

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Dødsfall etter behandling av pasient med sepsis ved Akershus universitetssykehus HF
Saksnummer: xxxxxx

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Akershus universitetssykehus HF

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

1478 LØRENSKOG

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
XXXXXX

DATO: / DATE:
XXXXXX

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse knyttet til helsehjelpen XXXXXX, født XXXXXX fikk ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus) i perioden XXXXXX.XXXXXX.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Vi beklager at det har tatt lang tid å ferdigstille rapporten. Kopi av rapporten er også sendt til pasientens pårørende. Statens helsetilsyn har kommet til følgende:

Utredningen, oppfølgingen og behandlingen pasienten fikk ved akuttmottaket og ved Akutt 24 var uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Dokumentasjonen i pasientjournalen var mangelfull og har bidratt til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Foretaket hadde ved sin organisering av akuttjenestene ikke sikret klare ansvarslinjer i vaktlagene, og heller ikke lagt til rette for forsvarlig triagering og oppfølging av pasienter i akuttmottak og ved observasjonspost. Dette var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Ahus hadde ikke sikret forsvarlig informasjonsoverføring for pasienter i akuttmottaket eller ved Akutt 24 på tidspunktet for hendelsen. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn finner at Ahus på bakgrunn av flere saker har iverksatt tiltak som vil kunne bedre pasientsikkerheten for akutt syke pasienter, og som også vil kunne bidra til å redusere risikoen for at noe lignende kan skje på nytt. Det foreligger således ikke brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Informasjonen som ble gitt til de pårørende var mangelfull, men vi fant ikke at det var så alvorlig at det var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Etter at foreløpig rapport fra Statens helsetilsyn ble sendt ut, har vi mottatt en redegjørelse fra Ahus med oppdaterte opplysninger om tiltak som er iverksatt for å bedre pasientsikkerheten.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Ahus for hvordan tiltakene følges opp med tanke på hvorvidt de har den tilsiktede effekten, jf. at det ikke er dokumentert etterlevelse i forhold til enkelte av tiltakene.

Vi ber også om at ledelsen informerer pårørende om hvilke tiltak som er iverksatt for at lignende hendelser ikke skal skje igjen.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Ahus innen seks -8- uker fra mottagelsen av dette brevet og rapporten.

Med hilsen

XXXXXX etter fullmakt
assisterende direktør

XXXXXX
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Pårørende

Divisjonsdirektør ved medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus

Helsefaglige saksbehandlere:

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

Juridiske saksbehandlere:

XXXXXX

XXXXXX

Innhold

Sammendrag	6
1 Innledning	7
2 Gjennomføringen av tilsynet	7
3 Opplysningene i saken – saksforholdet	7
3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen	7
3.1.1 <i>Bakgrunn</i>	7
3.1.2 <i>Økende plager fra den xxxxxx</i>	7
3.1.3 <i>Ankomst ved akuttavdelingen xxxxxx</i>	8
3.1.4 <i>Overflytting av pasienten til sengeposten Akutt 24</i>	9
3.1.5 <i>Vaktskifte og tilsyn av lege xxxxxx</i>	10
3.1.6 <i>Overflytting til medisinsk overvåkning og intensivavdelingen</i>	10
3.2 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn	10
3.2.1 <i>Møte med pårørende</i>	10
3.2.2 <i>Kommentarer til foreløpig rapport</i>	11
3.3 Møte med ledelsen ved Ahus	11
3.4 Virksomhetens tilbakemelding på foreløpig tilsynsrapport	12
3.5 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis	12
3.5.1 <i>Organisering av avdelingen og/eller helseforetaket</i>	12
3.5.2 <i>Rutiner og prosedyrer</i>	13
3.5.3 <i>Vaktordning og kompetanse</i>	14
3.5.4 <i>Kvalitetsarbeid ved Ahus etter tidligere alvorlig hendelse ved avdeling for akuttmedisin</i>	15
4 Hendelses- og årsaksanalyse	16
4.1 Mulige årsaker til svikt i behandlingen i akuttmottaket	16
4.2 Mulige årsaker til svikt i den videre oppfølgingen i Akutt 24	16
5 Aktuelt regelverk	17
5.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp	17
5.1.1 <i>Nærmere om forsvarlighetskravet</i>	17
5.1.2 <i>Nærmere om internkontroll</i>	18
5.2 Krav til dokumentasjon	18
5.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	18
5.4 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser	18
5.5 Plikt til å informere pasienten og de pårørende	18
5.6 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat	19
6 Statens helsetilsyns vurderinger	19
6.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?	19
6.1.1 <i>Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp i akuttmottaket og ved Akutt 24?</i>	20
6.1.2 <i>Fikk pasientens pårørende tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand gjennom hele pasientforløpet?</i>	23

