

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Feil bruk av medisinsk utstyr ved helsehjelp
i sykehus, utført av personell fra kommunen



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Unntatt fra offentlighet i henhold til offl.
§ 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse ved sengepost, lungemedisinsk avdeling, [redacted]. Tilsynssaken gjelder helsehjelpen som ble gitt [redacted] ved innleggelse i avdelingen [redacted] 2018. Pasienten døde denne dagen. Hendelsen involverte også helsepersonell fra [redacted] kommune, som fulgte pasienten i forbindelse med innleggelsen. Helsepersonellet var leid inn fra et privat firma, [redacted]. Vi har også vurdert virksomhetens organisering og styring av tjenestene til andre pasienter i lignende tilfeller.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved lungemedisinsk avdeling. Vi har kommet til at [redacted] ikke har organisert sin virksomhet slik at tjenestene er forsvarlige, og slik at helsepersonellet i avdelingen kan utføre sitt arbeid i tråd med lovpålagte plikter.

Vi har gjennomgått virksomhetens tilbakemelding på vår foreløpige rapport, og under dette vurdert de tiltak virksomheten har/vil gjennomføre i etterkant av hendelsen. Tiltakene er relevante for svikten vi har påpekt i vår foreløpige rapport, men er etter vår vurdering ikke tilstrekkelige for å korrigere svikten som er avdekket gjennom hendelsen, eller til å kunne forhindre tilsvarende svikt.

Det foreligger etter dette brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8 nr. 1, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding på vår endelige rapport fra [redacted] og under dette ytterligere opplysninger om hvordan hendelsen vil bli fulgt opp og hvilke tiltak som vil bli gjennomført for å unngå lignende svikt i fremtiden. Vi ber også om en redegjørelse for hvordan tiltakene følges opp med tanke på hvorvidt de har den tilsiktede effekten.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved [REDACTED] HF gjennomgår vår endelige rapport, og at den også gjøres kjent for alle som var involvert i hendelsen. Vi ber også om at ledelsen informerer pasientens pårørende om tiltakene som iverksettes for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra [REDACTED] HF så snart det lar seg gjøre, men ser at [REDACTED] tilsier at fristen bør skyves noe ut i tid. Fristen settes derfor til [REDACTED]

Med hilsen

[REDACTED]
ass. direktør

[REDACTED]
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Kopi til:

[REDACTED]

Pårørende
Assistent 1

Helsefaglig saksbehandler (teamleder): fagdirektør [REDACTED]
Juridisk saksbehandler: seniorrådgiver [REDACTED]

Innhold

1	Tilsynets tema og omfang	5
2	Aktuelt lovgrunnlag og god faglig praksis	6
2.1	Forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp	6
2.2	Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	7
2.3	Krav til virksomhetens samhandling og samarbeid med kommunen.....	8
2.4	Informasjon til pasienten og de pårørende.....	8
2.5	Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling	8
2.6	Bruk av medhjelper	9
2.7	Bruk av medisinsk teknisk utstyr i pasientbehandling	9
3	Hendelsen/pasientbehandlingen	10
3.1	Om pasienten/bakgrunn	10
3.2	Pasientbehandlingen	10
4	Opplysninger fra endelig obduksjonsrapport	13
5	Medisinsk teknisk utstyr benyttet i behandlingen - forstøverapparat	13
6	Organisatoriske forhold, skriftlige rutiner og gjeldende praksis	14
6.1	Organisatoriske forhold.....	14
6.2	Relevante skriftlige rutiner	16
7	Opplæring og godkjenning for bruk av medisinsk teknisk utstyr ved lungemedisinsk avdeling	17
8	Virksomhetens tilbakemelding til saken	17
9	Statens helsetilsyns vurderinger	18
9.1	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?	19
9.2	Har virksomheten lagt til rette for at pasienter ved lungemedisinsk avdeling får forsvarlige helsetjenester?	23
9.3	Har virksomheten iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?	26
10	Statens helsetilsyns konklusjoner	27
11	Videre tilsynsmessig oppfølging	28
12	Vedlegg	30
	Hendelses- og årsaksanalyse	30

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn vurderinger og konklusjoner etter det stedlige tilsynet ved lungemedisinsk avdeling, [REDACTED] HF, [REDACTED]. Bakgrunnen for tilsynet er et varsel om en alvorlig hendelse, med dødsfall for en pasient med [REDACTED] som var innlagt på grunn av tiltakende pusteproblemer. Ved innleggelsen hadde pasienten med seg to assistenter fra kommunen, hovedsakelig for å bistå pasienten med kommunikasjonen.

På grunn av sin grunnlidelse hadde pasienten behov for jevnlig behandling med forstøverapparat og hostemaskin, og denne behandlingen ble i det daglige utført av assistenter fra kommunen da pasienten var i omsorgsboligen. I forbindelse med den alvorlige hendelsen ga en assistent fra kommunen pasienten behandling med forstøverapparat på sykehuset. Dette ble gjort etter at assistenten fikk overlevert et ferdig montert apparat fra en hjelpepleier i avdelingen. En ventil på apparatet som skulle vært åpnet, ble ikke åpnet, og ved oppstart av behandlingen oppsto det umiddelbart en situasjon med høyt trykk i pasientens lunger. Assistenten mente pasienten fikk hjertestans, og han startet hjerte-lunge-redning (HLR). Senere, da flere ansatte fra sykehuset kom til, hadde pasienten puls, og [REDACTED] kom seg etter hvert. Omtrent tre timer senere, i forbindelse med at pasienten fikk behandling med hostemaskin, forverret pasientens tilstand seg. Røntgenbilde av lungene viste [REDACTED] og [REDACTED]. Pasienten utviklet subkutant emfysem (luft under huden) ned til lyskene, og måtte håndventileres (bagges) kontinuerlig. Pasienten ble oppfattet som så dårlig at videre behandling ble vurdert nytteløs og avsluttet, og [REDACTED] døde. Det ble lagt vekt på at det forelå en tidligere beslutning om at pasienten ikke skulle ha HLR eller respiratorbehandling.

Vi har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Dette er blant annet som følge av feil bruk av forstøverapparatet som ble benyttet, og at denne behandlingen av pasienten ble overlatt til assistenten fra kommunen. Vi legger også til grunn at oppfølgingen av pasienten i etterkant av denne episoden var mangelfull. I tillegg mener vi at vedtaket om at pasienten var HLR-minus ikke var i samsvar med gjeldende regelverk eller sykehusets interne rutiner.

Vi mener at det var mangelfull organisering og styring av helsetjenesten ved lungemedisinsk avdeling. Blant annet ble gjeldende rutiner for opplæring i bruk av medisinsk utstyr ikke fulgt. Avdelingen hadde et gjennomgående høyt arbeidspress, og hadde over tid hatt høy turnover i sykepleiergruppen og mangelfull opplæring av ansatte. Dette var kjent for ledelsen. Spesialiserte oppgaver knyttet til pasientbehandlingen i avdelingen ble dermed utført av assistenter, hjelpepleiere og helsefagarbeidere, fordi de hadde vært ansatt lengst og dermed ble ansett som mest erfarne. Det hadde videre utviklet seg en praksis for at assistenter fra kommunen som fulgte pasienten utførte løpende behandling med forstøvermaskin og hostemaskin under sykehusopphold. Det manglet retningslinjer for ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehusets ansatte og assistenter fra kommunen, slik at det var uklart for de involverte i hendelsen hvor grensene for assistentene fra kommunen sitt ansvar for pasienten gikk.

Tjenestene ved lungemedisinsk avdeling har ikke vært tilrettelagt slik at helsepersonellet i avdelingen kan utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet, og virksomheten har ikke sikret at pasienter ved lungemedisinsk avdeling gis forsvarlige helsetjenester

1 Tilsynets tema og omfang

Bakgrunn for tilsynssaken er varsel av [REDACTED] 2018 fra [REDACTED] HF ([REDACTED]) om en alvorlig hendelse ved lungemedisinsk avdeling. Varselet gjaldt et uventet dødsfall i avdelingen [REDACTED] 2018 i forbindelse med behandling av en pasient med [REDACTED]. Den aktuelle dagen var [REDACTED] innlagt som følge av tiltakende pusteproblemer. [REDACTED] ble initialt etter innleggelsen oppfattet som stabil og i bedring, men så oppsto det flere hendelser og pasientens tilstand ble til slutt vurdert som så dårlig at ytterligere behandling ble vurdert som nytteløst og ble stanset, og pasienten døde.

Statens helsetilsyn besluttet, i samråd med daværende Fylkesmann i [REDACTED] (nå Fylkesmannen i [REDACTED]), å gjennomføre et stedlig tilsyn ved lungemedisinsk avdeling for å opplyse saksforholdet nærmere.

Temaet for tilsynet har vært å vurdere om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og om [REDACTED] hadde lagt til rette for forsvarlig helsetjenester for pasienter ved lungemedisinsk avdeling i tilsvarende situasjoner. Det er et vesentlig tema i saken at pasienten ble gitt behandling med sykehusets eget utstyr, på sykehusets vegne, av en assistent fra kommunen som fulgte med pasienten ved innleggelsen. Vi har derfor hatt et særlig fokus på behandlingen av pasienten med forstøverapparat, håndteringen av utstyret som ble brukt, og ansvaret for bruken av dette. Vi har også vurdert helsehjelpen som ble gitt etter denne hendelsen og frem til pasienten døde. Under dette har vi også sett på organiseringen og styringen av helsetjenestene som gis i avdelingen, og sett på forhold som bemanning, opplæring, kompetanse, ansvarsfordeling og samarbeid med kommunen. Videre har vi undersøkt om det var avklart om og når det skulle startes HLR i akutte situasjoner.

I og med at assistenten fra kommunen hadde en sentral rolle i deler av hendelsesforløpet i saken, har vi også hatt samtaler med ansatte og ledelse ved omsorgsboligen fra [REDACTED] kommune og [REDACTED] [REDACTED] kommune vil få oversendt den endelige rapporten i et eget brev, der vi også vil peke på våre forventninger til kommunen knyttet til oppfølging av hendelsen.

Vår endelige rapport er basert på skriftlig dokumentasjon i saken, informasjon fra samtaler under det stedlige tilsynet og tilbakemeldinger til vår foreløpige rapport fra pårørende, [REDACTED] og [REDACTED] kommune.

Vi redegjør i det følgende først for relevant lovgrunnlag for vurderingene i saken og hva vi legger til grunn som god faglig praksis. Deretter beskriver vi hendelsen og gir en hendelses- og årsaksanalyse. Til slutt følger våre vurderinger og konklusjoner, herunder våre forventninger til ytterligere oppfølging fra virksomhetens side. En oversikt over gangen i saksbehandlingen følger som vedlegg til rapporten.

2 Aktuelt lovgrunnlag og god faglig praksis

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten, og skal i saker som gjelder varsel om alvorlige hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a foreta stedlig tilsyn dersom dette anses nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. Et tilsyn er en kontroll av om tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. Stedlig tilsyn innebærer at representanter fra Statens helsetilsyn reiser ut til virksomheten som er involvert og opplyser saken gjennom samtaler og dokumentinnhenting.

2.1 Forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som tilbys eller ytes er forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a, 3-8 nr. 1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring). Utgangspunktet er at helsehjelp skal gis av kvalifisert personell.

Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell. Samtidig som helsepersonell har en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, har spesialisthelsetjenesten plikt til å legge til rette for at helsetjenestene som tilbys er forsvarlige, og under dette at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Dette slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Virksomheten har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er forsvarlig. Denne plikten innebærer blant annet en plikt til forsvarlig organisering og oppgavefordeling. Herunder at det gjennomføres organisatoriske og systematiske tiltak som sikrer tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet. Virksomheten har en plikt til å ha oversikt over områder med risiko for svikt, til å planlegge hvordan risiko kan minimeres samt plikt til å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner til å ivareta kravet til forsvarlighet.

