

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i intensivbehandling ved [REDACTED] HF

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:

2020

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a om en alvorlig hendelse ved [REDACTED] HF den [REDACTED] 2019. Vi viser også til det stedlige tilsynet ved [REDACTED] den [REDACTED] 2019. Saken gjelder den helsehjelpen [REDACTED] født [REDACTED] død [REDACTED] fikk i perioden [REDACTED] 2019.

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 han var innlagt ved [REDACTED] HF. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. § 4.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at [REDACTED] HF ikke sikret at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har merket oss at [REDACTED] HF har iverksatt 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 foretaket innen [REDACTED] 2019 gir tilbakemelding på hvordan tiltakene er gjennomført, og hvordan det sikres at tiltakene er kjent og blir etterlevd. Vi ber også om oversendelse av reviderte/nye prosedyrer som vi ikke allerede har mottatt.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved [REDACTED] HF har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed, og at dette brevet blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen. Vi ber også om at ledelsen informerer de pårørende om hvilke tiltak som er iverksatt/vil bli iverksatt for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Med hilsen

[REDACTED]
direktør

[REDACTED]
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:

Fylkesmannen [REDACTED]
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:

seniorrådgiver [REDACTED]
seniorrådgiver [REDACTED]
seniorrådgiver [REDACTED]

Juridisk saksbehandler: seniorrådgiver [REDACTED]

Innhold

Innhold	4
Sammendrag.....	5
1 Tilsynets tema og omfang.....	7
2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer	7
2.1 Forsvarlig helsehjelp	7
2.2 Krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	8
2.3 Plikt til å føre journal.....	9
2.4 Faglig normering/god praksis.....	9
3 Saksforholdet	12
3.1 Om pasienten/bakgrunn	12
3.2 Pasientbehandlingen/hendelsen	12
3.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende.....	19
4 Forhold ved virksomheten, organisering, rutiner og praksis	19
4.1 Organisering.....	20
4.2 Styrende dokumenter og forventninger.....	22
4.3 Annet relevant organisatorisk saksforhold	25
4.4 Virksomhetens interne gjennomgang av hendelsen	25
5 Hendelsesanalyse	28
6 Statens helsetilsyns vurderinger.....	29
6.1 Ga [redacted] HF pasienten forsvarlig helsehjelp?	30
6.2 Sikret [redacted] HF at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp?	32
6.3 Har virksomheten iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen?	34
7 Statens helsetilsyns konklusjon.....	34
8 Forventninger til helseforetaket og frist for tilbakemelding	35
9 Vedlegg	35
Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen.....	36
Vedlegg 2 – Referanser.....	37
Vedlegg 3 - Dokumentliste	39
Vedlegg 4 - Belegg medisinsk avdeling	41

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn saken og det stedlige tilsynet ved [REDACTED] HF.

En [REDACTED] i slutten av [REDACTED] ble innlagt ved medisinsk sengepost ved [REDACTED] HF, [REDACTED] 2019 på grunn av smerter i brystet. Pasienten hadde flere kroniske sykdommer, blant annet kronisk [REDACTED]. Det var opplysninger om [REDACTED]. Om morgenen [REDACTED] 2019 ble tilstanden [REDACTED] vesentlig forverret med sterke smerter, svært lavt blodtrykk og lav oksygenmetning. [REDACTED] ble enda dårligere utover dagen. Det var indikasjon for å flytte [REDACTED] til intensivheten, men intensivheten mente at overflytting ikke kunne gjennomføres på grunn av personalmangel. [REDACTED] ble derfor forsøkt overflyttet til et annet sykehus i stedet.

I påvente av transport ble pasienten stadig dårligere, men [REDACTED] ble likevel ikke overflyttet til intensivheten. Først da [REDACTED] skulle få Mucomyst (N-acetylcystein) på mistanke om forgiftning med paracetamol, ble [REDACTED] overflyttet til intensivheten. Det ble fortsatt vurdert at det var behov for transport til et sykehus med høyere kompetanse. På grunn av dårlig flyvær og mangel på ressurser til å følge pasienten til flyplassen, ble han likevel værende [REDACTED].

Utover [REDACTED] fikk pasienten hjertestans. [REDACTED] ble intubert, og etter ni minutter fikk [REDACTED] egen hjerterytme igjen. På [REDACTED] fikk [REDACTED] en ny hjertestans, og [REDACTED] ble gjenopplivet igjen. Kort tid etter ankom teamet fra ambulanseflyet, men da var [REDACTED] for dårlig til å transporteres. Pasienten fikk deretter en ny hjertestans og døde. Obduksjonen viste at [REDACTED] døde i multiorgansvikt sekundært til levernekrose og akutt leversvikt, sannsynligvis induisert av paracetamol.

Statens helsetilsyn har vurdert at pasienten ikke ble tilstrekkelig utredet og vurdert i forbindelse med innleggelsen og første behandlingsdøgn. Pasienten fikk heller ikke den overvåkingen og oppfølgingen som [REDACTED] hadde behov for da tilstanden [REDACTED] forverret seg på sengeposten. Selv om det var mangel på personalressurser, burde pasienten vært overført til intensivheten på et tidligere tidspunkt. Statens helsetilsyn har også kommet til at pasienten ikke fikk intensivbehandling i tråd med god praksis etter at [REDACTED] ble overført til intensivheten.

Statens helsetilsyn har videre vurdert at virksomheten ikke hadde gode nok rutiner for å sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand. Organiseringen av behandlingsansvaret mellom enhetene var ikke tilstrekkelig klarlagt, og det manglet en ansvarlig på intensivheten med reell myndighet til å koordinere hvilke pasienter som skulle være innlagt på denne enheten. Organiseringen innebar at pasienter som ikke trengte intensivbehandling kunne bli liggende på intensivheten i påvente av plass på sengepost, og at pasienter som hadde behov for intensivbehandling dermed fikk dette for sent. Vi mener at virksomheten som helhet ikke hadde tilstrekkelig beredskap i form av en plan for «neste pasient». Statens helsetilsyn mener også at det var mangelfull beredskap som skulle sikre at intensivpasienter fikk nødvendig følge til ambulansefly.

Statens helsetilsyn har konkludert med at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 16, jf. 4. Vi har også konkludert med at virksomheten ikke sikret at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på

spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

1 Tilsynets tema og omfang

HF varslet 2019 om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen, født – død fikk ved Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) besluttet i samråd med Fylkesmannen i å gjennomføre et stedlig tilsyn ved fordi det i denne saken var mistanke om svikt, og fordi det var mistanke om at det kunne være en pågående risiko for pasienter i tilsvarende situasjoner.

Den aktuelle hendelsen gjaldt en pasient som var innlagt på sengepost der tilstanden ble vesentlig forverret. hadde behov for intensivbehandling, men det tok tid før ble overflyttet til intensivheten og døde i multiorgansvikt. Det sentrale vurderingstemaet i saken er hvordan virksomheten hadde tilrettelagt for mottak, overvåking og oppfølging av pasienter som fikk forverret tilstand på sengepost, og hvordan foretaket ivaretok pasienter som hadde behov for intensivbehandling og overflytting til et høyere behandlingsnivå.

Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn for å opplyse hendelsesforløpet, undersøke om denne pasienten fikk forsvarlig helsehjelp, og hvordan virksomheten sikret at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp. Helsetilsynet har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, samtaler og kommentarer fra involverte. Vi har redegjort for det aktuelle lovgrunnlaget og hvilke forventninger som stilles til helsepersonell og virksomheter for oppfølging av pasienter med tilsvarende problemstilling. Deretter har vi redegjort for vår oppfatning av hendelsesforløpet og forhold ved virksomheten, som har hatt betydning for våre vurderinger.

Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i eget vedlegg (vedlegg 1).

2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer

Nedenfor presenterer vi det aktuelle lovgrunnlaget og forventninger til god praksis og virksomhetens styring. I vedlegg 2 angis de ulike referansene som er benyttet.

2.1 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 og reguleres nærmere i 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.

2.1.1 Virksomhetens plikt til styring og ledelse

Virksomhetene har 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, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Den stiller krav til at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene til enhver tid er i samsvar med gitte myndighetskrav.

Det stilles også krav om forsvarlig styring og ledelse. Kravet gjelder på alle ledelsesnivå. Den innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleves.

2.1.2 Krav til helsepersonell

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. Forsvarlighetsstandarder 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.

2.2 Krav om systematisk arbeid med 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 krever det 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 (dagjeldende) 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 forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter.

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.

2.3 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. I § 8 fremgår blant annet bakgrunn for helsehjelpen, sykehistorie og pågående behandling, beskrivelse av pasientens tilstand, foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette, jf. bokstav e og f.

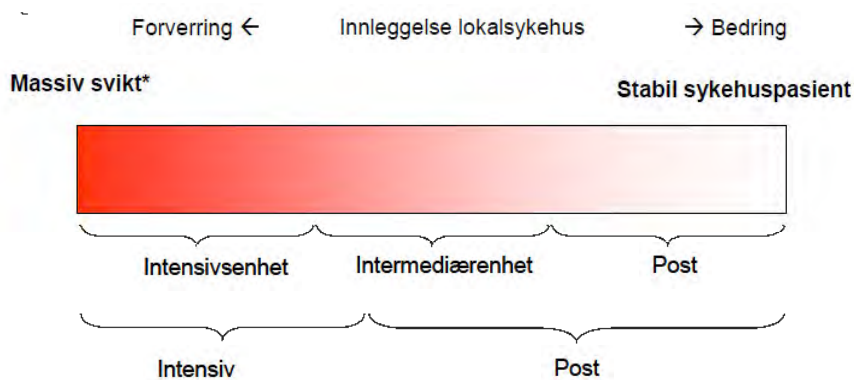
2.4 Faglig normering/god praksis

2.4.1 Organisering av intensivvirksomhet

Ethvert sykehus må ha en beredskap for kontinuerlig overvåkning og mer avansert behandling enn på en vanlig sengepost. En slik beredskap kan være en intensivsenhet (14,15), og/eller beredskap for å transportere pasienter til intensivsenhet ved annet sykehus. Intensivsenheter krever høyere bemanning og kompetanse enn en sengepost, og er en begrenset og kritisk ressurs hvor det stilles høye krav til effektiv utnyttelse av kapasiteten og seleksjon av pasientene. Pasientene skal tilbys intensivbehandling når de trenger det, og bør flyttes når de er «postklare» og ikke lenger trenger avansert behandling. Dette forutsetter aktiv diagnostikk, tverrfaglig samarbeid på høyest mulig nivå og tilpasset behandling. Rutiner for visitt, prøvetaking og supplerende undersøkelser bør tilpasses med dette for øyet.

Det er god praksis å alltid ha en plan for «neste pasient». Det bør være en beredskap i form av å frigjøre senger ved å flytte pasientene så raskt de er postklare, og planlegge og avtale hvem som kan flytte dersom behovet oppstår. I en slik beredskapsplan bør det også inngå å ta i bruk alternative overvåkningsarealer.

Intensivvirksomhet deles inn i intensivsenheter, intermediaærenheter (inkludert overvåkingsenheter) og postoperative enheter. Intensivsenhetene har bemanning og utstyr til å ta hånd om pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer, hvorav respirasjonssvikt er den vanligste, og derfor er respiratorbehandlingen sentral. En intermediaærenhet kan behandle pasienter med organsvikt i ett organsystem (f.eks. en hjerteovervåkingsavdeling eller en lungeenhet for maskeventilasjon). Enheten kan tilby mer avansert overvåking, pleie og behandling enn en vanlig sengepost, men lavere enn en intensivsenhet. Intermediaærenheten kan tjene som observasjonspost for pasienter med akutte, alvorlige tilstander (15).



* svikt i vitale organfunksjoner

Figur 1 Hentet fra Handlingsplan for intensivmedisin (16)

Det er vanlig å organisere intensivheter som tekniske poster slik at pasientene på enheten har en tilhørighet til en moderpost. På intermediær- og overvåkingsenheter er det vanlig at det er moderpostens leger som har primæransvaret for behandlingen, men på intensivheter med for eksempel respirator- og vasopressorbehandling bør det være en «intensivlege», for eksempel anestesilege, som har det daglige ansvaret for intensivbehandlingen. Det samme gjelder beslutninger knyttet til innleggelse i og utskrivning fra intensivheten (14). Intensivbehandling bør være et tverrfaglig samarbeid, men samarbeidet må ikke forsinke iverksetting av nødvendig behandling. Det bør være tydelige føringer for hvilken lege som har behandlingsansvaret, inkludert ansvar for medikasjon, når en pasient er innlagt på intensivheten.

2.4.2 Mottak av pasienter på sykehus

Ved innleggelse i sykehus skrives det rutinemessig innkomstjournal hvor det gjøres rede for medikamentbruk, tidligere sykdommer [redacted]. Det er særlig viktig da slike forhold kan få betydning for behandlingen som gis.

[redacted]

Det er god praksis at helsepersonell vurderer og tar hensyn til mulig lever- og nyresvikt når det er aktuelt å starte medikamentell behandling. Medikamenter kan på den ene siden påføre ekstra skade i organer (som for eksempel paracetamol (4)), eller det kan tenkes at lever- og nyresvikt kan endre hvordan medikamenter brytes ned i kroppen. Det forventes derfor at bruk av medikamenter før innleggelsen kartlegges så godt som mulig.

Når en lege med lite erfaring har vurdert henvisning, innhentet sykehistorie og undersøkt pasienten, er det god praksis å konferere en mer erfaren lege for å kvalitetssikre vurderinger og videre utredning og behandling. Det er også god praksis at det gjøres en ny vurdering av pasienten neste dag ved overlege eller erfaren LIS-lege, og at denne vurderingen dokumenteres.