6.1.3	<i>Ble dokumentasjonsplikten for helsepersonell overholdt?.....</i>	23
6.2	Sikrer virksomheten forsvarlig håndtering og oppfølging av pasienter med tegn på alvorlig infeksjon?.....	24
6.2.1	<i>Har helseforetaket ved sin organisering av akuttjenesten lagt til rette for forsvarlige pasientforløp i akuttmottaket og ved sengepost?</i>	24
6.2.2	<i>Har helseforetaket lagt til rette for god informasjonsflyt?</i>	26
6.3	Har virksomheten iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende skjer igjen?	26
7	Samlet konklusjon og oppfølging	28
7.1	Statens helsetilsyns konklusjon.....	28
7.2	Videre oppfølging og frist for tilbakemelding.....	28
8	Vedlegg.....	29

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn tilsynssaken etter varsel om alvorlig hendelse da en XXXXXX år gammel gutt døde av meningokokksepsis etter at han ble behandlet ved Akershus universitetssykehus (heretter Ahus). Han døde kort tid etter at han ble overflyttet til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Pasienten var tidligere frisk, men hadde hatt et par dager med forkjølelssymptomer. Han hadde festet med russ i dagene forut for dette. Han var til konsultasjon hos sin fastlege, som fikk mistanke om alvorlig infeksjon. Fastlegen besluttet derfor å legge ham inn som øyeblikkelig hjelp på Ahus. I henvisningen skrev legen tentativ diagnose: «Obs. sepsis».

Da patienten kom til Ahus ble han vurdert av en sykepleier som triagerte ham til haste grad 2. Primærvakten så patientens navn og tentative diagnose på oversiktstavlen i akuttmottaket hvor alle patientene er ført opp, og besluttet å følge ham opp. Hun undersøkte patienten og konfererte deretter med en annen lege (teamleder). Patientens hadde høy feber, men normal CRP. De besluttet å avvente oppstart av antibiotikabehandling, og de skulle observere patienten videre.

Etter dette ble patienten overført til observasjonsposten Akutt 24. Han fikk ikke tilsyn av lege i løpet av kvelden eller natten mens han lå der. Morgenen etter ble han dårligere og mistet bevisstheten. CT av hodet viste en livstruende ekspansjon av hjernen.

Han ble overflyttet til nevrokirurgisk avdeling på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, hvor det ble påvist at sirkulasjonen til hjernen hadde opphørt. Nevrokirurgisk inngrep ble derfor vurdert som uhenksom. Patientens døde, og det ble konkludert med at dødsårsaken var meningokokksepsis og hjerneødem.

Statens helsetilsyn har kommet frem til at utredningen, oppfølgingen og behandlingen patienten fikk ved innleggelsen ved akuttmottaket og under oppholdet ved Akutt 24 var uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Statens helsetilsyn finner at informasjonen som ble gitt til de pårørende var mangelfull, men vi anser det ikke som så alvorlig at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Dokumentasjonen i pasientjournalen var mangelfull, og har bidratt til at patienten fikk uforsvarlig helsehjelp. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ved sin organisering av akuttjenestene ikke har sikret klare ansvarslinjer i vaktlagene, og heller ikke lagt til rette for forsvarlig triagering og oppfølging av patient i akuttmottaket og ved sengepost. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Helseforetaket har ikke lagt til rette for forsvarlige informasjonssystemer. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Etter Statens helsetilsyns vurdering kan helsepersonellens håndtering av denne patienten ses i sammenheng med helseforetakets praksis og mangelfulle rutiner som gjaldt på tidspunktet for hendelsen.

1 Innledning

Ahus varslet XXXXXX om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt helsehjelpen XXXXXX (heretter kalt pasienten), født XXXXXX – død XXXXXX fikk ved Ahus i perioden XXXXXX.

Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i Oslo og Akershus å gjennomføre stedlig tilsyn ved Ahus i denne saken fordi pasienten ikke fikk en sikker diagnose eller målrettet behandling i løpet av nesten et døgnns innleggelse. Da vi har hatt flere tilsynssaker med tilsvarende problemstillinger, valgte vi også å avholde et møte med ledelsen ved Ahus i XXXXXX.

I denne rapporten redegjør vi for hvordan vi har undersøkt og vurdert saken, hva som er våre konklusjoner og hva som kan være mulige årsaker til hendelsen.

2 Gjennomføringen av tilsynet

Nedenfor gir vi en kort beskrivelse av saksgangen, informasjonsinnhenting og gjennomføringen av tilsynet.