Virksomhetene har større muligheter enn enkeltpersonell til å identifisere og iverksette tiltak som kan bidra til å redusere risiko for svikt, og virksomhetene har derfor et mer omfattende ansvar enn det enkelte helsepersonell for at helsetjenestene er forsvarlige.

Det forventes at virksomheten sikrer nødvendige rutiner for dokumentasjon for behandlingen som er gitt, herunder at opplysninger om hvilke legemidler, i hvilke doser og når, kan gjenfinnes i pasientdokumentasjonen. Videre forventes det at virksomheten gjennom sin styring av driften sikrer at det foreligger rutiner som sikrer at pasienters basale behov, som ernæring, ivaretas i forbindelse med innleggelse.

Ved fastleggingen av innholdet i kravet til forsvarlige helsetjenester, må det tas utgangspunkt i hva som til enhver tid anses som god faglig praksis på det aktuelle fagområdet i den aktuelle situasjonen. Det vil si hva som kan forventes av helsepersonell og virksomheter basert på anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer. Det må foreligge et relativt klart avvik fra god faglig praksis før helsehjelpen anses uforsvarlig.

2.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Virksomhetens plikt til å sikre forsvarlige helsetjenester er nært knyttet til plikten til systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til drive internkontroll for å tilrettelegge for en forsvarlig virksomhet, jf. helsetilsynsloven § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som fastsetter ansvaret for styringssystem (§3). Det er gitt merknader til forskriften i Helsedirektoratets rundskriv IS-2017-2620. Internkontroll er et ledelsesverktøy og et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige driften. Internkontrollen skal bidra til faglig forsvarlige tjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige følger.

Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke skal være tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Plikten til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjelder for ledere på alle nivå. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Til arbeidet med kvalitetsforbedring stilles det også krav til at virksomheten, som ledd i arbeidet med å avdekke risiko for svikt og forhindre at tilfeller av svikt gjentas, er i tett dialog med pasienter og pårørende for nødvendig informasjon om hendelser.

2.3 Krav til virksomhetens samhandling og samarbeid med kommunen

Det stilles krav til at helsetjenestene som gis skal være helhetlige og koordinerte, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 siste punktum. Det er kjent at det kan være økt risiko for svikt i helsetjenesten i forbindelse med at flere forvaltningsnivå skal samarbeide om helsetjenester. Det påligger derfor spesialisthelsetjenesten og kommunen en plikt til samarbeid og samhandling, og det stilles blant annet krav til at spesialisthelsetjenesten bidrar til å formalisere rammene for samarbeidet i avtaler, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

For fullstendighetens skyld, og fordi en ansatt fra kommunen var delaktig i helsehjelpen som ble gitt, kan det nevnes at kommunen på sin side har et overordnet ansvar for å sikre at tjenestene som tilbys i regi av kommunen er forsvarlig. Kommunen har et selvstendig ansvar å sikre at ansatte som utfører tjenester på vegne av kommunen gis nødvendig opplæring for sikker utøvelse av helse- og omsorgstjenester, jf. HOL §§ 3-1, 4-1 og 4-2.

En avtale om samhandling og samarbeid mellom virksomheten og kommunen skal som et minimum omfatte enighet om ansvarsområder og oppgavefordeling, samt retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse for pasienter med behov for koordinerte tjenester, jf. HOL §§ 6-1 og 6-2.

2.4 Informasjon til pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetakene i tillegg plikt til å sørge for at pasientens nærmeste pårørende får informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko for lignende hendelser, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd.

2.5 Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling

Utgangspunktet for å yte helsehjelp er at det kreves samtykke fra pasienten. Dette kommer blant annet til uttrykk i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4. Helsepersonell har likevel plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i akutte situasjoner, uavhengig av om pasienten er i stand til å samtykke, jf. helsepersonelloven § 7. Hjelpeplikten er en personlig plikt for alt helsepersonell og gjelder uansett arbeidssted.

I enkelte situasjoner kan det på grunn av pasientens helsetilstand likevel være i tråd med god faglig praksis å begrense livsforlengende behandling. Dette for eksempel der helsepersonell på grunn av pasientens helsetilstand beslutter å unnlate å igangsette HLR dersom en akutt situasjon oppstår eller ved forverring av pasientens tilstand. Dette omtales gjerne som at pasienten er HLR-minus.

Det er gitt ut en nasjonal faglig veileder som gir rammer for beslutningsprosessene knyttet til det å ikke sette i gang, eller å avslutte livsforlengende behandling av alvorlig syke pasienter med dårlig prognose, jf. Helsedirektoratets veileder IS-2091 «Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling». Relevante føringer for beslutning om begrensning av livsforlengende behandling fremgår blant annet av sammendraget i veilederen, spesielt punktene 1, 9, 10 og 12. Det skal dokumenteres hvilken informasjon som er mottatt fra og gitt til pårørende og pasient, pasientens ønsker, eventuell uenighet og diskusjoner underveis, og hvilke verdivurderinger som ligger til grunn, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Selv om de pårørende ikke skal avgjøre spørsmålet om pasienten er HLR-minus, er pårørende viktige i forhold til å formidle pasientens ønsker der pasienten selv ikke er i stand til dette, eksempelvis som følge av manglende språk. Det må også dokumenteres hvilken behandling som skal gis og ikke skal gis, sammen med grunnlaget for beslutningen. Selv om livsforlengende behandling ikke skal gis, vil symptomlindring likevel alltid måtte gis. Beslutningen om at pasienten er HLR-minus må revideres, dersom pasientens helsetilstand endres. Dersom akutsituasjoner oppstår må det vurderes om beslutningen om HLR-minus var ment å gjelde for det aktuelle tilfellet.

Det er fremhevet at det er virksomhetens ansvar at det legges til rette for gode beslutningsprosesser, og at helsepersonell har kunnskaper om relevant jus og etikk. Virksomheten har også ansvar for å sikre gode rutiner for involvering av pasient/pårørende.

2.6 Bruk av medhjelper

Utgangspunktet er at det er helsepersonell (personell med autorisasjon) som kan gi helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3. Arbeidsoppgaver kan imidlertid i enkelte tilfelle delegeres fra den som i utgangspunktet har ansvar for oppgaven.

Det følger av helsepersonelloven § 5 at helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell dersom det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis (bruk av medhjelper).

Det er normalt et ansvar for virksomhetens ledelse å vurdere om det kan være forsvarlig å overlate arbeidsoppgaver til annet personell, og vurderingen av personellets kompetanse skal skje konkret, blant annet ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgingen som gis. Bestemmelsen åpner etter sin ordlyd ikke for at en benytter personell som ikke er ansatt i virksomheten eller som ledd i opplæring er i praksis i virksomheten.

2.7 Bruk av medisinsk teknisk utstyr i pasientbehandling

Der helsehjelpen innebærer bruk av medisinsk teknisk utstyr stilles det krav til styring og kontroll med at utstyret brukes korrekt og av personell med nødvendig opplæring/kompetanse i bruken. Hva som minst kan kreves for at bruken skal kunne anses forsvarlig, følger av bestemmelser i lov om medisinsk utstyr sammenholdt med forskrift om håndtering av medisinsk utstyr (håndteringsforskriften for medisinsk utstyr).

Forstøverapparat og hostemaskin, som var utstyret som ble brukt i pasientens tilfelle, er å anse som medisinsk utstyr, jf. håndteringsforskriften for medisinsk utstyr § 4 bokstav a og b.

Forsvarlig bruk av medisinsk og elektromedisinsk utstyr forutsetter at personellet har kompetanse og godkjenning for å utføre behandlingen som utstyret brukes til. Virksomheten har ansvar for å sørge for at de får opplæring og har den nødvendige kompetansen, jf. håndteringsforskriften for medisinsk utstyr § 8. Opplæringen skal være systematisk og

dokumentert, og plikten til opplæring gjelder både ved nyanskaffelser, nyansettelser, bruk av vikarer og som vedlikehold av den opplæring som allerede er gitt.

3 Hendelsen/pasientbehandlingen

Nedenfor følger en sammenstilling av informasjon fra pasientjournalen og fra samtaler med involvert helsepersonell og deres ledere ved lungemedisinsk avdeling [REDACTED] ansatte og ledere ved [REDACTED] omsorgsbolig, avdeling [REDACTED] [REDACTED] kommune og [REDACTED] samt pasientens pårørende.

3.1 Om pasienten/bakgrunn

Pasienten hadde [REDACTED]. Sykdommen debuterte i [REDACTED] og hadde gradvis utviklet seg til en alvorlig variant av sykdommen. [REDACTED] rammer først og fremst øvre luftveier og svelget, og gir svelgproblemer og luftveisinfeksjoner. I tillegg oppstår problemer med at mageinnhold støtes opp og havner i lungene, med påfølgende skader i disse. Sykdommen kan gi svekkelse av musklene i armer og bein. Pasienten hadde PEG (slange gjennom bukveggen til magesekken for tilførsel av væske og sondemat) og [REDACTED] hadde trakeostomi (tube inn til lufttrøret på halsen) med cuff (oppblåsbar pute som tetter lufttrøret rundt trakeostomituben i lufttrøret for å unngå luftplager i tarmene og aspirasjon av mageinnhold til lungene (refluks)).

Etter at pasienten fikk trakeostomien, mistet [REDACTED] det resterende av muligheten for å uttrykke seg med tale, og [REDACTED] var avhengig av å kommunisere med tegn. [REDACTED]

Pasienten hadde i [REDACTED] 2018 vært innlagt ved lungemedisinsk avdeling på grunn av tiltakende problemer med høy slimproduksjon. I tillegg var [REDACTED] rutinemessig på lungemedisinsk avdeling i forbindelse med skifte av PEG. Dette ble gjort fordi det gjerne oppsto luftplager og pusteproblemer i tilknytning til denne prosedyren. Under sykehusoppholdene hadde pasienten alltid med personale fra omsorgsboligen. Det var vanlig at de kommunalt ansatte assistentene bisto pasienten med daglige rutiner, blant annet at de også utførte behandlinger med forstøverapparat og hostemaskin.

Det fremkom av sykehusets journalnotat av [REDACTED] 2018 at det var besluttet at pasienten ikke skulle motta HLR ved hjertestans, og at [REDACTED] ikke skulle på respirator ved u håndterlige slimproblemer. I notatet står det: «Jeg har snakket med pårørende om HLR minus, det vil si at det dette er besluttet nå, og at vi i utgangspunktet skal håndtere situasjonen på Lungeavdelingen, og ikke på intensiv avd. Ved hjertestans skal det ikke gjøres gjenopplivning.»

3.2 Pasientbehandlingen

3.2.1 Innkomsten

Pasienten fikk i løpet av natten til [REDACTED] 2018 økende slimproblemer, og det ble tilkalt ambulanse til omsorgsboligen på morgenen. Pasienten ble fraktet til akuttmottaket ved [REDACTED]. To assistenter fra omsorgsboligen fulgte med pasienten til sykehuset. Dette var en kommunalt ansatt hjelpepleier og en assistent innleid av kommunen fra [REDACTED] (assistent 1). Assistent 1 hadde hovedansvaret for pasienten i boligen denne dagen. Assistenten hadde hatt to opplæringsvakter og en vanlig vakt med pasienten tidligere, og kjente derfor ikke pasienten godt.

Pasienten ble mottatt i akuttavdelingen på sykehuset, og innkomstjournalen er tidfestet til kl. [REDACTED]. Pasienten ble undersøkt, og [REDACTED] ble vurdert som stabil og uten store problemer. [REDACTED]

ble innlagt lungemedisinsk avdeling til observasjon. Det ble tatt røntgenbilde av lungene ca. klokken [REDACTED]. Bildet viste ingen nye aktuelle funn.

Assistent 1 ble bekymret for pasienten, blant annet fordi pasienten ikke hadde fått sine faste legemidler på morgenen, ikke hadde fått ernæring denne dagen, og at [REDACTED] hadde gått over tiden for rutinemessig behandling med forstøverapparat.

