

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Dødsfall pga. mangelfull oppfølging av kreftpasient ved overbelegg ved

Saksnummer: [REDACTED]

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, knyttet til den helsehjelp [redacted] født [redacted] – død [redacted] 2018, fikk under innleggelsen [redacted] 2018 ved [redacted]

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til pasientens pårørende.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp da [redacted] var innlagt ved [redacted]. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at [redacted] ikke hadde tilrettelagt slik at helsepersonell som utførte helsetjenestene ble i stand til å overholde sine lovpålagte plikter til å yte forsvarlig helsehjelp. Etter vår vurdering sikret helseforetaket ikke forsvarlig helsehjelp til innlagte pasienter ved kreftavdelingen. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi mener at [redacted] har iverksatt relevante tiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende skjer igjen. Etter Statens helsetilsyns vurdering har virksomheten arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Vi ber om at [redacted] innen [redacted] 2019 gir en tilbakemelding på hvordan tiltakene er gjennomført og dokumentasjon på at de har den tilsiktede effekten. Vi ber også om en tilbakemelding på hvordan foretaket sikrer at kritiske prøvesvar varsles fra laboratoriet til behandlingsansvarlig personell.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved [redacted] har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed, og at dette brevet blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen.

For øvrig viser Statens helsetilsyn til at de pårørende i sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten har stilt spørsmål angående rekvirering av obduksjon, og om den hadde blitt foretatt uten krav fra dem. De stiller spørsmål ved hvem som ba om obduksjon, hvilke rutiner som foreligger rundt obduksjon etter uventet dødsfall og om eventuelle prosedyrer ble fulgt i denne saken. Vi ber om at ledelsen ved helseforetaket svarer på spørsmålene fra de pårørende. Tilbakemeldingen fra de pårørende ligger vedlagt. Vi ber også om at ledelsen informerer de pårørende om hvilke tiltak som er iverksatt for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Med hilsen

[redacted]
fung. direktør

[redacted]
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:

Rapport av dags dato

Tilbakemelding fra de pårørende

Kopi til:

Fylkesmannen [redacted]

Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:

seniorrådgiver [redacted]

seniorrådgiver [redacted]

fagsjef [redacted]

seniorrådgiver [redacted]

Juridiske saksbehandlere:

[redacted]
seniorrådgiver [redacted]

Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	6
2 Pasientbehandlingen/hendelsen	6
2.1 Om pasienten / bakgrunn	6
2.2 Oppfølging og behandling ved [REDACTED].....	6
2.3 Opplysninger fra de pårørende.....	12
3 Forhold ved virksomheten	12
3.1 Organisering.....	12
3.2 Relevante retningslinjer og prosedyrer	13
3.3 Vaktordninger, kompetanse og arbeidsoppgaver.....	14
3.4 Økende pasientstrøm ved kreftavdelingen.....	14
3.5 Oppfølging etter hendelsen.....	16
4 Hendelsesanalyse	17
5 Aktuelt regelverk	18
5.1 Forsvarlig helsehjelp	18
5.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	19
5.3 Plikt til å føre journal.....	19
6 Statens helsetilsyns vurderinger	20
6.1 Ga [REDACTED] forsvarlig helsehjelp til denne pasienten?	20
6.2 Hadde [REDACTED] tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til innlagte pasienter ved kreftavdelingen?	25
6.3 Har [REDACTED] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?	28
7 Konklusjon og oppfølging	28
7.1 Statens helsetilsyns konklusjon.....	28
7.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding	29
8 Vedlegg og referanser	29

Sammendrag

Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [REDACTED] 2018. Bakgrunnen for tilsynet var at helseforetaket i henhold til spesialisthelsetjenesten § 3-3 a varslet om en alvorlig pasienthendelse. Saken gjelder helsehjelpen som ble gitt til en pasient som var innlagt ved avdeling [REDACTED] i perioden [REDACTED] 2018. Pasienten fulgte et behandlingsopplegg mot tarmkreft, og hadde «åpen kontakt» som er en avtale som innebærer at pasienter selv kan ta kontakt med sykehuset for innleggelse ved behov.

Pasienten ble innlagt på sykehuset på grunn av nedsatt allmenntilstand, diaré og manglende matlyst. Undersøkelser viste akutt forverring av kronisk nyresvikt og dehydrering som følge av diaré. Pasienten utviklet dyspné (tungpustethet), og dagen etter ble det mistenkt at dette skyldtes blodpropp i lungene (lungeemboli). Diagnosen ble ikke verifisert, men det ble startet behandling med blodfortynnende medisin. Pasientens dyspné bedret seg ikke, men NEWS-skår (skåringssystem for å vurdere pasientens tilstand) var normal, og et røntgenbilde viste antydning til fortetninger i lungene. Den [REDACTED] 2018 ble det tatt blodgass (blodprøve) som viste økt surhetsgrad i blodet (pH 7,0) som følge av opphopning av syre i kroppen (metabolsk acidose) med påfølgende dyspné og et forsert pustemønster som ga lav karbondioksid i blodet (pCO₂) hos pasienten. Videre hadde infeksjonsprøven CRP steget til 173 mg/L.

Helsepersonell ble oppmerksom på svaret fra blodgassen 3,5 timer etter at den var analysert. Verdiene ble rapportert til legen som skulle gå visitt på kvelden, men ble ellers ikke fulgt opp. Det ble utført ultralyd av hjertet, som viste funn som kunne være forenlig med lungeemboli (blodpropp i lungene). CT av brystkassen viste lungefortetninger, og det ble startet med et smalspektret antibiotika først fire timer senere, til tross for at [REDACTED] hadde lavt antall hvite blodlegemer. Pasientens tilstand ble forverret utover kvelden. Det ble forsøkt oksygentilførsel uten effekt. MIT-teamet ble tilkalt, og det ble tatt en ny blodgass som viste ytterligere forverring. Pasienten ble overflyttet til intensivavdelingen [REDACTED] hadde et ytterligere fall i antall hvite blodlegemer. [REDACTED] utviklet alvorlig lavt blodtrykk og døde [REDACTED] 2018.

Statens helsetilsyn har kommet til at [REDACTED] ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp da [REDACTED] var innlagt ved kreftavdelingen. Bakgrunnen er at det ikke ble gjort tilstrekkelige tiltak/undersøkelser for å finne årsaken til pasientens dyspné. Videre mener vi at oppfølgingen av pasienten var preget av lite kontinuitet, og det var manglende systematisk oppfølging av avvikende prøvesvar og endring i sykdomsbildet. Statens helsetilsyn har kommet til at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Videre har Statens helsetilsyn kommet til at [REDACTED] ikke hadde tilrettelagt for at innlagte pasienter ved kreftavdelingen fikk forsvarlig helsehjelp. Bakgrunnen er at avdelingen hadde hatt en økende pasienttilstrømming med stort arbeidspress på leger og sykepleiere, og at vaktordningen ga lite kontinuitet i legenes visittgang og oppfølging av pasientene. Det var også svakheter ved virksomhetens rutiner for oppfølging av kritiske prøvesvar. Statens helsetilsyn har kommet til at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn viser til at helseforetaket har iverksatt tiltak for å redusere risiko/forhindret at lignende ikke skjer igjen. Vi anser at helseforetaket med dette har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

1 Innledning

██████████ varslet ██████████ 2018 om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen ██████████ født ██████████ – død ██████████ 2018, fikk ved avdeling for ██████████ ved ██████████

Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i ██████████ gjennomføre et stedlig tilsyn ved ██████████ denne saken. Begrunnelsen var at vi mente det var nødvendig for å få opplyst hendelsesforløpet, analysere mulige årsaker, og for å undersøke om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp. Vi ønsket også å undersøke hvorvidt det kunne foreligge en svikt ved virksomhetens tilrettelegging for forsvarlig helsehjelp.

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom innhentede dokumenter, intervjuer og kommentarer (gjennomføring av tilsynet er beskrevet i vedlegg 1). Først har vi redegjort for pasientbehandlingen/hendelsen, og rutiner/praksis og andre forhold ved virksomheten som er relevant for å kunne forstå hendelsen. Til slutt følger våre vurderinger og konklusjoner.

Denne rapporten omhandler forhold som ble avdekket under tilsynet ved de deler av ██████████ som har primæransvar for onkologiske pasienter. I den videre fremstillingen omtales disse som «kreftavdelingen».

2 Pasientbehandlingen/hendelsen

2.1 Om pasienten / bakgrunn

Pasienten var ██████████ på ██████████ år som hadde kjent hypertensjon og kronisk alvorlig nedsatt nyrefunksjon, men ██████████ var ikke dialysetrengende. ██████████

██████████ 2017 ble det påvist kreft i kolon sigmoideum med spredning til lymfeknuter (Dukes stadium 3). ██████████ ble operert med en høy, fremre rektumreseksjon i ██████████ 2017. Deretter ble ██████████ rutinemessig satt opp til cellegiftbehandling med FLOX-kurer for å redusere risiko for tilbakefall (adjuvant behandling). Dette ble underveis endret til FLV-kurer. Kur nr. fem ble avsluttet ██████████ 2018. Neste kur var planlagt poliklinisk ██████████ 018.

2.2 Oppfølging og behandling ved ██████████

2.2.1 Innleggelse

På grunn av sin kreftsykdom hadde pasienten «åpen kontakt» med ██████████ kom til sykehuset på ██████████ 2018 på grunn av diaré, oppkast og nedsatt matlyst forutgående uke ██████████ kjente seg trøtt og sliten, og ██████████ opplyste at ██████████ hadde hatt det slik hele uka.

Ved journalopptaket var ██████████ feberfri, og ██████████ hadde respirasjonsfrekvens på 18 pr. minutt. Det er notert i journalen at ██████████ hadde en sinustakykardi med 114 slag pr. minutt. ██████████ var klar og orientert, hadde ingen smerter og ubesværet respirasjon. Blodprøver viste at ██████████ hadde akutt forverring av sin kroniske nyresvikt, men det var ingen tegn til infeksjon med normale leukocytter og lav CRP. Det ble også påvist en forhøyet lipase som kunne være forenlig med en pankreatitt (betennelse i bukspyttkjertelen). ██████████ ble lagt inn på onkologisk sengepost ██████████ Det ble startet med væsketilskudd, og det ble bestilt ultralyd av lever, galleveier, pankreas og urinveier til neste dag.

2.2.2 Oppholdet på sengepost [redacted] frem til [redacted] 2018

[redacted] 2018 ble det skrevet førstedagsnotat av LIS-lege (lege i spesialisering) på dagvakt (lege 1). Ultralyd abdomen viste normale funn bortsett fra gallestein.

Pasienten hadde kjent kronisk nyresykdom (IgA-nefropati), med betydelig forverret nyrefunksjon ved innkomst. Lege 1 konfererte med spesialist i nefrologi som mente at forverring av nyrefunksjon skyltes væskemangel (prerenal årsak), på grunn av diaré og nedsatt væskeinntak. Blodtrykksmedisinene ble «nullet» for å gi nyrene et høyere gjennomstrømningstrykk. Det ble satt opp ytterligere væsketilskudd før [redacted] skulle ha sin planlagte cellegiftkur [redacted] 2018. Nyrefunksjonen ble fulgt opp videre med daglige målinger av kreatinin og GFR.