- Statens helsetilsyn mottok varsel om hendelsen fra både Oslo universitetssykehus (heretter OUS) og Ahus XXXXXX
- Statens helsetilsyn mottok kopi av pasientjournalen og prosedyre for sepsis fra Ahus XXXXXX.
- Statens helsetilsyn varslet Ahus om stedlig tilsyn XXXXXX.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende XXXXXX.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved Ahus XXXXXX. Se vedlegg for oversikt over hvem vi snakket med.
- Statens helsetilsyn hadde møte med ledelsen på Ahus XXXXXX.
- Statens helsetilsyn sendte foreløpig rapport til Ahus og de pårørende den XXXXXX.
- De pårørende ga kommentarer til foreløpig rapport den XXXXXX.
- Ahus ba om utsatt svarfrist til den XXXXXX for å kommentere foreløpig rapport.
- Ahus ga kommentarer til foreløpig rapport den XXXXXX
- Ahus' kommentarer til foreløpig rapport ble oversendt de pårørende den XXXXXX.
- Endelig rapport sendes til Ahus og de pårørende.

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, intervjuer og kommentarer. Her gjør vi rede for forholdene som har hatt betydning for vår vurdering. Først tar vi for oss hendelsen og behandlingen pasienten fikk. Deretter går vi gjennom rutiner, praksis og andre forhold ved virksomheten som er relevant for å kunne forstå hvorfor den alvorlige hendelsen skjedde.

3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen

3.1.1 Bakgrunn

Pasienten var en mann på XXXXXX år og tidligere somatisk frisk, men han hadde noen XXXXXX). Han hadde nylig kommet hjem fra et opphold på XXXXXX, og hadde vært sammen med russ og deltatt i russefeiringen.

3.1.2 Økende plager fra den XXXXXX

Fra morgenen den XXXXXX hadde pasienten vondt i halsen, men ellers var allmenntilstanden hans god. XXXXXX skulle han til en rutinemessig oppfølgingstime hos fastlegen for sine XXXXXX. I løpet av natten hadde han fått en betydelig forverring av

allmenntilstanden. Han følte seg dårlig, hadde frostanfall på morgenen og ga uttrykk for at han ikke orket å dra til legetimen. Moren mente imidlertid at de kunne benytte anledningen til å undersøke symptomene, og hun kjørte ham derfor til legen. Fastlegen henviste pasienten til Ahus som øyeblikkelig hjelp for videre utredning.

I henvisningen fra fastlegen sto det: «Diagnose: Obs sepsis». Det fremgikk av henvisningen at allmenntilstanden var dårlig, at pasienten klaget over muskel- og leddsmerter og haltet. Pasienten hadde smerter i venstre kne og nakke, men han var ikke nakkestiv. Han hadde svelgevansker. I pasientjournalen fra fastlegen er følgende vurdering gjort: «Ved us. er han uttalt blek, slapp, nedsatt AT, Tp. 39, BT 100/50, puls 118, CRP er neg. Pulm.ua. Noe rødhet i svelget, neg. streptest. Ømmer seg veldig ved palpasjon av halsen spes. i fossa subclavia, legges inn pga. dårlig AT, begynnende...» Siste del av notatet, sannsynligvis om sepsis, mangler. Pasienten ble meldt direkte til en sekretær i akuttmottaket. Fastlegen konfererte ikke med lege ved sykehuset.

3.1.3 Ankomst ved akuttavdelingen XXXXXX

Moren kjørte pasienten direkte fra fastlegen til Ahus. Pasienten gikk sammen med sin mor til venterommet i akuttmottaket og la seg i sideleie på en benk.

Kl. 11.55 ble han tatt imot og triagert av sykepleier. Observasjonsskjemaet fra akuttmottaket angir at kontaktårsaken var sepsis, og at tre av fire SIRS-kriterier (systemisk inflammatorisk respons syndrom) var oppfylt.

Triagesykepleier har skrevet på observasjonsskjema i mottak at temperaturen var 40 °C, respirasjonsfrekvensen var 30/min. O₂-metningen, blodtrykket og bevissthetsnivået ble vurdert som normalt. På VAS smerteskala ble smertene satt til 7-8 av 10. Sykepleieren triagerte pasienten etter MTS (Manchester Triage Scale), med Ahus sin lokale tilpasning som gir en høyere prioritet ved positiv SIRS. Ifølge denne modellen skal legetilsyn da gjøres i løpet av ti minutter. Prioriteten (pri 2) var satt på bakgrunn av at pasienten hadde tre av fire SIRS-kriterier oppfylt.

Pasienten ble ikke vurdert av lege. Kl.12.05 var blodtrykket 99/64 mmHg, og sykepleieren la da på eget initiativ inn perifert venekateter og ga pasienten Ringer-acetat intravenøst. Blodtrykket normaliserte seg etter dette.