Pasienten hadde nylig begynt med en ny type sondeernæring, men denne var ikke tatt med fra omsorgsboligen ved innleggelsen. Hjemmetjenesten ble derfor kontaktet for å komme til sykehuset med riktig sondeernæring. Assistent 1 har opplyst at han ba personellet fra sykehuset om at pasienten fikk sine faste legemidler. Disse skal knuses og gis med sprøyte i PEGen. Av smertestillende legemidler sto pasienten på 5 mg Dolcontin (morfin) mikstur morgen og kveld og 2,5 mg morfin mikstur ved behov inntil seks ganger i døgnet, samt 1 g Paracet tabletter fire ganger daglig.

Assistent 1 husket at sprøyten ble lagt frem, men ikke om legemidlene ble gitt. Han opplyste at han var usikker på om det ble forventet at han skulle gi legemidlene til pasienten. Det er usikkert om alle pasientens faste legemidler ble gitt. I kurven er det markert at det er gitt Paracet, Nexium, Sobril, Dolcontin og Minifom, og dette ble gitt først ca. klokken [REDACTED].

3.2.2 Hendelsen med forstøverapparatet

Pasientens skulle, ca. klokken [REDACTED], ha behandling med forstøverapparat, for å løse opp slim i luftveiene. Assistent 1 oppdaget at forstøverapparatet som var tatt med fra boligen, manglet en T-kobling og dermed ikke kunne benyttes. Assistenten fikk deretter et ferdig oppkoblet apparat, av en annen type enn det som var med fra boligen, av hjelpepleieren som hadde pasientrommet denne dagen.

Gjennomgangen av saken har vist at det deretter oppsto misforståelse om hvordan apparatet skulle brukes. Assistent 1 fikk ikke praktisk opplæring i bruken av apparatet, og benyttet apparatet alene uten at ansatte fra lungemedisinsk avdeling tilstede på rommet da forstøverapparatet ble brukt.

Behandlingen startet rundt klokken [REDACTED]. Assistent 1 hadde, etter å ha fått forstøverapparatet, koplet dette på trakeostomituben og startet behandlingen. Pasienten ga uttrykk for ubehag, [REDACTED], og assistenten stanset behandlingen. Han hørte en hvesende lyd da luften kom ut av koblingen på trakeostomien. Pasienten var da blitt blek og virket bevisstløs. Assistenten kunne ikke kjenne puls. Han startet derfor med hjertemassasje. Assistenten fikk påkalt hjelp ved å rope, og en hjelpepleier kom til umiddelbart, deretter både stansteamet og andre fra avdelingen.

Pasientens [REDACTED] kom inn på rommet idet dette skjedde. Hun opplyste i samtale med Statens helsetilsyn at assistent 1 satt opp på pasienten i senga og utførte HLR da hun kom for å besøke [REDACTED]. Han ropte om hjelp, og sa at hun måtte trykke på alarmknappen, noe hun gjorde.

Det er ikke oversikt over alle som kom til rommet i forbindelse med denne hendelsen. Det ble imidlertid avklart at pasienten hadde puls i lysken, slik at ytterligere HLR ikke var nødvendig. Stansteamet ankom, men trakk seg tilbake fordi pasienten hadde puls og situasjonen ble oppfattet som avklart. Seksjonsleder på poliklinikk og laboratorium hadde reagert på at HLR var startet, da det hans oppfatning var bestemt at pasienten ikke skulle ha HLR. Pasientens [REDACTED] opplyste i samtale med Statens helsetilsyn at hun oppfattet det som en krangel mellom seksjonslederen og assistent 1 om dette. Assistenten sa det ikke sto noe om at pasienten var HLR-minus i [REDACTED] papirer.

Etter en liten stund med bagging ble pasienten oppfattet som stabil og rolig, og ■■■ pustet selv. Assistent 1 oppfattet pasienten mer som trøtt enn smertepåvirket etter hendelsen, og opplyste at han trodde pasienten var stabil da han var ferdig med sin vakt og forlot rommet. ■■■ oppfattet på sin side pasienten som smertepåvirket og har etterlyst at pasienten skulle fått mer smertestillende. Ca. klokken ■■■ kom også pasientens ■■■ til avdelingen. I samtale med Statens helsetilsyn fremhevet de pårørende at det ikke virket som om noe ble gjort for pasienten etter hendelsen, at de pårørende ikke fikk informasjon og at de følte seg alene. Pasientens ■■■ opplyste at assistent 2 (som overtok etter assistent 1) ringte på til ansatte ved lungemedisinsk avdeling flere ganger, for å be om hjelp til pasienten. Assistent 2 ga etter det ■■■ opplyste uttrykk for at hun ble sint for at det ikke skjedde noe. ■■■ så ikke at pasienten fikk noe smertestillende.

Statens helsetilsyn har gjennomgått journalen, og det er ikke oppført at det er gitt ekstra smertestillende medisin i kurven utover de faste medisinene. Det er heller ikke haket av for at de faste medisinene ble gitt. I tilbakemeldingen til foreløpig rapport hevder overlegen som var involvert i behandlingen at det ble gitt smertestillende flere ganger. Dette er ikke dokumentert i kurven, men det er vist til narkotikaregnskapet fra medisinrommet som dokumentasjon. Statens helsetilsyn mottok narkotikaregnskapet ■■■. Av dette fremgår det at det er tatt ut fire ampuller morfin á 10 mg til pasienten. I følge journalnotat av overlege ble det hørt respirasjonslyd på begge lunger, og pasienten skal ha fått morfin. ■■■ skal deretter ha vært stabil og rolig etter dette frem til ca. klokken ■■■

3.2.3 Hendelsen med forverring ved bruk av hostemaskin

Det ble ca. klokken ■■■ besluttet å bruke hostemaskin igjen for å få opp slim. Behandlingene ble utført av sykehusets personell. Etter denne behandlingen, litt før klokken ■■■ ble pasientens helsetilstand forverret. ■■■ ble cyanotisk (blålig i huden), og utviklet et uttalt subkutant emfysem (oppblåst hud). Pasientens ■■■ som kom til rommet på dette tidspunktet, oppfattet det som «fullstendig kaos» i rommet. De pårørende opplevde at pasienten hadde forferdelige smerter, de kjente ■■■ nesten ikke igjen ettersom ■■■ og ■■■

Av virksomhetens tilbakemelding til den foreløpige rapporten har overlegen opplyst at pasienten ca. klokken ■■■ hadde fått behandling med hostemaskin. Dette skal ha gått fint. Ved første behandling med hostemaskin ble pasienten først oppfattet som urolig, men at ■■■ roet seg idet ■■■ fikk forklart viktigheten av behandlingen. Pårørende, som var til stede, bestrider at denne behandlingen fant sted.

Det ble forsøkt å legge pasienten over på Optiflow med høye innstillinger, men ■■■ ble igjen dårlig. ■■■ ble ventilert med bag til røntgen toraks ble tatt. Vakthavende overlege bestilte røntgen av toraks og abdomen, og røntgenbilder ble tatt i seng på rommet. Bildene ble først bestilt klokken ■■■ og de ble tatt klokken ■■■ Det beskrives: «Det er tatt røntgen thorax og abdomen front. Tilkommet bilateral pneumothorax på ■■■ side apikal kappe ca. 3,0 cm, lateral kappe ca. 3,3 cm. På høyre side lateral kappe 2,8 cm. Uttalt subkutant emfysem som strekker seg fra thorax bilateralt og ned over abdomen og gir mye artefakter. Pneumomediastinum kan ikke utelukkes. Trakeostomert. PEG med spissen over ventrikkelen. Vertikal stripe i øvre venstre abdomen som kan representere fri luft, men som også kan skyldes artefakt fra subkutant emfysem. Ingen ileus. Costafrakturer ■■■ side.»

Vakthavende overlege, som kjente pasienten godt, var da klar på at HLR ikke skulle utføres, og at pasienten ikke skulle på respirator eller ha toraksdren. Det ble konferert med primærvakt på kirurgisk avdeling om dette.

Pasienten beskrives i journalnotat etter hendelsen som rolig og det er opplyst at [REDACTED] «sovnet inn» ca. klokken [REDACTED]. Pårørende mener dette ikke er korrekt beskrivelse. De mener pasienten ikke fikk smertestillende i etterkant av hendelsen med forstøverapparatet klokken [REDACTED], og heller ikke etter at behovet for smertelindring økte ytterligere etter hendelsen med hostemaskinen klokken [REDACTED]. Pårørende beskriver at pasienten [REDACTED]. De pårørende mener pasienten først helt på slutten fikk morfinsprøyte i foten, og at [REDACTED] døde kort tid etter dette. Overlegen på sin side oppfatter [REDACTED] som ufrivillige på grunn av sykdommen. Pårørende bestrider imidlertid at pasienten har hatt ufrivillige [REDACTED] som symptom tidligere.

4 Opplysninger fra endelig obduksjonsrapport

Endelig obduksjonsrapport er datert [REDACTED] og det konkluderes her med at den umiddelbare dødsårsaken synes å være: «bilateral pneumothorax som komplikasjon til hjerte-lunge-redning komplisert med multiple costafrakturer, sekundært til respirasjonsstans hvor feilkobling av forstøver ved inhalasjonsbehandling antas å ha hatt betydning. Den underliggende dødsårsaken er [REDACTED] som blant annet har medført kronisk respirasjonssvikt, behov for tracheostomi og problemer med sekretstagnasjon. Det ble ved obduksjonen påvist fremmedlegeme, [REDACTED], i luftrøret som antas å ha hatt vesentlig betydning for den akutte forverringen med respirasjons besvær og slimproduksjon forut for dødsfallet.»

5 Medisinsk teknisk utstyr benyttet i behandlingen - forstøverapparat

Et forstøverapparat sørger for at saltvann med eller uten medikamenter blir omgjort til små partikler som sendes med luften inn i lungene. Forstøverapparatet til hjemmebruk (Aeroneb Prox), som ble brukt i pasientens omsorgsbolig, bruker strøm til et forstøverkammer som forstøver partikler med ultralydsjokkbølger (fig 1 og fig 2). Apparatet produserer ikke noe eget lufttrykk, så luften slipper fritt ut av slangesystemet, og pasienten trekker selv luften inn og ut.



fig 1



fig 2

Når pasienten har trakeostomi, som her, kan luftslangen fra apparatet uten risiko for overtrykk, koples til tuben på trakeostomien, en tett kopling.

Forstøverapparatet som ble brukt på sykehuset (Porta-neb) har en generator som laget trykkluft som ble sendt inn i et lukket slangesystem. I enden av slangesystemet, nærmest pasienten, satt en liten ventilhette som skulle tas av dersom systemet koples rett på trakeostomituben (fig 3, se pil). Det er mange ulike måter å koble utstyret på, og mye forskjellige deler til, som det fremgår av fig 3. For å unngå fare for overtrykk kan en spesialmaske som passer på trakeostomien brukes slik at overskuddsluft lekker ut på sidene (fig 4). Da vil det ikke bli overtrykk selv om ventilhetten ikke er tatt av.

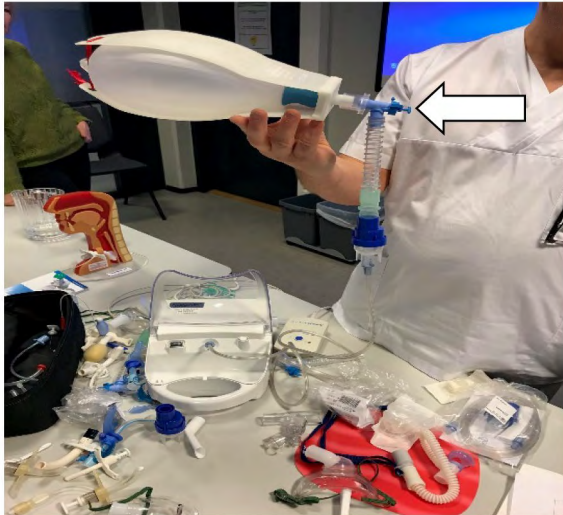


fig 3



fig 4

Leder ved seksjonen [redacted] var klar på at denne typen maskin krever kompetanse, og ikke skal brukes av annet enn opplært helsepersonell. Når pasienten har trakeostomi, skal spesialmaske brukes.