2.4.3 Dosering av paracetamol

Paracetamol er medikamentelt førstevalg ved akutte smerter (5) og utgjør grunntrinnet i WHO's smertetrapp (6). Anbefalt dosering er 1 g inntil fire ganger i døgnet for voksne (med vekt over 40 kg) i opptil to uker (7,8), men det er kjent at paracetamol kan gi alvorlige leverskader. [redacted]

[redacted]

På Helsebiblioteket finnes det behandlingsanbefaling ved paracetamolforgiftning (9). [redacted]

Paracetamolspeil gir nyttig informasjon ved akutte enkeltinntak, men ved mistenkt skade på grunn av moderate inntak over tid gir det liten indikasjon på skaderisiko (9). Infusjon med N-acetylcystein forhindrer leverskade ved tidlig behandling, helst innen åtte timer etter inntak, men brukes også ved mer kroniske intoksikasjoner (4, 9).

2.4.4 Tidlig oppdagelse av forverret tilstand

Når en pasient er innlagt i sykehus og det er risiko for at tilstanden forverrer seg, er det god praksis å ha rutiner for regelmessig tilsyn, med oppfølging av klinisk tilstand, målte parametere, blodprøver og undersøkelser, som gjør at slike endringer blir fanget opp raskt. Når det identifiseres forverring av pasientens tilstand, må helsepersonell ta stilling til diagnose og behandling, det må vurderes om det er nødvendig å rådføre seg med spesialkompetanse og eventuelt å flytte pasienten til et høyere behandlingsnivå. Tidlig oppdagelse av en klinisk forverret tilstand, etterfulgt av rask og effektiv handling, kan redusere forekomsten av uønskede hendelser, sykdomsforverring og hjertestans (10,11).

Det er laget verktøy for å sikre systematisk observasjon, oppfølging og intervensjon til riktig tid. Et slikt verktøy beskrives og anbefales i pasientsikkerhetsprogrammets satsningsområde «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» (10). Dette programmet anbefaler NEWS 2 (National Early Warning Score) som verktøy for observasjon, skåring og respons. Videre anbefales bruk av Respons Team som er leger og/eller sykepleiere med intensivmedisinsk kompetanse som kan tilkalles når pasientens tilstand forverres. Teamet har forskjellige navn ved forskjellige sykehus (MIG, MIT, MIS), men formålet er at det skal gis hjelp til vurdering av videre behandling og ev. anbefale overflytting til et høyere behandlingsnivå. I henhold til NEWS 2 skal pasienter med NEWS 5-6 overvåkes minimum hver time og pasienter med NEWS på 7 eller høyere skal ha kontinuerlig overvåkning.

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*	FARE FOR SYKEHUSMORTALITET
0	Minimum hver 12. time	• Følg rutinene for NEWS-overvåking	Lav
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time	• Informer ansvarlig sykepleier, som må vurdere pasienten • Ansvarlig sykepleier tar stilling til okt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak	Lav
Skår 3 i ett parameter	Minst én gang per time	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege, som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak	Lav-middels
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege • Ansvarlig sykepleier tilkaller ytterligere hjelp fra medisinsk faglig personell • Ansvarlig lege tar stilling til behandlingsnivå	Middels
Totalt 7 eller høyere Oyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege og medisinsk faglig personell • Oyeblikkelig respons fra akuttmedisinsk team, med kompetanse på akutt kritisk syke pasienter og sikring av frie luftveier • Ta stilling til overflytting til høyere overvåkningsnivå • Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåkning	Høy

Figur 2 Tiltak etter NEWS-skår (25)

2.4.5 Håndtering av pasienter med alvorlig svikt i flere organer

Dersom observasjon eller undersøkelser viser at en pasient har livstruende, men potensielt reversibel svikt i ett eller flere organsystemer som krever overvåkning eller behandling som ikke kan ivaretas på en vanlig sengepost, skal pasienten flyttes til et høyere behandlingsnivå. Dette kan være intermediearenhet/overvåkning eller intensivavdeling som har bemanning, kompetanse og utstyr for å ivareta slike pasienter. Dersom det ikke er mulig å tilby slik behandling ved å frigjøre plass, utstyr eller personale, må pasienten overflyttes til et annet sykehus. Manglende kapasitet eller transportmulighet fritar imidlertid ikke foretaket fra ansvaret for å gi forsvarlig helsehjelp.

Det er god praksis å overvåke slike pasienter med tette intervaller, om nødvendig kontinuerlig overvåkning, slik at endringer og forverring kan registreres rask og behandling kan settes inn eller korrigeres uten forsinkelse. Intensivbehandling av en ustabil, kritisk syk pasient blir en kontinuerlig, dynamisk prosess som forutsetter kompetanse og aktiv tilstedeværelse. Det bør

settes grensemål for vitale parametere som f.eks. bevissthet, blodtrykk, oksygenering, urinproduksjon og syre-base-status, og lages en strategi for hvordan disse målene skal nås. Noen slike mål kan være absolutte i den forstand at overskridelse kan medføre vevskade og død, for eksempel leverskade, hjerneskada eller det kan utløse en hjertestans.

Ved respiratorbehandling bør oksygenering (SpO₂, pO₂) og ventilasjon overvåkes (pCO₂) med målinger som kan fange opp endringer og effekt av behandling. Ved utilstrekkelig effekt må behandlingen endres ved å prøve ut alternative innstillinger og respirator-modi.

3 Saksforholdet

I dette kapittelet beskriver vi hendelsen og pasientbehandlingen. Her gjør vi rede for vår oppfatning av forholdene som har hatt betydning for våre vurderinger.

3.1 Om pasienten/bakgrunn

Pasienten var en [REDACTED] som hadde [REDACTED]

3.2 Pasientbehandlingen/hendelsen

3.2.1 Hva førte til innleggelsen

Pasienten [REDACTED] i slutten av [REDACTED] og oppsøkte fastlegen med sterke smerter i nakken, [REDACTED] skulder, i flere ribben og i hofta. I dagene som fulgte oppsøkte [REDACTED] fastlegen flere ganger. Ved kontakt med fastlegen [REDACTED] 2019 hadde [REDACTED] hatt brystmerter i tre dager og var tungpustet med hoste og grønt ekspektorat. Blodprøver viste forhøyet infeksjonsprøve med CRP 93 mg/L. Tilstanden ble tolket som lungebetennelse, og [REDACTED] startet med antibiotika tabletter.

Dagene etter ble [REDACTED] økende tungpustet med respirasjonsavhengige smerter bak brystbeinet, med utstråling til rygg og [REDACTED] arm. [REDACTED] hadde vedvarende hoste med grønt ekspektorat, og fra [REDACTED] hadde [REDACTED] også frostrier og feberfølelse. [REDACTED] ringte fastlegen på kvelden og ble hentet i ambulanse til legekantoret.

I ambulansjournalen ble det notert at pasienten hadde sterke smerter i brystet, at [REDACTED] var [REDACTED]. Legevaktslegen fant at CRP hadde steget til 183 mg/L. Troponin T og EKG viste ingen tegn til hjerteinfarkt. [REDACTED] hadde også smerter øverst i magen som strålte bak mot ryggen, og disse lignet på smerter ved tidligere episoder med pankreatitt. Legen konfererte med vakthavende lege på medisinsk avdeling, [REDACTED] og avtalte innleggelse med spørsmål om forverret lungebetennelse, hjertesykdom eller [REDACTED] akutt pankreatitt. Pasienten ble fraktet med ambulansefly til [REDACTED]

3.2.2 Mottak

Pasienten kom til [REDACTED] og i ambulansen hadde [REDACTED] klaget over brystmerter.

I akuttmottaket ble det registrert at pasienten var våken, afebril og virket respiratorisk og sirkulatorisk stabil. Det ble registrert at pasienten var [REDACTED]

Blodprøver tatt like etter ankomst viste lett forhøyet antall leukocytter, CRP 158 mg/L, normal INR, lav albumin, noe lav ionisert Ca⁺⁺, normalt blodsukker, lav Troponin T og lav kreatinin som ved lav muskelmasse. Leverprøvene ALP og GT var noe forhøyet, men det var normale transaminaser og amylase. Det var tilnærmet normale elektrolytter og normal blodgass. Det ble tatt blodkulturer.

Vakthavende LIS1-lege (lege 1) undersøkte pasienten og skrev innkomstjournal. Det ble notert at pasienten kom inn med sterke brystmerter med moderat effekt av morfin, og liten eller ingen effekt av nitrospray. Smertene satt i [redacted] side av brystet med utstråling til [redacted] skulder, til hals og bak mellom skulderbladene. Det ble notert at pasienten hadde [redacted] vel en uke før, og at [redacted] hadde smerter flere steder etter det. Det ble påpekt i journalen at det var inkonsistens i opplysningene ved at smertene hadde kommet spontant og gradvis forverret seg over halvannet døgn. Senere ble det opplyst at smertene hadde vart en uke og kommet i forbindelse med anstrengelse.

Det ble notert at pasienten hadde [redacted] og at [redacted] hadde [redacted]. Pasienten opplyste at [redacted].

Ved klinisk undersøkelse ble det notert at pasienten var øm ved trykk mot [redacted] side av brystkassen, mot [redacted] skulder og mot [redacted] hofte. [redacted] var perkusjonsømt og slippømt i øvre del av magen og ut mot [redacted] side under ribbeina. [redacted] var bankeømt over begge nyrer. EKG viste sinusrytme uten tegn til iskemisk hjertesykdom. Undersøkelsen konkluderte med at det ikke var holdepunkter for angina pectoris eller hjerteinfarkt. Det ble bestilt CT abdomen med kontrast for å utrede pankreatitt, og det ble anmodet om kirurgisk tilsyn til neste dag.

Pasienten ble vurdert å være dehydrert og det ble startet væskebehandling med to liter saltvannsløsning (Ringer Acetat). Antibiotikabehandlingen ble skiftet til intravenøs penicillin. Det ble forordnet 5 mg x 2 Oxycontin, 5 mg Oxynorm ved behov inntil x 6 og 1 gram x 4 paracetamol. Det ble videre bestilt røntgen thorax, forskjellige dyrkningsprøver, kontroll av relevante blodprøver til neste morgen og blodsukkerkurve. I løpet av oppholdet i akuttmottaket tisset [redacted] på flaske to ganger, totalt 1300 ml urin. Pasienten ble deretter flyttet til medisinsk sengepost med telemetriovervåking.

3.2.3 Opphold på medisinsk sengepost [redacted]

På [redacted] 2019 noterte pleiepersonalet at pasienten fremstod som klar og orientert, at [redacted] dusjet selv, inntok måltider sittende på sengekanten og gikk selv på toalettet. Ellers lå [redacted] stort sett til sengs. Det er ingen legenotater fra visittgående leger denne dagen.

Blodprøver på morgenen viste fall i CRP, leukocytter og leverenzymene GT og ALP. Transaminaser og nyreprøver var fortsatt lave (se figur 3).

Røntgen thorax og CT thorax viste [redacted] pleuravæske og en liten mengde perikardvæske, ellers ingen funn av betydning. CT abdomen og bekken viste fettlever, men ellers normalt levervev og ingen tegn til pankreatitt. Det var upåfallende nyrer og velfylt urinblære, og ellers ingen funn av betydning. Pasienten var henvist til kirurgisk tilsyn, men dette ble avlyst da CT ikke viste tegn til pankreatitt.

På kurven ble det registrert normalt blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. [redacted] var afebril og hadde 92 % i oksygenmetning på romluft. Det ble ikke målt diurese.

På [redacted] var pasienten mer urolig og i legenotat ble [redacted] beskrevet av overlege på vakt (overlege 1) som [redacted]. Situasjonen var ellers uforandret, og pasienten stelte seg selv, spiste og drakk og gikk selv på toalettet, men klaget over konstant ubehag i brystet og var mye i senga. [redacted] var afebril med normal puls og normalt blodtrykk og 93 % i oksygenmetning på romluft.

[redacted] 2019 sov [redacted] ved tilsyn ca. kl. [redacted] og kl. [redacted]. Kl. [redacted] klaget han over smerter i [redacted] skulder og fikk smertestillende med effekt.

3.2.4 Forverret tilstand under opphold på medisinsk sengepost [redacted] 2019

På [redacted] 2019 kl. [redacted] hadde pasienten sterke magesmerter, og sa at smertene gikk opp i skuldrene og bak i skulderbladene. [redacted] hadde rask puls og blodtrykket som hadde vært 132/74 mmHg var nå 61/41 mmHg. Oksygenmetningen var 84 % på romluft.

Vakthavende LIS1-lege (lege 2) ble tilkalt, og ved undersøkelse av pasienten kl. [redacted] fant hun at [redacted] var våken, klar og orientert, men [redacted] var slapp, smertepreget og gul i huden og på sklera. [redacted] var diffust øm i magen ved lett berøring og ved perkusjon, men over magen hørtes tarmlyder. Pasienten fortalte legen at [redacted] følte seg svært dårlig og hadde samme type smerter som ved innkomst, bare mye verre. Smertene satt i nedre venstre del av magen. Lege 2 anmodet om kirurgisk vurdering av akutt abdomen hos pasienten.

Blodprøver tatt på morgenen viste en markert økning av kreatinin og en tredobling av GT og ALP. Leverprøvene bilirubin, amylase og transaminaser ble derfor etterbestilt. Det ble gitt morfin subkutant og ordinert 1000 ml Ringer-Acetate som skulle gå inn raskt. Det ble iverksatt økt overvåkning av pasienten på sengeposten med NEWS-registreringer hver time. Det ble allikevel bare gjort én NEWS-skår mellom kl. [redacted] og kl. [redacted]. Det ble ikke registrert diurese.

Lege 2 rapporterte om funnene til postlegene (lege 3 og overlege 2) på previsitten ca. kl. [redacted]. De tilså pasienten og fant [redacted] smertepreget, men i klinisk «grei form». Det ble etterbestilt transaminaser. Det ble vurdert at det kunne dreie seg om en pankreatitt, det var bestilt kirurgisk tilsyn, og de ville se det an med væsketilførsel og smertestillende.

	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
NEWS	8	5	8	8		10	11
Syst BT	61	91	72	89	101	85	77
Diast BT	41	60	45	49	68	56	42
Puls	119	105	118	103	105	132	120
SaO2	84	86	84	84	84	81	81

Figur 3 Målte parametere ved NEWS-skåring. Sammenstilt av Helsetilsynet

[redacted] medisinene ble delt ut først mellom kl. [redacted] og kl. [redacted] og pasienten fikk da også 1 g paracetamol.

