

ARTIKKEL 2

Når de mest sårbare blir akutt og alvorlig syke og kommer på sykehus

De to neste artiklene forteller om en tenåringsgutt med psykisk utviklingshemming som kommer til akuttmottaket ved et universitetssykehus med et mellomgulvsbrokk som er så stort at det er i ferd med å klemme av luftveier og blodsirkulasjon. Etter ti timer dør han av hjertestans. Da pasienten ble innlagt ved universitetssykehuset forstod ikke sykehuset hvor alvorlig og livstruende syk han var, og de sørget ikke for at han ble undersøkt av spesialist i tide. Moren til gutten var med ham hele tiden. Hun opplevde at helsepersonellet ikke hørte etter når hun fortalte at uroen og alle bevegelsene gutten hadde, betydde at han hadde sterke smerter og ubehag.

I første artikkel gjengir vi mors fortelling slik hun har formidlet den i media og til Statens helsetilsyn. Andre artikkel gir et sammendrag av hendelsesforløpet slik det framstod i Helsetilsynets undersøkelse av hendelsen, og av Helsetilsynets avgjørelse.

Pårørendes informasjon kan være avgjørende

Mange av varslene om uventede og alvorlige hendelser som kommer til Statens helsetilsyn fra spesialisthelsetjenesten, får oppmerksomhet i offentligheten. Det gjaldt også et varsel om en tenåringsgutt med psykisk utviklingshemming som ble akutt innlagt ved et universitetssykehus med stort mellomgulvsbrokk.

Gutten hadde ikke språk, men mor forsto godt at han hadde sterke smerter og ubehag og at han ble dårligere og dårligere. Dette sa hun klart i fra om til de som tok i mot og fulgte ham opp etter sykehusinnleggelsen. Undersøkelsenheten hadde samtaler med mor om det som hadde skjedd. Vi erfarer at pårørende ofte har relevant og god informasjon om det som har skjedd, informasjon som supplerer og nyanserer den framstillingen som helsepersonell og ledere gir oss. De bidrar dermed til et mer komplett bilde av det som har skjedd.

Mor til gutten ble intervjuet av flere medier. Hun har gitt oss tillatelse til å bruke materialet nedenfor som er hentet fra intervjuer hun har gitt til TV2. Her fortalte hun hvordan hun opplevde timene fra sønnen ble tatt i mot i akuttmottaket på kvelden og til han døde på sengepost morgenen etter:

"Han kunne ikke si ifra, men han sa i fra på sin måte. Jeg så det jo på ham at han hadde vondt hele tiden."

En overlege fra et mellomstort sykehus sørget for overføring til et universitets-sykehus. Han hadde kjent gutten siden han ble født og fulgte med i ambulansen. Overlegen ville forsikre seg om at sykehuset som tok i mot pasienten, forsto alvoret i situasjonen og at operasjon ble gjort raskt. Mor forteller:

"Han fortalte at Sindre var alvorlig syk, at han burde vurderes for operasjon og sjekkes nøye. Og han understreket veldig at de skulle høre på meg: Lytt til mamma, hun vet hvem Sindre er."

I akuttmottaket blir han undersøkt overfladisk av en uerfaren lege. Han mener operasjonen kan vente til neste dag, og overfører gutten til sengepost der han skulle være over natten.

På sengeposten får han mer smertestillende, men det kommer ikke spesialist i gastrokirurgi for å undersøke ham i løpet av natten. En sykepleier er inne på rommet for å overvåke pasienten gjennom natten, men hun forlater rommet om morgenen i forbindelse med vaktskifte. Sykepleieren vekker mor da hun forlater rommet, men mor sovner igjen i den tro at det snart kommer en annen sykepleier og overtar. Da mor våkner igjen litt senere, er det ikke kommet noen sykepleier. Hun går bort til senga, snur gutten og ser at han er blå i ansiktet: *"Da jeg snudde Sindre var han blå i ansiktet. Så jeg løper mot døra og roper at han er død! Og da løp det inn masse mennesker."*

Savnet etter sønnen er stort, men hun forteller at hun vil bruke rapporten fra Statens helsetilsyn og kjempe for at andre ikke må gå gjennom det samme som henne. Hun er særlig opptatt av at helsetjenesten må bli bedre til å møte mennesker med psykisk utviklingshemning.