6 Organisatoriske forhold, skriftlige rutiner og gjeldende praksis

6.1 Organisatoriske forhold

[redacted] er en del av [redacted] og har lokal- og regionsykehusfunksjoner og er organisert i klinikker. [redacted] klinikken har både indremedisinske og kirurgiske avdelinger, og i tillegg en arbeids- og miljømedisinsk avdeling. Lungemedisinsk avdeling [redacted] skal dekke pasienter fra hele [redacted]

6.1.1 Organisering av lungemedisinsk avdeling, [redacted]

Lungemedisinsk avdeling er [redacted] Det har nylig vært en omorganisering av avdelingen som ikke er helt ferdig implementert. Den nye organiseringen består i at lungemedisinsk avdeling har tre seksjoner: lunge sengepost, lunge dagbehandling, poliklinikk og laboratorium og lungemedisinske leger.

Det er lungemedisinsk avdeling som behandler pasienter som er innlagt og som har bruk for ventilasjonsstøtte i form av forstøvere, hostemaskiner, CPAP, BiPAP og liknende, uavhengig av grunnlidelse. Avdelingen behandler også mange pasienter med trakeostomi. De fleste av disse pasientene har tilstander som medfører stor pleietyngde og mye involvering av eksternt helsepersonell og pårørende. Vi fikk opplyst at lungeavdelingen er den eneste avdelingen ved [redacted] som tar imot pasienter med betydelige luftveisproblemer og behov for medisinsk teknisk utstyr for dette, uavhengig av grunnsykdom.

Skrevet ut: 09.01.2019 12:4

Seksjonslederne ved sengepost og poliklinikk har personalansvar for pleiepersonellet på begge seksjoner. Disse seksjonene har hver sin leder som er sykepleier. Det er definert hvor mange hver av dem har personalansvar for og hvem de er. Personalet disse er ledere for arbeider på begge seksjoner, slik at de som arbeider på poliklinikken, som er stengt på kvelder, netter og i helger, har vakter på sengeposten etter en vaktturnus. Samarbeidet mellom disse to seksjonslederne er derfor svært tett, og enhetene de er ledere for er geografisk lokalisert i flukt med hverandre.

6.1.2 Arbeidsforholdene ved lungemedisinsk avdeling

Vi ble ved det stedlige tilsynet fortalt at lunge sengepost hadde et gjennomgående overbelegg, og at dette hadde vært situasjonen over lengre tid. I sin tilbakemelding til foreløpig rapport opplyste ledelsen om et gjennomsnittlig [REDACTED]

Vi fikk opplyst at [REDACTED], og at det generelt er vanskelig å rekruttere helsepersonell til avdelingen. [REDACTED]

[REDACTED] Det var på grunn av budsjettsituasjonen i virksomheten bestemt at det ikke skulle brukes vikarer innleid fra vikarbyrå. Avdelingen måtte derfor bruke eget personell som måtte dekke alle vakante vakter, noe som medførte stor slitasje på personalet.

Avdelingen har også store plassmessige utfordringer som følge av overbelegg. Det ble fortalt oss at det tidvis var mange korridorpasienter, og at mange av dem var dårlige, med mye utstyr som smertepumper, forstøverapparat og CPAP. De måtte bruke tape og fester ledningene til apparatene på veggen. Avdelingen har [REDACTED] normerte senger. Dagen før det stedlige tilsynet

hadde avdelingen behandlingsansvar for 33 pasienter. Av disse var 24 fordelt på i avdelingen (blant annet tekniske rom undersøkelsesrom og korridor) mens ni av pasientene etter overordnet prosedyre var lagt på andre sengeposter.

Flere ansatte og ledere ga uttrykk for at avdelingen hadde for lite eget medisinsk utstyr, og derfor var avhengige av at pasientene hadde med medisinsk utstyr. Ofte var også pasientenes eget utstyr mer moderne enn avdelingens eget.

De fleste sykepleierne som arbeider i avdelingen er nyutdannede/nyansatte, og det er hjelpepleiere og assistenter i avdelingen som har vært ansatt lengst. Disse er derfor de mest erfarne på mange områder, for eksempel bruk av medisinsk utstyr. Når det gjaldt opplæring og internundervisning, fikk vi opplyst at dette har vært fraværende over lengre tid på grunn av stort arbeidspress. Ansatte i lederstillinger arbeidet full tid i klinikken, på grunn av arbeidspresset i avdelingen. Nyansatte sykepleiere hadde ikke fått opplæring i bruk av forstøverapparat og hostemaskin, og de overlot derfor arbeidsoppgaver som innebar bruk av dette til assistenter, hjelpepleiere og helsefagarbeidere som kunne bruke utstyret. Disse ansatte hadde heller ikke fått formell og dokumentert opplæring på dette utstyret.

Vårt inntrykk gjennom samtaler med ansatte ved [REDAKTERT] og i kommunen, var at assistentene fra kommunen som fulgte pasienten var mye alene hos pasienten under sykehusoppholdet. Dette ble blant annet forklart med at ressursituasjonen i avdelingen, og samtidighetskonflikter gjorde at personalet i stor grad baserte seg på at pasienter hadde tilsyn av assistentene.

6.2 Relevante skriftlige rutiner

6.2.1 Håndtering av medisinsk teknisk utstyr

Statens helsetilsyn har fått oversendt prosedyre for «Forstøverbehandling» gjeldende ved lungemedisinsk avdeling. Under «fremgangsmåte for bruk», er det presisert at det skal signeres i medisinkurve etter bruk. Prosedyren har ikke opplysninger om situasjon der behandling av pasient inneliggende i avdelingen kan gis av assistent fra kommunen som følger pasienten. Det er imidlertid gitt enkelte føringer for hjemmebruk av forstøverapparat.

I «Opplæring av brukere av medisinsk/elektromedisinsk utstyr» ved [REDAKTERT] (gyldig fra 28. mai 2014, [REDAKTERT]) står det at «Ingen må bruke elektromedisinsk utstyr uten å ha fått opplæring og skrevet under på at slik opplæring er mottatt». Det er avdelingsledelsens, og under dette leder med personalansvar, sitt ansvar at opplæring er gitt. Prosedyren er ment å være i overensstemmelse med forskrift om håndtering av medisinsk utstyr § 8.

Det er fremlagt kopi av gjeldende skjemaer «Kravliste for sykepleiere sengepost og hjelpepleiere», lungemedisinsk avdeling [REDAKTERT], for ultralyd forstøver «Porta-neb», «Sidestream engangsforstøver til vegg» og «Aeroneb prox» (i forbindelse med hjemmerespiratorbehandling). Det er her opplistet flere punkter for teoretisk og praktisk opplæring, herunder «kunne klargjøre/skal kunne koble opp og bruke utstyret». Listen skal dateres når opplæring er gitt og skal godkjennes av avdelingsleder.

6.2.2 Rutine for HLR-minus

Statens helsetilsyn har fått oversendt skriftlig rutine [REDAKTERT] «HLR-minus», gyldig fra 27. mai 2011. Det slås her fast at «Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende» gjelder for prosessen rundt slike beslutninger i [REDAKTERT]

Det slås videre fast at behandling skal startes dersom beslutningsgrunnlaget for HLR-minus er uklart, inntil behandlingens nytte er avklart. Pasientens ønske er viktig. Ingen kan imidlertid pålegges å gi livsforlengende behandling som er hensiktsløs eller som ikke er faglig forsvarlig.

Beslutninger om å begrense livsforlengende behandling skal dokumenteres. Det bør angis når ny evaluering skal finne sted. Dokumentasjonen må ellers omfatte hvilken behandling som skal og ikke skal gis, det medisinske grunnlaget for beslutningen, hvilken informasjon som er gitt til pasient og pårørende, samt pasientens ønske, [REDAKTERT]. I tillegg slås det fast at det kan være hensiktsmessig å føre «HLR-minus» på et lett synlig sted, som for eksempel pasientkurven.

6.2.3 Rutiner og prosedyrer fra omsorgsboligen

Oversikten over daglige/ukentlige gjøremål som de ansatte i boligen skulle utføre for pasienten var samlet i en perm som normalt lå tilgjengelig for pleiepersonellet i omsorgsboligen. I permen fremkom blant annet opplysninger om legemidler som skulle gis, i hvilken dose og på hvilken måte, samt tidspunkt for bruk av forstøver/hostemaskin fra klokken 08.00 til klokken 21.00 og ved behov i løpet av natten. I rutinen for hva som skulle være med pasienten ved innleggelse, var det blant annet listet opp hostemaskin og forstøver + forstøverkammer og lader. Det var presisert i permen at pasienten «IKKE» var besluttet «HLR-minus» eller «R-minus» (skal ikke på respirator om det er behov). Det sto notert at lege måtte vurdere dette i tilfeller når pasienten ble innlagt.

Permen var tatt med ved innleggelsen i sykehus, og ble lagt tilgjengelig på pasientrommet. I samtaler med assistentene fra kommunen som fulgte pasienten ble det opplyst at de fulgte opplysningene i permen. Assistentene ga uttrykk for at de var usikre på om det var opp til dem å utføre de oppgavene som fulgte av beskrivelsene i permen ved innleggelser. De følte seg imidlertid forpliktet til å følge opp at pasienten fikk ivaretatt sine behov, som mat, legemidler og rutinemessige behandlinger med forstøverapparat.

7 Opplæring og godkjenning for bruk av medisinsk teknisk utstyr ved lungemedisinsk avdeling

Under tilsynsbesøket ble vi forklart at skjema med oversikt over hvem som har fått opplæring og godkjenning til bruk av medisinsk teknisk utstyr ble laget [REDAKTERT] 2018. Dette ble gjort etter en intern revisjon [REDAKTERT] 2018, som avdekket at det var mangler ved systematisk opplæring av avdelingens personell i bruk av medisinsk teknisk utstyr og elektromedisinsk utstyr.

Det ble imidlertid klart i intervjuene at avdelingsledelsen ikke hadde kommet i gang med systematisk opplæring. For en del av de ansatte, som hadde vært lenge i avdelingen, ble det forklart at de hadde fått opplæring tidligere. Det manglet imidlertid dokumentasjon for dette. Nyansatte hadde ikke fått systematisk opplæring, blant annet gjaldt dette [REDAKTERT] sykepleiere som var ansatt i løpet av 2018. Opplæring og godkjenning av personell kunne derfor ikke dokumenteres for noen av avdelingens ansatte.

8 Virksomhetens tilbakemelding til saken

Ved det stedlige tilsynet fikk Statens helsetilsyn opplyst at virksomheten både hadde gjennomført en internrevisjon og en hendelsesgjennomgang.

Revisjonen som ble gjennomført [redacted] 2018 gjaldt følgende enheter: [redacted]

[redacted] Målet for revisjonen var å kartlegge avdelingens kjennskap til og etterlevelse av foretakets/avdelingens kvalitetssystemer og dokumentasjon. Det ble undersøkt om kvalitetssystemet fungerte som forutsatt, for eventuelt å avdekke områder for forbedring. Det ble avdekket mangler ved plan for og gjennomføring av opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr i avdelingen. Kompetansemodulet var ikke tatt systematisk i bruk. Avdelingen var kjent med svakheter, og det ble påpekt at en arbeidet med å utvikle system for opplæring for relevante personalgrupper.

