsis med organdysfunksjon er tilstrekkelig dokumentasjon av opplysninger om videre observasjoner og tiltak på sengepost etter overføring fra Akutmottaket.

Dette er et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. forskrift om pasientjournal § 8, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4 g.

Avviket bygger på:

- Journalgjennomgangen viste at i 23 (13+10) av de 66 journalene var det mangelfull dokumentasjon av hvordan undersøkelser/behandling skulle følges opp og spesielt hvordan pasienten skulle overvåkes i den første tiden etter overflytting. Feltet på kurven «Beskjed fra akuttmottaket til sengepost/observasjonspost» var i liten grad brukt.

Sykehuset har rutiner for at pasienter som ikke er ustabile overflyttes til annen avdeling/post av portør. I intervjuer opplyser noen sykepleiere at de ofte ringer for å formidle beskjeder til sengeavdeling/post.

- Ledelsen følger ikke systematisk med på hva som journalføres. Sykehuset innfører National Early Warning Score (NEWS) fra 1. november 2016, også i Akuttmottaket.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Tilsynet har ikke avdekket uklarheter i oppgaver og ansvar for pasienter med sepsis i Akuttmottaket ved Diakonhjemmet Sykehus. Bemanning er tilpasset ut fra perioder med størst tilstrømming av pasienter. Det er stor bevissthet på at pasientene skal triageres så fort som mulig, og at pasienter med sepsis skal få behandling med antibiotika raskt. Akuttmottaket har på medisinsk side overlege til stede i Akuttmottaket på dagtid på hverdager, som deltar i vurdering av pasientene. Sykepleiere og leger undervises om sepsishåndtering. Sykehuset har DIALIS, et ledelses- og informasjonssystem, som brukes aktivt. Diakonhjemmet har en ledelse som arbeider for å identifisere utfordringer og forbedringsområder og som leder forbedringsarbeid. At en andel pasienter med sepsis fikk sen oppstart av antibiotikabehandling, var i noen grad kjent for ledelsen. Det har imidlertid ikke blitt iverksatt tilstrekkelige tiltak for å endre på dette. Ledelsen har i gang et arbeid med å sikre bedre overvåkning og dokumentasjon av dette. National Early Warning Score (NEWS) vil bli innført 1. november 2016 i sykehuset, også i Akuttmottaket.

7. Regelverk

Helsetilsynsloven

Spesialisthelsetjenesteloven

Internkontrollforskrift i helsetjenesten

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:

- Organisasjonskart
 - Diakonhjemmet Sykehus
 - Anestesi- og intensivavdelingen, dok.id.: EK.2-2.1.2
- Organisasjonsstruktur Anestesi- og intensivavdelingen – administrativ og faglig, dok.id.: EK.2-2.1.3
- Fagansvar i anestesi- og intensivavdelingen, dok.id.: EK.2-2.1.5
- Fra DIALIS Ledelses- og informasjonssystem på Diakonhjemmet Sykehus – virksomhetsstyring/data
- Kvalitetspolitikk ved Anestesi- og intensivavdelingen, dok.id.: EK.2-3.1