Lenke til oppslagene i TV2:

<http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/-sindre-doede-fordi-han-hadde-downs-syndrom-3921029.html>

<http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/sindre-15-ble-innlagt-med-brokk-doede-morgenen-etter-3856963.html>

Spesialistkompetanse, kommunikasjon og dialog med pårørende kan være avgjørende for sikre forsvarlig helsehjelp

Hva skjedde?

En tenåring med psykisk utviklingshemming ble innlagt i et mellomstort sykehus etter flere dager med diaré, magesmerter og blodig oppkast. Han hadde ikke språk, men er svært urolig og mor forstår godt at han har sterke smerter. CT-bilder viste et uvanlig stort mellomgulvsbrokk der magesekk og deler av leveren var forskjøvet inn i brysthulen, samt at sentrale strukturer i brystkassen var ute av normal stilling. Han ble overflyttet til et universitets-sykehus for kirurgisk behandling. Mor og en overlege fra det mellomstore sykehuset fulgte med pasienten i ambulansen. Etter å ha sett på CT-bildene av buk og brysthule, vurderte sekundær-vakten og vakthavende gastrokirurg at pasienten måtte opereres, men at det kunne vente til neste dag dersom den kliniske tilstanden ikke tilsa noe annet.

Pasienten ble tatt imot i akuttmottaket og undersøkt raskt av en uerfaren lege med mange arbeidsoppgaver. Bakvaktene var opptatt på operasjonsstuen og overlot til den uerfarne legen å vurdere pasientens tilstand og hastegrad for operasjon. Mor og overlegen som var med fra det mellomstore sykehuset, informerte legen i akuttmottaket om at de var bekymret for at guttens kliniske tilstand var forverret underveis i ambulansen. Legen i akuttmottaket derimot vurderte ikke pasienten som spesielt klinisk dårlig eller smertepåvirket.

Pasienten ble lagt på sengepost uten at legen ga klare beskjeder til sykepleierne om hvordan pasienten skulle følges opp. Han informerte bakvaktene om sin vurdering, men bakvaktene undersøkte ikke pasienten selv. Legen informerte heller ikke mor om sin vurdering og hvilken oppfølging han planla. Han prioriterte deretter andre arbeidsoppgaver, da det var en svært travel vakt. I løpet av natten gikk vaktcallingen tom for batterier, slik at det ikke var mulig å få tak i legen via callingsystemet.

Legen ga parallelt beskjed til sengepostens sykepleiere om at pasienten ikke skulle få mer smertestillende uten ny ordinasjon av lege. Da pasienten ble mer urolig og smertepreget, kontaktet sykepleierne de kirurgiske bakvaktene som fortsatt var opptatte. Kirurgene ba sengepostens sykepleiere om å kontakte barnekirurgisk hjemmevakt, men sykepleierne valgte i stedet å kontakte vakt-havende anestesilege for å få ordinert smertelindrende. Anestesilegen forordnet gjentatte doser smertestillende inntil pasienten var smertelindret, men han informerte ikke kirurgene om dette.

Sykepleiere overvåket pasienten gjennom natten, men tidlig på morgenen vekket de mor og ba henne passe på sønnen da de skulle forberede rapportmøte. Mor sovnet og våknet etter nesten en time, og hun fant da gutten livløs i sengen. Gjenoppliving ble forsøkt, men det lyktes ikke. Obduksjon viste at dødsårsaken var hjertesvikt og sammenklappet venstre lunge. Det ble funnet slimhinneblødninger og rikelig med blod i magesekken, og forandringene ble vurdert til å skyldes mekanisk påvirkning av organer på grunn av det store mellomgulvsbrokket.

Hendelsesforløpet ble kartlagt i detalj – svikt i helsehjelpen ble avdekket
Statens helsetilsyn gjennomførte et stedlig tilsyn i virksomheten kort tid etter hendelsen. Involvert helsepersonell og deres ledere ble intervjuet. Vi gjennomgikk pasientjournalen og dokumenter som beskriver hvordan virksomheten er organisert. Moren til gutten fikk tilbud om en samtale, og rede-

gjorde for sin opplevelse av det som hadde skjedd. Hendelsesforløpet ble kartlagt i detalj. Vi innhentet sakkyndig uttalelse fra spesialister i gastrokirurgi og i barnekirurgi. Svikt i helsehjelpen ble avdekket og mulige årsaker til systemsvikt ble pekt på.