Pasienten var fortsatt takykard med puls 104 slag pr. minutt. [redacted] ble oppfordret til å drikke og spise. Kvalmen var bedre, og diaréen hadde stoppet opp i løpet av natten, men pasienten var stort sett sengeliggende [redacted] 2018. [redacted] hadde stabilt høy puls også gjennom natten, men relativt rolig respirasjonsmønster.

[redacted] 2018 var pasienten fortsatt sengeliggende, men sa selv at [redacted] følte seg i bra form. Det var legevisitt ved lege 1 som konfererte med spesialist i gastrokirurgi angående lipasestigningen. Uten kliniske symptomer ble det vurdert som ikke nødvendig å undersøke eller følge opp dette videre. Leukocytter hadde falt til $2,4 \times 10^9/L$, og CRP gått noe opp til 27 mg/L.

Pasienten hadde rikelig diurese, men blodprøvene viste fortsatt nedsatt nyrefunksjon, og det ble bestemt at cellegiftkuren [redacted] 2018 skulle utgå. [redacted] hadde fortsatt løs mage, men ikke hyppige tømminger. Det ble ikke notert noe om dyspné, men respirasjonsfrekvensen lå opp mot 20 pr. minutt, og [redacted] hadde fortsatt rask puls. Diaréen tiltok igjen på kvelden.

[redacted] 2018 er det ingen dagnotater fra lege eller sykepleier. Vakthavende overlege (overlege 1) noterte kl. [redacted] at pasienten hadde «uttalt tungpust, økende utover sykehusoppholdet». CRP hadde steget til 46 mg/L og leukocytter falt til $2,0 \times 10^9/L$. Overlege 1 mente det kunne være lungeemboli, men besluttet å ikke utrede dette med CT-angiografi, grunnet pasientens nyresvikt. På grunnlag av klinisk mistanke om lungeemboli startet overlegen behandling med 60 mg x 1 Klexane på kvelden.

Pasienten var selv mest plaget av munntørret, sårhet og etter hvert smerter i munnen, og det ble startet lindrende behandling mot dette med lokalbedøvende mikstur og fløteblanding. Diaréplagene var vedvarende, og pasienten fikk behandling med opiumsdråper. Pulsfrekvensen var stigende til 121 pr. minutt.

[redacted] 2018 er det notert i journalen at pasienten fortsatt hadde en påfallende, hvesende respirasjon. Denne dagen ble det ikke tatt kontroll av CRP, men leukocytter hadde falt til $1,0 \times 10^9/L$ og nøytrofile granulocytter til $0,5 \times 10^9/L$. Pasienten ble oppfordret til å være mer aktiv, men [redacted] stort sett i sengen. Sykepleieren mente at det var på grunn av dyspné, og pasientens [redacted] a til sykepleieren at [redacted] opplevde pasienten svært tung i pusten. Pulsfrekvensen hadde på dette tidspunktet gått ned til 110 pr. minutt.

Denne dagen gikk en overlege visitt (overlege 2) og noterte i journalen: «Tydelig forverring av [redacted] kroniske nyresvikt og nedsatt allmentilstand kombinert med uttalte plager fra munn/svelg.» I denne situasjonen avsluttet overlegen videre adjuvant cellegiftbehandling på

grunn av dårlig toleranse. Han beskrev at pasienten hadde en subjektiv økt dyspné til tross for normal respirasjonsfrekvens og normal perifer oksygenmetning.

Overlege 2 opplyste at han ikke tenkte på å ta blodgassmåling ettersom metningen var normal. Han bemerket at pasienten hadde en «rar» dyspné med lett taledyspné. Han noterte også i journalen at respirasjonen var «hvesende». Pasienten hadde vært afebril med CRP 46 mg/L dagen før, [REDACTED] 2018. Det ble ikke tatt CRP [REDACTED] 2018. Overlege 2 bestilte røntgen thoraks, og anbefalte å vurdere ultralyd av hjertet for å se etter indirekte tegn på lungeemboli, dersom røntgen thoraks ikke viste patologi.

Røntgen thoraks ble tatt på [REDACTED] og viste antydning til fortetninger i høyre lunge, usikkert funn. På kvelden var respirasjonsfrekvensen 21 pr. minutt, og pasienten ble av sykepleier igjen beskrevet som tydelig tungpustet. [REDACTED] lå stort sett i sengen. Da [REDACTED] sov pustet [REDACTED] ikke så raskt, men [REDACTED] hadde veldig dype pust. [REDACTED] klaget over uutholdelige smerter i halsen, og det ble ordinert 5 mg morfin mikstur som ekstra smertestillende. Pasienten fortalte sykepleier på kveldsvakt at [REDACTED] fortsatt hadde litt diaré. I samtale med Statens helsetilsyn ble det opplyst at helsepersonellet ikke oppfattet at det var noe alarmerende med denne pasienten.

2.2.3 Oppholdet på sengen [REDACTED] 2018

[REDACTED] 2018 noterte sykepleier 1 på dagvakt at pasienten var veldig søvning og sløv på morgenen, men dette ble vurdert å være en ettervirkning av morfinen som [REDACTED] ikk kvelden før. Pasienten hadde vært vanskelig å vekke på morgenen, men at [REDACTED] var mer våken kl. [REDACTED] Morfinmikstur ble seponert. Puls ved NEWS-skåring på morgenen var 121 slag pr. minutt. [REDACTED] lå i sengen det meste av dagen og var plaget med dyspné. Pasienten fortalte sykepleieren at [REDACTED] fortsatt hadde løs mage.

Det var bestilt en lang rekke blodprøver til kl. [REDACTED]. I e-post fra foretaket har vi fått opplyst at dette var en bestilling til [REDACTED] poliklinikken, og at den bestillingen automatisk ble kansellert da pasienten var innlagt. Det ble derfor etterbestilt prøver for å vurdere nyrefunksjon (kreatinin og GFR) og CRP, men ikke leukocytter eller nøytrofile granulocytter. CRP-verdien hadde gått kraftig opp til 173 mg/L.

Overlege 1 reagerte på at Klexane ikke hadde bedret pasientens pust og henviste [REDACTED] til ultralyd av hjertet hvor det i henvisningen står: «Ønsker en ecco-cor mtp om det kan gjøres en vurdering høyrebelastning som ved LE mtp videre antikoagulasjon evt andre årsaker til [REDACTED] tungpust.».

Overlege 1 gjorde en klinisk undersøkelse og hørte ingen fremmedlyder over lungene. Pasienten hadde fortsatt dyspné med respirasjonsfrekvens 20 pr. minutt, og overlegen valgte å ta en arteriell blodgass. Det ble opplyst at de ikke forventet at den ville være avvikende siden

pasienten hadde god perifer oksygenmetning. Overlege 1 tok selv blodgassen kl. [REDACTED]. Sykepleier 1 opprettet en rekvisisjon for blodgassen i DIPS og leverte prøven på laboratoriet. Prøven ble analysert og svarene godkjent av laboratoriet. Blodgassen viste lav pH på 7,00, lav pCO₂ 1,8 kPa, negativ base excess -26 mmol/L, redusert bikarbonat 6 mmol/L og tilnærmet normal pO₂ 11,2 kPa.

Svaret på blodgassen ble sett av overlege 1 i DIPS ca. kl. [REDACTED]. I samtale med Statens helsetilsyn fortalte hun at hun forstod at verdiene var svært unormale. Hun bestemte seg for å diskutere dem på rapportmøtet en time senere. Verdiene ble referert i journalnotatet, og legen stilte spørsmål ved om pasienten kunne ha en atypisk pneumoni. Hun henviste derfor til vanlig CT thoraks. I henvisningen ble det referert til blodgasssvaret.

Ultralyd av hjertet ble utført på ettermiddagen og konkluderte med «Funn på ekko-cor med dilatert høyre ventrikel og ukorrigert SPAP på 53,68 mm samt avflatning av septum gir mistanke om lungeemboli.»

Rapportmøtet for vakthavende leger ble fremskyndet noe denne dagen til ca. kl. [REDACTED] fordi det var mange inneliggende pasienter. På rapportmøtet fortalte overlege 1, at pasienten hadde pH 7,0 og hypokapni, og at [REDACTED] var blitt litt verre. Det ble videre referert at det var bestilt ultralyd av hjertet, CT thoraks, etterbestilt CRP og at pasienten måtte følges opp av vakthavende overlege med tanke på en atypisk pneumoni. Vakthavende overlege (overlege 3) kjente ikke pasienten fra tidligere. Hun oppfattet at pasienten hadde en lungeemboli. I samtale med Statens helsetilsyn kom det frem at hun ikke oppfattet at hun hadde ansvar for å følge opp resultatene fra pasientens blodgass. Rapportmøtet varte til ca. kl. [REDACTED].

Pasienten fikk tatt CT thoraks mellom kl. [REDACTED]. Undersøkelsen viste lungefortetninger bilateralt som kunne være forenlig med pneumoni eller annen betennelsesreaksjon. Overlege 3, som selv vurderte bildene, ordinerte kl. [REDACTED] 1 g x 4 Abbotcin intravenøst i den elektroniske kurven Meona.

Sykepleier 2, som hadde kveldsvakt, kjente ikke pasienten fra før og var bekymret over pusten til pasienten. Hun beskrev den som «en [REDACTED] pust, en pust hun ikke kjente, en dyp og hørbar pust». På sykepleiernes rapportmøte, og av kolleger på vakt, fikk hun forklart at pusteanskene skyldtes lungeemboli eller atypisk pneumoni. Blodgassen hadde hun ikke hørt noe om.

Overlege 3 kom på kveldsvisitt ca. kl. [REDACTED] og hun informerte sykepleier 2 om CT-funnet, og at pasienten hadde pneumoni og skulle ha Abbotcin. Sykepleier 2 ville ha med overlegen inn for å undersøke og vurdere pasienten, og informere om CT-svaret og antibiotikabehandlingen. Det passet imidlertid ikke for legen at de gikk inn da, og legen oppga at hun skulle komme tilbake senere.

NEWS-skåring kl. [REDACTED] viste en oksygenmetning på 85 % og respirasjonsfrekvens 25 pr. minutt. Kl. [REDACTED] kontaktet pasientens [REDACTED] sykepleier 2, og sa at pasientens pust var blitt verre. SaO₂ ble målt til 84 %.

Sykepleier 2 tilkalte overlege 3 og de gikk inn til pasienten sammen. I samtale med Statens helsetilsyn opplyste overlege 3 at pasientens [REDACTED] var i telefon med [REDACTED] da de kom inn, og [REDACTED] ble umiddelbart overrakt telefonen med oppfordring om å informere [REDACTED]. [REDACTED] informerte [REDACTED] over telefon, og deretter kunne [REDACTED] informere pasienten og [REDACTED].