Vi mottok kopi av hendelsesgjennomgangen datert [redacted] 2019. Det ble der pekt på at det svekket analysen i hendelsesgjennomgangen at [redacted] og [redacted] kommune ikke hadde deltatt i gjennomgangen. Det ble også pekt på at assistenten fra kommunen er den eneste som faktisk så hva som skjedde ved bruk av forstøverapparatet. Tilbakemeldinger fra involvert personell var at den aktuelle situasjonen med pasienten ble opplevd som kaotisk. Det ble påpekt at lungemedisinsk avdeling føler seg «straffet» av retningslinjene for pasientplassering ved [redacted] og at de som er på vakt opplever personalmangel med påfølgende høy arbeidsbelastning. Avdelingen er generelt «trang», og det er dårlige arbeidsforhold i slike tilfeller som dette med stans hos pasient og mange involverte til stede. Det ble foreslått åtte konkrete tiltak innen følgende identifiserte risikoområder, kommunikasjon og informasjon, utdanning, kompetanse og supervisjon, teknologi, utstyr og apparatur og prosedyrer, rutiner og retningslinjer. Flere av tiltakene ble ansett å ha overføringsverdi også i andre avdelinger ved sykehuset. Det ble besluttet å utarbeide notat for bruk i virksomheten om tiltakene innen [redacted] 2019.

Det er i tilbakemeldingen fra virksomheten blant annet redegjort for iverksatte tiltak i etterkant av den alvorlige hendelsen, knyttet til underpunktene; kommunikasjon og informasjon, utdanning, kompetanse og supervisjon, omgivelser og organisering, teknologi, utstyr og apparatur samt prosedyrer, rutiner og retningslinjer.

Når det gjelder andre identifiserte tiltak, er det pekt på at lungemedisinsk avdeling mangler prosjektkompetanse og tilføres støtte fra klinikkstab (klinikkrådgiver og kvalitetsrådgiver) for å planlegge og gjennomføre varige endringer. Det ble oppdaget et stort faglig spenn i seksjonen ved evaluering utført i [redacted] 2019. Det er foreslått å opprette enheter med fagtilhørighet i seksjonen, og det er opplyst at vedtak om organisering skulle gjennomføres medio [redacted]. Avdelingen ble i [redacted] 2019 tilført ytterligere kontorer, behandlingsrom og sengerom. Avdelingen foreslår å opprette respirasjonsenhet i samarbeid med nevrologisk- og øre/nese/halsavdeling i deler av disse lokalene. Dette forslaget er under utredning på klinikknivå. Vedtatte tiltak vil bli fulgt på av kvalitetsrådgiver og revisjon er satt på klinikkens interne revisjonsprogram for 2021.

9 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp under sitt opphold på lungemedisinsk avdeling, og om pasienter i lignende tilfeller sikres forsvarlig helsehjelp. Vi har også vurdert om virksomheten har iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å forhindre lignende svikt.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at det sentrale i denne saken er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp, og under dette kravene til forsvarlig organisering av virksomheten. Vi har etter en helhetsvurdering derfor ikke funnet grunn til å vurdere

administrativ reaksjon mot noe enkelt helsepersonell. Våre vurderinger av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den helsehjelp pasienten ble gitt.

Vi har i det følgende vurdert følgende hovedtema:

- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?
- Har virksomheten lagt til rette for at pasienter ved lungemedisinsk avdeling får forsvarlige helsetjenester?
- Har virksomheten iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?

9.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert den behandling og oppfølging pasienten fikk under oppholdet ved lungemedisinsk avdeling. Hendelsen involverer flere situasjoner som er relevante i den samlede vurderingen av helsehjelpen, og vi vil nedenfor knytte bemerkninger til våre vurderinger av følgende forhold:

- bruk av forstøverapparatet
- håndteringen etter hendelsen med feil bruk av forstøverapparatet
- smertebehandlingen av pasienten
- forhåndsvurderingen om unnlattelse av å gi HLR
- HLR utført da assistenten oppfattet at pasienten fikk pustestans

Vi har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig behandling og oppfølging ved lungemedisinsk avdeling, [REDAKTERT]. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8 nr. jf. 1, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7, helsepersonelloven § 4 og håndteringsforskriften for medisinsk utstyr §§ 8 og 9. Nedenfor følger våre vurderinger til grunn for konklusjonen.

Vi vektlegger at pasienten forut for feilbruken av forstøverapparatet ble oppfattet som stabil, og uten behov for andre tiltak enn observasjon og det daglige behandlingsregime som fulgte av prosedyre for opphold i omsorgsboligen. Dette er også det utgangspunkt som først ble formidlet til de pårørende. Som følge av sin grunnsykdom hadde pasienten en svekket helsetilstand, og svekkelsen av helsetilstanden som tilkom av de ulike hendelsene i etterkant av feilbruken av forstøverapparatet bidro til å øke denne svekkelsen og til å påføre pasienten skader. Hendelsene under innleggelsen ved lungemedisinsk avdeling anses enkeltvis og samlet sett derfor å ha bidratt til pasientens dødsfall.

Obduksjonsrapporten bekrefter funn på røntgenbildene av ribbensbrudd, inkludert ett dislosert, samt tosidig pneumotoraks. Det ble funnet [REDAKTERT] i lufttrøret ved obduksjonen av pasienten. Ifølge endelig obduksjonsrapport okkluderte denne [REDAKTERT] hovedbronkus og dekker delvis avgangen av venstre hovedbronkus. Det er ikke noe i hendelsesforløpet som sier noe sikkert om når eller hvordan en [REDAKTERT] har kommet forbi trakeostomituben med cuff som nettopp skal hindre at dette skal skje. Den kan ha medvirket til pustebesværet før innleggelsen hvis den lå der på det tidspunktet, men etter vår vurdering har [REDAKTERT] hatt liten betydning i selve hendelsen (overtrykk ved bruk av forstøver) og skaden (ribbensbrudd og pneumothorax).

Statens helsetilsyn vil bemerke til beskrivelsen at røntgen toraks ved innkomst samme dag ikke viste noen aktuelle nytilkomne forandringer, og altså ikke noen tegn til at forverringen skulle skyldes et fremmedlegeme i luftveiene som tettet bronkier. Det var ingen fortetninger eller avstengte segmenter i lungene. Statens helsetilsyn legger til grunn at ribbensbrudd og

særlig dobbeltsidig pneumotorax har forårsaket forverringen og sammen med grunnsykdommen, ført til utfallet. Hvor lenge [REDACTED] har ligget der er uvisst. Pasienten hadde imidlertid vært innlagt mange ganger tidligere med samme problemstilling (forverring av slimproduksjon i lungene), også med funn av lungefortetninger. Vi tillegger derfor ikke funnet av [REDACTED] noen spesifikk betydning for vår vurdering av behandlingen.

9.1.1 Bruk av forstøverapparatet

Pasienten fikk behandling med forstøverapparat på feil måte. Det fikk som følge at luft ble ført ned i pasientens lunger med betydelig trykk, noe som medførte en alvorlig belastning for en allerede svekket pasient. Behandlingen ble gitt av en assistent fra kommunen som ble satt til å utføre behandlingen med utstyr som han ikke var kjent med. Å benytte assistentene fra kommunene var en innarbeidet praksis i avdelingen, uten at det forelå avklaring av ansvarsforhold i forkant eller samarbeidsavtale med kommunen om dette. Verken assistenten eller hjelpepleieren som ga assistenten forstøverapparatet hadde formell opplæring eller kompetanse til å vurdere farepotensialet ved feil bruk. Hjelpepleieren som overleverte utstyret til assistenten var ikke kjent med at assistenten ikke hadde kompetanse til å bruke dette utstyret. Hun var heller ikke kjent med at det var tilgjengelig utstyr (T-kobling til hjemmebrukapparatet og trakeostomimaske til sykehusets apparat ved bruk på trakeostomi) i avdelingen, som var mer sikkert i bruk og som ikke hadde tilsvarende mulighet for overtrykk ved feil bruk.

Statens helsetilsyn ser alvorlig på at behandling med medisinsk teknisk utstyr fra sykehuset ble overlatt til en assistent fra kommunen. Dette er etter vår vurdering uforsvarlig. Det må forventes at sykehuset selv står for aktiv behandling av pasienter innlagt i avdelingen. Dette i særdeleshet for en pasient med et så komplisert sykdomsbilde som denne pasienten, og der en er kjent med at han allerede hadde svekket helse, slik at tett og kompetent oppfølging og behandling er avgjørende for pasientsikkerheten.

Virksomheten er ansvarlig for at helsepersonell som bruker medisinsk og medisinsk teknisk utstyr har fått nødvendig opplæring på dette. Helsepersonell skal ikke påta seg oppgaver de ikke har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre. Assistent 1 var ikke autorisert helsepersonell og hadde etter vår vurdering ikke forutsetning for å vurdere risikoen i situasjonen. Han skulle ikke kommet opp i situasjonen i utgangspunktet.

[REDACTED] erkjenner at det var en svikt fra virksomhetens side at oppgaven med å gi pasienten behandling med forstøvermaskin ble utført av assistenten fra kommunen, og ikke sykehusets eget helsepersonell.

9.1.2 Håndteringen etter hendelsen med feil bruk av forstøverapparatet

Vi legger til grunn at pasientens pustestans skyldtes feilbehandlingen, og ikke en forverring av grunnsykdommen, og at hans HLR-status derfor ikke uten videre var relevant i situasjonen. Pasientens HLR-status var dessuten ukjent for den personen som sto i situasjonen og måtte ta beslutning og starte HLR. Det var derfor etter vår vurdering riktig å starte HLR.

Pasienten var etter dette stabil og rolig. [REDACTED] hadde høyst sannsynlig fått ribbensbrudd av hjertekompresjonene, men pustet greit og det var normale forhold ved lytting på lungene. Vi vurderer likevel at det burde vært gjort mer for å kartlegge skadene etter HLR så snart som mulig ved også å ta et røntgenbilde av lungene. Skadene på dette tidspunktet virket ikke å være livstruende.

Pasienten var i etterkant av at han ble gitt HLR lenge i en stabil fase, der det var god anledning for helsepersonellet i avdelingen å undersøke hvilke skader HLR kunne ha påført pasienten. Dette kunne ha bidratt til et bedre beslutningsgrunnlag for den videre oppfølging av pasienten.

Innleggelse av toraksdren burde etter vår vurdering vært overveiet dersom det hadde foreligget en traumatisk pneumotoraks, selv med pasientens grunnsykdom. Vi vurderer det som mest sannsynlig at pneumotoraks tilkom etter andre gangs bruk av hostemaskin, like før pasienten ble betydelig verre. Da pneumotoraks på begge sider ble påvist på røntgenbilde etter dette, ble innleggelse av dren vurdert men ikke utført. I lys av at situasjonen som hadde oppstått skyldtes en påført skade og ikke grunnsykdommen, er vår vurdering at det likevel ikke ville vært feil å legge inn dren. Det er en enkel prosedyre og også god palliativ behandling som kunne gjort at man fikk et bedre grunnlag for å vite om pasienten ville klare å puste selv eller ikke.

De pårørende har vist til at pasienten i enkelte andre tilfeller, med mye slim, har fått annen behandling enn bruk av hostemaskin. De pårørende har uttalt at dette fra sykehusets side har blitt begrunnet i at annen behandling enn bruk av hostemaskin har vært mer skånsom. Det er ikke opplyst om andre alternative behandlingsmetoder kunne være aktuelle fra virksomhetens side, og det er slik vi vurderer det ikke i tilstrekkelig redegjort for begrunnelsen for valg av behandlingsmetode i aktuelle tilfelle. Det er likevel ikke slik at pasienten ikke skulle ha hjelp til å få opp slim. Statens helsetilsyns vurdering er at bruk av hostemaskin var nødvendig, men at skaden som oppstod kunne vært bedre håndtert.

9.1.3 Smertebehandlingen av pasienten

Pasienten skal ha tilstrekkelig og god smertebehandling både i den akutte situasjonen, og etter at det er besluttet å oppgi aktiv kurativ behandling. Statens helsetilsyn vil bemerke at innleggelse av toraksdren også har smertestillende effekt i tillegg til at det kan hjelpe mot det ubehaget pasienten opplever ved pneumotoraks.