Kompetanse og kommunikasjon – vesentlige elementer for å sikre forsvarlig pasientbehandling

Universitetssykehuset fremsto som dårlig forberedt til å ta imot denne pasienten. Røntgenbildene var kjent før han kom dit, og viste et relativt dramatisk bilde med en sjelden og potensielt alvorlig og livstruende tilstand. Han ble ikke undersøkt av spesialist i akuttmtaket, og ingen av de som tok i mot og undersøkte ham forstod at han var alvorlig og livstruende syk. Store mellomgulvsbrokk med kliniske symptomer som økende uro og smerter og blødninger i magesekken, tyder på inneklemning av brokkinnhold og risiko for avklemning av blodsirkulasjon. De sakkyndige legene påpekte at det i slike tilfeller er nødvendig med kvalifisert klinisk undersøkelse og vurdering, og deretter umiddelbar kirurgi for å unngå alvorlige komplikasjoner og død. At han ikke ble undersøkt av spesialist i akuttmtaket, førte til at det sviktet i flere ledd i den videre behandlingen og oppfølgingen. Statens helse-tilsyn konkluderte med at helsehjelpen ikke var forsvarlig.

Pasienten hadde en psykisk utviklingshemming og hadde ikke språk. Etter hvert ble han stadig mer urolig. Mor og legen som fulgte med i ambulansen, gjentok flere ganger at det betydde at han hadde sterke smerter og ubehag. Det kan være utfordrende å få klarlagt sykehistorien og undersøke pasienter som har utviklingshemming og som ikke har språk. I tilknytning til den kliniske undersøkelsen er det derfor viktig å lytte til hva pårørende og andre som kjenner pasienten sier.

Pasienter med en potensielt livstruende kirurgisk tilstand må undersøkes av lege med klinisk erfaring, og kan ikke overlates til en uerfaren lege med mange arbeidsoppgaver. All relevant

kompetanse må involveres. Det er et lederansvar å etablere gode rutiner for å sikre forsvarlig undersøkelse av risikopasienter. Dette gjelder særlig når arbeidsbelastningen er høy, og når det er uerfarne leger som tar i mot pasientene. Forsvarlig pasientbehandling henger nøye sammen med kompetanse. Personalet som skal gi helsetjenester i akuttmottaket, må ha relevant og riktig kompetanse til å gjøre medisinskfaglige avveininger og vurderinger som til tider kan være komplekse, og de må være i stand til å gjenkjenne risikopasienter.

God kommunikasjon og informasjonsdeling er også viktige elementer for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Legen må gi klare beskjeder for oppfølging til sengeposten, og helsepersonell som er involvert i behandlingen, må kommunisere med hverandre slik at viktig informasjon ikke går tapt. Pårørende må lyttes til og informeres, men helsepersonell kan ikke overlate til dem å observere en kritisk syk pasient. Det er et lederansvar å sørge for gode rutiner for kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter/pårørende.

Til refleksjon og drøfting i helseforetakene

- Kan noe lignende skje hos oss?
- Hvordan kan vi unngå at noe lignende skjer hos oss?

Hva har sykehuset gjort i etterkant?

- styrket vaktbemanningen med en ekstra lege-i-spesialisering (LIS) i mottak til kl. 21.00 samt turnuslege på døgnbasis
- innført seksjonert bakvakt i gastrokirurgi, som medfører en beredskap med to overleger i bakvakt på døgnbasis
- opprettet av en egen ø-hjelp sengepostenhet som driftes av vaktteamet, for å sikre kontinuitet i vurderingen av akutt syke pasienter som ikke ligger på postoperativ enhet eller intensiv
- innført rutiner for at pasienter som blir overført fra andre foretak blir vurdert av seksjonsansvarlig bakvakt
- innført ny retningslinje for ordinasjon og administrasjon av opioider på sengepost