CT-funnet. Videre ble det opplyst at da overlege 3 tilså pasienten, var [redacted] gråblek på leppene, men [redacted] ble ikke oppfattet som veldig dårlig. På vei ut av rommet spurte sykepleier 2 om pasienten burde få oksygen, og overlegen bekreftet at sykepleier 2 kunne gi oksygen. Abbotcin ble gjort klar av sykepleier og infusjonen ble satt i gang kl. [redacted]

Pasienten fikk oksygentilskudd i økende dose, initialt én liter pr. min, økende til fire liter pr. minutt. Dette bedret likevel ikke den kliniske tilstanden. Sykepleieren ville da ha legen inn til pasienten på ny. Det viste seg at overlege 3 hadde gått hjem, og litt før kl. [redacted] kontaktet sykepleier 2 vakthavende LIS (lege 1) som kom og fant pasienten gusten, knapt kontaktbar og med respirasjonsfrekvens 30 pr. minutt, SaO₂ 85 % med fire liter oksygen. [redacted] var tørr og varm i huden. Det ble tatt en ny arteriell blodgass og MIT-teamet ble tilkalt.

2.2.4 Overføring til intensivavdeling [redacted] 2018

Vakthavende anestesilege i MIT-teamet ble oppringt ca. kl. [redacted]. Anestesilegen oppfattet at pasienten hadde Kussmauls respirasjon, virket sliten og var somnolent, men reagerte på tiltale. Blodgass viste en alvorlig metabolsk acidose.

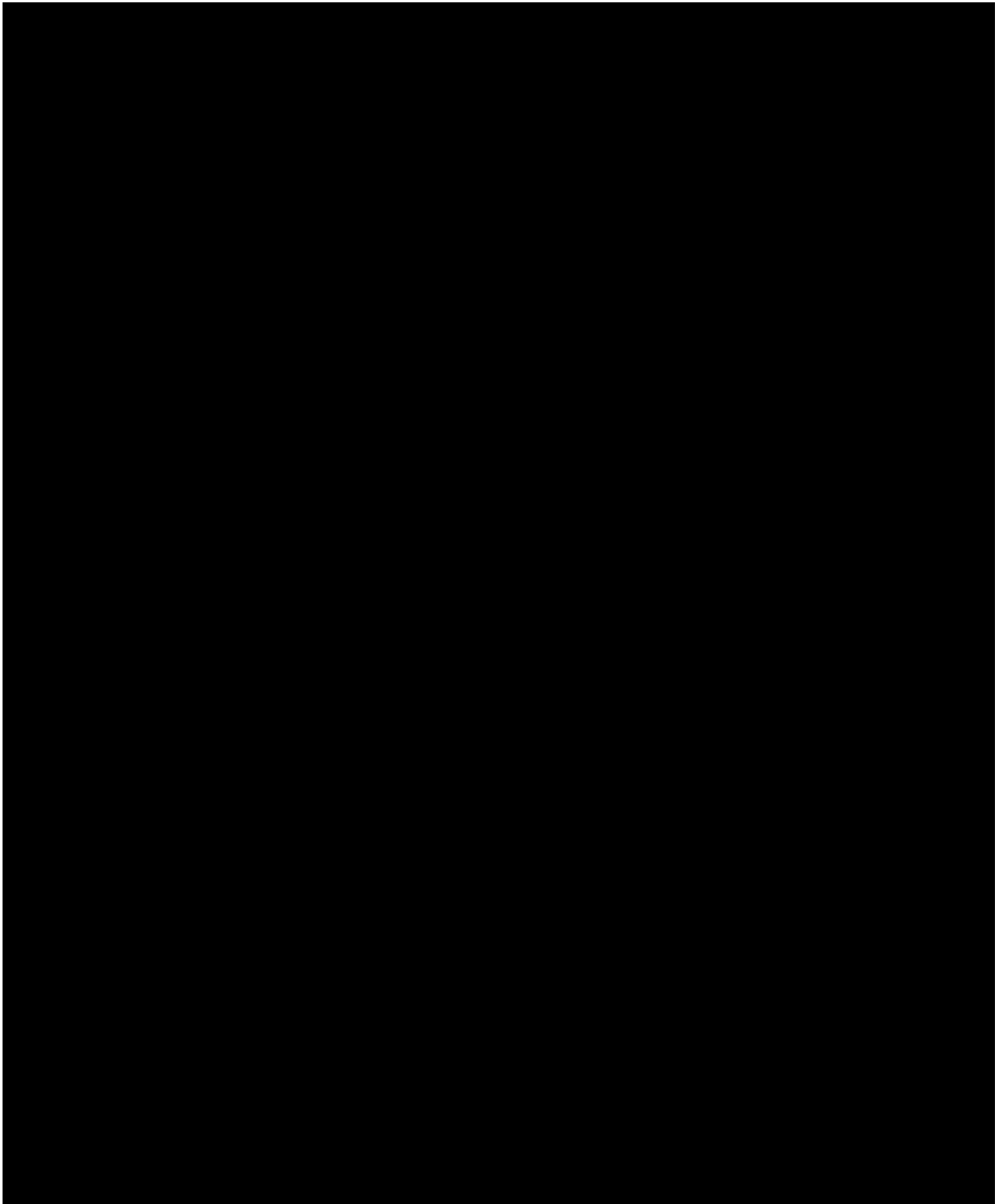
Pasienten ble flyttet til intensivavdelingen litt før kl. [redacted] og ble der mindre kontaktbar. [redacted] ble intubert og lagt på respirator, og det ble startet opp med dialyse (kontinuerlig veno-venøs hemofiltrasjon) og overvåking med PICCO (kontinuerlig overvåking av hjertets pumpeevne (cardiac output)). Antibiotika ble skiftet til Tazocin 4 g x 3 fra midnatt. Pasienten utviklet alvorlig hypotensjon til tross for væsketilskudd, noradrenalin, adrenalin og gikk inn i et refraktært, septisk sjokk utover [redacted] døde på intensivavdelingen [redacted] 2018 kl. [redacted]

Blodkulturer tatt [redacted] 2018 kl. [redacted] viste oppvekst av pseudomonas aeruginosa, serratia marscens og betahemolytiske streptokokker gruppe B.

2.2.5 Visning av NEWS-skår og sammenstilling av blodprøvesvar og målte parametere

[redacted]	[redacted]	[redacted]
------------	------------	------------

Statens helsetilsyn har også sammenstilt informasjon knyttet til pasientens utvikling over disse dagene.



2.3 Opplysninger fra de pårørende

De pårørende har i samtale med Statens helsetilsyn fortalt at de opplevde å få lite informasjon fra leger og sykepleiere under pasientens opphold ved sengepost. ■■■■■ fikk imidlertid veldig god informasjon og følte seg godt ivaretatt av LIS-legen som sørget for overflytting til intensivavdelingen. På intensivavdelingen fikk ■■■■■ også god informasjon gjennom ■■■■■ påde av sykepleieren og legen. Etter at ■■■■■ døde har ■■■■■ hatt samtaler med personell på intensivavdelingen og med avdelingsoverlegen, og de har fått tilbud om oppfølgingssamtaler begge steder.

I samtalen med Statens helsetilsyn fremkom det videre at pasientens ■■■■■ hadde vært svært bekymret for pasientens dyspné, og ■■■■■ hadde formidlet dette til avdelingens helsepersonell flere ganger. ■■■■■ hadde fått vite at pasienten hadde startet behandling for en blodpropp i lungen.

3 Forhold ved virksomheten

3.1 Organisering



Figur 6: Enheter under [redacted] (vår illustrasjon)

Avdelingsoverlegen er faglig leder og personalleder for alt legepersonell på avdelingen. Det fremgår av stillingsbeskrivelse at avdelingsoverlegen blant annet har ansvar for at kvaliteten er faglig forsvarlig, og at virksomheten drives i overensstemmelse med lover og forskrifter. Avdelingsoverlegen skal videre utarbeide interne prosedyrer, metoder og rutiner for avdelingen.

Det følger av stillingsbeskrivelsen for seksjonsoverlegene på [redacted] at han/hun er faglig overordnet alle leger knyttet til seksjonen, men personalansvar for legene er tillagt avdelingsoverlegen. Seksjonsoverlegen har delegert medisinsk faglig ansvar innenfor sin enhet, herunder har han/hun ansvar for at kvaliteten er medisinsk faglig forsvarlig og at virksomheten drives i overensstemmelse med lover og forskrifter.

3.2 Relevante retningslinjer og prosedyrer

Statens helsetilsyn har mottatt følgende retningslinjer og prosedyrer fra [redacted]

0 på gangen – Beskrivelse av pasientflyt ved overbelegg somatikk som definerer IGP-pasienter (Interne Gjestepasienter). IGP er pasienter som skulle vært plassert på en fagspesifikk sengepost, men når det er fullt der, plasserer pasientkoordinator pasienten på en annen egnet sengepost med ledig kapasitet. Det er moderpostens leger som går visitt på IGP-pasientene uansett hvor de ligger.

DVT og lungeemboli beskriver rutiner i akuttmottak for pasienter med mistanke om DVT eller lungeemboli. Når det gjelder lungeemboli sier rutinen at pasienten triageres og tas imot av vakthavende medisiner.

Venetrombose og lungeemboli – pasientinformasjon beskriver blant annet diagnosen og behandling.

Dokument med beskrivelse av NEWS og bruk av MIT-team definerer bruken av NEWS og mulighet til å sammenkalle MIT ved NEWS-skår over 5-6.

Kritiske prøvesvar, retningslinjer for mottak og overlevering beskriver hvordan man skal «sikre at behandlingsansvarlig mottar kritiske prøvesvar så raskt som disse foreligger». Kritiske prøvesvar er prøvesvar som indikerer alvorlig helsefare for pasienten med mindre behandling iverksettes umiddelbart.

Overlevering av kritiske prøvesvar legger ansvaret på laboratorieavdelingen for at prøvesvar formidles til rekvirerende lege/avd.

Ringning av kritiske prøvesvar fra avdeling for medisinsk biokjemi beskriver at alle svar som ligger utenfor ringegrensene i utgangspunktet skal ringes.

ABL: Ringegrensar beskriver at det er angitt ringegrensar for ionisert kalsium.

Hematologi: Hematologiske ringegrensar og etterbestillingsgrensar beskriver at «Svar ringes ikke til [...]».

3.3 Vaktordninger, kompetanse og arbeidsoppgaver

Statens helsetilsyn fikk opplyst at det på hendelsestidspunktet var totalt 29 godkjente legehjemler på [...] hvorav ti leger på hematologi og 19 leger på onkologi. Av de 19 onkologiske legene var tolv overleger og syv var leger i spesialisering. LIS-legene roterte med en periode på medisinsk avdeling for å få erfaring med generelle medisinske problemstillinger.