De pårørende, som var tilstede, har anført at pasienten ikke ble tilstrekkelig smertelindret med smertestillende medikamenter til tross for at de oppfattet at pasienten gjennom atferd og lyder ga uttrykk for å ha betydelige smerter. De pårørende har vist til at assistent 2 fra kommunen, til dem og ansatte i avdelingen, skal ha gitt uttrykk for tilsvarende oppfatning. De pårørende har også reagert på at det i journalen er notert at pasienten «sovnet stille inn». De mener dette ikke er i samsvar med det som skjedde, og at pasienten hadde store smerter og var agitert til det siste. Virksomheten har på sin side, i sin tilbakemelding til vår foreløpige rapport, fastholdt at pasienten fikk tilstrekkelig smertelindring og at ■■■ verken var smertepåvirket eller besværet respiratorisk da ■■■ døde klokken ■■■

Av legenotat i journalen fremgår det at det blir gitt O₂ og morfin, men verken mengde, tidspunkt for at legemidler ble gitt eller virkning er oppgitt i journalen. Vi fikk ikke avklart hvem som ga legemidlene, eller i hvor store doser, gjennom samtalene vi hadde med involvert personell. Det fremsto i samtalene som om det ikke var noen i avdelingen som hadde den totale oversikten over behandlingen. I sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten er det opplyst at pasienten skal ha fått gjentatte doser morfin i tillegg til O₂, som lindrende behandling ca. fra klokken ■■■ og frem til sin død klokken ■■■

Statens helsetilsyn mottok [REDAKERT] en utskrift fra narkotikaregnskapet der det fremgår at det var tatt ut fire ampuller morfin (å 10 mg) til pasienten, og virksomheten beklager at det ikke er ført inn i kurven at det er gitt.

Når det gjelder smertebehandlingen som ble gitt pasienten, har vi ikke klart å finne ut hva som ble gitt av smertestillende, men legger til grunn av det er gitt en ukjent mengde morfin. Det er usikkert om dette har hatt tilstrekkelig effekt. Det er virksomhetens ansvar å påse at det foreligger rutiner for dokumentasjon, og at disse blir etterfulgt av de ansatte i avdelingen. Når det som her, ikke kan dokumenteres hva som er gitt av legemidler, får dette betydning for vår samlede vurdering av forsvarligheten av behandlingen. Opplysningene, som det er enighet om, om at pasienten [REDAKERT] og fremsto smertepåvirket, gir inntrykk av at smertelindringen ikke var god nok da pasientens helsetilstand forverret seg etter bruken av hostemaskinen. Dette legges til grunn i den videre vurderingen av saken. Vi legger til grunn at pasienten kan ha hatt store smerter og pusteproblemer, og at det derfor har sett dramatisk ut. Smertestillende, om det ble gitt i angitte doser, trenger ikke å ha kunne påvirke dette vesentlig. Vi mener uansett at det er uheldig at virksomheten og de pårørende synes å ha en så vidt ulik oppfatning av hendelsen og behandlingen som ble gitt. Dette kunne vært håndtert bedre om virksomheten hadde vært i tettere dialog med de pårørende i etterkant av hendelsen. Opplysninger fra de pårørende viser at de fortsatt savner informasjon fra virksomheten.

9.1.4 Forhåndsvurderingen om unnlattelse av å gi HLR

Statens helsetilsyn har ved gjennomgang av mottatt journaldokumentasjon ikke funnet flere notater enn journalnotatet av [REDAKERT] 2018, som er gjengitt ovenfor under punkt 5.1, som beskriver beslutningen om at pasienten er HLR-minus. Dette gjelder både det nærmere innholdet beslutningen, eller at det har skjedd ny vurdering ved etterfølgende innleggelse.

Gjennomgangen av saken har vist at oppfatningen omkring hvorvidt pasienten var «HLR-minus», og hvordan den tidligere beslutningen fra februar skulle forstås, var uklar hos flere av dem som var involvert i hendelsen/ansatte i avdelingen.

Videre oppfylles, ifølge dokumentasjonen, heller ikke [REDAKERT] sine gjeldende interne retningslinjer for en slik beslutning. Blant annet anses det vesentlig at det ikke er dokumentert noe om pasientens ønske, mer om hvilken informasjon som er gitt pasient og de pårørende og det medisinske grunnlaget, jf. kravene slik de er oppgitt i prosedyren «HLR-minus» punkt 2. Det er heller ikke angitt i journal når eventuell ny evaluering skulle finne sted, eventuelt opplysninger om at vurderingen ble ansett å være en endelig vurdering og hvorfor.

Statens helsetilsyn legger til grunn at uklarheten rundt beslutningen, og det at mange i avdelingen verken var kjent med vurderingen eller innholdet i denne, viser at virksomheten ikke har god nok styring eller praksis rundt slike beslutninger. Vi vektlegger at pasienten jevnlig hadde behov for innleggelse i avdelingen, slik at det var relevant å sikre at medarbeiderne kjente til beslutningen og hva den skulle innebære.

Selv om vi bare er kjent med svikt knyttet til den aktuelle pasienten, og det således gjelder et enkeltstående tilfelle, vektlegges det at det gjelder svikt på et område der svikt har store konsekvenser for pasienten. Det vektlegges videre at dette er et område der kravet til at det foreligger et informert samtykke fra pasient og pårørende anses særlig viktig, og der kravet til tilstrekkelig dokumentasjon for vurderingene må praktiseres strengt.

Statens helsetilsyn har kommet til at forhåndsvurderingen og oppfølgingen av denne, i pasientens tilfelle, slik grunnlaget for denne og rammene for vurderingen fremkommer av journalnotatet i ██████ 2018, ikke tilfredsstillende lovbestemte rammer og gjeldende faglige føringer i Helsedirektoratets veileder, samt virksomhetens egne retningslinjer. Beslutningen skulle vært revurdert, selv om konklusjonen kunne blitt den samme, og det skulle fremgått mer om i hvilke tilfeller denne beslutningen skulle gjelde.

9.1.5 HLR utført da assistenten oppfattet at pasienten fikk pustestans

Vi vurderer at det var riktig av assistenten å starte HLR da han oppfattet det som om pasienten fikk pustestans. Dette er ut i fra situasjonen slik den fremsto for han. Han var ikke kjent med sykehusets beslutning om at pasienten var «HLR-minus». Selv om det sto HLR-minus i kurven, så var assistenten ikke bruker av kurven og dermed ikke kjent med hva som sto der. Videre vektlegger vi at HLR ble startet som følge av den akutte situasjon som oppsto etter feil bruk av forstøverapparatet. Det vil i et slikt tilfelle være god praksis å starte HLR inntil det er avklart om behandling ikke vil ha nytte, jf. også gjeldende veiledning i punkt 1 i sammendraget i Helsedirektoratets veileder IS-2091 og tilsvarende i ██████ sin egen retningslinje. Notatet i journalen fra 2018 om dette kan dessuten forstås som at det kun gjelder ved økende problemer som skyldes grunnsykdommen og ikke nødvendigvis en akutt alvorlig hendelse/skade.

9.2 Har virksomheten lagt til rette for at pasienter ved lungemedisinsk avdeling får forsvarlige helsetjenester?

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert om ██████ har sikret at pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for jevnlig behandling med medisinsk utstyr tilbys forsvarlig helsehjelp. Videre har vi vurdert om ██████ har tilrettelagt sine tjenester slik at helsepersonell ved lungemedisinsk avdeling blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Statens helsetilsyn har kommet til at ██████ ikke har sikret at pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for jevnlig behandling med medisinsk utstyr, tilbys forsvarlig helsehjelp ved lungemedisinsk avdeling. Videre har kommet til at ██████ ikke har tilrettelagt sine tjenester slik at helsepersonell ved lungemedisinsk avdeling blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ § 2-2, 3-4 a, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7, håndteringsforskriften for medisinsk utstyr §§ 8-10 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Vi har avgrenset vår vurdering under dette punktet til å gjelde følgende hovedtema:

- forsvarlig bruk av medisinsk utstyr
- bemanning/arbeidsbelastning
- koordinering av helsetjenesten for pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for støtte av assistenter fra kommunen.

9.2.1 Forsvarlig bruk av medisinsk teknisk utstyr

Statens helsetilsyn har kommet til at ██████ ikke har lagt til rette for forsvarlig bruk av medisinsk utstyr ved lungemedisinsk avdeling. Saken har avdekket svikt både i forhold til bruk og opplæring av slikt utstyr i avdelingen, og svikten er gjennomgående. Statens helsetilsyn legger til grunn at bruk av medisinsk utstyr, og spesielt elektromedisinsk utstyr, er et område med særlig høy risiko for svikt, og et område der svikt kan ha potensielt alvorlige konsekvenser for pasienter. Det forventes at ██████ sørger for at det foreligger klare retningslinjer for ansvarsfordeling og sikrer at lungemedisinsk avdeling har tilstrekkelig bemanning og rett kompetanse.

Et utgangspunkt må være at virksomheten har organisert tjenesten slik at helsehjelpen gis av kvalifisert personell, og at ledelsen gjennom styring av driften påser at praksis i avdelingen er i samsvar med dette. Det er ikke dokumentert at [REDACTED] som ledd i sitt systematiske arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten, har planlagt hvordan risiko for svikt ved håndtering av medisinsk teknisk utstyr ved lungemedisinsk avdeling kan minimaliseres. Det er påvist svikt både i forhold til planlegging og gjennomføring, og manglende organisering og styring.

Det forelå ikke kompetansekrav for intern delegasjon av oppgaver med bruk av medisinsk utstyr, der det eksempelvis fremkom hvilke kvalifikasjoner og opplæring som kreves for bruk av forstøverapparat. Derimot har tilsynet avdekket at det i avdelingen var praksis for at oppgaver med bruk av medisinsk utstyr jevnlig ble overlatt til personell fra kommunen som fulgte med pasienter med nedsatt funksjonsevne ved innleggelser. Det forelå videre ingen avtale om samhandling og samarbeid, der blant annet ansvarsforhold og oppgavefordeling var klargjort og formalisert. Dette er i strid med spesialisthelsetjenesteloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og helsepersonelloven § 5 om bruk av medhjelper.

Den interne revisjonen som ble gjennomført i forkant av hendelsen hadde avdekket at lovpålagt opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr ikke ble gjennomført systematisk eller sporbart ved lungemedisinsk avdeling. Risikoen for svikt var kjent for ledelsen i avdelingen, som deltok i revisjonen. Det ble i revisjonsrapporten av [REDACTED] 2018 lagt til grunn som et positivt trekk at risikoen var kjent i avdelingen, og at en arbeidet med å utvikle et system for opplæring av medisinsk teknisk utstyr for relevante personalgrupper. Tilsynet stadfestet avvikene som ble påpekt i den interne revisjonen med hensyn til kompetanse i bruk av medisinsk teknisk utstyr i avdelingen. Vår gjennomgang avdekket at avdelingen hverken gjennomførte eller dokumenterte opplæring av egne ansatte i bruk av medisinsk og elektromedisinsk utstyr. Dette gjaldt både i forhold til opplæring av nytilsatte og vedlikehold av den opplæring som allerede er gitt. Det er ikke dokumentert at det, på det tidspunkt den alvorlige hendelsen fant sted, var planlagt eller igangsatt tiltak fra ledelsens side, for å avhjelpe avvikene som var påpekt i revisjonsrapporten. En slik manglende styring og kontroll innebærer uforsvarlig virksomhet, og er i strid med håndteringsforskriften for medisinsk utstyr § 8. Videre innebærer den gjennomgående manglende styringen på dette området at [REDACTED] har brutt plikten til å tilrettelegge for at helsepersonell ved lungeavdelingen blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det er alvorlig når en kjent risiko for svikt på et område med stort farepotensiale for pasientsikkerheten ikke medfører umiddelbare og konkrete tiltak.