Ved visitt med postlegene litt før kl. [redacted] var smertene like intense, men de hadde flyttet seg til øvre høyre del av magen. Infusjonen med Ringer-Acetate hadde gått inn, og blodtrykket og pulsen hadde bedret seg noe, men oksygenmetningen var fortsatt lav. De etterbestilte leverprøvene kom på formiddagen og viste høy bilirubin og svært høye verdier av ASAT og ALAT.

Overlege 2 vurderte at pasienten kunne ha en [redacted] og seponerte paracetamol og tramadol, og det ble bestilt [redacted]. Disse prøvene viste i ettertid at [redacted] ikke hadde [redacted].

Hb	12,5	12,3	11,6	11,9	10,1		
Leukocytter	10	7,5	9,9	11,4	15,7	14	15
CRP	158	123	71	38	40	43	45
Trombocytter	197	208	159	142			
Kreat	46	46	53	81	108	151	181
Karbamid	1,7	1,4	2,2	2,5			3,3
GFR	117	117	110	91	64	43	34
Bilirubin		5		64	61	59	66
INR	1				4,7		4
Albumin	28	28					
ASAT	38	36		7818	8580		7848
ALAT	13	13		2032	2194	1538	1465
ALP	137	128		356	358	428	484
GT	138	124		469	486	590	639
CK	39	42			567	1514	2410
Troponin T		<10					
Laktat	1,6				18		19
Paracetamol					243		

Figur 4 Uvalgte blodprøver fra DIPS, sammenstilt av Helsetilsynet

Under det stedlige tilsynet opplyste overlege 2 at det var lege 3 som skulle ha oppfølgingsansvaret for pasienten denne dagen, men lege 3 oppfattet at overlege 2 hadde overtatt dette ansvaret ved å gå visitt på pasienten og undersøkt [redacted] klinisk. Det ble ikke formelt avtalt dem imellom hvem som skulle følge opp pasienten videre.

I følge sykepleier på vakt var det gitt flere doser morfin subkutan og intravenøst, totalt 6,5 mg før kl. [redacted] og 5 mg Oxynorm kl. [redacted] uten vesentlig effekt. Kl. [redacted] ble det likevel notert at [redacted] var opiatpåvirket med lav respirasjonsfrekvens og små pupiller.

Mellom kl. [redacted] og kl. [redacted] sov [redacted] tungt og skal etterpå ha sagt at det var godt å få slappe av. Kl. [redacted] ble pasienten tilsett av LIS 2-lege og overlege fra kirurgisk avdeling som fant at det ikke var noen mistanke om akutt abdomen som trengte kirurgisk behandling. Pasienten var mest palpasjonsømt over leveren, og de mente det kunne dreie seg om smerter fra leverkapselen fra en akutt hepatitt. I journalnotatet fra det kirurgiske tilsynet ble det registrert blodtrykk på 104/68 mm Hg, men det ble også bedt om kontroll av blodtrykk målt i begge armer. Blodtrykket i høyre arm var 84/53 mm Hg, og 72/49 mm Hg i venstre. Avvikene i blodtrykk ble ikke kommentert i notatet. Overlege 2 og lege 3 ble informert om vurderingen, men fikk ikke informasjon om målte blodtrykk.

Lege 3 så til pasienten kl. [redacted] for første gang etter visitten, og registrerte en tydelig klinisk forverring. Pasienten ble beskrevet som somnolent og svarte kun med enkeltord. [redacted] var hypotensiv, takykard og hadde lav perifer oksygenmetning, men [redacted] var kald perifert og det var ustabile målinger. Det lyktes ikke å ta blodgass da det ikke var følbart puls ved håndleddene.

Kl. [REDACTED] forsøkte lege 3 å ringe overlege 2 som var gått hjem, men fikk ikke kontakt. Hun ringte da vakthavende anestesilege på intensiv, med ønske om overflytting av pasienten på grunn av betydelig klinisk forverring med ustabile målinger og uavklart situasjon. Lege 3 fikk vite at det var satt «begrenset inntak for nye pasienter» på grunn av personalmangel, og hun ble anbefalt å ta kontakt med [REDACTED]. Ved kontakt med [REDACTED] ble hun anbefalt å kontakte spesialist i gastroenterologi ved [REDACTED]. Han mente det var lite sannsynlig at pasienten hadde en [REDACTED] men at det kunne dreie seg om en hepatitt på grunn av sirkulasjonssjokk eller en paracetamolforgiftning. De ville ta ny kontakt om ev. overflytting.

Anestesilegen kom til medisinsk sengepost ca. kl. [REDACTED] og så til pasienten. Anestesilegen beskrev pasienten som grå i huden og somnolent. Han vurderte at pasienten var en intensivpasient, og at [REDACTED] var for dårlig for intensiv i [REDACTED]. Pasienten burde overføres til [REDACTED], men det var ikke akutt nødvendig å flytte pasienten til intensiv før transport. Ved tilsynet kom det frem at lege 3 ba anestesilegen om å ta en blodgass av pasienten, men at han mente det ikke var nødvendig. Lege 3 ga uttrykk for at hun var «ukomfortabel» med at pasienten skulle ligge på sengeposten, men anestesilegen sa det var akseptabelt.

Lege 3 fikk kontakt med overlege 2 kl. [REDACTED] og ba om bistand for å få pasienten overført til intensiv. Overlege 2 fant at [REDACTED] var blitt dårligere og mer takykard, hypotensiv og somnolent sammenliknet med da hun gikk vititt tidligere på dagen. Det ble forsøkt nalokson uten vesentlig effekt.

Gastroenterologen fra [REDACTED] tok kontakt mellom kl. [REDACTED] og kl. [REDACTED] og formidlet at de ville ta imot pasienten der. De fikk beskjed om å starte Mucomystinfusjon imellomtiden, og pasienten måtte stabiliseres på intensiv før transport. I notat i DIPS ved [REDACTED] skrev intensivlege der at pasienten måtte stabiliseres med bikarbonat, væske- og vasopressorbehandling og O₂ tilskudd/NIV behandling for å få pH over 7,20 og SpO₂ over 90 %. Videre står det følgende i notatet: «Om ikke ressurser på intensiv [REDACTED] bør anesthesi finne ressurser andre plasser f.eks. operasjonsstue. Må stabiliseres før transport.» Disse betraktningene ble formidlet til anestesilegen i [REDACTED].

Lege 3 ringte AMK ca. kl. [REDACTED] og bestilte lufttransport til [REDACTED]. AMK vurderte at det måtte være legefølge. Etter dette var det flere kontakter mellom overlege 2 og anestesilegen og ansvarlig sykepleier på intensiv, for å få plass til pasienten og starte opp Mucomystbehandling. Pasienten kunne ikke overflyttes på grunn av personellmangel.

Omtrent kl. [REDACTED] ble det tatt en arteriell blodgass som viste kraftig metabolsk acidose og svært forhøyet laktat som tegn på alvorlig organsvikt. Dette ble formidlet til anestesilegen og sykepleier på intensiv, og det var enighet om at pasienten måtte på intensiv når de fikk ordnet med plass. Kl. [REDACTED] tok overlege 2 kontakt med [REDACTED] for få hjelp til å løse situasjonen. [REDACTED] ba avdelingsleder for akuttmedisin om å løse problemet. Samtidig forsøkte anestesilegen og sykepleier på intensiv å skaffe plass ved å flytte en kirurgisk pasient fra intensiv til sengepost, men kirurgisk LIS 2 ga beskjed at pasienten var for dårlig til å kunne flytte på post.

Omtrent kl. [REDACTED] ringte lege 4 til internt medisinsk nødnummer (5555), for å få hjelp til å starte Mucomystinfusjon på sengepost. Koordinator på intensiv ga da beskjed om at pasienten kunne flyttes til intensiv for å starte behandlingen der.

3.2.5 Oppholdet på Intensiv

Pasienten ble flyttet til intensiv kl. med følge av lege og ble oppfattet som svært dårlig, lite kontaktbar, (GCS 8), hypotensiv og takykard med puls over 130 pr. min. var kald perifert.

I løpet av påfølgende time ble det etablert monitorering, lagt inn arteriekran og urinkateter. Halvannen time etter at pasienten kom til intensiv ble det startet med noradrenalininfusjon. Overlege 2 kom til intensiv ca. kl. og stilte spørsmål ved at Mucomystinfusjon ikke var startet. Hun fikk beskjed om at det ikke var ordinert på intensivkurven. Mucomystinfusjon ble startet kort tid etter.

Kl. ringte anestesilegen og ba om at overlege 2 måtte ordinere natriumhydrogenkarbonat til pasienten for å korrigere acidosen. Noradrenalin gikk initialt på 0,15 ug/kg/t, men i løpet av ble dosen økt til 0,5 ug/kg/min. Det ble ikke gitt andre vasopressorer. Det ble gitt natriumhydrogenkarbonat 167 mmol/l, totalt 750 ml, ved siden av glukose med Mucomyst, natriumklorid og Ringer-Acetat, totalt fire-seks liter væske i løpet av

Pasienten ble kateterisert for 400 ml mørk urin da kom til intensiv. Det ble startet med timediuressemålinger, men hadde ingen reell timediuressese i løpet av natten. Første del av natten lå med 2-5 l oksygen på brillekateter. Målt perifer oksygenmetning var over 90 % frem til midnatt, men blodgassene viste en økende oksygeneringssvikt med jevnt fallende pO₂ til svært hypoksiske verdier kl. Anestesilegen som var til stede på sykehuset hele natten vurderte ikke å intubere og legge pasienten på respirator fordi ikke ble anmodet om det av LIS-legen på medisinsk avdeling.

pH	7,13	7,15	7,21	7,22	7,19	6,87	6,92
pCO ₂	2,8	3,2	3,4	3,7	4,1	5,7	5,4
pO ₂	14,5	11,6	9,1	8,3	6,1	7,9	7
aB-O ₂ -metn	97	94	90	88	72	68	56
HCO ₃	10	11	12	13	13	7	8
BE	-22	-21	-18	-16	-16	-26	-25
Laktat	18	17	16	15	16	19	18

Figur 5 Blodgasser tatt natt til Sammenstilt av Helsetilsynet

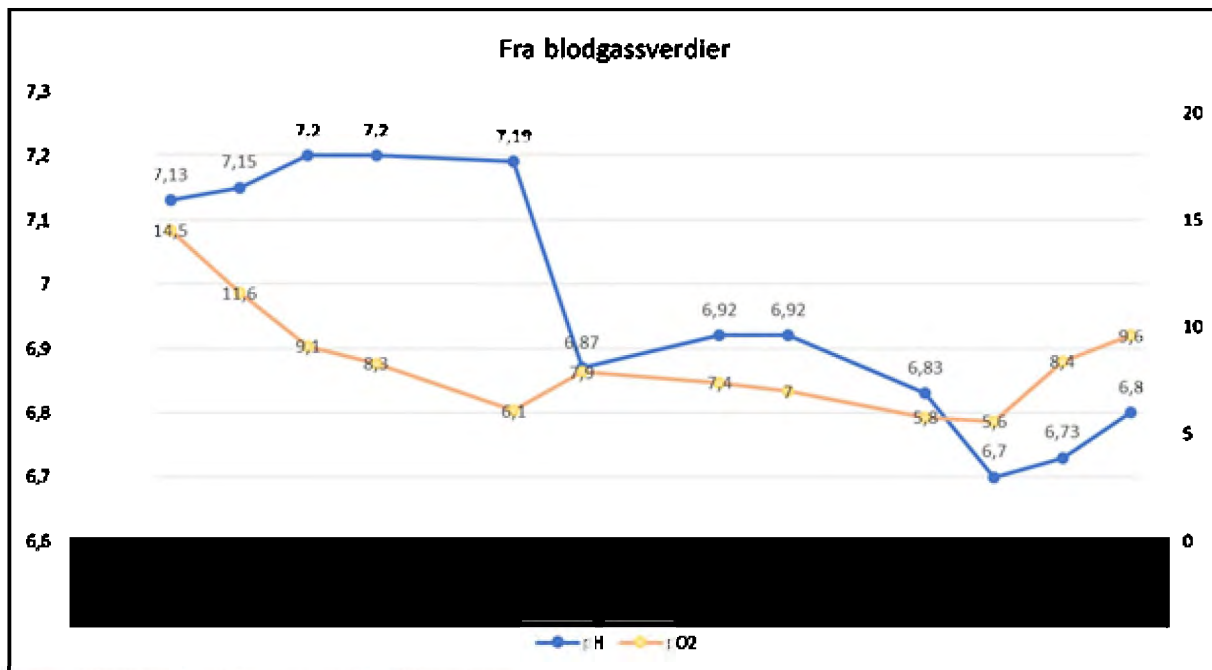
Fra kl. fikk pasienten fallende metning til 60 %, og var respiratorisk betydelig påvirket. Lege 4 oppfattet at dette var et lungeødem og ga 10 mg + 10 mg furosemid. Anestesilegen ble tilkalt og ville intubere, men lege 4 ville vente på effekt av diuretika og ringte sin bakvakt, overlege 2, ca. kl. for å diskutere videre behandling. Kl. fikk pasienten hjertestans (PEA), og det ble startet avansert hjerte-lunge-redning (AHLR). Pasienten ble da intubert og fikk egen hjerteaksjon (ROSC) etter ni minutter. Etter dette lå pasienten på respirator, og behandlingen ble fulgt opp av anestesilege og medisinsk bakvakt, overlege 2.