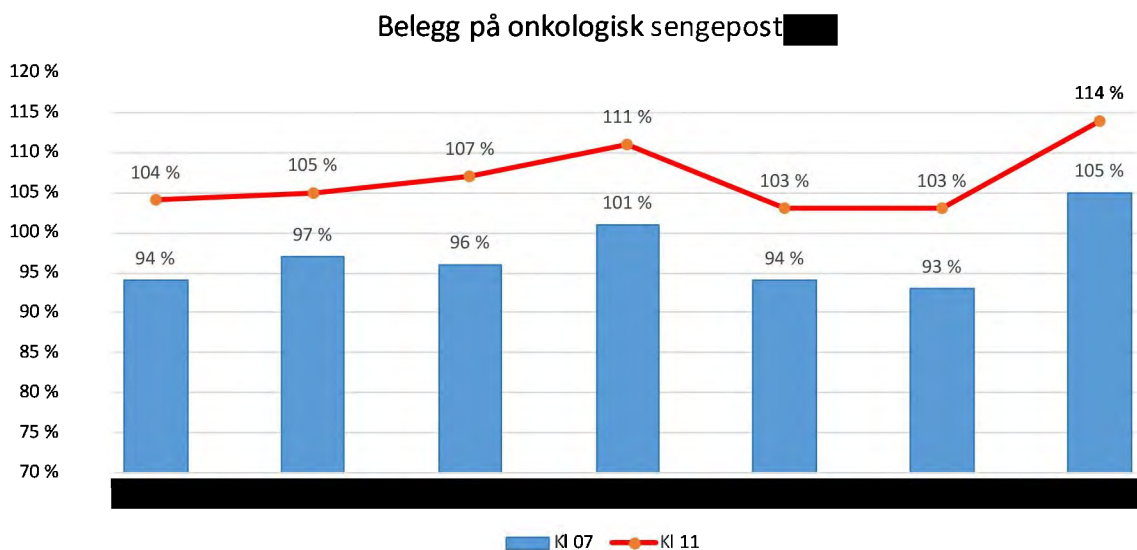
På hverdager hadde [...] overlege i bakvakt til kl. 20.00 og LIS-lege i forvakt frem til kl. 22.00. Fra kl. 22.00 til kl. 07.30 var det LIS-lege på generell medisinsk avdeling som dekket vaktfunksjonen. På dagtid hadde vakthavende LIS-lege på [...] vaktcalling ved siden av andre arbeidsoppgaver og ble varslet om og tok imot alle innleggelsar.

Avdelingen praktiserte «åpen kontakt» for sine kreftpasienter, og disse pasientene kom inn hele døgnet. Det var vakthavende LIS-lege som tok imot disse henvendelsene og visittgangen kunne bli avbrutt av callinger og telefoner. LIS-legene arbeidet også ved andre avdelinger én til to dager i uken.

En større del av pasientbehandlingen var flyttet over til poliklinikk, og overlegene ble ofte tilkalt dit og var opptatt med pasientene der. Det gjorde at vakthavende LIS-legen ofte gikk visitt på sengepost [...] alene.

3.4 Økende pasientstrøm ved kreftavdelingen

Kreftavdelingen har hatt økende belegg over tid (16-19) og figuren nedenfor illustrerer dette ved sammenstilte beleggsdata for onkologisk sengepost [...]. Figuren viser at sengeposten har hatt et belegg på 94-105 % på morgenen og opp til 110-115 % belegg på formiddagen som er uttrykk for pasienttilstrømming tidlig på dagen.



Figur 7: Belegg på onkologisk sengepost

Foretaket har i sin tilbakemelding på foreløpig rapport vist til at sykehuset så langt det var mulig, ikke skulle ha pasienter på korridor. For kreftavdelingen innebar det at ledige senger ble benyttet av pasienter tilhørende andre avdelinger. Det ble ikke tatt hensyn til at kreftavdelingen erfaringsmessig fikk inn pasienter som øyeblikkelig hjelp innen kort tid, eller at de fikk flere planlagte innleggelser neste dag. Omtrent 70 % av kreftavdelingens pasienter kom inn som øyeblikkelig hjelp. Pasienter med «åpen kontakt» ble vanligvis lagt på sengepost korridor, og det var aksept for dette. I tilfeller med stort overbelegg ble kreftavdelingens pasienter flyttet til andre avdelinger som interne gjestepasienter.

3.4.1 Bekymring i legegruppen

Ved det stedlige tilsynet ble det uttrykt at det før hendelsen hadde vært stor bekymring i legegruppen over økende belegg og arbeidsbelastning. Det hadde over tid vært svært stort arbeidspress, med et stort antall pasienter og flere pasienter med sammensatte problemstillinger.

Det ble beskrevet stor pågang av kreftpasienter med behov for øyeblikkelig hjelp i akuttmottaket. Disse pasientene skulle vurderes av vakthavende LIS-lege, som også skulle gå visitt på sengepost. LIS-legene opplevde ofte samtidighetskonflikter som ga en uforutsigbar og oppstykket visittgang. Det ble videre påpekt at det hadde vært økning i behandlinger på poliklinikken som følge av nye behandlingsmuligheter, uten at dette hadde medført tilsvarende økte ressurser til sengepost. Overlegene var mer på poliklinikken og fikk mindre tid til veiledning og oppfølging av LIS-legene.

På grunn av endret behandling lever kreftpasientene lenger. Avdelingen opplevde dermed at det var flere pasienter med åpen kontakt og flere dårlige pasienter som var innlagt. I legegruppen ble det uttrykt en opplevelse av at det ikke var samsvar mellom arbeidsoppgaver og bemanning på sengeposten, og at det ble dårlig kontinuitet spesielt blant LIS-legene.

Arbeidssituasjonen ble beskrevet som uholdbar, og det ble sagt at mange gruet seg til å gå på jobb, og var redde for å gjøre feil i en for travel arbeidssituasjon.

Ledelsen anga under tilsynet at de var kjent med bekymringen i legegruppen.

3.5 Oppfølging etter hendelsen

Statens helsetilsyn mottok [redacted] in tilbakemelding på foreløpig rapport i brev datert [redacted] 2019. Det fremgår av tilbakemeldingen at helseforetaket har iverksatt følgende tiltak for å hindre tilsvarende faglige feil:

- Det er gjennomført undervisning om NEWS. Kunnskapen om NEWS og rutiner rundt MIT-team er forbedret i lege- og sykepleiergruppen. Gjennomgang av saken og undervisning i ettertid har ført til betydelig økt bevissthet rundt skåringen. Det er gjennomgått og oppfrisket rutiner for kontakt med MIT-team.
- Det er gjennomført undervisning om blodgass/syre-base-vurderinger. Det er klargjort at lege som er ansvarlig for prøvetaking følger aktivt opp prøvesvar.
- Det er fortsatt med regelmessige gjennomganger med infeksjonsmedisiner for å kontrollere og endre til riktig antibiotika hos inneliggende pasienter. Det er gjennomført egen undervisning om sepsisbehandling.

Helseforetaket har videre gjennomført tiltak for å bedre kontinuiteten blant legene som går visitt. Bemanningen er ikke økt, men de har forsøkt å bedre situasjonen ved at:

- Det er opprettet en dagpost som er bemannet med en LIS-lege, en sykepleier og en sekretær. Alle er nye stillinger fra [redacted] 2019. Dagposten skal avlaste sengeposten for enkle utredninger, væskebehandling før CT, blodtransfusjoner og noen øyeblikkelig hjelp-timer hver dag, som kan bidra til å redusere antall innleggelser.
- Vaktcalling på dagtid går på rundgang mellom LIS-legene i en uke sammenhengende. Visittgående leger blir dermed ikke avbrutt for mottak av akutte innleggelser.
- Det er presisert i legegruppen at vaktarbeid må ha prioritet fremfor merarbeid fra dagtid, og viktigheten av at pasienter følges godt opp også på vakttid når den medisinske tilstanden krever det. Spesielt viktig er det å utvikle en kultur hvor det skal være lav terskel for sykepleierne å kontakte vaktlege.
- [redacted] er en del av felles kapasitetsmøte i medisinsk flytzone. Hver morgen samles samarbeidende poster og avdelinger for å håndtere høy aktivitet og koordinere bruk av ressurser. Det er utarbeidet egne EQS-prosedyrer for gjennomføring av kapasitetsmøter i flytsonen.
- Det er gjennomgått rutiner for høy aktivitet i de ulike flytsonene på sykehuset. Det er nå rutiner som hindrer stort overbelegg på onkologisk sengepost dersom det er tilgjengelige plasser på andre sengeposter. Dette har gitt bedre forhold for sykepleierne, men det er like krevende for legene som må håndtere pasientene også på andre sengeposter, hvor sykepleierne gjerne ikke har erfaring med kreftpasienter og det er flere minutters gange fra egen sengepost.

Når det gjelder bemanning har helseforetaket vist til at avdelingen fra opprettelsen i [redacted] til 2014 har hatt flere ledige overlegestillinger. Det har ikke latt seg gjøre å rekruttere eksterne spesialister i onkologi, samtidig som det tar lang tid å utdanne egne spesialister. I dag har foretaket tilgang på nyutdannede spesialister fra eget sykehus, men de siste års prioriteringer har ikke gitt økt antall spesialister i onkologi. [redacted] 2017 ble det opprettet en ny overlegestilling i onkologi på grunn av en svært utfordrende situasjon på poliklinikken. Denne stillingen ble videreført i det ordinære budsjettet for 2018.

Fra 2017 til 2018 var det en økning på 2,2 % i antall inneliggende pasienter og 9,2 % i antall polikliniske konsultasjoner. Så langt i 2019 har det vært ca. 15 % økning i antall polikliniske konsultasjoner i forhold til samme periode i 2018. Avdelingen beregner en aktivitetsøkning fremover med en årlig økning på 7-8 %, noe som vil kunne gi et behov for en økning i både

legestillinger og sykepleiestillinger. Avdelingsledelsen vil sammen med klinikkledelsen fortsette arbeidet for etablering av flere stillinger for å sikre god faglig kvalitet på behandlingstilbudet i fremtiden. Parallelt med dette har avdelingen meldt inn behov for økt sengekapasitet.