Statens helsetilsyn legger til grunn at virksomheten ved den praksis som var gjeldende på tidspunkt for hendelsen drev med en svært høy fare for svikt. Med tanke på at pasientene på lungemedisinsk avdeling gjennomgående er svært syke, ofte er i en terminal fase, er dette alvorlig. For denne pasientgruppen er det ofte snakk om spesialiserte helsetjenester med behov for høy faglig kompetanse, og som dels innebærer bruk av medisinsk utstyr som kan medføre alvorlig skade ved feil bruk

9.2.2 Bemanning og arbeidsbelastning

Statens helsetilsyn har også kommet til at organiseringen av avdelingen, herunder bemanning opp mot pasientbelegg og pasientenes helsetilstand, utstyr og areal, medførte fare for svikt i helsetjenesten. Vi har kommet til at manglende styring og tilrettelegging av tjenestene ved lungemedisinsk avdeling innebærer brudd på kravet til å tilby forsvarlige helsetjenester, samt

at svikten i organiseringen innebar at medarbeiderne i avdelingen ikke ble satt i stand til å utføre sine oppgaver i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet.

Som det fremgår ovenfor, er det redegjort for at avdelingen var svært hektisk, preget av jevnt overbelegg, høy turnover og derav mange nyansatte. I tillegg er avdelingens arealer av ansatte beskrevet som kaotiske, dette blant annet som følge av overbelegg og korridorpasienter, og at pasienter overført til avdelingen ofte var i behov for mye utstyr som krevde plass. Det er fra virksomhetens side beskrevet at lokalenes utforming, i et tilfelle som det aktuelle med hjertestans hos pasienten og mange involverte tilstede, ga dårlige arbeidsforhold. Disse forholdene knyttet til driften av avdelingen var kjent for ledelsen ved [REDAKTERT] og hadde vært det over tid.

Det systemet for opplæring som forelå i virksomheten ble ikke fulgt i avdelingen, og det er både fra ansatte og ledelse opplyst at opplæring av ansatte hadde vært fraværende over tid. Dette fremkommer blant annet av [REDAKTERT] egen analyse etter hendelsen, og i forhold til opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr spesielt også av internrevisjonen som var utført i forkant av hendelsen. Ledelsen i avdelingen hadde på grunn av kapasitetsproblemer i avdelingen, ikke fått tatt fatt på kvalitetsforbedrende arbeid som forutsatt. På grunn av helseforetakets økonomiske situasjon, hadde avdelingen ikke lenger anledning til å leie vikarer utenfra, og dette medførte en ytterligere arbeidsbelastning for både helsepersonell og ledelse i avdelingen.

Det ble i intervjuer med ansatte beskrevet at de ikke følte de hadde tilstrekkelig kompetanse i forhold til arbeidsoppgaver med pasienter, og at arbeidsbelastning sammen med manglende opplæring var en av årsakene til at arbeidsoppgaver ble overlatt til assistenter fra kommunen. Tilsvarende ble assistenter, hjelpepleiere og helsefagarbeidere ofte gitt enkelte av de mest spesialiserte arbeidsoppgavene, som håndtering av medisinsk utstyr. Dette var fordi de var de mest erfarne i avdelingen, basert på at de hadde vært ansatt lengst. Ved gjennomgang av pasientjournalen har Statens helsetilsyn merket seg at svært mange sykepleienotater om pasienten er skrevet av assistenter, helsefagarbeidere og hjelpepleiere, uten at sykepleier har medsignert.

Videre var det en oppfatning av at avdelingen manglet spesialisert utstyr pasientene var i behov av, og at pasientene derfor måtte ha med slikt utstyr ved innleggelser, noe som også ga fare for svikt i de tilfeller slikt utstyr manglet ved innleggelse.

9.2.3 Koordinering av helsetjenesten for pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for støtte av assistenter fra kommunen ved innleggelse

Statens helsetilsyn har i tillegg kommet til at [REDAKTERT] ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for helhetlig og koordinert tjenestetilbud for pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for støtte av assistenter fra kommunen ved innleggelse i lungemedisinsk avdeling. Det er ikke planlagt hvordan risiko forbundet med samhandling med kommunen for denne pasientgruppen kan minimaliseres. Den manglende styringen medfører også brudd på [REDAKTERT] sin plikt til å tilrettelegge for at ansatte ved lungemedisinsk avdeling kan utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Klare rutiner for samarbeid og ansvarsfordeling er slik Statens helsetilsyn ser det særlig påkrevet for pasienter som har redusert evne til å kommunisere på egne vegne, som mangler evne til å dra omsorg for seg selv og som rutinemessig har med assistenter fra kommunen ved innleggelser.

Statens helsetilsyn legger til grunn at koordinering av helsetjenesten for pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for støtte av assistenter fra kommunen ved innleggelse i sykehus, er et område med risiko for svikt. Spesielt kan uklarheter om oppgave- og ansvarsforhold bidra til dette. Dette ble tydelig i pasientens tilfelle, med hensyn til oppgave- og ansvarsfordeling av de oppgaver som normalt ble håndtert av ansatte i omsorgsboligen. Utgangspunktet vil være at [REDAKTERT] har ansvar for alle deler av pasientbehandlingen ved innleggelse, med mindre det foreligger avtale om en annen funksjonsfordeling som ikke er i strid med kravet til forsvarlighet, og som er implementert og kjent av de involverte partene.

Det forelå ingen avtale mellom [REDAKTERT] og [REDAKTERT] kommune med retningslinjer for samarbeid i tilknytning til at pasienter med store hjelpebehov har med assistent fra kommunen som bistand ved innleggelse.

Gjennom samtalene med ansatte og ledelsen i avdelingen fikk vi opplyst at det var praksis i avdelingen for å overlate faste oppgaver til assistenter fra kommunen, knyttet til oppfølging av pasienter, eksempelvis oppgaver som fulgte av pasientenes daglige rutiner og som assistentene normalt ble forutsatt å følge opp i hjemmet. Videre var det også praksis for å overlate arbeidsoppgaver som kom av innleggelsen i avdelingen, som eksempelvis å dele ut legemidler som ble forordnet ved innleggelsen. Det forelå ingen klar oppfatning i avdelingen om hvilke arbeidsoppgaver assistentene kunne eller ikke kunne utføre, og hva som skulle utføres av ansatte ved avdelingen. Dette har vært direkte medvirkende til at ekstern ansatt personell har fått en arbeidsoppgave uten nødvendig opplæring som er et lovfestet krav.

Tilsvarende fremkom det av samtaler med personell og ledelse fra kommunen at det på deres side hersket en tilsvarende usikkerhet med hensyn til hva de kunne/skulle bistå med ved innleggelser. Statens helsetilsyns vurdering er at [REDAKTERT] ved dette ikke har sørget for å planlegge og gjennomføre virksomheten i samsvar med gjeldende plikt til styring og kontroll i spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om ledelse. Den manglende styringen medfører fare for svikt i helsetjenestene som gis i avdelingen.

9.3 Har virksomheten iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?

Statens helsetilsyn har i denne saken også kommet til at det foreligger brudd på kravet til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 2, 8 og 9.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til å drive internkontroll. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten.

Vi ser at virksomheten er i en god prosess med hensyn til å forebygge tilsvarende svikt i pasientbehandlingen ved lungemedisinsk avdeling. De beskrevne tiltakene er etter vår vurdering relevante for sakens forhold. Imidlertid mener vi det ikke i tilstrekkelig grad er redegjort for gjennomføringen, implementeringen eller evalueringen av tiltakene.

Vi har kommet til at de forbedringstiltak det er redegjort ikke er tilstrekkelige til å kunne korrigere den avdekkede svikten i saken, og vi legger til grunn at de tiltak det er opplyst om at er gjennomført ikke er godt nok dokumentert eller fullt ut gjennomført. For å sikre at funn fra

tilsynssaken blir fanget opp i hele organisasjonen, må [redacted] legge til rette for at virksomheten lærer kollektivt av forbedringsarbeidet. Det er derfor viktig at ledelsen tar ansvar for å gjennomføre og følge opp tiltak.

Det er i tilbakemeldingen til den foreløpige rapporten blant annet beskrevet planer om styrking av kompetansen hos helsepersonellet i avdelingen, blant annet gjennom systematisk plan for opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr. Det er også beskrevet plan for utarbeidelse av prosedyre for sikker bruk av forstøver med ikke kompatibelt utstyr. Det skal videre utarbeides lokal prosedyre for varsling av ledere ved hendelser i enheten. Tidsfrist for disse tiltakene er passert. Det er ønskelig at kopi av konkrete planer og avtaler oversendes oss i forbindelse med videre tilsynsmessig oppfølging av saken. I tillegg er det ønskelig med oversikt over tiltak som skal sikre kollektiv læring og at rutinene tas i bruk i avdelingen. Vår vurdering er at det er et for langt tidsperspektiv å først vurdere eventuell effekt i forbindelse med revisjonsprogram [redacted]

Det er opplyst at det er planlagt en arealutvidelse av lungemedisinsk avdeling. Vi oppfatter det slik at dette anses å kunne bedre pasientsikkerheten. Det er ønskelig med ytterligere opplysninger knyttet til forventet effekt av en slik arealutvidelse, opp mot den svikt som er påvist i saken.

Det er videre beskrevet arbeid med å få på plass skriftlige avtaler mellom kommunen og lungemedisinsk avdeling om ansvarsområde og samarbeid. Frist for arbeidet har gått ut. Vi ønsker oversendt kopi av eventuelle maler/avtaler i forbindelse med videre tilsynsmessig oppfølging. Det bes redegjort for på hvilken måte ledelsen skal sikre at disse nye avtalene blir implementert og etterlevd i avdelingen. Det er også ønskelig å få opplyst om kommunen har vært involvert i arbeidet og på hvilken måte.

Vår endelige rapport bør gjennomgås av virksomheten med tanke på ytterligere tiltak som kan være relevante i forhold til den avdekkede svikten. Blant annet vil vi oppfordre virksomheten om å se på behovet for ytterligere tiltak i forhold til organisering av avdelingen og i forhold beslutninger om begrensning av livsforlengende behandling.

Vi vil også oppfordre virksomhetens ledelse å sørge for at de pårørendes krav på informasjon og oppfølging i etterkant av en alvorlig hendelse blir ivaretatt. De pårørende har i sine tilbakemeldinger til Statens helsetilsyn gjennomgående gitt uttrykk for utrygghet ved hva som faktisk skjedde med pasienten under innleggelsen, og herunder opplyst at de mener de har fått utilstrekkelig informasjon. De har opplevd det som vanskelig å komme i kontakt med personer som har kunnet gi svar i saken. Det fremkommer videre av de pårørendes tilbakemeldinger til foreløpig rapport og kommentarene til virksomhetens tilbakemelding til foreløpig rapport, at de pårørende ikke har samme oppfatning av pasientbehandlingen som virksomheten/[redacted]. Dette blant annet med hensyn til smertelindringen av pasienten. Vi har i tilbakemelding fra virksomheten av [redacted] fått opplyst at pasientens [redacted] er kontaktet, og at hun er tilbudt samtale omkring hendelsesforløpet og om manglende ivaretagelse fra [redacted] sin side. Vi ser positivt på virksomhetens initiativ.

10 Statens helsetilsyns konklusjoner

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig behandling og oppfølging ved lungemedisinsk avdeling, [redacted]. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8 nr. jf. 1, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7, helsepersonelloven § 4 og håndteringsforskriften for medisinsk utstyr §§ 8 og 9.

Videre har vi også kommet til at [REDAKTERT] ikke har sikret at pasienter med nedsatt funksjonsevne og behov for jevnlig behandling med medisinsk utstyr, tilbys forsvarlig helsehjelp ved lungemedisinsk avdeling. [REDAKTERT] har ikke tilrettelagt sine tjenester slik at helsepersonell ved lungemedisinsk avdeling blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6 og 7, håndteringsforskriften for medisinsk utstyr §§ 8-10 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

De tiltak som så langt er beskrevet fra virksomhetens side, anses relevante, men ikke tilstrekkelig til å avhjelpe den svikt som påpekes i den foreløpige rapporten. Det foreligger også brudd på kravet til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 2, 8 og 9.