I samråd med vakthavende nyrelege ble det gitt høydose furosemid, men pasienten responderte ikke på behandlingen og var fortsatt anurisk. Det ble også anbefalt væskerestriksjon og infusjonen med buffer ble stoppet.

pH	6,92	6,83	6,7	6,8
pCO ₂	5,4	7	6,5	6,1
pO ₂	7	5,8	8,4	9,6
aB-O ₂ -metn	56	52	70	81
HCO ₃	8	7	5	6
BE	-25	-25	-29	-27
Laktat	18	19	21	21

Figur 6 Blodgasser fra morgenen [redacted] Sammenstilt av Helsetilsynet

Respiratoren var innstilt på spontanventilasjon med trykkstøtte 12 cm H₂O, PEEP 6 cm H₂O og 80 % oksygen i inspirasjonsluften. Blodgassene viste fall i pO₂ fra 7,9 kPa til 5,8 kPa på disse innstillingene. Det ble ikke registrert hvilke minuttvolum innstillingene ga pasienten, men pCO₂ i blodgassene viser at [redacted] var adekvat ventilert. [redacted] lå da også med infusjon med buffer, men denne ble stanset etter hjertestansen da det ble innført væskerestriksjon. Blodgassene etter hjertestans og respiratorbehandling viste at pasientens acidose ble betydelig forverret. Pasienten var resten av natten hypoksisk og acidotisk med svært høy laktat, men blodtrykket var akseptabelt.



Figur 7 Blodgassverdier sammenstilt av Helsetilsynet

Noen minutter før kl. [redacted] fikk pasienten for andre gang respirasjonsstans uten puls (PEA), og det ble iverksatt AHLR. Egensirkulasjon ble gjenopprettet etter 12 minutter.

I følge sykepleienotat på [redacted] ble pasienten stadig dårligere med kald og marmorert periferi, med anuri, økende ventrikelretensjon, spent buk uten tarmlyder og fallende blodtrykk.

Da transportteamet med anestesilege fra luftambulansen ankom ca. kl. [redacted] ble pasienten vurdert å ikke være transportabel, og kl. [redacted] ble det besluttet å sette HLR-minus. [redacted] ble stadig dårligere utover formiddagen og døde kl. [redacted]

3.2.6 Kontakt med AMK og ambulansetjenesten [redacted] 2019

[redacted] ga klarsignal til overflytting [redacted] ca. kl. [redacted], og ca. kl. [redacted] ble det tatt kontakt med AMK og varslet behov for transport av en intensivpasient. AMK vurderte at det var behov for legefølge. Ambulanseflyet var opptatt med andre oppdrag og var klar for transporten fra [redacted] rundt kl. [redacted]. Da var imidlertid været for dårlig til at de kunne lande. Transporten ble utsatt i påvente av flyvær.

Den [redacted] tok AMK kontakt med lege 4 og varslet om at værforholdene da var slik at de kunne komme til [redacted]. Teamet hadde likevel lite flytid igjen og pasienten måtte leveres på flyplassen hvis de skulle kunne gjennomføre transporten. Legene ved sykehuset vurderte at de ikke kunne dra med pasienten til flyplassen da avstanden var for stor, og at det ville svekke beredskapen ved sykehuset. Det var ingen ledig personellressurser som kunne følge pasienten. Transporten ble derfor utsatt [redacted].

Den [redacted] ankom transportteamet med anestesilege for å hente pasienten, men pasienten var da ikke transportabel.

3.2.7 Obduksjon og uttalelse fra [redacted]

Pasienten ble obdusert [redacted] 2019 ved [redacted] og undersøkelsene viste levernekrose, leversteatose, akutt tubulær nekrose og kronisk pankreatitt. Obduksjonsrapporten konkluderer med følgende: «Den umiddelbare dødsårsaken vurderes å være multiorgansvikt sekundært til levernekrose og akutt leversvikt, sannsynligvis induert av paracetamol. Til grunnliggende [redacted] Leverischemi som følge av hypotensjon og hypoperfusjon i forløpet kan ha bidratt til utviklingen av fulminant leversvikt.»

Det er fra klinisk farmakologi, [redacted] gjort en farmakologisk vurdering av paracetamolspeil tatt [redacted] og [redacted]. Følgende er hentet fra denne vurderingen:

[redacted] bekreftes ut i fra serumkonsentrasjonsmålingene som er gjort. [redacted] hadde normale leverenzym-verdier ved innleggelsestidspunktet, men det kan ikke utelukkes at et høyt inntak av paracetamol for eksempel dagen før innleggelse kunne gitt transaminasestigning inntil 72 timer etter inntak. [redacted]

3.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

Pasientens [redacted] ble informert om hendelsen og dødsfallet [redacted] 2019, og at årsaken sannsynligvis var paracetamolforgiftning. [redacted] har opplyst til Helsetilsynet at [redacted] fikk god informasjon og følte seg godt ivaretatt av sykehuset. [redacted] videreformidlet beskjeden til pasientens [redacted]. De pårørende ble tilbudt samtale med sykehuset, men takket nei til dette.

Pasientens pårørende ble også tilbudt samtale med Helsetilsynet i forbindelse med det stedlige tilsynet, men takket nei til dette.

4 Forhold ved virksomheten, organisering, rutiner og praksis

Nedenfor følger en beskrivelse av relevante forhold ved virksomhetens organisering og styring som er relevante for temaet for tilsynet.

4.1 Organisering

4.1.1 Organisering av intensivvirksomheten i [REDACTED]

I [REDACTED] ble det i [REDACTED] lagt frem en vurdering av behov for intensivmedisin i regionen (16) med utgangspunkt i historisk statistikk, forventet befolkningsutvikling og endring i aldersfordeling. Gruppen foreslo tre nivåer for behandling av kritisk syke pasienter i [REDACTED]

1. Intermediærenhet (overvåkingsenhet ved små lokalsykehus) med mulighet for bruk av vasoaktive medikamenter, non-invasiv ventilasjon (inkl. CPAP) og initial respiratorbehandling.
2. Intensivenhet ved lokalsykehus.
3. Intensivenhet ved store sykehus [REDACTED]

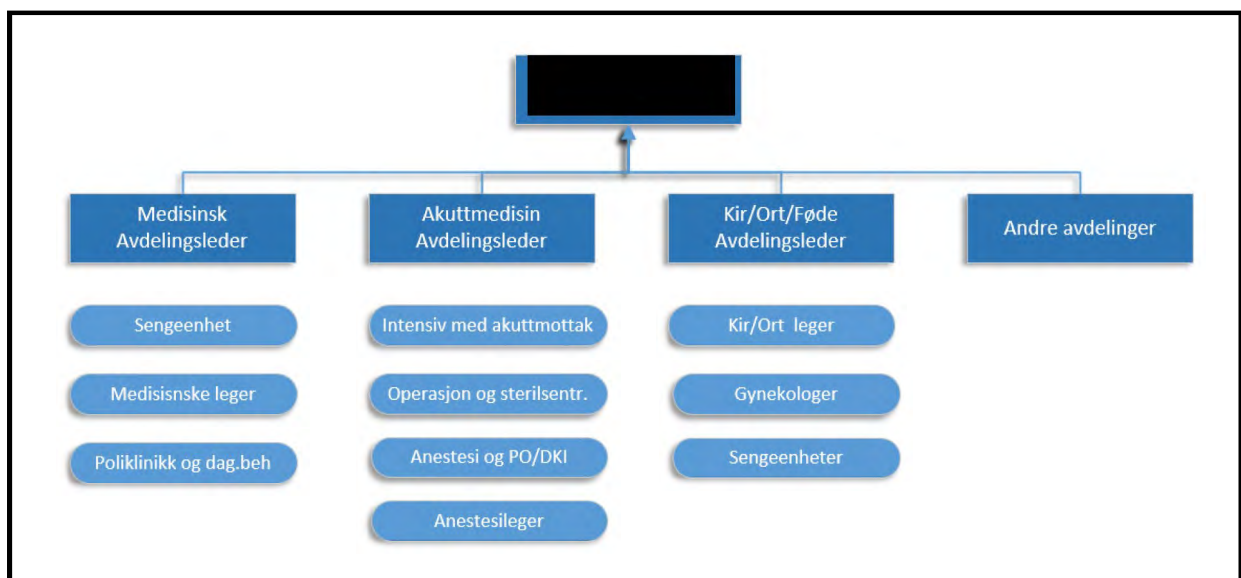
Gruppen anbefalte at [REDACTED] skulle ha intensivenhet på nivå 1, dvs. en intermediærenhet med fem senger hvorav én plass til initial respiratorbehandling i påvente av overflytting til [REDACTED] (nivå 2) eller [REDACTED]. Overflytting skal skje innen et døgn. Organiseringen i nivå bestemmer bemanningsnormen da det legges til grunn at det skal bemannes med en-to sykepleier pr. seng på en intensivenhet og 0,5 sykepleier pr. seng på en intermediærenhet (16).

4.1.2 [REDACTED] HF

[REDACTED] HF har ansvar for spesialisthelsetjenesten for [REDACTED] sine [REDACTED] innbyggere (13) og er organisert i [REDACTED]. [REDACTED] er lokalsykehus med akuttfunksjon for [REDACTED] med ca. [REDACTED] innbyggere og er organisert med egen [REDACTED].

4.1.3 [REDACTED] - Avdelingsstruktur med underliggende enheter

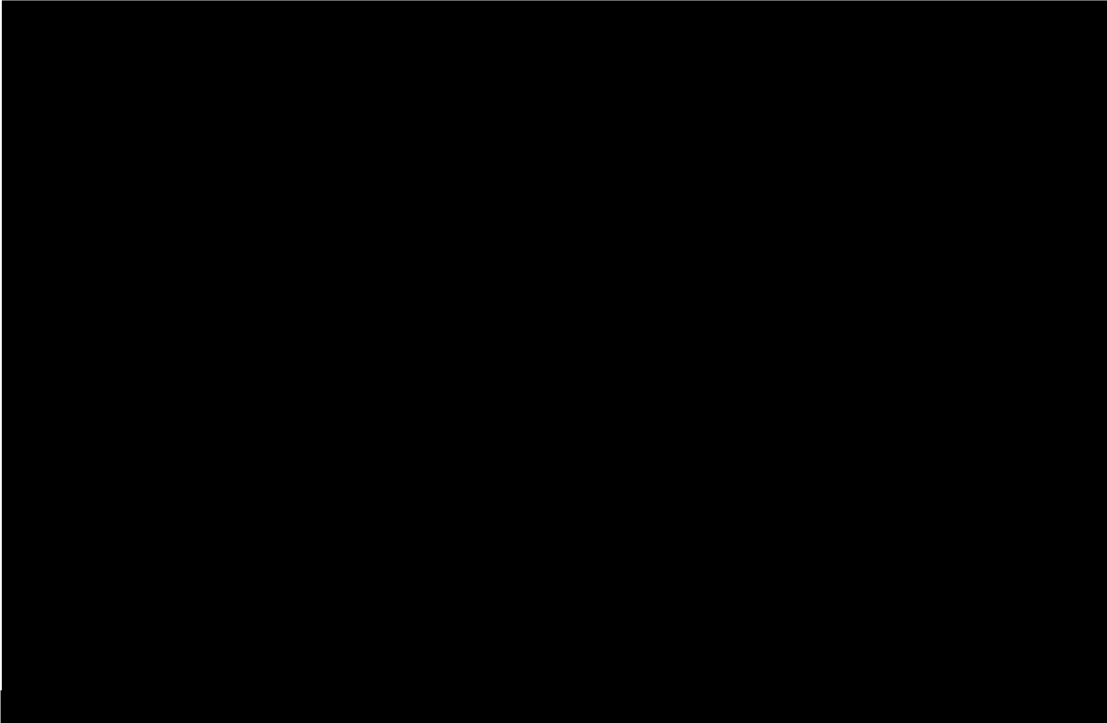
[REDACTED] har fem avdelinger med underliggende enheter: Medisin, Akuttmedisin, Kir/ort-Føde/gyn., Medisinsk service og Rehabilitering.



Figur 8 Organisasjonskart [REDACTED]

Organisering av intensivvirksomheten ved [REDACTED]

Intensivvirksomheten flyttet inn i nye lokaler med fire enerom og ett luftsmitteisolat da [REDACTED] tok i bruk nytt bygg i [REDACTED]. Intensiv skulle dekke behov for overvåkning, intermediær og initial intensivbehandling ved [REDACTED].



Intensiv lå vegg i vegg med postoperativ (PO), dagkirurgisk oppvåkning (DKI) og akuttmottak som også hadde utstyr for overvåkning av pasienter. Intensiv/akuttmottak og PO/DKI hadde sykepleiebemanning fra ulike administrative enheter.

Bemanning og arbeidsoppgaver ved intensiv

Intensivenheten med akuttmottak hadde 25,5 sykepleiestillinger i turnus hvorav ca. 20 stillinger var besatt med intensivsykepleiere. Enheten brukte hver uke fire vikarer som var i fast rullerende turnus. Vikarene var kjente og hadde vært vikarer i flere år.

Grunnbemanning var seks sykepleiere på dagvakt, seks sykepleiere på aftenvakt og fire på nattevakt. På dagvakt og aftenvakt var to av sykepleierne øremerket akuttmottaket og to hadde oppgaver som ansvarlig sykepleier og koordinator. I forbindelse med nytt sykehus og at akuttmottaket ble lagt inn under intensiv, hadde det vært aksept for at det på aftenvaktene fast ble brukt én sykepleier mer en bemanningsnorm og budsjett tilsa.

Anestesileger – bemanning, arbeidsoppgaver og vaktordninger

Enhet for anestesileger hadde 3,5 årsverk for legespesialister og ett årsverk for LIS 2-lege. Enheten var ledet av en avdelingsoverlege i 100 % stilling og hadde to faste leger som hver gikk i 50 % stilling. Resten av behovet for anestesileger ble dekket av syv-åtte faste vikarer. Anestesilegene hadde på dagtid hverdag ansvar for pre-, per- og postoperativ virksomhet for tre operasjonsstuer og var opptatt der mellom kl. 07.45 og kl. 09.00. Noen ganger kunne elektive operasjoner fortsette ut over ettermiddagen, men ellers var det lite øyeblikkelig-hjelp-operasjoner på kveld og natt. På intensiv hadde anestesilegene ansvar for pasienter på respirator og andre pasienter med flerorgansvikt. Anestesilegene hadde døgnvakter med hjemmevakt fra kl. 20.00 til kl. 07.45 neste dag.