4 Hendelsesanalyse

I ettertid, med hendelsesrekken i omvendt rekkefølge, og med fasit i hånden, legger Statens helsetilsyn følgende til grunn:

- Pasienten døde i septisk lunge- og sirkulasjonssvikt og med akutt på kronisk nyresvikt.
 - Begrunnelse: Det var oppvekst av gruppe-B streptokokker, serratia marscens og pseudomonas i blodkultur. CRP hadde steget fra 13 mg/L [redacted] 2018 til 173 mg/L kl. [redacted] den [redacted] 2018. Det oppstod behandlingsrefraktær lungesvikt med pulmonal hypertensjon og systemisk hypotensjon.
- Det er ukjent om noen oppdaget stigningen i CRP før pasienten ble kritisk syk. Svaret fra blodgassen som ble tatt kl. [redacted] den [redacted] 2018 ble oppdaget, men ikke fulgt opp av visittgående overlege eller overlegen som kom på vakt på ettermiddagen. Å oppdage, men ikke følge opp sterkt avvikende blodprøvesvar, oppfatter vi som eksempler på svikt i situasjonsoppmerksomhet. Vi mener at svikten i situasjonsoppmerksomheten var relatert til overbelegg og for høy arbeidsbelastning hos visittgående leger.
 - Begrunnelse: Situasjonsoppmerksomhet innebærer følgende tre trinn:
 1. At helsepersonell oppdager eller får informasjon om et signal som har betydning.
 2. At helsepersonellet orienterer seg mot hva funnet innebærer av potensiell fare.
 3. At det iverksettes tiltak for å hindre den mulige faren. I dette tilfellet oppstod det svikt mellom 1. og 2. trinn for legene. Sykepleieren som var involvert på [redacted] 2018 var ikke meddelt denne opplysningen siden hun ikke skaffet seg tilgang til blodprøvesvaret. Sykepleieren som hadde ansvaret for pasienten på ettermiddagen var ikke informert om at det var tatt en blodgass.

Tap av/ svikt i situasjonsoppmerksomhet er en viktig faktor i hendelser i helsevesenet. Svikt i situasjonsoppmerksomhet oppstår oftere i situasjoner med overbelastning i arbeidsoppgaver (1–6). Samtaler med leger, sykepleiere og ledersjiktene fra avdelingssykepleier til klinikkdirektør, verifiserer at det var en svært stor arbeidsbelastning i perioden da hendelsen oppstod. Tallmateriale dokumenterer at sengeposten var belagt med >100 % av kapasiteten.

- Pasienten hadde fått diagnosen lungeemboli fordi det i løpet av [redacted] [redacted] 2018 ble registrert uttalt dyspné, og fordi [redacted] tilhørte en gruppe pasienter (kreftpasienter), som får lungeemboli hyppig i forhold til andre pasienter, og fordi funnene ved ultralydundersøkelse av hjertet [redacted] 2018 ga funn som kunne være forenlig med lungeemboli. Diagnosen var imidlertid ikke korrekt.
 - Begrunnelse: Obduksjonen viste åpne lungearterier.
 - Ekkofunnene viste tegn til pulmonal hypertensjon som i dette tilfellet ikke var forårsaket av lungeemboli.
- Pasienten hadde fra [redacted] 2018 utviklet en hyperventilasjonstilstand med dyspné på bakgrunn av metabolsk acidose som antas å ha sammenheng med akutt forverring av pasientens kronisk alvorlig reduserte nyrefunksjon og/eller tap av bikarbonat i tarm. (7-9) Tilstanden ble ikke erkjent fordi den unormale respirasjonen ble tilskrevet lungeemboli.

- Begrunnelse: Blodgass tatt [redacted] 2018 kl. [redacted] er forenlig med alvorlig metabolsk acidose som er delvis respiratorisk kompensert med uttalt hypokapni med pCO₂ på 1,8 kPa. Det var moderat forhøyet anion gap. Pasienten hadde hatt diaré ved innleggelsen og også senere i forløpet. Sykepleiere, leger og pårørende beskriver påfallende respirasjon som ikke var spesielt rask eller hadde obstruktivt preg. Ved tilsynet kom det frem at flere helsepersonell hadde reagert og spurt om respirasjonen, og at det var gitt beskjed om at den påfallende respirasjonen var forårsaket av lungeemboli. Da pasienten ble vurdert av MIT-team [redacted] 2018 ca. kl. [redacted], ble den betydelige acidosen erkjent og tolket, og respirasjonen ble beskrevet som Kussmauls respirasjon.
- Pasienten ble innlagt [redacted] 2018 med diare, med rask hjerterefrekvens, nedsatt allmenntilstand og [redacted] var dehydrert.

5 Aktuelt regelverk

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om helseforetaket har gitt pasienten forsvarlig helsehjelp, og om helseforetaket har organisert seg slik at de sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner. Her presenterer vi det regelverket som er relevant for å vurdere dette.

5.1 Forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven §§ 16 og 4.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard og tar utgangspunkt i hva som må kunne forventes av helsepersonell og virksomheter. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsmessige normer. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven, og endrer seg med fagutviklinger og endringer i verdioppfatninger. Disse normene utgjør på denne måten det som betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

Ved vurderingen av om helsehjelpen har vært forsvarlig skal det tas utgangspunkt i hva som er god praksis for tilsvarende forhold. Det som står sentralt er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i en konkret situasjon, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Forsvarlighetsvurderingen av helsepersonells handlinger skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Forsvarlighetsstandard tar utgangspunkt i hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, men må også vurderes i lys av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Fagutøvelsen må etter omstendighetene avvike relativt klart fra god praksis før helsehjelpen anses for å være uforsvarlig.

Samtidig som helsepersonell har en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet, har spesialisthelsetjenesten plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i

helsepersonelloven, og stiller krav til at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene til enhver tid er i samsvar med god praksis.

Kravet om forsvarlighet er også et krav om forsvarlig organisering av tjenesten. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og ledelsesmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og systematiske tiltak som sikrer tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet og nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene.

5.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er sammenheng mellom forsvarlighetskravet og virksomhetens plikt til å arbeide med systematisk kvalitets- og pasientsikkerhet (internkontroll). Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. Videre at ledelsen foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten og setter inn risikoreduserende tiltak der det er nødvendig. Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen.

Denne prosessen innebærer å avdekke og dokumentere områder med risiko, utvikle risikoreduserende tiltak, teste dem ut og implementere de tiltakene som viser seg å være effektive. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Virksomhetens plikt til å arbeide med tematisk kvalitets- og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 3 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedring vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker og implementere de tiltak som viser seg å være effektive. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet.

Det følger av Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv 1-2/2013 – «Lederansvaret i sykehus», at systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet skal forankres og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle. Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er på denne måten en sentral del av ledelsens styringssystem for sykehuset. Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke skal være tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet.

5.3 Plikt til å føre journal

Enhver som yter helsehjelp har plikt til å føre journal for den enkelte pasient. Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk, og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger

om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Forskrift om pasientjournal angir nærmere hvilke opplysninger som kan være relevante og nødvendige. Her fremgår blant annet opplysninger om symptomer, observasjoner og funn ved undersøkelser, diagnostiske overveielser og andre medisinske opplysninger og vurderinger, jf. forskriften § 6 bokstav c.

6 Statens helsetilsyns vurderinger

I dette kapitlet vurderer vi saksforholdet som er beskrevet i kapittel 2 og 3, opp mot det angitte regelverket i kapittel 5.

Statens helsetilsyn har kommet til at det sentrale vurderingstemaet er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi har i denne saken ikke funnet grunnlag for å vurdere administrativ reaksjon mot involvert helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonells handlinger inngår i den samlede vurderingen av den diagnostikk, oppfølging og behandling pasienten fikk.

Vi har valgt å avgrense våre vurderinger til den behandling pasienten fikk fra [redacted] ble innlagt ved onkologisk sengepost 18. mars 2018, til MIT-teamet overtok behandlingen på kvelden 23. mars 2018.

Vi har vurdert følgende:

- **Ga [redacted] forsvarlig helsehjelp til denne pasienten?**
- **Hadde [redacted] tilrettelagt for at innlagte pasienter ved kreftavdelingen fikk forsvarlig helsehjelp?**
- **Har [redacted] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?**

6.1 Ga [redacted] forsvarlig helsehjelp til denne pasienten?

Statens helsetilsyn har kommet til at [redacted] ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp da [redacted] var innlagt ved kreftavdelingen i perioden [redacted] 2018. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

God praksis

Ved innleggelse på sykehus vil previsitt og visitt være den viktigste aktiviteten for å legge en utrednings- og behandlingsplan for pasienten, og evaluere og justere denne. God pasientbehandling forutsetter ofte at previsitt/visitt er en arena for sammenstilling av tilgjengelig informasjon (observasjoner, prøvesvar og svar på undersøkelser), tilstrekkelig kompetanse og kontinuitet over tid.

Det er god praksis å gjøre daglige vurderinger av pasientens helsetilstand, behov for videre behandling og at eventuell behandlingsplan revurderes når det foreligger svar på undersøkelser og prøver, eller blir gjort nye observasjoner. Vurderinger skal dokumenteres i journalen. Avvikende prøvesvar må følges opp med kontroller og eventuelt supplerende undersøkelser for endelig diagnostikk. Endring over tid kan gi varsel om alvorlig sykdom.

I pasientsikkerhetsprogrammet er to av innsatsområdene «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «Tidlig oppdagelse av sepsis». God praksis i denne sammenheng er å ha fokus på å kunne identifisere tegn til endringer/forverring på et tidlig tidspunkt, slik at utvikling av akutt kritisk sykdom kan begrenses. Tidlig oppdagelse av en klinisk forverret tilstand, etterfulgt av rask og effektiv handling, kan redusere forekomsten av uønskede hendelser, sykdomsforverring og hjertestans (22). NEWS og bruk av MIT-team er viktige verktøy i

denne sammenhengen, men det er viktig å vite at en lav NEWS-skår ikke utelukker alvorlig sykdom (23).

God praksis vedrørende dyspné

Pasienter med dyspné er pasienter med subjektiv opplevelse av pustebesvær uansett bakenforliggende årsak. Dyspné vil som regel gi endringer i pustemønsteret ved at pusten kan bli dypere eller raskere (takypné), eller både dypere og raskere. Dyspné kan skyldes en rekke ulike årsaker. God praksis tilsier derfor at differensialdiagnoser bør vurderes, og relevante differensialdiagnoser utredes videre. Ofte bør det også gjøres andre supplerende undersøkelser (6,7). For å kunne identifisere pusteproblemet, og reagere ved å avgrense eller hindre risikoen, er det viktig å ha kjennskap til grunnleggende fysiologi og reguleringen av respirasjonen, hva som gir økt pustetrang og betydningen av oksygenering, $p\text{CO}_2$ og pH.

Perifer oksygenmetning (SaO_2) kan avdekke at pasienten har et oksygeneringsproblem, se eget punkt nedenfor.

Klinisk undersøkelse bør avdekke om pasienten har frie luftveier, og om ██████ er obstruktiv eller har inspiratorisk stridor som kan forklare ██████ dyspné. Hvis ikke luftveishinder eller nedsatt oksygeneringsevne kan forklare pasientens dyspné, er det i tråd med god praksis å ta en blodgass for å få klarlagt om det er en respiratorisk acidose med høy $p\text{CO}_2$ eller en annen syre-baseforstyrrelse som er årsaken.

Pasienter som har en akutt på kronisk forverring av nyresvikt, har risiko for å utvikle en acidose. En pasient med diaré vil også kunne utvikle acidose. Det er dermed god praksis at en pasient med dyspne, nyresvikt og diaré vurderes med tanke på utvikling av en metabolsk acidose (15).