11 Videre tilsynsmessig oppfølging

Statens helsetilsyn ser alvorlig på svikten som er avdekket gjennom tilsynssaken. Den avdekkede svikten er gjennomgående, gjelder grunnleggende forhold ved driften av lungemedisinsk avdeling og svikten har stort farepotensiale. Særlig alvorlig er det at ledelsen på forhånd var kjent med avvik i avdelingen i forhold til lovpålagte krav til opplæring i bruk av medisinsk teknisk utstyr, og at det også var kjent at det på grunn av forholdene i avdelingen hadde utviklet seg en praksis der oppgaver ble overlatt til personell med mangelfull/manglende kompetanse. Dette uten at straktiltak var iverksatt, og dermed med en pågående stor risiko for svikt i tjenesten.

Vi har merket oss virksomhetens tilbakemelding om at forbedringsaktiviteter er satt i gang. Dette er positivt, og viser at saken tas på alvor.

Statens helsetilsyn har kommet til at det er behov for videre tilsynsmessig oppfølging. Dette blant annet for å sikre at igangsatte/planlagte tiltak blir gjennomført, og at tiltakene blir tilstrekkelig kommunisert ut til ledelse og helsepersonell som har ansvar for den kliniske behandlingen av pasientene. Vi viser her blant annet til de forhold vi har pekt på ovenfor under punkt 9.3. Det er ønskelig med dokumentasjon for at tiltak som nevnt i virksomhetens egen hendelsesgjennomgang er gjennomført og inkorporert i virksomheten.

Vi mener også at vår endelige rapport må gjennomgås i virksomheten, med sikte på å identifisere ytterligere tiltak som er nødvendige for å sikre forsvarlige helsetjenester til pasienter ved lungemedisinsk avdeling, og dette spesielt ved behov for behandling med medisinsk teknisk utstyr. Det er [REDAKTERT] som må gjennomgå hvordan forsvarlige helsetjenester skal kunne sikres. Det er virksomhetens øverste ledelse som vil ha det overordnede ansvaret for å sikre at spesialisthelsetjenestene som tilbys er forsvarlige. Dette innebærer blant annet en vurdering av kompetansebehov, opplæring, organisering og omgivelser. Det må også sikres at prosedyrer som gjelder ansvarsforhold og oppgavefordeling, og under dette rammer for samarbeid internt og eksternt, oppfyller lovbestemte krav, er kjent og etterleves i virksomheten.

Evaluerings av gjennomføringen av planer og tiltak som følge av at det har oppstått områder med fare for svikt, er en del av det overordnede ledelsesansvaret i helseforetaket. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i helseorganisasjonen, må helseforetaket legge til rette for at underliggende avdelinger lærer kollektivt av systemsvikt.

Det er viktig at ledelsen på alle nivå i organisasjonen tar ansvar for å gjennomføre og følge opp tiltak.

Vi ber om en tilbakemelding fra [REDACTED] i forhold til dette senest innen [REDACTED]

12 Vedlegg

Hendelses- og årsaksanalyse

I den følgende hendelses- og årsaksanalysen oppsummerer og beskriver vi tre situasjoner i behandlingsforløpet av pasienten der Statens helsetilsyn vurderer at det har/kan ha skjedd svikt. Videre redegjør vi for hva vi, basert på undersøkelsene i tilsynssaken, legger til grunn som mulige årsaker til at disse situasjonene oppsto

Svikt ved anvendelse av forstøverapparat

Vi har lagt til grunn at apparatet som ble benyttet ble anvendt feil. Dette fremgår både av gjennomgangen av hendelsen og uttalelser fra de involverte. Statens helsetilsyn vurderer at det er sannsynlig at det er flere samvirkende årsaker til dette.

En av årsakene er at det manglet en avtale og faktisk avklaring mellom sykehuset og kommunen om hvilke av de daglige arbeidsoppgavene knyttet til oppfølging av pasienten som skulle utføres av assistentene, og hvilke oppgaver som var sykehusansattes ansvar. Dette skapte uklarhet og medførte at assistenten utførte oppgaver sykehusansatte skulle utført. Det er også sannsynlig at den generelle situasjonen i avdelingen, med overbelegg har bidratt til at situasjonen kunne oppstå. Blant annet som følge av personellmangel og overbelegg, hadde det utviklet seg en praksis i avdelingen for at assistenter fra kommunen som fulgte pasienten, utførte arbeidsoppgaver de egentlig ikke skulle utføre i sykehuset.

Praksis i avdelingen var at det ble forventet at personellet fra den kommunale boligen skulle ha med utstyr, trolig for at de skulle være vant til å bruke det. Det har også vært et moment at avdelingen ikke alltid hadde alt utstyr pasienter med dette behovet trenger, slik at de derfor også skulle ha med eget utstyr. I dette tilfellet hadde assistentene fra kommunen tatt med forstøverapparatet, men det manglet en kabling. Det at pasientens utstyr manglet en del, medførte at assistenten måtte be om utstyr på sykehuset. Dette forstøverapparatet hadde en annen funksjonsmåte. Apparatet produserte luft under høyt trykk, og er farlig å bruke på pasienter med trakeostomi dersom en ikke kjenner til hvordan det skal gjøres. I dette tilfellet kunne apparatet brukes ved å kople rett på trakeostomien hvis ventilhetten er tatt av. Alternativt kunne det koples, med ventilhetten på plass, på en minimaske som kan settes over trakeostomien. Det viste seg for øvrig senere at det fantes tilsvarende T-kobling i avdelingen, noe involvert personell ikke var klar over.

Assistenten ble i den aktuelle situasjonen overlatt å bruke medisinsk utstyr han ikke hadde opplæring i bruken av, uten kontroll og tilsyn av kvalifisert personell fra sykehuset. Det ble i tillegg benyttet en kabling med mulighet for overtrykk ved feil bruk, selv om det var tilgjengelig utstyr i avdelingen uten tilsvarende farepotensial. Det var ingen formell opplæring på elektromedisinsk utstyr i avdelingen, verken av eget personale eller personale fra kommunen som brukte apparater som er vanlig å bruke hos lungepasienter. Alle disse forhold bidro til at svikten i bruken av apparatet.

Oppstart av HLR, på tross av tidligere avgjørelse om HLR-minus

Assistenten fra kommunen startet HLR på bakgrunn av akutsituasjonen som oppsto som følge av feil bruk av forstøverapparatet. Assistenten oppfattet situasjonen som hjertestans, etter å ha kjent etter puls to ganger på håndleddet uten å kjenne at det var puls.

Det fremkommer av saken at en fra de ansatte i avdelingen sin side, mente det var feil å starte HLR. Dette fordi det tidligere var besluttet at pasienten var HLR-minus.

Årsaker til at HLR ble startet er blant annet at assistent 1 fra kommunen var alene, og kom i en situasjon der han måtte gjøre beslutninger og oppgaver som skulle vært utført av sykehuspersonell. Han var alene på rommet, og måtte foreta vurdering av situasjonen ut fra sin kunnskap. Han hadde satt seg inn i dokumentene i pasientens perm hvor det sto en merknad om at pasienten ikke var HLR-minus. Han var ikke kjent med sykehusets beslutning om at pasienten var HLR-minus.

Opplysning om beslutningen fremgikk av pasientkurven, slik det er anbefalt i virksomhetens egen rutine. Samtaler med ansatte i sykehuset avdekket imidlertid at flere av helsepersonellet involvert i den alvorlige hendelsen ikke var kjent med beslutningen om HLR-minus. Assistent 1 var heller ikke kjent med innholdet i kurven på tidspunktet for hendelsen. Hvilke kriterier som skulle legges til grunn for vurdering av spørsmålet om HLR-minus, var for øvrig ikke begrunnet og beskrevet i notatet i journalen. Det er uavklart om beslutningen om HLR-minus hadde betydning for oppfølgingen eller beslutninger om valg av behandling, eller om å avstå fra behandling, var utslagsgivende underveis i behandlingsforløpet. Det kan imidlertid tenkes at dette påvirket helsepersonell som var kjent med beslutningen sine vurderinger underveis. Beslutningen hadde betydning for vurderingen om å avstå fra ytterligere behandling i etterkant av pasientens forverring i etterkant av hendelsen med hostemaskinen. Vi mener forholdet omkring beslutningen om HLR-minus for pasienten er en årsak til at det også i etterkant av hendelsen var usikkerhet i avdelingen knyttet til om det var riktig å starte HLR.

Forverring av pasientens tilstand ved bruk av hostemaskin

Pasienten er opplyst å ha vært stabil og våken i tiden etter HLR. ■■■ fikk behandling med hostemaskin første gang ca. klokken ■■■. Det var ikke foretatt undersøkelser av hvilke skader pasienten kunne ha blitt påført i forbindelse med HLR. Imidlertid fikk Statens helsetilsyn ved det stedlige tilsynet fortalt at personalet oppfattet det dithen at situasjonen for pasienten var slik at de ikke hadde noe valg med hensyn til ikke å gjennomføre behandling med hostemaskin. Behandlingen ble utført av personale i avdelingen, og det er beskrevet at pasienten først var litt urolig, men at ■■■ roet seg etter å ha blitt fortalt viktigheten av bruk. Pasienten ble i forbindelse med denne behandlingen ikke oppfattet som smertepreget av personalet.

Pasienten fikk deretter andre gangs behandling med hostemaskinen ca. klokken ■■■. På dette tidspunktet var det heller ikke gjort noen systematisk kartlegging av eventuelle skader som følge av utført HLR tidligere. Pasientens helsetilstand forverret seg etter denne behandlingen. Det synes som om pasientens forverring etter bruken av hostemaskinen kom overraskende på de ansatte i avdelingen. Videre viser gjennomgangen at de pårørende ikke ble tilstrekkelig informert om utfordringene med hensyn til pasientens helsetilstand i forkant av denne forverringen. Det er også uklart hvilken informasjon pasienten, som var våken og stabil, fikk. Forverringen skjedde to-tre timer etter HLR, og det var forut for bruken av hostemaskinen god tid til ytterligere kartlegging av skadene påført pasienten, og å gi de pasienten/pårørende informasjon om hva en kunne forvente i situasjonen.

Det ble først klokken ■■■ bestilt røntgenbilder, det vil si like før at pasienten ble dårlig etter ny bruk av hostemaskinen. Dette vel tre timer etter den første hendelsen med feil bruk av forstøverapparatet, og i overkant av to timer etter første behandling med hostemaskin. Bildene ble tatt i seng på rommet klokken ■■■. Overlegen har opplyst at oppkall fra sengepost om at pasienten var blitt dårlig av hostemaskin kom ca. klokken ■■■. Røntgenbildene som ble tatt etter forverringen viste ribbensfrakturer (hvorav én dislosert) og pneumotoraks på begge sider

med luftkapper på 2-3 cm. Om disse var tilstede før siste hostemaskinbehandling og kanskje burde vært behandlet, er ikke mulig å klarlegge.

Ribbensbrudd er en vanlig komplikasjon til riktig utført hjertekompresjon. Derfor var brudd av ribben ■■■ sannsynlig tilstede etter hendelse 1, men det ble ikke tatt røntgenbilde før etter hendelse 2. Det er mer usikkert om pneumothorax tilkom i forbindelse med hendelse 1 eller om den kan ha tilkommet etter hendelse 2. Pasienten ble beskrevet som rolig og stabil mellom hendelse 1 og hendelse 2. Overlegen lyttet på lungene på begge sider og hørte normal respirasjonslyd. Pneumotoraks har derfor mest sannsynlig tilkommet eller forverret seg ved bruk av hostemaskin hvis lungen har punktert, for eksempel av det disloserte ribbenet.