Medisinske leger – bemanning, arbeidsoppgaver og vaktordninger

Medisinsk avdeling hadde en sengepost med 24 senger og enhet for poliklinikk og dagbehandling. Avdelingen hadde fire overleger i full stilling hvorav tre i vakt, og ni som gikk i reduserte stillinger. De hadde i tillegg noen faste vikarer som tok vakter. Overlegene gikk en femdelt turnus og hadde hjemnevakt mellom kl. 16.00 og kl. 17.00, og mellom kl. 19.00 og kl. 08.00. Avdelingen hadde også syv LIS 2-leger og fem LIS 1-leger. Vakthavende LIS 2-lege hadde tilstedevakt til kl. 23.00 og deretter hjemnevakt til neste morgen. LIS 1-lege hadde delt tilstedevakt med dagvakt for medisinsk avdeling frem til kl. 20.00 og nattevakt for både medisinsk og kirurgisk avdeling fra kl. 20.00 til neste morgen.

Legene hadde morgenmøte kl. 08.00 med rapport om nye pasienter og påfølgende røntgendemonstrasjon. Visittgang var satt opp med to team med én overlege, én LIS 1-lege og én LIS 2-lege. Den ene LIS 2-legen gikk visitt på intensiv, mens de andre begynte previsitt på sengeposten. I arbeidsplanen var overleger og LIS 2-leger satt opp på visitt en uke av gangen. En overlege gikk for øvrig visitt på alle nye pasienter.

4.2 Styrende dokumenter og forventninger

4.2.1 Rutiner – ledelsens forventninger til praksis

Helsetilsynet har fått tilsendt en rekke styrende dokumenter og oversikten ligger i vedlegg 4.

Prosedyrer ble stort sett gjort kjent på e-post, i vaktpermer og ved påminnelse på møter. Alle prosedyrer lå tilgjengelig i DocMap. På hendelsestidspunktet var [REDACTED] i gang med å implementere «Kompetansemodulen» som skulle gi oversikt over hva det enkelte helsepersonell hadde gjennomgått av styrende dokumenter.

Følgende dokumenter er relevante for våre vurderinger:

- I informasjonsskrivet Rutiner for turnusleger/LIS 1 2017 (27) understrekes at alle pasienter som LIS 1-lege tar imot skal konfereres med vakthavende LIS-lege (LIS 2-lege). Alle radiologiske undersøkelser på natt skal konfereres med LIS 2-lege. Pasienter som LIS 1-lege har tatt imot skal presenteres på avdelingens morgenmøte.
- Informasjonsskrivet Til nye leger ved medisinsk avdeling, [REDACTED] (20) beskriver bl.a. rutiner for visitt og journalføring: «Pasienter skrives inn av turnusleger og studenter. Første dag på sengeposten skriver vi innkomstnotat med tentativ diagnose, planlagt utredning og behandling.». Informasjonsskrivet inneholder sentrale dokumenter og rutiner for pasientbehandling, utstyr og beredskap. Det inneholder også sjekklister for gjennomgått opplæring og rutiner. Det forventes at nye leger gjør seg kjent med rutiner og prosedyrer knyttet opp mot medisinsk avdeling.
- Visittrutiner og dokumentasjon (18) slår fast at for medisinske leger starter vakthavende LIS 2-lege visitt på intensivpasienter på hverdager, og så sant mulig deltar overlege på visitten. Anestesilege deltar på visitt på alle pasienter innlagt på intensiv.
- Early Warning Score (EWS) (28) beskriver systematiske observasjoner av vitale verdier slik at endring/forverring kan oppdages på et tidlig tidspunkt. NEWS skal utføres på alle som innlegges som øyeblikkelig hjelp. Alle involvert i pasientbehandlingen skal kjenne til prosedyren. Prosedyren beskriver kriterier for å varsle lege og i akutte tilstander følges rutine for AHLR, «Internt nødnummer» eller «Tilkalling av anestesilege».
- NEWS-kurve (29) har felter for registrering av observasjoner og på baksiden er en tabell som viser beregning av NEWS og en som viser tiltak relatert til NEWS-skår. Der anføres at ved NEWS skår 5 eller høyere, skal det gjøres ny NEWS hver time og lege eller MIS-sykepleier skal tilkalles. Ved NEWS skår over 7 skal pasienten monitoreres kontinuerlig og lege/MIS kontaktes og det skal vurderes overflytting til høyere omsorgsnivå.

- Tilkalling av anestesilege ved akutte tilstander (21) beskriver kriterier for at vakthavende lege ved medisinsk eller kirurgisk avdelingen skal kunne be om bistand fra anestesilege. Det er satt opp omfattende kriterier for tilkalling og tilslutt er det presisert at anestesilege kan tilkalles ved bekymring selv om ingen andre kriterier er oppfylt.
- Internt nødnummer 5555 (17) skal brukes ved en nødssituasjon i avdelingen hvis man har behov for øyeblikkelig bistand, mer personale eller kompetanse som ikke er tilstede. Innringer settes da i kontakt med «koordinator intensiv».
- Instruks for ansvarlig sykepleier intensiv og Koordinator for intensiv, akuttmottak og legevakt (30) beskriver oppgaver og ansvar for sykepleierne som skal ivareta disse rollene. Oppgavene som skal ivaretas er å ha oversikt over pasientbelegg og behov for bemanning i akuttmottak, på intensiv og på postoperativ. De har myndighet til å kalle inn ekstra personell eller ta initiativ til vurdering av begrenset inntak intensiv. De skal videre overvåke telemetri, nødnett, ambulanse, ums-varsling, traumevarsling mm, og rykke ut ved hjertestans, keisersnitt og nyfødtalarm. Koordinator har ansvar for «5555-telefonen.» På nattevakt dekker én sykepleier begge rollene. Koordinator skal ikke ha egen pasient, ansvarlig sykepleier kan ha en lett pasient.
- Innleggelse til intensiv og legens ansvarsfordeling (31) slår fast at vakthavende anestesilege har det koordinerende ansvar for alle pasienter innlagt på intensiv. «Vakthavende anestesilege har det medisinske ansvaret for pasienter som er respiratoriske og sirkulatorisk ustabile og har behov for organ støttende behandling» og som eksempel nevnes respirator, NIV, optiflow, inotrope medikamenter, massiv væskebehandling osv. Kirurgisk- og medisinsk overlege har medisinsk faglig ansvar for øvrige pasienter på intensiv, men den daglige oppfølgingen kan delegeres til LIS 2-lege.
- Overflytting av pasienter mellom avdelinger i [REDACTED] (22) beskriver at all overflytting til sengepost skal klareres med moderavdelingens overlege/LIS 2-lege og overflytting fra sengepost til intensiv skal meldes til vakthavende anestesilege.
- Begrenset inntak ved intensiv avdeling [REDACTED] (19) beskriver tiltak når det oppstår en situasjon hvor intensiv ikke kan ta imot flere pasienter. Det presiseres at «med begrenset inntak menes ikke at vi ikke kan ta imot pasienter.» Situasjonen er differensiert til om begrensningen dreier seg om intensivpasienter eller intermediærpasienter og om årsaken er mangel på personell eller fysiske plasser. Det er ansvarlig sykepleier på intensiv som identifiserer kapasitetsproblemet og varsler vakthavende anestesilege som sammen med vakthavende overleger i [REDACTED] tar beslutningen om begrenset inntak. AMK [REDACTED] AMK [REDACTED] og [REDACTED] varsles om vedtaket.
- Utrykning/transport med ambulanse innen [REDACTED] (23) beskriver behov for følge av helsepersonell fra sykehus til flyplass. Grunnregelen er at transportoppdrag ikke skal gå ut over beredskapen på sykehuset, men avleverende sykehus er i utgangspunktet ansvarlig for transporten til flyplassen. På kveld og natt og i helgene er det kun én anestesisykepleier og anestesilege på vakt og da må det vurderes nøye om noen kan rykke ut. I situasjoner hvor det ikke er ledig personell tilgjengelig for transport kan flyets medisinske personell anmodes om å hente pasienten.
- Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter mellom sykehus i [REDACTED] (24) slår fast at overleveringssted avtales mellom flylege og ansvarlig overlege ved avleverende intensivavdeling på bakgrunn av kapasitetshensyn og medisinsk tilstand.

4.2.2 Praksis- hvordan arbeidet vanligvis ble utført

Ved tilsynet kom det frem at det var varierende grad av kjennskap til og etterlevelse av sykehusets rutiner og prosedyrer. Ledelsen hadde fått tilbakemeldinger på at det var vanskelig å få lest alle prosedyrene og vite hva som stod der. Det kom frem at det ble meldt flere avvik, også på forhold der prosedyrer ikke var fulgt i pasientbehandlingen. Ledelsen var i gang med

å innføre Kompetansemodule, men hadde for øvrig ikke spesielle tiltak for å følge med på om rutiner og prosedyrer ble fulgt i pasientbehandlingen.

Innleggelse av pasienter

Ved det stedlige tilsynet kom det frem at rutiner for mottak av nye pasienter i stor grad fulgte anbefalinger i informasjonsskriv og veiledende rutiner. Øyeblikkelig-hjelp-pasientene ble triagert i akuttmottaket, og det var LIS 1-legene som undersøkte pasientene, satte opp en plan for videre utredning og overvåkning og skrev innkomstjournal. Det var vanlig at LIS 1-leger konfererte sine funn og behandlingsvalg med LIS 2-leger. Det var normalt felles visitt med overlege på nye pasienter. Rutinen var å skrive innkomst på alle nye pasienter, men hvem som skrev notatet varierte.

Organisering på intensiv

I kap. 4.1.1 er det beskrevet at intensivpasienter skal overflyttes til sykehus med intensivvirksomhet nivå 2 eller 3 innen et døgn. Ved tilsynet kom det frem at dette ikke alltid ble etterlevd i praksis. Det ble sett på som ikke hensiktsmessig å overflytte respiratorpasienter til annet sykehus mer enn [redacted] unna, i de tilfellene hvor det ble antatt at pasienten kun ville ha behov for respiratorstøtte et par døgn. Avstander og værforhold tilsa at sykehuset skulle ha en robust intensivhet som kunne gi pasienter respiratorbehandling lengre enn nivå 1 tilsier (16).

Intensiv i [redacted] var bemannet for én respiratorplass, men enheten hadde to respiratorer. I flere perioder hadde de hatt én lite komplisert pasient liggende på respirator hele sykdomsforløpet, og dermed fortsatt hatt kapasitet for én ny pasient på respirator før overflytting. Intensiv var en teknisk post. Dette innebar at pasienten kunne være innlagt på intensiv, men tilhøre en annen avdeling (moderavdeling). Plassene var i utgangspunktet intermediærplasser hvor leger fra moderavdelingene hadde det primære behandlingsansvaret. Ved tilsynet kom det frem at det var enighet om at når en pasient lå på respirator eller krevde annen avansert, støttende behandling, så hadde anestesilegen ansvar for denne behandlingen. Totalansvaret for pasientbehandlingen lå likevel fortsatt på moderavdelingen. Det kom frem at det i praksis var noe uklar avgrensning mellom hva som var anestesilegens behandlingsansvar, og hva som var medisinske legers behandlingsansvar.

Det var ikke en uvanlig situasjon at sykepleierne og anestesilegen vurderte at en pasient var flytteklar, men hvor avgjørelsen om flytting ble overprøvd av moderavdelingens LIS 2-leger ev. i samråd med sin overlege. Det som i styrende dokumenter beskrives som anestesilegenes koordinerende rolle på intensiv, syntes å ha lite plass i daglig praksis fordi anestesilegen selv ikke kunne avgjøre om en pasient på intensiv kunne overflyttes til sengepost. Denne avgjørelsen skulle tas i samråd mellom anestesileger og leger fra moderavdelingen, men anestesilegen kunne ikke overprøve moderavdelingens leger ut fra intensivmedisinske prioriteringer.

Sengepostene hadde hatt et høyt belegg (se vedlegg 5). Dette medførte at det ofte var fullt på intensiv, og at det kunne ta tid å få plass til en pasient som trengte intensivbehandling. Det skal ha vært mange situasjoner hvor pasienter hadde blitt liggende på intensiv på grunn av plassmangel på sengepostene. Personell på intensiv ga uttrykk for at de opplevde at de var en avlastningspost for sengepostene. Ved tilsynet kom det frem at det ofte var problemer med å få overflyttet pasienter til og fra intensiv. Ledelsen mottok flere og flere avvik som gjaldt overflytting. Det ble ofte en diskusjon mellom de ansatte angående plassmangel.

Ved tilsynet kom det også frem at ansvarsfordelingen på intensiv hadde vært et spørsmål de siste to årene, og samarbeidsmiljøet hadde blitt tøffere. Dette har vært tatt opp som problemstilling ved flere anledninger, og det var forsøkt ulike tiltak for å bedre samarbeidet.

I samsvar med rutinene, ble morgenvisitten på medisinske pasienter innlagt på intensiv vanligvis utført av vakthavende LIS 2-lege. Anestesilegen skulle delta ved visitt på alle pasienter innlagt på intensiv, men kunne være opptatt med andre oppgaver. Ved tilsynet kom det frem at viktige avgjørelser ofte ble utsatt til ettermiddagsvisitten da LIS 2-lege, medisinsk overlege og anestesilegen deltok, og dermed ikke ble gjennomført før neste dag. Sykepleierne oppfattet at dette gjorde pasientflyten lite effektiv. Det ble ansett som et problem at medisinske overleger ikke deltok på morgenvisitten.

Early Warning Score, internt nødnummer 5555 og tilkalling av anestesilege i akutte tilstander
Helsetilsynet fikk opplyst at det var svært varierende i hvor stor grad NEWS ble brukt, og kunnskap om NEWS, særlig i legegruppen. NEWS var en del av opplæringsprogrammet, men det var flere som ikke hadde fått noe særlig opplæring i bruk av NEWS. Ved tilsynet kom det frem at ikke alle visste betydningen av et høyt NEWS-skår eller hva som var forventet av legen ved tilkalling. Ledelsen hadde ikke oversikt over i hvor stor grad NEWS ble brukt i pasientbehandlingen.

Det var god kunnskap om når 5555-telefonen kunne brukes. Det kom imidlertid frem at ordningen med tilkalling av anestesilege for bistand i vurderingen av pasienter var svært lite brukt. Det var også lite kunnskap om prosedyren og de vide kriteriene for å bruke dette tilbudet.