God praksis vedrørende diagnostikk av lungeemboli og kreftpasienter

Risikoen for DVT eller lungeemboli er økt med fire til syv ganger hos pasienter med kreft (25). Selv om det er mistanke om DVT eller lungeemboli på bakgrunn av økt forekomst hos kreftpasienter, er det god praksis at diagnosen verifiseres. En forhøyet D-dimer vil vanligvis kunne understøtte en mistanke om diagnosen, men hos pasienter med kreft vil D-dimer kunne være forhøyet også som følge av kreftsykdommen. Hos kreftpasienter vil derfor en forhøyet D-dimer ikke ha diagnostisk verdi i forhold til lungeemboli, men en D-dimer i normalområdet vil ha en høy, negativ prediktiv verdi (30,32).

Videre tiltak for å verifisere diagnosen vil være å ta CT-angiografi med kontrast, alternativt kan det undersøkes med lunge ventilasjon-perfusjonsscintigrafi (24, 28). Hvis det ikke er mulig å verifisere diagnosen med CT/scintigrafi, må det vurderes alternative diagnoser, slik at pasienten sikres korrekt behandling.

Ekkokardiografi kan understøtte diagnosen ved at det kan påvises tegn til høyt trykk i lungekretsløpet. Metoden er imidlertid ikke anbefalt til diagnostikk av pasienter med stabil sirkulasjon og normalt blodtrykk, og hvor det er mistanke om lungeemboli (32, side 12). Hos slike pasienter har undersøkelsen for lav spesifisitet og sensitivitet.

Hos kreftpasienter med dyspné og mistanke om lungeemboli anbefales tidlig behandling med lavmolekylært heparin dersom det ikke er kontraindikasjoner, selv før diagnosen er verifisert (30, 31, 33). Dette forutsetter at det etter start av behandling gjøres undersøkelse for å verifisere eller avkrefte diagnosen.

God praksis vedrørende blodgassanalyse

Blodgassundersøkelse kan tas kapillært, venøst eller arterielt. Ved uavklarte respirasjonsforstyrrelser hos voksne bør prøven tas arterielt. Det er lege eller sykepleier med erfaring i arteriell prøvetaking som kan ta prøven. Prøven må raskt bringes til egen analysemaskin som skriver ut et standardisert sett med prøvesvar.

Det er i tråd med god praksis at den som har rekvirert og/eller tatt en blodgass, gjør seg kjent med og vurderer prøvesvarene så snart de foreligger. God praksis tilsier da også at legen kjenner til normalverdier i en blodgass og hvordan store avvik skal håndteres. Store avvik fra normalen kan innebære livstruende forstyrrelser som vil kreve umiddelbare tiltak. Innen flere kliniske spesialiteter vil det være lite erfaring med tolkning av blodgass, og da vil det være nødvendig å tilkalle spesialkompetanse fra andre avdelinger.

ISO 15189 (Medisinske laboratorier – Krav til kvalitet og kompetanse) (29) er en anerkjent standard for god laboratoriepraksis. Statens helsetilsyn har lagt standarden til grunn ved utdypning av god praksis i denne saken.

Når et laboratorium oppdager svært avvikende, mulig livstruende prøvesvar, er det god praksis at de varsler behandlingsansvarlig personell så snart som mulig, etter at analysesvaret foreligger. I ISO-standarden er dette beskrevet under kapittel 5.9 Frigivelse av resultater: «Når analyseresultatene faller utenfor vedtatte varslingsgrenser eller «kritiske» grenseverdier: – skal en legespesialist (eller andre helsearbeidere godkjent for dette formålet) underrettes umiddelbart».

God praksis vedrørende febril nøytropeni og infeksjonsutvikling

Ved behandling med cellegift (cytostatika) kan pasienten utvikle leukopeni og nøytropeni. Nøytropeni defineres i følge Oncoclex som nøytrofile granulocytter $\leq 0,5 \times 10^9/L$ eller $< 1,0 \times 10^9/L$ med forventet fall (basert på forverret klinisk tilstand), til $< 0,5 \times 10^9/L$ i løpet av de neste 48 timene. Febril nøytropeni er definert ved temperatur over $38,0^\circ C$ rektalt kombinert med nøytropeni (26). I følge nasjonal faglig retningslinje for antibiotika i sykehus skal det ved febril nøytropeni tas to blodkulturer og deretter startes med baktericide antibiotika med både gramnegativ og grampositiv dekning innen en time (34). Enkelte får sepsis uten feber. Helsepersonell må derfor også være oppmerksom på andre symptomer som slapphet, diaré eller fokale tegn til infeksjon. Det bør være lav terskel for blodkulturer, og oppstart av antibiotika og blodprøver med differensiantelling bør følges. Pasientene bør isoleres ved nøytrofile granulocytter $\leq 0,3 \times 10^9/L$ (26).

Vurderinger

Pasientens dyspné debuterte [REDACTED] 2018. I tråd med god praksis ble det raskt registrert at [REDACTED] hadde dyspné. Flere av legene og sykepleierne bemerket en påfallende dyspné. I tilbakemeldingen på foreløpig rapport har de likevel kommentert at pasienten ikke fremstod spesielt klinisk dårlig, og den tunge pusten fremstod relativt stabil frem til [REDACTED] 2018. Dette kan passe med at pasienten klarte å kompensere sin metabolske acidose med forsert respirasjon fram til [REDACTED] 2018. Det ble gjort regelmessige registreringer av NEWS-skår, og det ble gjort flere målinger av perifer oksygenmetning, puls og blodtrykk med transportabel monitor og manuell telling av respirasjonsfrekvens.

Pasienten utviklet ikke takypné (rask pust) før på [REDACTED] 2018, men hadde fra [REDACTED] Kussmauls respirasjon (dype pust med tilnærmet normal eller lett forhøyet frekvens). Dette pustemønsteret ses ved metabolske acidoser som har utviklet seg over litt tid, mest kjent ved diabetes ketoacidose.

Normal respiration

NEWS fanger ikke opp normofrekvent respirasjon med store tidevolum som avvik, og i pasientens elektroniske kurve, Meona, var derfor NEWS-ikonet «grønt» som indikasjon på at tilstanden var «normal» (se figur 2). Ut fra foreliggende dokumentasjon ble det ikke gjort NEWS-registreringer [REDACTED].

Til tross for «normal» NEWS-skår og at [REDACTED] ikke ble oppfattet som spesielt klinisk dårlig, ble pasientens dyspné vurdert og beskrevet som påfallende. Det [REDACTED] 2018 ble det konkludert med at det var klinisk mistanke om at pasienten hadde lungeemboli, uten at det er beskrevet hva som lå til grunn for denne vurderingen. Diagnosen kunne ikke verifiseres med CT-angiografi av lungene med kontrast, fordi pasienten hadde akutt forverring av sin kroniske nyresvikt. Grunnlaget for diagnosen var imidlertid at lungeemboli er en vanlig årsak til respirasjonssvikt hos kreftpasienter. Behandlingen mot lungeemboli ble derfor startet på empirisk grunnlag fordi det ble vurdert som viktig å komme i gang med tidlig behandling.

Statens helsetilsyn mener at disse vurderingene kan være i tråd med god praksis hos kreftpasienter med mistanke om lungeemboli, selv om diagnosen i ettertid viste seg å være feil. En forutsetning for dette er imidlertid at det ble gjort reelle differensialdiagnostiske vurderinger. Vi viser til at diagnosen kunne vært noe mer avklart ved å ta ventilasjons-perfusjonsscintigrafi av pasienten. Det var ikke vanlig praksis å ta ventilasjons-perfusjonsscintigrafi ved mistanke om lungeemboli på avdelingen, men vi mener at en slik

undersøkelse kunne hatt betydning for diagnostiseringen av denne pasienten. Dersom det hadde vært tatt D-dimer ville en verdi i normalområdet kunne avkrefte diagnosen.

Det ble bestilt røntgen thoraks [redacted] 2018 med spørsmål om det kunne være annen sykdom, eventuelt infiltrater som kunne forklare pasientens dyspné. Bildene viste en mulig fortetning, men det ble ikke gjort andre undersøkelser eller tiltak i den forbindelse. Det ble morgenen [redacted] 2018 bestilt ultralyd av hjertet. Resultatet fra undersøkelsen kunne være forenlig med lungeemboli, men kunne ikke bekrefte den. Utover dette fremgår det ikke av opplysninger i saken at det ble gjort noen reell vurdering av alternative årsaker til pasientens dyspné.

Pasienten hadde ingen oksygeneringssvikt, var ikke obstruktiv og hadde ikke inspiratorisk stridor eller andre former for luftveishinder. Det var erkjent at [redacted] hadde en kronisk, alvorlig redusert nyrefunksjon med forverring ved innkomst, og det var også daglig oppmerksomhet rundt pasientens plager med diaré. Likevel ble det ikke vurdert om en metabolsk acidose kunne ligge til grunn for [redacted] pustevansker.

Vi mener at en avklaring av pasientens syre-base-status og [redacted] pCO₂ burde vært gjort i løpet av [redacted], for å kunne komme nærmere en diagnose. Det ble vurdert at det ikke hadde noen hensikt å ta blodgass fordi pasienten hadde normal perifer O₂-metning. Det ble heller ikke konferert med andre spesialister om årsak til pasientens pustevansker. Det ble gjort differensialdiagnostiske vurderinger, men det ble ikke gjort noe for å avklare pasientens syre-basestatus eller pCO₂, og derfor ble ikke årsaken til pasientens dyspné identifisert. De differensialdiagnostiske vurderingene var dermed ikke dekkende, noe vi mener ikke var i tråd med god praksis.

Pasienten var i en serie med adjuvant cellegift, og det var derfor ikke uventet at [redacted] fikk et fall i leukocytter og trombocytter. [redacted] hadde heller ikke feber og få andre tegn på at en infeksjon var under utvikling. Ved innleggelsen var det ikke holdepunkter for infeksjon. CRP steg likevel langsomt utover oppholdet og leukocytter og nøytrofile granulocytter var fallende. [redacted] 2018 var pasienten nøytropen med $0,5 \times 10^9/L$ nøytrofile granulocytter. Likevel ble det ikke bestilt kontroll av prøvene. Ved etterbestilling av blodprøver [redacted] 18 ble det heller ikke bestilt kontroll av leukocytter og nøytrofile granulocytter. Statens helsetilsyn mener at overvåkingen av infeksjonsprøvene burde vært tettere, eventuelt at det burde vært økt fokus på infeksjoner. Det fremstår som at det generelt var lite systematikk i hvilke blodprøver som ble tatt og til hvilke tidspunkter. Vi mener at manglende systematikk i oppfølging av sterkt avvikende prøvesvar var spesielt bekymringsfullt. Statens helsetilsyn vurderer derfor at oppfølgingen av pasientens infeksjonsutvikling og leukopeni ikke var i tråd med god praksis.