- Kvalitetsmål for Anestesi- og intensivavdelingen, dok.id.: EK.2-3.2
- Kvalitetspolitikk og kvalitetsmål for akuttmottaket, dok.id.: EK.2-3.6
- Arbeidsdokument jf. faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatisk akuttmottak, jf. Helsedirektoratets veileder og Helse Sør-øst RHF «Kompetanse i front», tilstand ved Diakonhjemmet Sykehus og planer for tiltak
- Samarbeidsavtale mellom Avdeling for medisinsk biokjemi og Anestesi- og Intensivavdelingen, akuttmottaket, dok.id.: EK.2-11.4.14
- Samarbeidsavtale mellom Radiologisk avdeling og Anestesi- og Intensivavdelingen, akuttmottaket, dok.id.: EK.2-11.4.13
- Samarbeidsrutiner – Medisinsk avd. og Anestesi- og Intensivavdelingen, akuttmottaket, dok.id.: EK.2-11.4.11
- Funksjonsområder i dokumentasjon av sykepleie, dok.id.: EK.14-2.6
- Hovedkurve somatiske avdelinger – føring og dokumentasjon, dok.id.: EK.14-3.1.2.1
- Kurveføring for observasjonsposten, dok.id.: EK.2-4.4.2
- Kurveføring i akuttmottaket, dok.id.: EK.2-4.4.1, og tidligere versjon av samme retningslinje Føring av kurve for Akuttmottak
- Legemidler - Istandgjøring, dok.id.: EK.14-3-2.2.4.1
- Legemidler - Ordinering i kurven (somatiske avdelinger), dok.id.: EK. 14-3-2.2.1.2
- Stillingsfunksjonsbeskrivelser:
 - enhetsleder ved Akuttmottaket, dok.id.: EK.2-5.1.4.3
 - ledende spesialsykepleier, administrasjon og fag, ved akuttmottaket, dok.id.: EK.2-5.1.4.2
 - ledende spesialsykepleier, fag, ved akuttmottaket dok.id.: EK.2-5.1.4.1
 - autorisert sykepleier i Akuttmottaket, dok.id.: EK.2-5.1.4.5
 - overlege OBS-post og medisinsk overlege i akuttmottak, dok.id.: EK.7-4.1.4.
 - seksjonsoverlege ved akuttmottaket, anestesi- og intensivavdelingen, dok.id.: EK.2- 5.1.4.5
- Medisinsk bakvakt: ansvar og funksjon, dok.id.: EK.7-4.2.4.7
- Arbeidsinstruks - vakthavende anestesilege 1206, dok.id.: EK.2-5.1.6.9
- Lister over ansatte
- Kompetanseoversikt til ansatte i Akuttmottaket
- Manual Manchester Triage Group *Akuttmedisinsk triage*
- Triage ved sepsis – lokal management, dok.id.: EK.2-11.4.2 gjeldende retningslinje og arbeidsdokument med nye kriterier
- Tidsaspekter triage – fargekoder og tider, dok.id.: EK.2-11.4.4
- Triage (prioritering), dok.id.: EK.2-11.4.1
- Akuttmottaket – prosesskart
- Anbefalte tidsrammer for pasientopphold i Akuttmottaket, dok.id.: EK.2-11.4.6
- Handlingsplan ved overbelastning i Akuttmottaket, dok.id.: A.1.2-6.2.4
- Mottak av pasient i Akuttmottaket, dok.id.: EK.2-1.4.3
- Samarbeidsrutiner – koordinator, vakthavende legeteam i Akuttmottaket, dok.id.: EK.2-11.4.15
- Sepsis og septisk sjokk, dok.id.: EK.7-14.1.8.3
- Sepsis/fare for sepsis (sirkulatorisk fokus) – Veiledende behandlingsplan i DIPS – MED, dok.id.: EK.7-3.1.35
- Prosesskart/Behandlingslinje Sepsis/Alvorlig sepsis/Septisk sjokk
- Ustabil pasient - Akuttmottak - Kriterier for tilkalling av vakthavende anestesilege, dok.id.: EK.2-11.4.9