4.3 Annet relevant organisatorisk saksforhold

4.3.1 Tilsynssak [redacted] dødsfall etter multiorgansvikt ved [redacted]

En tidligere tilsynssak gjaldt en pasient som var innlagt for et [redacted] og som døde av leversvikt/leverkoma og nyresvikt. I saken konkluderte Helsetilsynet med at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp fordi det ikke ble utvist tilstrekkelig forsiktighet ved doseringen av paracetamol, og det ble ikke utført tilstrekkelig utredning av nyresvikt etter innleggelsen.

Videre konkluderte Helsetilsynet med at virksomheten hadde fulgt opp hendelsen på en adekvat måte. Det ble i den forbindelse blant annet vist til at [redacted] gjennomførte opplæring av alt pleiepersonell og leger i tiltakspakken for tidlig oppdagelse av forverret tilstand gjennom bruk av kurspakken ProACT. Dette innebar gjennomgang av skåringsverktøyet (NEWS), kommunikasjonsverktøyet ISBAR og bruk av mobil intensiv sykepleier (MIS). [redacted] hadde også revidert retningslinjer for bruk av paracetamol.

Personellet ved [redacted] var ikke kjente med denne tilsynssaken fra eget helseforetak. Etter hendelsen er det utarbeidet en prosedyre [redacted] Prosedyren beskriver hvordan foretaket skal sikre blant annet læring fra uønskede hendelser på tvers av [redacted]

4.4 Virksomhetens interne gjennomgang av hendelsen

[redacted] etablerte en intern arbeidsgruppe umiddelbart etter hendelsen.

Arbeidsgruppen har utformet en foreløpig rapport som skal gjennomgås av [redacted] Arbeidsgruppens mandat var forbedringsarbeid, og målet for arbeidet var å få oversikt over aktuelle problemstillinger og utarbeide forslag til løsninger som sikrer kvaliteten på tilbudet til pasientene og en forsvarlig arbeidssituasjon for ansatte ved [redacted]

gjennomførte også en hendelsesanalyse av 2019. I rapporten fremkom det vurderinger og anbefalinger som gjennomgås av

4.4.1 Avviksmeldinger

Overlege 2 har redegjort for hendelsen i en avviksmelding som ble registrert 2019. Det fremgår at pasienten hadde behov for overvåkning på et høyere nivå enn sengepost, men det var ikke nok bemanning på intensiv. Behandling med Mucomyst ble forsinket med halvannen time. Overlegen hadde flere samtaler med anestesilege og ansvarlig sykepleier på intensiv i forsøk på å flytte pasienten før transport til ble kontaktet som ringte videre til avdelingsleder for akuttmedisin, som igjen ringte til anestesilegen. Det var fortsatt ikke kapasitet til å ta imot pasienten. Årsaken til hendelsen ble oppgitt å være for dårlig grunnbemanning på intensiv, og for lite fleksibilitet til å overvåke flere pasienter enn det er bemanning til. Det fremkommer av avviksmeldingen at dette var noe som medisinske leger opplevde av og til.

Den 2019 ble det også registrert fem andre avviksmeldinger om manglende bemanning på intensiv. Den ene avviksmeldingen gjaldt en pasient som kom på kirurgisk sengepost fordi intensiv ikke hadde kapasitet. To avviksmeldinger gjaldt at mottakssykepleier ble tatt ut fra akuttmottaket på grunn av for lite bemanning på intensiv, og én gjaldt for lite personell på vakt på intensiv. Den siste avviksmeldingen gjaldt at sykepleier på intensiv ikke fikk noen muntlig rapport fra sykepleier fra medisinsk sengepost ved overflytting av pasienten, og det var heller ikke lagt inn en rapport i DIPS.

4.4.2 Oppfølging etter hendelsen

har i tilbakemelding på foreløpig rapport datert 2019 redegjort for hvordan hendelsen er fulgt opp i ettertid.

I tilbakemeldingen vises det til at det arbeides løpende med å utarbeide og tildele aktuelle kompetansekrav i Kompetansemoduleen, som skal bidra til å sikre at medarbeiderne er kjent med konkrete krav og får nødvendig opplæring, samtidig som virksomhetsledelsen har mulighet til å følge opp status.

Virksomheten har etter hendelsen innført en rekke tiltak, blant annet:

- Endringer i bemanning og visittgangen ved medisinsk avdeling, herunder at overlege gjennomfører visitt på intensiv sammen med LIS 2-lege og anestesilege hver morgen og ettermiddag. Vakhavende LIS 2-lege har fått endret arbeidsoppgaver med færre faste oppgaver og mer tid til arbeid med pasienter i akuttmottaket.
- Det er opprettet faggrupper som skal jobbe med prosedyrer og internundervisning. Enheten har også fått i oppgave å gjennomføre internundervisning og casetrening som omhandler ivaretagelse av akutt dårlig pasient på sengeenhet.
- Avdelingsleder har iverksatt kontrollrutiner for å sikre oppfølging av aktuelle tiltak ved medisinsk avdeling.
- Koordinator og ansvarlig sykepleier ved intensiv er slått sammen til en funksjon for å friggi ressurser til direkte pasientarbeid.
- Det er laget en opplæringsplan for leger om samstemming av legemidler, som er iverksatt av farmasøyt. Kompetansekravene ligger i Kompetansemoduleen. Klinisk farmasøyt er også tilgjengelig i akuttmottak hver tirsdag.
- Fra 2019 iverksettes det en ordning med legeberedskap på ambulansflyet i Legen skal være med på turer som krever høy medisinsk kompetanse, ved

akutturer inn til [REDACTED] og ved overføringer til høyere omsorgsnivå. Legeberedskap på ambulanseflyet skal være 24/7.

- Det er fremmet forslag til foretakets journalutvalg om mal for fortløpende journalnotater – utfordringsbilde, vurdering og tiltak. Det planlegges også en revisjon av prosedyren PR42649 for å tydeliggjøre rutiner og krav til løpende dokumentasjon og dokumentasjon ved tilsyn/endringer i pasientens tilstand.
- [REDACTED] har iverksatt kontrollrutiner for å følge opp gjennomføringsgrad på tildelte kompetansekrav i Kompetansemoduleen.
- Det er etablert lokalt ernæringsutvalg i [REDACTED] som følger opp foretakets ernæringsstrategi.
- Det er utarbeidet et årshjul for internundervisning i [REDACTED], knyttet opp mot de ulike tiltakspakkene og generelle pasientforløp.
- Pasientsikkerhetstavler blir tatt i bruk på sengeenhetene, blant annet for å sikre at aktuelle tiltakspakker fra Kunnskapssenteret blir fulgt opp.
- Prosedyren PR37733 og EWS er lagt inn som kompetansekrav i Kompetansemoduleen til alle leger og pleiepersonell ved medisinsk avdeling, og skal legges inn for alle leger og pleiepersonell i [REDACTED]

Flere rutiner og prosedyrer er opprettet/revidert. Dette gjelder blant annet:

- En ny prosedyre som gjelder ved begrenset kapasitet ved intensiv avdeling, og pasientflyt ved behov for behandling og overvåkning. Denne prosedyren er utarbeidet og implementert for å sikre nødvendig plass og bemanning slik at alle pasienter med behov for det, får nødvendig overvåkning og behandling på intensiv. (PR48550)
- Prosedyren om begrenset inntak ved [REDACTED] intensiv enhet og sengeposter er revidert. Prosedyren beskriver rutiner for alle avdelinger på sykehuset i situasjoner med kapasitetsutfordringer.

For øvrig har [REDACTED] blant annet vist til følgende planlagte tiltak:

- [REDACTED] skal gjøre en gjennomgang av funksjonsbeskrivelser og arbeidsoppgaver for fagutviklingssykepleierne, med mål om å sikre bruk av pasientsikkerhetstavler, oppfølging av aktuelle tiltakspakker og tilsvarende på sengeenhetene.
- Det planlegges videre internundervisning i tidlig oppdagelse av forverret tilstand, NEWS med opplæring i ProAct og ISBAR.
- Tiltakspakken forebygging av underernæring er delvis implementert i [REDACTED] og [REDACTED] vil gjøre ytterligere tiltak for å sikre tilstrekkelig implementering av blant annet PR09643 om ernæringscreening.
- Prosedyren for innleggelse på intensiv og legenes ansvarsfordeling er under revisjon og ses på i sammenheng med prosedyren for overflytting av pasienter mellom avdelinger i [REDACTED]. Ansvarfordelingen og plassering av pasienter skal diskuteres og tydeliggjøres for fremtiden.
- [REDACTED] skal utarbeide en rutine som beskriver tydelig hvilke intensiv- og respiratorpasienter som skal behandles ved [REDACTED] basert på nivåinndelingen, og utarbeide en bemanningsplan i forhold til dette.
- [REDACTED] skal jobbe med å sikre at pasienter som trenger det, får intensivbehandling i tråd med god praksis. Nødvendige opplæringstiltak må iverksettes i forhold til å sikre tilstrekkelig kompetanse til å ivareta komplekse intensivpasienter for kortere og lengre tidsrom. Avdelingen bør sikre at anestesileger konfererer med kompetansemiljø ved [REDACTED] og avdelingen må sørge for at sykepleierne/intensivsykepleierne har

rutiner for å vurdere og rapportere manglende måloppnåelse i behandling og/eller forverring i pasientens tilstand til ansvarlig lege/anestesilege for oppfølging.

- [REDACTED] mener det er aktuelt å etablere en beredskapsplan for situasjoner hvor sykehusets kapasitet for mottak og behandling av pasienter utfordres, på linje med beredskapsplan for massetilstrømming. [REDACTED] fremmer sak til lokalt beredskapsutvalg der det foreslås at det settes kriseledelse i aktuelle situasjoner.

5 Hendelsesanalyse

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

- Pasienten døde på respirator i en multiorgansvikt [REDACTED] 2019 etter at det var tatt avgjørelse om å avstå fra hjerte-lunge-redning.
 - Pasienten lå på det tidspunkt på respirator, hadde pågående infusjon med buffer og høy dose noradrenalin infusjon, men hadde fallende blodtrykk og en betydelig metabolsk acidose på grunn av nyresvikt og høy laktat. Leverprøver, nyreprøver og laktat var stigende. [REDACTED] hadde anuri. Multiorgansvikten skyldes trolig en fulminant leversvikt på grunn av levernekrose. Obduksjonen viste at pasienten hadde nekrose i lever og nyre, mest sannsynlig på grunn av paracetamolforgiftning i kombinasjon med lavt blodtrykk.
- Helsepersonellet som hadde ansvar for pasienten vurderte at det var behov for transport til [REDACTED] men transport ble ikke iverksatt.
 - Først var det ikke tilgjengelig fly, så forhindret været flytransport, deretter var det ikke helsepersonell som kunne transportere pasienten til flyplassen, og til sist ble pasienten vurdert som for dårlig til transport.
- Pasienten ble overflyttet til intensiv, men fikk ikke tilstrekkelig behandling til å kunne hindre betydelig forverret sykdomsutviklingen.
 - Pasienten fikk tilfredsstillende overvåkning, men behandlingen ble i liten grad tilpasset tilstanden, og det ble ikke forsøkt ulike behandlingsregimer for å få kontroll over situasjonen. [REDACTED] ble liggende uten respiratorstøtte i seks timer, med den følge at [REDACTED] utviklet en så alvorlig hypoksi at [REDACTED] fikk hjertestans. Pasienten ble intubert, og det ble startet respiratorbehandling, men denne behandlingen ble ikke forsøkt tilpasset pasientens behov selv om pasienten påny utviklet en alvorlig hypoksi. [REDACTED] hadde ikke diurese, men det ble i liten grad satt inn tiltak for å påvirke den.
- Helsepersonellet med pasientansvar vurderte at pasienten hadde behov for innleggelse på intensiv, men overføring ble ikke iverksatt.
 - Helsepersonellet vurderte at intensivenheten var full og at de ikke kunne ta imot pasienten før de fikk flyttet ut en annen pasient.
- Pasienten ble liggende på sengepost med hypotensjon og uten diurese hele dagen
- Fra kl. [REDACTED] 2019 ble pasienten vurdert som dårlig med sterke smerter, svært lave blodtrykk, manglende diurese og høye NEWS-skår. Det ble ikke konferert med anestesilege. Det ble gitt væske, morfin og det ble bestilt supplerende blodprøver, men det ble ikke vurdert å flytte [REDACTED] til intensiv før kl. [REDACTED]
- På [REDACTED] 2019 var pasienten dårlig og begynte å vise tegn på multiorgansvikt med alvorlig lever og nyreskade.
 - Pasienten hadde svært lavt blodtrykk, lav metning, [REDACTED] hadde ikterus og blodprøvene viste svært forhøyede leververdier og stigende nyreverdier.
- Det ble ikke dokumentert at det ble gjort en revurdering av pasienten første dag på sengepost.

- Den første vurderingen ved innleggelsen ble gjort av en lege med lite erfaring. Det var etablert gode rutiner som skulle sikre at innleggelsesvurderingen ble kontrollert og revurdert første innleggingsdøgn av en erfaren lege, men det er ikke dokumentert noen slik revurdering og det er heller ikke gjort noen endring i behandlingen.
- Ved innleggelsen ble pasienten satt på full paracetamoldose [REDACTED]
 - Det ble ikke innhentet informasjon om paracetamolforbruk forut for innleggelsen, og det ble derfor heller ikke vurdert om pasienten allerede kunne ha en paracetamolforgiftning. Det var ikke kjent at pasienten hadde fått resept på paracetamol. [REDACTED] Blodprøvene viste forhøyet ALP og GT og lav albumin.
- Pasienten hadde [REDACTED] vel en uke før innleggelsen og hadde trolig høyt inntak av paracetamol før innleggelsen.
 - Pasienten hadde hatt sterke smerter etter [REDACTED] og hadde oppsøkt fastlegen flere ganger på grunn av dette forut for innleggelsen. Kjernejournalen viste at pasienten hadde fått resept på 100 tabletter paracetamol á 1g.
- Pasienten hadde [REDACTED]
 - [REDACTED]

6 Statens helsetilsyns vurderinger

Helsetilsynet har i denne saken vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp under oppholdet på [REDACTED] og om helseforetaket sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner. Vi har også vurdert om foretaket har iverksatt relevante tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende skjer igjen.

Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn til å opprette tilsynssak mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen.

Vi har sett på følgende vurderingstemaer:

Ga [REDACTED] HF pasienten forsvarlig helsehjelp?

- Ble pasienten tilstrekkelig utredet og vurdert i forbindelse med innleggelsen og første behandlingsdøgn?
- Fikk pasienten overvåkning og oppfølging i tråd med god praksis på sengeposten da tilstanden forverret seg [REDACTED] 2019?
- Fikk pasienten tilstrekkelig oppfølging og behandling etter at [REDACTED] ble forsøkt overflyttet til intensiv?
- Fikk pasienten intensivbehandling i tråd med god praksis?

Sikret [REDACTED] HF at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp?

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

6.1 Ga [REDACTED] HF pasienten forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynet har etter en samlet vurdering av den helsehjelpen som ble gitt da pasienten var innlagt, kommet til at [REDACTED] HF ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp.

Det foreligger brudd på:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
- helsepersonelloven § 16, jf. samme lov § 4.

Helsetilsynets konklusjon bygger på følgende delvurderinger:

6.1.1 *Ble pasienten tilstrekkelig utredet og vurdert i forbindelse med innleggelsen og første behandlingsdøgn?*

- Pasienten ble tatt imot og triagert i akuttmottaket i tråd med god praksis. Lege 1 undersøkte pasienten og rekvirerte blodprøver, kirurgisk tilsyn og undersøkelser som kunne avklare de fleste aktuelle differensialdiagnoser. Vurderingene som ble gjort, ble diskutert med LIS 2-lege ved både kirurgisk og medisinsk avdeling. Det ble også bestilt kontroll av patologiske innkomstprøver til neste dag. Dette var i tråd med god praksis.
- [REDACTED]
- Pasientens faste medikasjon ble dokumentert. Helsetilsynet legger likevel til grunn at pasientens inntak av smertestillende medisiner etter [REDACTED] en uke før innleggelsen, ikke ble kartlagt til tross for dokumenterte opplysninger om sterke smerter denne perioden. Tidlig identifisering av et ev. høyt inntak av paracetamol kunne ført til andre behandlingsvalg tidlig i forløpet. Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at inntak av smertestillende medisiner ikke ble kartlagt ved innkomst.
- Pasienten ble satt på fast dosering med paracetamol 1 gram fire ganger daglig, [REDACTED]
- Helsetilsynet mener at en overlege burde vurdert pasienten på ny og dokumentert dette i et innkomstnotat ved første dagvisitt på sengepost. Det foreligger ikke noe innkomstnotat/legenotat på pasienten den første innleggelsesdagen, og det er ingen tegn på at vurderingene til lege 1 ble revurdert. Vi mener at manglende reevaluering av pasienten var utenfor god praksis.

6.1.2 *Fikk pasienten overvåkning og oppfølging i tråd med god praksis på sengeposten da tilstanden forverret seg [REDACTED] 2019?*

- Helsetilsynet legger til grunn at pasienten ble oppfattet som vesentlig forverret med sterke smerter på [REDACTED] og det ble målt svært lavt blodtrykk og NEWS-skår var 8.
- Vakthavende lege ble tilkalt kl. [REDACTED] Hun undersøkte pasienten, vurderte blodprøvene, tok EKG, iverksatte behandling mot hypovolemi og smerter, og rekvirerte kirurgisk vurdering. Hun dokumenterte og rapporterte sine funn til visittgående leger. Helsetilsynet mener at dette var i tråd med god praksis.
- Helsetilsynet mener at ut fra pasientens tilstand burde anestesilegen vært konferert senest kl. [REDACTED] og pasienten burde fra dette tidspunktet hatt kontinuerlig overvåkning på intensiv.
- Helsetilsynet vurderer at overvåkning og oppfølging av pasienten de neste timene ikke var i tråd med god praksis. Vi viser i den forbindelse til at:

- Pasientens tilstand på morgenen tilsa at det burde vært gjort NEWS-skår hver time. Det ble imidlertid kun gjort én måling mellom kl. [REDACTED] og kl. [REDACTED]
- Tilstanden på morgenen tilsa at pasienten var i en alvorlig svikt som krevde tett overvåkning av organfunksjoner, og måling av diurese burde vært gjort. Det ble imidlertid ikke registrert diurese eller lagt inn kateter i løpet av denne dagen på sengeposten.
- Det ble registrert NEWS-skår på 8 eller høyere ved hver måling etter kl. [REDACTED] men det ble ikke tatt kontakt med vakthavende anestesilege før kl. [REDACTED]
- Pasienten hadde en alvorlig hypotensjon det meste av dagen, og dette har trolig vært medvirkende til utviklingen av lever- og nyreskaden. Mellom kl. [REDACTED] og kl. [REDACTED] var det eneste behandlingstiltaket 1000 ml Ringer-Acetat og små doser morfin. Ettermiddagsdosen med paracetamol ble seponert. Det ble ikke gjennomført kontinuerlig overvåkning eller hyppige legetilsyn, og det var ingen oppfølging av manglende respons på væsketilførsel eller økende somnolens.
- Legene som hadde visittansvar så til pasienten ved visitten ca. kl. [REDACTED] Det ble ikke gjort tiltak for å flytte pasienten til intensiv, og det ble ikke gjort noen klar avtale om at noen av legene skulle følge opp denne pasienten utover dagen. Overlegen gikk hjem, uten å se til pasienten eller spørre etter utviklingen.

6.1.3 Fikk pasienten tilstrekkelig oppfølging og behandling etter at [REDACTED] ble forsøkt overflyttet til intensiv?

- Helsetilsynet legger til grunn at anestesilegen ble kontaktet ca. kl. [REDACTED] med spørsmål om overflytting til intensiv. Anestesilegen opplyste at det ikke var mulig å ta imot pasienten på grunn av manglende kapasitet, og med henvisning til at det var fattet vedtak om «begrenset inntak intensiv». Lege 3 ble anbefalt å kontakte [REDACTED] for overflytting av pasienten. Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at pasienten ikke ble tilbudt nødvendig intensivbehandling med henvisning til vedtak om «begrenset inntak intensiv». Intensiv ved [REDACTED] har et selvstendig ansvar for å dekke intensiv/overvåkningsbehovet lokalt, ev. i påvente av en annen løsning regionalt.
- Anestesilegen så til pasienten kl. [REDACTED] Ut i fra den informasjon som forelå på det tidspunktet, mener Helsetilsynet at det ikke var i tråd med god praksis at pasienten ikke ble tatt inn til initial behandling og stabilisering i påvente av transport. Vi legger til grunn at pasienten ble vurdert som svært dårlig med behov for intensivbehandling. [REDACTED] ble ansett for dårlig for intensiv ved [REDACTED] og at [REDACTED] burde overflyttes til [REDACTED] Likevel ble det besluttet at [REDACTED] kunne ligge på sengeposten inntil [REDACTED] skulle transporteres.
- Helsetilsynet legger til grunn at pasienten etter tilsynet kl. [REDACTED] ikke ble tilsett av anestesilegen før pasienten ble innlagt på intensiv kl. [REDACTED] Dette til tross for flere henvendelser angående behov for overflytting. Det ble heller ikke lagt noen behandlingsplan for pasienten mens [REDACTED] lå på medisinsk sengepost og ventet på transport. Helsetilsynet mener at dette ikke var i tråd med god praksis.
- Kl. [REDACTED] ble det tatt en blodgass som viste en alvorlig metabolsk acidose og svært høy laktat som tegn på en alvorlig organsvikt. I denne situasjonen fikk anestesilegen klarert en kirurgisk pasient for overflytting til sengepost, men vakthavende LIS 2-lege på kirurgisk avdeling ga beskjed om at sengeposten ikke kunne ta imot pasienten. Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at ansvarsfordelingen var lagt opp slik at anestesilegen som hadde det koordinerende ansvaret for intensivbehandlingen, ikke hadde reell mulighet til å prioritere behandling av en svært syk pasient som hadde et klart behov for avansert intensivbehandling.

6.1.4 Fikk pasienten intensivbehandling i tråd med god praksis?

- Da pasienten kom til intensiv ble det raskt startet kontinuerlig overvåkning av organfunksjonene med innleggelse av urinkateter med timediuere, innleggelse av arteriekran med kontinuerlig blodtrykksmåling og ellers full monitorering. Det ble startet behandling med noradrenalin, væsketilskudd og buffer i henhold til god praksis.
- Helsetilsynet mener at da pasientens respiratoriske tilstand ble forverret de første seks timene på intensiv med økende respirasjonsfrekvens og fallende oksygenering til gravt hypoksiske pO₂-verdier, ble det ikke satt inn tilstrekkelige tiltak for å bedre situasjonen. Helsetilsynet mener at det skulle vært forsøkt alternative oksygeneringsmetoder, og ut fra foreliggende informasjon burde pasienten vært intubert på et langt tidligere tidspunkt. Vi legger til grunn at den første hjertestansen mest sannsynlig var utløst av hypoksi i kombinasjon med acidose.
- Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at det ikke ble gjort vesentlige justeringer eller endringer av respiratoren etter at pasienten ble intubert og lagt på respirator, etter den første hjertestansen. Pasienten hadde etter dette gjentatte dårlige blodgasser. ■■■■■ var hypoksisk resten av natten, og vi legger til grunn at dette var medvirkende også til den andre hjertestansen.
- Helsetilsynet mener at behandlingen av pasientens sirkulatoriske situasjon var preget av manglende oppfølging av målte parametere, og forverring over tid førte ikke til endret behandling. Pasienten var hypotensiv og nærmest anurisk hele kvelden. Likevel ble det ikke forsøkt diuretika, aktiv volumbehandling eller alternative blodtrykksøkende medikamenter for å bedre situasjonen. Vi mener at denne behandlingen ikke var i tråd med god praksis.
- Helsetilsynet mener at intensivbehandlingen var preget av at det ikke var én lege som tok ansvaret for behandlingen. Dette kom blant annet til syne ved at pasienten ble flyttet til intensiv for å starte Mucomystbehandling. Denne behandlingen ble imidlertid ikke startet før medisinsk bakvakt hadde skrevet det på kurven halvannen time etter overflyttingen til intensiv. Videre mente anestesilegen at det var behov for buffer, men ville ikke starte behandlingen før medisinsk lege hadde skrevet det på kurven. Anestesilegen ville intubere pasienten like før den første hjertestansen, men fikk beskjed av LIS-legen om å avvente for å se om furosemid hadde effekt. Infusjon med buffer ble stanset da nyrelegen ville ha væskerestriksjon. Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at anestesilegen ikke tok ansvar for intensivbehandlingen. Vi mener at dette kan skyldes uklarhet vedrørende hvem som hadde ansvar for hvilken behandling.

6.2 Sikret ■■■■■ HF at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynet har etter en samlet vurdering kommet til at ■■■■■ HF ikke sikret at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp.

Det foreligger brudd på:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynets konklusjon bygger på følgende:

- Helsetilsynet legger til grunn at virksomheten hadde innført rutiner for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. I tråd med pasientsikkerhetsprogrammets anbefalinger var det innført EWS/NEWS. Informasjon mottatt ved tilsynet viste likevel at NEWS var tatt i bruk i varierende grad og at opplæringen i bruk av NEWS ikke var tilstrekkelig. Ved tilsynet

kom det også frem at ledelsen ikke hadde oversikt over i hvor stor grad NEWS ble brukt og om det ble brukt i tråd med intensjonen.

- Virksomheten hadde utarbeidet skriftlige prosedyrer relevante for problemstillingene i denne hendelsen. Tilsynet avdekket imidlertid at det var varierende grad av kjennskap til, og etterlevelse av prosedyrene. Helsetilsynet mener at virksomheten ikke sikret at de rutiner og prosedyrer som var innført, ble etterlevd. Ledelsen hadde ikke rutinemessige kontrollaktiviteter for å følge med på at prosedyrene ble fulgt. Helsetilsynet mener at systematiske aktiviteter er nødvendige for å kvalitetssikre det tilbudet som gis, slik at nødvendige endringer kan iverksettes.
- Virksomheten hadde skriftlige prosedyrer som gjaldt ansvarsfordelingen mellom enhetene. Helsetilsynet mener likevel at tilsynet avdekket at ansvarslinjene var uklare og til dels fragmenterte for behandling av intensivpasienter. Ansvarsfordelingen fremstod utydelig for involvert personell, og var preget av at det ikke var én lege som hadde det samlede behandlingsansvaret for intensivpasienter.
- Helsetilsynet vurderer at dersom en intensivlege er av den oppfatning at en pasient har behov for plass på intensiv, må han/hun ha myndighet til å kunne prioritere plassene på en slik måte at pasientene får forsvarlig helsehjelp. Det var nedfelt i en prosedyre (17) at anestesilegen hadde koordinerende ansvar for innlagte pasienter på intensiv, men praksis var at moderavdelingens leger kunne ta denne avgjørelsen for egne pasienter.
- Tilsynet avdekket at det i praksis kun var moderavdelingenes LIS 2-leger som gikk morgenvisitt på intensiv sammen med anestesilege. Erfaringene viste at viktige avgjørelser ofte ble utsatt til ettermiddagsvisitten, og at utredning og behandling dermed ble forsinket. Helsetilsynet mener at denne organiseringen innebar at pasienter som ikke trengte intensivbehandling kunne bli liggende på intensivheten i påvente av plass på sengepost, og at pasienter som hadde behov for intensivbehandling dermed fikk dette for sent. Vi mener at virksomheten ikke hadde tilstrekkelig beredskap i form av en plan for «neste pasient» på intensiv. Dette kom også frem ved at det ble meldt flere og flere avvik angående problemer med overflytting mellom enhetene.
- Tilsynet avdekket at virksomheten ikke hadde tilstrekkelig beredskap for overflytting av intensivpasienter til flyplassen på vakttid. [REDAKERT] er en liten enhet med begrenset kompetanse og kapasitet. Pasientsikkerheten for denne pasientgruppen er i noen tilfeller avhengig av overføring til en større intensivavdeling med fly. Helsetilsynet mener derfor at virksomheten burde hatt beredskap som sikret at intensivpasienter som skulle overflyttes til annet sykehus fikk nødvendig følge til ambulanseflyet.
- Etter at [REDAKERT] flyttet inn i nye lokaler, ble intensivpasientene fordelt på fem enerom. Bemanningen tilsa at minst fire av disse pasientene var intermediaerpatienter hvor én sykepleier skulle ha ansvar for to pasienter. Denne løsningen er lite fleksibel, med liten mulighet for én sykepleier til å overvåke flere enn to pasienter, og ingen mulighet til å ta imot flere enn én pasient pr. rom. Denne begrensningen i kapasitet og fleksibilitet innebar en stor risiko for å komme i situasjoner hvor behovet for intensivplasser overskred kapasiteten. Det var heller ingen etablert praksis for å ta i bruk rom utenfor intensivarealet dersom det var flere enn fem intensivpasienter.
- I forbindelse med en tidligere tilsynssak ved [REDAKERT] HF ble prosedyre for dosering av paracetamol endret. Tilsynet avdekket at ledelsen ved helseforetaket ikke hadde lyktes i å dra lærdom av den tidligere hendelsen på tvers av lokalisasjonene i helseforetaket.