Statens helsetilsyn viser videre til at røntgen av lungene viste en mulig fortetning, men at det ikke ble gjort ytterligere undersøkelser eller tiltak for å avdekke årsaken til CRP-stigning og pasientens nøytropeni. CRP den [redacted] 2018 var 173 mg/L, og det ble bestilt CT thoraks med spørsmål om atypisk pneumoni. Likevel ble det på dette tidspunktet ikke startet behandling med antibiotika. Da antibiotika senere ble startet på mistanke om pneumoni hos en pasient med nøytropeni, burde det etter vår vurdering blitt valgt bred sepsisbehandling.

Pasienten gikk i et septisk sjokk [redacted] 2018. Statens helsetilsyn mener at infeksjonen burde vært identifisert tidligere på dagen, eventuelt dagen før dersom det hadde vært tatt relevante blodprøver og disse hadde vist at infeksjonen var under utvikling.

Videre mener vi at det er flere forhold som ikke var i tråd med god praksis [redacted] 2018. Arteriell blodgass ble tatt på morgenen, og resultatet viste svært avvikende verdier. Vi legger til grunn at laboratoriet analyserte og godkjente prøvesvaret, men kontaktet ikke helsepersonell nær pasienten om prøvesvaret. Laboratoriet hadde etablerte varslingsrutiner (ringegrenser) for enkelte kritiske prøvesvar, men ikke for avvikende blodgasser. Statens helsetilsyn mener at dersom laboratoriet gjør en analyse og får et prøvesvar som ligger langt utenfor kritiske grenseverdier og som kan ha stor betydning for umiddelbar behandling av pasienter, bør klinisk personell nær pasienten varsles.

Det er også vår oppfatning at da det ble tatt blodgass på en uavklart pasient med tydelig dyspné, burde resultatet vært undersøkt av legen som tok prøven, etter kort tid. Overlege 1 var opptatt med andre arbeidsoppgaver og kontrollerte blodgassvaret først ca. [redacted]. Til tross for svært avvikende prøvesvar, ble det ikke iverksatt tiltak. På dette tidspunktet mener vi at det skulle vært iverksatt nødvendig behandling, eller sikret at annet helsepersonell tok over oppfølgingen. Dette ble verken gjort av overlegen som gikk visitt på dagen, eller av vakthavende overlege på kvelden. Prøvesvaret ble nevnt på rapportmøtet, men det ble ikke diskutert hvilken risiko dette innebar for pasienten.

Da overlege 3 ble tilkalt for å se til pasienten kl. [redacted], var det flere forhold som burde utløst tiltak. Pasienten hadde på dette tidspunktet blitt dårligere. [redacted] hadde betydelig dyspné, gråhvite lepper, respirasjonsfrekvens på 25 pr. minutt og 85 % i perifer metning. Overlege 3 kjente også til en svært patologisk blodgass som var tatt ti timer tidligere. På denne bakgrunn mener vi at pasienten burde vært undersøkt, eventuelt burde det blitt bedt om hjelp fra MIT-teamet for å vurdere pasienten. Dette ble ikke gjort.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at den oppfølging og behandling pasienten fikk ikke var i tråd med god praksis. Avviket er samlet sett så stort at vi vurderer det som uforsvarlig. Årsaken til dette er at det ikke ble gjort tilstrekkelige tiltak/undersøkelser for å finne årsaken til pasientens dyspné. Videre mener vi at oppfølgingen av pasienten var preget av lite kontinuitet, og det var manglende systematikk i oppfølging av avvikende prøvesvar og endring i sykdomsbildet. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

6.2 Hadde [redacted] tilrettelagt for forsvarlig helsehjelp til innlagte pasienter ved kreftavdelingen?

Statens helsetilsyn har kommet til at [redacted] ikke hadde lagt til rette for at innlagte pasienter ved kreftavdelingen fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

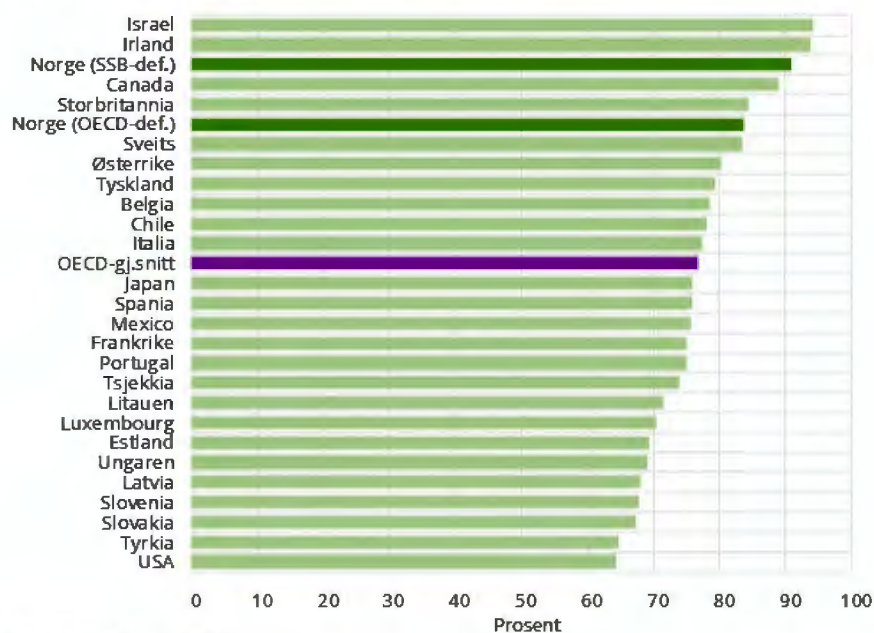
Plikten til å drive forsvarlig organisering av helsetjenesten innebærer at virksomheten gjør organisatoriske og ledelsesmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Dette innebærer blant annet at virksomheten må gjøre tiltak som sikrer tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet.

Videre skal systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er et verktøy som skal sikre at

daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Virksomheten skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel som kan medføre uønskede hendelser i pasientbehandlingen. Det skal utarbeides tydelige rutiner og prosedyrer, og påses at disse gjennomføres i praksis.

Statens helsetilsyn viser til at beleggprosenten ved norske sykehus har vært stigende fra 78 % i 1980 til over 90 % i dag. Undersøkelser har vist at ved et gjennomsnittlig belegg over 92,5%, ses økt forekomst av sykehusinfeksjoner, økt liggetid og økt dødelighet (8-10). Statens helsetilsyn anbefalte i 2001 at gjennomsnittlig belegg ikke bør overstige 85 % ved akuttavdelinger. Dette er i samsvar med anbefalingene fra OECD, som også er vedtatt av helsemyndighetene i Storbritannia (9).

Belegg i utvalgte OECD-land. 2013 (eller nærmeste år)



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 9: Belegg ved sykehus OECD (13)

Høyt belegg medfører økt belastning og arbeidspress på helsepersonell, og ofte manglende kontinuitet i legeoppfølgingen av pasientene. Dette kan videre medføre forsinket og ufullstendig diagnostikk, manglende oppmerksomhet rundt endringer over tid, og forsinket behandling. Ved høyt belegg er det derfor særlig viktig at virksomheten gjør tiltak som sikrer at pasientene får forsvarlig helsehjelp.

Virksomheten skal videre sikre at kritiske prøvesvar fanges opp og videreformidles til behandlingsansvarlig personell. For laboratorier er dette beskrevet i ISO-standarden for medisinske laboratorier (29) kapittel 5.9.

Vurderinger

Statens helsetilsyn er av den oppfatning at virksomheten ikke hadde organisert seg på en slik måte at inneliggende pasienter ved kreftavdelingen fikk forsvarlig helsehjelp. Opplysninger i saken viser at det ved kreftavdelingen var en pågående endring med økende belegg ved onkologisk sengepost (se punkt 4.4), parallelt med økende antall polikliniske behandlinger. Sengeposten hadde en beleggprosent som lå langt over anbefalte grenser internasjonalt, og

også godt over hva som er presentert fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) i Norge. Dokumentasjon mottatt ved det stedlige tilsynet viser at sengeposten hadde belegg på 115-125 % i perioden denne pasienten var innlagt.

Opplysninger i saken tyder på at virksomheten ikke hadde tatt høyde for den økte pasienttilstrømmingen og høye beleggsprosenten ved organisering av arbeidet i avdelingen. Ved det stedlige tilsynet ble det gitt uttrykk for at det ikke var samsvar mellom arbeidsoppgavene og antall leger tilknyttet sengeposten. Det var heller ingen plan for tilkalling av ekstra leger i perioder med overbelegg eller økt arbeidsbelastning.

Statens helsetilsyn viser videre til at avdelingens vakt- og rotasjonsordninger ga lite kontinuitet i legenes visittgang og oppfølging av innlagte pasienter. Ved stort overbelegg kunne avdelingens pasienter være spredd over flere poster. Flere lokalisasjoner gjorde at visittgangen kunne bli oppsplittet. I tillegg var en større andel av pasientbehandlingen flyttet over til poliklinikk. Overlegene ble derfor ofte avbrutt av pasienter på poliklinikken, samtidig som de skulle gå visitt på sengeposten. Ved det stedlige tilsynet ble det beskrevet at legene ofte opplevde samtidighetskonflikter ved at visittgående LIS-lege også hadde vaktcalling, og måtte følge opp stadig flere pasientinnleggelse med «åpen kontakt». Dette ga en uforutsigbar og oppstykket visittgang. Videre ble det beskrevet et stort arbeidspress med et stort antall pasienter og meget sammensatte problemstillinger. Arbeidssituasjonen på avdelingen gjorde at LIS-legene i perioder fikk lite veiledning og supervisjon i postarbeidet.

Statens helsetilsyn mener at det var økt risiko for alvorlig svikt i helsehjelpen på grunn av manglende kontinuitet og høyt arbeidspress. Denne saken tyder på at den pressede arbeidssituasjonen for legene ved kreftavdelingen innebar at det var lite tid og rom for diagnostiske diskusjoner og vurderinger. Helsepersonellet fikk ikke fulgt opp pasienten tilstrekkelig med relevante undersøkelser og revurderinger basert på utviklingen i ■■■■■ helsetilstand. Samlet førte dette til forsinket diagnostisering og behandling. ■■■■■ har vært aktive i å etablere god praksis og nasjonale retningslinjer i forhold til pasientsikkerhetsprogrammets to innsatsområder «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» og «Tidlig oppdagelse av sepsis» (20, 21). Vi legger derfor til grunn at virksomheten i utgangspunktet hadde god praksis og rutiner for å kunne identifisere tegn til endring/forverring hos en pasient som den aktuelle, på et tidlig tidspunkt. Denne saken viser imidlertid at arbeidspresset var for stort til at behandlingsansvarlig personell klarte å finne årsaken til pasientens alvorlige tilstand.