- Ustabil pasient, koordinators rolle, dok.id.: EK.2-1.4.2
- Ustabil pasient, mottak av sykepleier, dok.id.: EK.2-1.4.1
- Vaktteam - Organisering - Medisinsk avdeling, dok.id.: EK.7-1.4.1
- Antibiotikabehandling - generelle regler, dok.id.: EK.14-6.1.8.1
- Antibiotikaveileder – Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus – tillegg til kortversjon, dok.id.: EK.14-6.1.8.4
- Overflytting av akutte pasienter fra akuttmottaket til Oslo universitetssykehus, sjekkliste, dok.id.: EK.2-1.4.5
- Sjekkliste for sykepleier i Akuttmottaket før pasienten flytter til post, dok.id.: EK.2-14.1 m/vedlegg
- Retningslinje for overflytting og rapport i og mellom enhetene i Anestesi- og Intensivavdelingen, dok.id.: EK.2-14.2
- Standard sykepleie til intensivpasienter, dok.id.: EK.2-1.3.7.3
- legevisitt for intensivpasienter, sykepleiers forberedelser, dok.id.: EK.2-1.3.7.4
- Prosjektmandat Innføring av National Early Warning Score (NEWS) (på de somatiske avdelingene ved Diakonhjemmet Sykehus)
- Referat fra pasientsikkerhetsvisitt 180315 på Akuttmottaket
- Mandat for oppfølging etter pasientsikkerhetsvisitt mars 2015 vedrørende koordinatorfunksjonen og koordinatorplassen
- Referat fra koordinatormøte 150116
- Ledelsens gjennomgang 1., 2. og 3. tertial 2014 ved Anestesi- og intensivavdelingen
- Ledelsens gjennomgang 1., 2. og 3. tertial 2015 ved Anestesi- og intensivavdelingen
- Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2016 ved Anestesi- og intensivavdelingen
- Referat fra Samarbeidsmøter Medisinsk avdeling - Akuttmottaket mars og mai 2016
- Fra DIALIS prosesskart avvikshåndtering
- Synergi – melding av uønskede hendelser, dok.id.: EK.14-6.2.1.2
- Rutiner for avviksbehandling og forbedringsarbeid ved Anestesi- og Intensivavdelingen, dok.id.: EK.2-3.5
- Synergirapporter
- Referater fra Kvalitetsmøter/lokalt KPU anestesi og intensivavdelingen, fra 9. juni, 17. september, 20. oktober, 18. november og 15. desember 2015, 12. januar, 9. februar, 15. mars og 11. april 2016
- Referater fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) 15. juni, 28. september, 26. oktober og 23. november 2015, 16. februar, 15. mars og 3. mai 2016
- Oversikt over internundervisning om sepsis ved medisinsk avdeling siste året
- Tidsplan introduksjonsprogram nyansatte leger (3.dag)
- Sjekkliste nye leger, dok.id.: EK.7-4.2.4.1
- Sjekkliste for nye leger i Akuttmottaket, dok.id.: EK.2-5.2.6.1
- Introduksjonsprogram for turnuslegene, revidert 6. april 2016
- Sjekkliste for nye sykepleiere i Akuttmottaket – modul 1, dok.id.: EK.2-5.2.4.8
- Sjekkliste for nye sykepleiere i Akuttmottaket – modul 2, dok.id.: EK.2-5.2.4.9
- Sjekkliste for nye sykepleiere i Akuttmottaket – modul 3, dok.id.: EK.2-5.2.4.10
- Introduksjonsprogram for nyansatte sykepleiere i akuttmottaket, dok.id.: EK.2-5.2.4.1
- Opplæring av sykepleier 1 i mottak av akutt ustabil pasient, dok.id.: EK.2-5.3.1.1
- Opplæring av sykepleier 2 i mottak av akutt ustabil pasient, dok.id.: EK.2-5.3.1.2
- Triage – opplæring av sykepleier i akuttmottak, dok.id.: EK.2-5.3.1.3
- Fagdag Akuttmottaket 12. februar 2015 – program
- Velkommen til Akuttmottaket Diakonhjemmet Sykehus – introduksjon for vikarer

- Introduksjonsdag for ferievikarer – program
- Kopi av brev datert 2. mai 2016 fra Direktoratet for e-helse til blant annet fagdirektørene i regionale og lokale helseforetak *Registrering av ICD-10-koder ved sepsis etter nye diagnostiske kriterier for sepsis (sepsis-3-kriteriene)*

Dokumentasjon som ble mottatt under revisjonsbesøket:

