

## ARTIKKEL 4

### Når små barn er alvorlig syke – mer spesialistkompetanse og bedre informasjonsdeling kan redusere risikoen for alvorlige hendelser

*I denne artikkelen beskriver vi en hendelse der et lite barn med alvorlig hjertefeil får komplikasjoner et par uker etter et større kirurgisk inngrep, og dør. Etter å ha gjennomført stedlig tilsyn og undersøkt hendelsen grundig, slo Statens helsetilsyn fast at helseforetaket skulle hatt mer spesialistkompetanse tilgjengelig raskere og at informasjonsdelingen mellom helsepersonellet som var involvert på ulike tidspunkt i hendelsesforløpet var mangelfull.*

#### Hva skjedde?

Et knapt to år gammelt barn med en svært alvorlig medfødt hjertefeil fikk utført et større kirurgisk inngrep ved et universitetssykehus i desember 2012. Inngrepet og det umiddelbare postoperative forløpet var relativt ukomplisert.

16. postoperative dag fikk barnet økende pusteproblemer, og en utredning viste sammenfall av lungevev og pleuravæske (væske i hulrommet mellom lungehinnene). Ved bronkoskopi (undersøkelse av lungene med videoteknikk) ble det påvist avvikende anatomi i form av trakealbronkus (små forgreninger i luftrøret). Pasienten ble intubert (lagt inn pusterør) under synets veiledning med tubespissen 2 cm over

carina (delingen til de to hovedbronkiene).

Pasientens respiratoriske tilstand bedret seg, og det ble planlagt å ta bort tuben tre dager senere. Pårørende ba om å bli holdt orientert dersom det skjedde noe med barnet, og de fikk tilbud om å sove på et pårønderom i nærheten. Barnet fikk beroligende legemidler gjennom natten, men var urolig. Etter en brå bevegelse med hodet, fikk barnet akutt fall i surstoffmetning og lav puls, og det ble utløst stansalarm kl. 04.02. Det ble umiddelbart startet med avansert gjenopplivning, og vakthavende anestesilege med ansvar for thoraxkirurgisk avdeling kom raskt til.

Sykepleierne mistenkte at tuben hadde falt ut av stilling, og ga overfor anestesilegen uttrykk for at tuben burde fjernes. Etter å ha undersøkt pasienten mente anestesilegen at tuben lå på rett sted, og hun fortsatte å tilføre luft på tuben. Den kliniske undersøkelsen besto kun av lytting på lungene med stetoskop. Legen undersøkte ikke plasseringen av tuben ved å se selv gjennom laryngoskop (instrument for å se ned i luftveiene). Kapnograf (apparat for måling av gassammensetningen i utpustet luft) var ikke tilgjengelig. Legen hadde ikke fått rapport om at barnet hadde avvikende lungeanatomi og at feil

plassering av tuben kunne utgjøre en særlig risiko for pasienten.

Thoraxkirurgen som kom til, fikk beskjed om anestesilegens vurdering av tubens plassering. På grunn av gradvis forverring av tilstanden mistenkte han blødning i hjerteposen, og valgte å åpne brystkassen kirurgisk med påfølgende åpen hjertemassasje. Det var imidlertid ikke blødning i hjerteposen. Thoraxkirurgen fant at magen var full av luft, og ba anestesilegen om å kontrollere plasseringen av tuben ved inspeksjon. Anestesilegen oppdaget da at tuben lå i spiserøret, og den ble fjernet kl. 04.20. Barnet fikk deretter luft gjennom maske og kom seg raskt. Det ble lagt inn en ny tube, og tilstanden stabiliserte seg.

Pasientens pårørende ble ikke tilkalt, og ble først neste dag informert om den akutte hendelsen. Barnet døde tre uker senere. Det ble konkludert med at dødsårsaken var den alvorlige hjerneskaden pasienten fikk i forbindelse med at tuben var ute av stilling.

#### **Varsling og stedlig tilsyn**

Hendelsen ble varslet til Statens helse-tilsyn etter § 3-3a, og det ble besluttet stedlig tilsyn for å opplyse hendelsen og de relevante organisatoriske forholdene. Det ble gjennomført samtaler med de pårørende, involvert helsepersonell og ledelsen ved de aktuelle avdelingene ved sykehuset.

#### **Helsetilsynet fant at ....**

Ved intervjuene ble det avdekket at anestesilegen som hadde tilstedevakt var relativt uerfaren i forhold til vurdering og håndtering av hjertesyke barn under to år. Dette hadde hun informert ledelsen om før hun begynte å gå vakt på den aktuelle avdelingen. Overlegen som hadde det overordnede anesthesiologiske ansvaret for pasienten, hadde hjemmevakt med 20 minutters tilkallingstid. Statens helsetilsyn påpekte at det ikke kan utelukkes at dersom det hadde vært høyere anesthesiologisk kompetanse tilgjengelig på sykehuset, kunne de tilstedeværende ha oppdaget svikten tidligere og korrigert tidligere for at tuben var ute av stilling.

Helsetilsynets undersøkelse viste også at det var mangelfull dokumentasjon av kliniske vurderinger av risiko ved intubasjonen, og av de avvikende funnene ved bronkoskopiundersøkelsen av luftrøret. Disse viktige funnene ble bare formidlet i muntlig rapport ved vaktskiftet mellom anestesilegene, og ikke journalført i pasients journal. Det er risikofylt å sikre at relevant og vesentlig bakgrunnsinformasjon er tilgjengelig, kun ved muntlig rapport til påtroppende helsepersonell.

Pårørende reagerte sterkt på at sykehuset ikke hadde orientert om den akutte situasjonen som oppsto i løpet av natten, til tross for at de hadde uttrykt et klart ønske om å bli orientert.

Statens helsetilsyn konkluderte med at pasienten fikk uforsvarlig behandling, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Anestesilegen burde ha lyttet til de erfarne sykepleiernes bekymring og inspisert svelget for å forsikre seg om at tuben var plassert rett. Vi vektla at helseforetaket har ansvar for å sørge for forsvarlig drift og for å legge til rette for at helsepersonell kan utøve forsvarlig virksomhet. Dette innebærer også et ansvar for å sørge for at de som er på vakt raskt har tilgang til annet helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse når det oppstår akutte situasjoner.

#### **Hva har sykehuset gjort i etterkant?**

- mer restriktiv utvelgelse av LIS (leger i spesialisering) som tilpliktes vakt med ansvar thoraxkirurgisk avdeling
- nye rapporteringsrutiner før barneanesthesiologisk bakvakt forlater sykehuset
- nytt vaktskikt med spesialister i anesthesiologi til stede på døgnbasis
- nye rutiner for dokumentasjon for anestesileger som behandler pasienter på thoraxkirurgisk avdeling
- opplæring i utilsiktet tubedislokasjon i interne undervisningsmøter og rapporter
- skjerping av rutiner for involvering/informering av pårørende ved alvorlige hendelser i pasientbehandling

**Til refleksjon og drøfting i  
helseforetakene**

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