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

Helsetilsynet har merket seg at [REDAKERT] umiddelbart etter denne hendelsen etablerte en intern arbeidsgruppe med mandat for forbedringsarbeid. Målet for arbeidet var å få en oversikt over aktuelle problemstillinger og utarbeide forslag til løsninger som skulle sikre kvaliteten på tilbudet til pasienten og en forsvarlig arbeidssituasjon for de ansatte ved sykehuset. Foretaket har også laget en hendelsesanalyse som [REDAKERT] skal gjennomgå.

Videre har Helsetilsynet merket seg at [REDAKERT] har iverksatt flere relevante tiltak for å redusere risikoen/forhindre at tilsvarende skal skje igjen. Vi viser blant annet til at visittrutinene er endret, slik at medisinsk overlege gjennomfører visitt på intensiv sammen med LIS 2-lege og anestesilege, hver morgen og ettermiddag. Virksomheten har igangsatt et arbeid for å sikre at helsepersonell har kjennskap til prosedyrer/rutiner, og at disse blir etterlevd. De har løpende aktiviteter med å utarbeide/tildele kompetansekrav i Kompetansemodulet. Dette skal gi både opplæring hos det enkelte helsepersonell, samtidig som det gir ledelsen mulighet til å følge med på status. Videre har virksomheten laget et årshjul for planlegging av internundervisning, planlagt case-trening som omhandler «tidlig oppdagelse av forverret tilstand», og det er innført legeberedskap på ambulansefly 24/7.

Konklusjon

Helsetilsynet vurderer at virksomheten 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.

Helsetilsynet ønsker likevel ytterligere tilbakemelding fra virksomheten. I tilbakemeldingen på foreløpig rapport har virksomheten vist til at de fortsatt diskuterer og skal tydeliggjøre ansvarsfordelingen mellom enhetene. De skal ha kommet til en løsning som skal vises i en revidert prosedyre. Vi ber om at virksomheten redegjør for hvordan det sikres at ansvarsfordelingen er blitt tydeligere, og at den reviderte prosedyren blir etterlevd.

Vi vil også bemerke at virksomheten må sørge for at de aktuelle tiltakene blir etterlevd, og at de har den tilsiktede effekten. Blant annet viser vi til at det er viktig at virksomheten sørger for at alt relevant helsepersonell får deltatt i undervisningen/treningen. Vi ber om at virksomheten redegjør for hvordan de sikrer at tiltakene er gjort kjent, og at de blir etterlevd. I den forbindelse ønsker vi også kopi av handlingsplanen virksomheten har vist til (handlingsplan for videre oppfølging, der tiltak, tidsfrister og ansvar for gjennomføring og rapportering konkretiseres). Vi ber også om kopi av reviderte og nye prosedyrer som vi ikke allerede har mottatt.

7 Statens helsetilsyns konklusjon

Helsetilsynet har kommet til at [REDAKERT] HF ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 16, jf. § 4.

Helsetilsynet har videre kommet til at [REDAKERT] HF ikke sikret at pasienter som trengte intensivbehandling fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet har konkludert med at [REDACTED] HF har dokumentert tiltak som oppfyller kravene til å arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

8 Forventninger til helseforetaket og frist for tilbakemelding

Helsetilsynet ber om at foretaket redegjør for hvordan de ulike tiltakene (beskrevet under punkt 4.4.2 og 6.3) er gjennomført, og hvordan foretaket sikrer at tiltakene blir etterlevd.

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

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

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Saksbehandlingsprosessen

Vedlegg 2: Referanser

Vedlegg 3: Dokumentliste

Vedlegg 4: Belegg medisinsk avdeling

Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen

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

- Statens helsetilsyn mottok [REDACTED] 2019 et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [REDACTED] HF.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [REDACTED] HF, [REDACTED] [REDACTED] 2019.
- Statens helsetilsyn har innhentet styrende dokumenter og pasientjournal (se vedlegg 4).
- Statens helsetilsyn mottok obduksjonsrapport fra [REDACTED] 2019.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet har Statens helsetilsyn utarbeidet en foreløpig rapport av [REDACTED] 2019. Den foreløpige rapporten ble sendt til helseforetaket med kopi til pasientens pårørende.
- Helsetilsynet mottok kommentarer til den foreløpige rapporten fra [REDACTED] HF datert [REDACTED] 2019

Vedlegg 2 – Referanser

1. [Redacted]
2. [Redacted]
3. [Redacted]
4. Aakvik R, Jacobsen D. Paracetamolforgiftning - Forekomst og behandling. Tidsskr den Nor Laegeforening. 2006;126(13–14):1731–3.
5. T20.3.2 Medikamentell behandling av akutte smerter. Legemiddelhåndboka.
6. WHO's cancer pain ladder for adults. WHO [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 6]; Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
7. [Redacted]
8. Rygnestad T, Spigset O. Bruk av paracetamol til voksne. Tidsskr Den Nor legeförening. 2001;121(6):708–9.
9. Paracetamol - behandlingsanbefaling ved forgiftning. Kort oversikt.
10. Pasientsikkerhetsprogrammet. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand [Internet]. [cited 2019 Jan 22]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>
11. Helse Stavanger/Helsebiblioteket. Forverret tilstand for pasient på sengepost - etablering og drift av et system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging [Internet]. 2015 p. 1–10. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/forverret-tilstand-av-pasient-pa-sengepost-etablering-og-drift-av-et-system-for-tidlig-oppdagelse-og-systematisk-oppfolging>
12. Pasientsikkerhetskampanjen. Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand. 2018;(april).
13. SSB. Befolkning - årleg, per 1. januar 2017 [Internet]. [cited 2019 Feb 24]. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning>
14. Norsk Anestesiologisk Forening. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. 2014;1–37.
15. [Redacted]
16. [Redacted]
17. [Redacted] Internt nødnummer 5555. PR20270 2018.
18. [Redacted] Visitrutiner og dokumentasjon. PR42649 2018.
19. [Redacted] Begrenset inntak ved intensiv avdeling [Redacted]. PR23318 2018.
20. [Redacted] Til nye leger ved medisinsk avdeling, [Redacted] sykehus. 2017.
21. [Redacted] Tilkalling av anestesilege ved akutte tilstander. PR23157 2015.
22. [Redacted] Overflytting av pasienter mellom avdelinger. PR38435 2015.
23. [Redacted] Utrykning/transport med ambulanse innen [Redacted] PR11829 2011.
24. [Redacted] Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter mellom sykehus i [Redacted] RL3259 2013.
25. Pasientsikkerhetsprogrammet. NEWS ISBAR [Internet]. Available from: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no>
26. [Redacted]

27. [REDACTED] Rutiner for turnusleger/LIS1 2017. 2017.
28. [REDACTED] Early Warning Score (EWS). PR37733 2019.
29. [REDACTED] NEWS-kurve. 2018.
30. [REDACTED] Koordinator for intensiv, akuttmottaket og legevakt. PR32989 2019.
31. [REDACTED] Innleggelse til intensiv og legens ansvarsfordeling. PR20270 2018.
32. [REDACTED] HF. RL6005

Vedlegg 3 - Dokumentliste

Vi har mottatt følgende dokumenter fra [REDACTED] HF:

- Pasientjournal
- Journalnotat [REDACTED] 2019 fra [REDACTED]
- Kurver, observasjon, ambulansejournal
- Prøvesvar, undersøkelser
- EKG, skop-data
- AMK journal, logg fra luftambulansetjenesten
- Arbeidsplan for overleger [REDACTED] 2019
- Bemanningsplan medisinsk sengeenhet – totalt 24 senger
- Beskrivelse av status på Intensiv [REDACTED] 2019
- Grunnplan LIS2 (medisinske leger)
- Grunnplan turnusleger (medisinske leger)
- Henvendelse fra [REDACTED] angående full intensivavdeling – [REDACTED] 2018
- Informasjonshefte til medisinske overleger 2017 (under revisjon)
- Stillingsoversikt medisinsk sengeenhet og intensiv med akuttmottak
- Oversikt over [REDACTED]
- Oversikt vakter – leger med. Avd. – uke [REDACTED] 2019
- Vaktliste [REDACTED] 2018
- Vakttider medisinske leger – e-post
- Informasjon til nye leger ved medisinsk avdeling, [REDACTED] sykehus
- Organisasjonskart [REDACTED] HF
- Stillingsoversikt budsjett – medisinsk sengeenhet og intensiv med akuttmottak
- Turnus medisinsk sengeenhet
- Powerpoint - Pasientstrøm og ressursbruk Akuttmottak og Intensiv [REDACTED] 2018
- Data fra Intensivregisteret for Intensiv Avd. [REDACTED]
- NAS (Nursing Activities Score) sammenstilling fra [REDACTED] 2018, med forklaring til sammenstillingen
- Bemanning oversikt Intensiv (fra 2017, ikke oppdatert)
- Avviksmeldinger (ID854572, ID854581, ID854593, ID854785, ID854789, ID856105)
- Beleggsdata medisinsk avdeling 2019 kl. [REDACTED] – Rapport D-683
- Svar på foreløpig rapport datert [REDACTED] 2019

Styrende dokumenter:

- Arbeidskopi – revisjon – PR38040 – Instruks for ansvarlig sykepleier intensiv avdeling
- Funksjonsbeskrivelse [REDACTED] FB1542
- Rutiner for turnusleger/LIS1 (2017)(planlegges revidert)
- Rutiner for LIS1 (2019)
- Vedlegg til avdelingsinstruksen (Beredskapsplan for [REDACTED] sykehus), PR11355
- Overleger [REDACTED] anestesi, kirurgi og medisin, PR11370
- Medisinsk enhet (Beredskapsplan for [REDACTED] sykehus, avdelingsinstruks), PR11406
- Turnusleger [REDACTED] PR11459
- Intensiv med akuttmottak, PR11478
- Anestesileger [REDACTED] PR11497

- Utrykning/transport med ambulanse innen [REDACTED] PR11829
- Triage og fordeling av pasienter, PR11933
- Internt nødnummer ved [REDACTED] sykehus – 5555, PR18383
- Anestesienheten, PR19716
- Innleggelse til intensiv og legens ansvarsfordeling, PR20270
- Tilkalling av anestesilege ved akutte tilstander, PR23157
- Begrenset inntak ved intensiv avdeling [REDACTED] PR23318
- Begrenset inntak ved [REDACTED] intensiv enhet og sengeenheter, PR23318 (gyldig fra [REDACTED] 2019)
- Innleggelse av pasienter ved medisinsk- og kirurgisk avdeling, PR26477
- Beredskapsplan [REDACTED] HF, [REDACTED] sykehus - overordnet PR35821
- Ansvar og oppgaver ved innleggelse av øhj pasient som de somatiske [REDACTED] har vansker med å motta, PR35937
- Early Warning Score (EWS), PR3773
- Overflytting av pasienter mellom avdelinger [REDACTED] PR38435
- Telemetri overvåking, PR38499
- Ansvarlig personell på vakt, PR38535
- Beredskapsplan massetilstrømning Akuttmottak-Intensiv KiSy, PR39605
- HLR/AHLR til voksne-varsling og behandling ved [REDACTED] PR41710
- Visittrutiner og dokumentasjon, PR42649
- Akutt abdomen, PR44238
- Kravspesifikasjon for intensivavdelinger i Helse [REDACTED] RL3258
- Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter, RL3259
- Sjekklister overflytting pasienter mellom intensivavdelinger, RL3260
- Overflytting intensivpas. – oversikt oppgaver pr beslutningstaker, RL3261
- NEWS-kurve, SJ10714
- Sjekklister internkontroll Anestesienheten
- [REDACTED] Pasientflyt ved behov for behandling og overvåking på intermediær- og /eller intensivnivå, PR40697
- Instruks for ansvarlig sykepleier intensiv avdeling, PR38040
- Utkast: Koordinator for intensiv, akuttmottaket og legevakt, PR32989
- Utkast: Rutiner ved overbelegg og manglende sengeplasser [REDACTED] PR45921
- Funksjonsbeskrivelse Avdelingsleder, FB1924
- Væskebalanse skjema for intensiv pasienter, PR00170 (ny versjon gyldig fra [REDACTED] 19)
- Direkte innkalling av traumeteam, PR42261
- Traumebehandling [REDACTED] RP22634
- Føringskurve i [REDACTED] PR41337
- Utkast – Handlinger ved begrenset kapasitet intensiv
- Debriefing av personell, PR42329
- Utkast – Begrenset inntak ved [REDACTED] intensiv enhet og sengeenheter, PR23318
- Støtteteam for ansatte etter alvorlige hendelser, PR46951
- Begrenset kapasitet ved intensiv avdeling, og pasientflyt ved behov for behandling og overvåking, PR48550 (gyldig fra [REDACTED] 2019).

- [REDACTED]
- [REDACTED]

Vedlegg 4 - Belegg medisinsk avdeling