Helseforetaket hadde på hendelsestidspunktet en skriftlig rutine som gjaldt kontakt med MIT-teamet (28). Ved det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at det var lav terskel for å kontakte MIT-teamet. Denne rutinen gjaldt imidlertid bare tilfeller hvor pasienten hadde NEWS-skår over 5-6. Det var ikke lagt inn alternative kriterier for å kontakte MIT-teamet. Helseforetaket hadde tatt i bruk en elektronisk kurve som viste grønt, gult og rødt lys ved ulike NEWS-skår. Dette kunne gi en falsk trygghet, da det ikke er alle tilstander som slår ut på denne skåren.

Statens helsetilsyn mener videre at foretaket ikke sikret god oppfølging av kritiske prøvesvar. Det var en skriftlig rutine for at laboratoriet varslet klinisk personell nær pasienten ved enkelte svært avvikende prøvesvar. Kritiske blodgass-nivåer var imidlertid ikke en del av denne rutinen, og det var ikke andre etablerte varselordninger for slike prøvesvar. Kreftavdelingen hadde heller ingen egen etablert rutine for oppfølging av blodgassvar. Vi mener at foretaket ikke hadde lagt til rette for, og sørget for at helsepersonell var kjent med viktigheten av, at sentrale prøvesvar ble fulgt opp. Dette gjaldt både viktigheten av å fange

opp et kritisk prøvesvar så snart dette forelå, og hvordan det skulle følges opp for å hindre risikoen for ytterligere forverring hos pasienten. Vi mener at dette er et avvik fra det som kan forventes.

Konklusjon

Etter en samlet vurdering har Statens helsetilsyn kommet frem til at [redacted] ikke i tilstrekkelig grad hadde tilrettelagt for at pasienter som var innlagt på kreftavdelingen fikk forsvarlig helsehjelp. Vi mener at dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

6.3 Har [redacted] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?

Statens helsetilsyn har merket seg at [redacted] etter denne hendelsen har iverksatt flere relevante tiltak for å redusere risikoen/forhindre at tilsvarende skjer igjen. Statens helsetilsyn ser positivt på at det er gjennomført undervisning på flere områder, herunder undervisning om NEWS, blodgass/syre-basevurderinger, antibiotika- og sepsisbehandling, og at rutiner rundt MIT-team er forbedret.

Statens helsetilsyn mener videre at [redacted] har iverksatt relevante tiltak for å bedre kontinuitet og arbeidsbelastningen på onkologisk sengepost. Vi viser i den forbindelse særlig til at det er opprettet en dagpost som skal avlaste sengeposten og bidra til å redusere antall innleggelser, og at endring av vaktcalling hindrer at visittgående leger blir avbrutt av akutte innleggelser. Vi ser også positivt på at det er et pågående arbeid for å håndtere høy aktivitet og koordinere bruk av ressurser, og rutiner som skal hindre stort overbelegg ved onkologisk sengepost.

Konklusjon

Statens helsetilsyn vurderer at [redacted] har planlagt og iverksatt tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen. Vi har kommet til at virksomheten har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Vi vil likevel bemerke at foretaket må sørge for at tiltakene med undervisning og klargjøringer er tilstrekkelig til å gi den tilsiktede effekten. Dette innebærer blant annet at foretaket må sikre at alt relevant helsepersonell får nødvendig informasjon. Vi ber i den forbindelse om at foretaket redegjør for hvordan disse tiltakene er gjort kjent, forstått og etterlevs i praksis. Vi ber også om en tilbakemelding på hvordan helseforetaket sikrer at kritiske prøvesvar varsles fra laboratoriet til behandlingsansvarlig personell.

7 Konklusjon og oppfølging

7.1 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet frem til at [redacted] ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har kommet frem til at [redacted] ikke hadde tilrettelagt for at innlagte pasienter ved kreftavdelingen fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn har videre kommet frem til at [REDACTED] har dokumentert tiltak som oppfyller kravene til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

7.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn ber om at foretaket redegjør for hvordan de ulike tiltakene (beskrevet under punkt 3.5) er gjennomført og dokumentasjon på at de har den tilsiktede effekten, og hvordan helseforetaket sikrer at kritiske prøvesvar varsles fra laboratoriet til behandlingsansvarlig personell.

Helsetilsynet ber om tilbakemelding innen [REDACTED] 2019, og at Fylkesmannen [REDACTED] får kopi.

For øvrig forutsetter vi at denne rapporten blir gjort kjent for alle de involverte.

8 Vedlegg og referanser

Vedlegg 1: Gjennomføring av tilsynet

Vedlegg 2: Referanser

Vedlegg 1 – Gjennomføring av tilsynet

Nedenfor gjør vi kort rede for saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet.

- Statens helsetilsyn mottok [REDACTED] 2018 et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [REDACTED]
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved avdeling [REDACTED] [REDACTED] 2018.
- Statens helsetilsyn har innhentet styrende dokumenter og pasientjournal.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende [REDACTED] 2018.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med helsepersonell som ikke var tilgjengelig ved det stedlige tilsynet [REDACTED] 2018.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet har Statens helsetilsyn utarbeidet en foreløpig rapport av [REDACTED] 2019.
- Statens helsetilsyn mottok kommentarer til den foreløpige rapporten fra pasientens pårørende [REDACTED] 2019.
- Statens helsetilsyn mottok kommentarer til den foreløpige rapporten fra Helse [REDACTED] datert [REDACTED] 2019.

Dokumentasjon vi har mottatt:

- pasientjournal
- blodprøvesvar
- røntgensvar
- prøvesvar – mikrobiologi
- Erklæring om dødsfall
- obduksjonsbegjæring
- Meona-kurve
- andre kurver
- annen informasjon om risikovurderinger
- obduksjonsrapport og tallverdier fra elektronisk kurve Meona
- utskrift av laboratorieark fra DIPS [REDACTED]
- utskrift fra Meona [REDACTED]
- organisasjonskart
- stillingsbeskrivelser (ID 14152, ID 14255, ID 26994, ID 14127)
- beleggsprosent ved avdelingen [REDACTED] høsten 2017 – våren 2018
- bekymringsmelding fra legegruppen

Rutiner og prosedyrer:

- O på gangen – Beskrivelse av pasientflyt ved overbelegg somatikk, ID 21285
- Prosedyrer for NEWS og MIT-team
- Rutiner ved utredning av DVT (dyp venetrombose) / LE (lungeemboli)
- Venetrombose og lungeemboli – pasientinformasjon, ID 22057
- DVD og lungeemboli: Rutiner i akuttmottak for pasienter med mistanke eller bekreftet DVT i underekstremitet og lungeemboli, ID 4606
- Kritiske prøvesvar, retningslinjer for mottak og overlevering, ID 9006
- Overlevering av kritiske prøvesvar, ID 8042
- Ringing av kritiske prøvesvar fra Avdeling for medisinsk biokjemi, ID 2035

- ABL, Ringegrenser, ID 27774
- Hematologi: Hematologiske ringegrenser og etterbestillingsgrenser, ID 2834
- Koagulasjon: Vurdering av svar, ID 29334

Vedlegg 2 - Referanser

- Parush A, Worthington J, Abbott C, Frank JR, Ed MA. Situational Awareness and Patient Safety. R Coll Physicians Surg Canada. 2011;1–16.
2. CMPA. Thinking ahead: The value of situational awareness. 2013;
 3. Marshall D. The three levels of situational awareness in healthcare [Internet]. MyRounding. 2015. Available from: <http://www.myrounding.com/blog/the-three-levels-of-situational-awareness-in-healthcare>
 4. Fioratou E, Flin R, Glavin R, Patey R. Beyond monitoring: Distributed situation awareness in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2010.
 5. Morita PP, Burns CM. Situation Awareness and risk management understanding the notification issues. In: *Studies in Health Technology and Informatics*. 2011.
 6. Dag Jacobsen. Dyspné - Metodebok for indremedisinere, 2012 [Internet]. 2012.
 7. Approach to the adult with metabolic acidosis - UpToDate [Internet]. [cited 2018 Nov 23].
 8. Dagens medisin. Advarer mot for høyt belegg på norske sykehus - Spesialisthelsetjeneste - Dagens Medisin. *Dagens medisin* [Internet]. 2015 Jan [cited 2018 Nov 26]; Available from:
 9. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals. *Manage Sci* [Internet]. 2015;61(4):754–71.
 10. SSB. Få ledige senger på norske sykehus? - SSB [Internet]. [cited 2018 Nov 26].
 11. Dagens medisin. – Akutt mangel på kreftleger - Kreft - Dagens Medisin [Internet]. *Dagens medisin*. 2017 [cited 2018 Nov 27].
 12. Lillingston C. Cancer in Norway 2015 - Kreftinsidens, mortalitet, overlevelse og prevalens i Norge. *Kreftregisteret* [Internet]. 2015;1(5178):1031–1031.
 13. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2015 [Internet]. *Cancer in Norway 2015* . 2016 [cited 2018 Nov 27].
 14. Up to date. Risk and prevention of venous thromboembolism in adults with cancer - UpToDate [Internet]. [cited 2018 Nov 23].
FACTORS&topicRef=8253&anchor=H5789100&source=see_link#H5789100
 15. Tazmini K. Metodebok for leger Diakonhjemmet sykehus. 4. utgave 2016 - Webversjon [Internet].
 16. Horpestad N. Pasientsikkerhet eller nytt sykehus ? [Internet]. Vol. 3, Nor. 2015. p. 1–3.

- 17.
- 18.
- 19.

20.

21.

22. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand [Internet]. [cited 2019 Jan 22].

Pasientsikkerhetsprogrammet. NEWS ISBAR [Internet].

23. Norsk legemiddelhåndbok. T24.2.1.5 Lungescintigrafi Norsk legemiddelhåndbok [Internet]. Norsk legemiddelhåndbok, T24.2.1.5.

24.

25. UpToDate. Risk and prevention of venous thromboembolism in adults with cancer - [Internet]. [cited 2019 Jan 22].

Holte T. Febril nøytropeni [Internet]. Oncolox. [cited 2019 Jan 22].

26.

27. [REDACTED] NEWS_-

_Tidlig_oppdagelse_av_forverret_tilstand_og_sammenkalling_av_MIT. 2018.

28. Biedka M, Ziólkowska E, Windorbska W. Acute pulmonary embolus in the course of cancer. Wspolczesna Onkol. 2012;16(5):388–93.

29. ISO-standard. Medisinske laboratorier Krav til kvalitet og kompetanse ISO 15189:2012. NO:ISO 1189:2012 Norge: standard norge; 2012.

30. Meyer G. Effective diagnosis and treatment of pulmonary embolism: Improving patient outcomes. Arch Cardiovasc Dis [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2014;107(6–7):406–14.

31. MD Andersson Center. Adult Venous Thromboembolism (VTE) Treatment for Cancer Patients (DVT and PE) Adult Venous Thromboembolism (VTE) Treatment for Cancer Patients (DVT and PE) No. 2017 p. 11–2.

32. Šimková I, Jurkovičová O, Gašpar L. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society... Eur Heart J. 2014;35:3033–3080.

33. Overview of acute pulmonary embolism in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2019 Jan 31].

34. Helseidrettoratet. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus - Uretritt og cervicitt [Internet]. 2016.