- Felles stillingsbeskrivelse - Avdelingssjef, dok.id. 17-2.1.8.1, versjon 3.00, vedlagt dokument «Oppfølging av lederrollen» og «Å være leder ved Diakonhjemmet Sykehus», Refleksjonsnotat henholdsvis 2014, 2014-2, 2014-3, 2015-4, 2015-5

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- 33 journaler av 250 tilgjengelige fra før 1.oktober 2015
- 33 journaler av 250 tilgjengelige fra før 1. august 2016

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen i Oslo og Akershus:

- Varsel datert 20. april 2016
- Dokumentasjon oversendt i e-poster den 1. juni 2016
- Program for tilsynsbesøket datert 16. juni 2016
- Oversendelse av foreløpig rapport datert 20. oktober 2016
- Tilbakemelding på foreløpig rapport datert 31. oktober 2016
- Oversendelse av endelig rapport datert 2. november 2016

I tillegg har det vært mye kontakt via telefon og e-post mellom kontaktpersonene om den praktiske gjennomføringen av tilsynet.

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
Tone Braathen	sykepleier Akuttmottaket	x	x	
Victor Micu	sykepleier Akuttmottaket	x	x	
Mikael Løvbrøtte	sykepleier Akuttmottaket	x	x	
Alexander Hoogetboom	sykepleier Akuttmottaket		x	
Mari Målsnes	fagsykepleier Akuttmottaket	x	x	x
Anne M. Nitter- Hauge	ass. enhetsleder/ fagsykepleier Akuttmottaket	x		x
Tord Kjesbu	enhetsleder Akuttmottaket	x	x	x
Aasmund Godø	seksjonsoverlege Akuttmottaket, Anestesi og intensivavdelingen	x	x	x
Åsmund Bakka	Kvalitetsrådgiver Anestesi og intensivavdelingen			x

Ole Kristian Roald	avdelingssjef Anestesi og intensiv, akuttmottaket	x	x	x
Betty Ann Bjerkreim	Turnuslege Medisinsk avdeling	x	x	x
Andrea Romarheim	LIS Medisinsk avdeling	x	x	x
Marianne Holm	LIS Medisinsk avdeling	x	x	
Anne Gulsvik	overlege Medisinsk avdeling	x	x	
Vahid Mokhtari	overlege Medisinsk avdeling/Akuttmottaket	x	x	
Knut Spæren	overlege infeksjon Medisinsk avdeling	x	x	x
Kari-Mari Nondal	kvalitetsrådgiver Medisinsk avdeling	x		x
Thomas Svendsen	avdelingsoverlege, leder for legegruppen Medisinsk avdeling	x	x	x
Arild Hagesveen	avdelingssjef Medisinsk avdeling	x	x	x
Kjersti Bringedal	Seksjonsoverlege gastrokirurgi Kirurgisk avdeling			x
Ingrid Tørseth	spesialrådgiver Avdeling fag og kvalitet	x		x
Anette Korsæth	sykepleiefaglig rådgiver			x
Gunn Spikkeland	kommunikasjonsrådgiver			x
Anne Wenche Lindboe	fagdirektør			x
Anders M. Frafjord	administrerende direktør		x	x

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

seksjonsoverlege, 1. aman.II Steinar Skrede, Haukeland universitetssjukehus (fagrevisor)
 ass. fylkeslege Rolf B. Winther, Fylkesmannen i Buskerud (revisor)
 fung. fylkeslege Petra Turet Olsen, Fylkesmannen i Oslo og Akershus (revisor)
 seniorrådgiver Elaine Ånstad, Fylkesmannen i Oslo og Akershus (revisor)
 rådgiver Kristin Bjærum, Fylkesmannen i Oslo og Akershus (observatør)
 helsefaglig rådgiver Trude Søreng, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
 (observatør under journalgjennomgangen)
 seniorrådgiver Bjørg C. Langeland, Fylkesmannen i Oslo og Akershus (revisjonsleder)