Primærvakten (lege i spesialisering, LIS), som tok imot pasienten, ble tilkalt til akuttmottaket fordi de trengte flere leger. Hun var godt kjent på Ahus etter at hun hadde hatt turnustjeneste der. På dette tidspunktet hadde hun jobbet tre-fire måneder som LIS og hatt medisinske primærvakter. Primærvakten undersøkte pasienten på eget initiativ fordi pasienten sto på oversiktstavlen med pri 2. I innleggesnotatet i pasientjournalen ble pasienten beskrevet som «uttalt blek, slapp og med nedsatt allmenntilstand, diffuse smerter, Tp.39, BT 100/50, puls 118, negativ CRP». Episoden med blodtrykksfall like etter ankomst er ikke referert i innkomstjournalen, og blodtrykksfallet finnes kun beskrevet i et sykepleienotat. Blodprøver viste leukocytter på $22 \times 10^9 /L$ og CRP 9 mg/L.

Etter at primærvakten hadde undersøkt pasienten, konfererte hun med teamleder. Konfereringene ble gjort sammen med teamleder mens de så i DIPS. Teamleder som var i bakvakt, var en LIS med fem års erfaring. Han hadde ingen opplysninger om denne pasienten fra før, og så ikke pasienten selv. Teamlederen mente at det kunne være «noe viralt», og

besluttet at de skulle vente med antibiotikabehandling til det oppsto eventuelle tegn på bakteriell infeksjon i form av CRP-stigning og et mer tydelig infeksjonsfokus.

Primærvakten kjente til SIRS-score på pasienten. Hun mistenkte ikke meningitt, men undersøkelsene var rettet mot denne diagnosen som en mulig differensialdiagnose. Pasienten beskrev noe vond nakke, men ikke vondt i hodet. Han hadde ikke nakkestivhet eller petekkier, og derfor vurderte hun det som lite sannsynlig at han hadde meningitt. Ømheten i halsen, spesielt ved subclavia, slik det var beskrevet i henvisningsskrivet, ble ikke funnet igjen da hun undersøkte pasienten. Hun undersøkte også kneet hans med tanke på bakteriell infeksjon i kneleddet. Hun fant verken rødme, hevelse eller smerter og tenkte at infeksjon i kneet også var mindre sannsynlig. Hun vurderte at de kliniske funnene tydet på at det var noe viralt. Pasienten sa selv at det føltes som om han hadde influensa. Pasienten ble oppfattet som «ikke septisk». Primærvakten hadde oppfattet at avdelingens praksis når det gjaldt antibiotika var restriktiv. Ved tilsynet ble dette bekreftet av flere. I sin redegjørelse til den foreløpige rapporten uttaler Ahus at de ikke kjenner seg igjen i uttalelser om at det er høy terskel for bruk av antibiotika.

Primærvakten besluttet i samråd med sin sekundærvakt å avvente oppstart av antibiotikabehandling. Sekundærvakten ga beskjed om at det skulle tas nye blodprøver kl.18.00, og at pasienten skulle overflyttes til observasjonsposten Akutt 24. Samtalene mellom primærvakten og sekundærvakten/teamleder er ikke dokumentert i pasientjournalen.

I innkostjournalen er det angitt at det skulle bestilles kontrollprøver til kl.18.00 av leukocytter og CRP. Det skulle gis intravenøs væske på Akutt 24 og blodtrykk, temperatur og puls skulle måles én gang per vakt. I et sykepleienotat anbefalte mottakssykepleier følgende tiltak: «Følg med respirasjon, blodtrykk, temp og puls og ellers hans tilstand». Hyppighet, detaljeringsgrad, eller om respirasjon omfattet telling av respirasjonsfrekvens var ikke oppgitt i journalen.

3.1.4 Overflytting av pasienten til sengeposten Akutt 24

Pasienten ble overflyttet fra akuttmottaket til Akutt 24 i sykepleiernes vaktskifte, ca. kl.15.00. Han ble lagt på et rom med to andre pasienter.

Svar på blodprøvene som var tatt kl.18.00 ble vurdert av samme primærvakt. Leukocytter var sunket fra $22 \times 10^9/L$ til $13,6 \times 10^9/L$, mens CRP var steget fra 9 mg/L til 51 mg/L. Primærvakten sjekket prøvesvarene og snakket med sykepleier, men så ikke selv til pasienten. Situasjonen ble tolket som «fredelig», og primærvakten konfererte med teamlederen igjen. De vurderte at det fortsatt ikke var sannsynlig at det forelå en bakteriell infeksjon som gjorde at det var nødvendig med oppstart av antibiotika. Mononukleose ble overveid, men Monospot (mononukleasetest) var negativ. Det ble konkludert med at pasienten skulle observeres i Akutt 24 over natten. Blodprøver skulle kontrolleres neste morgen. Blodtrykk, puls og temperatur skulle fortsatt måles en gang per vakt. Heller ikke opplysninger fra denne samtalen ble dokumentert i pasientjournalen. Pasienten hadde ikke legetilsyn denne ettermiddagen, kvelden eller natten.

Sykepleieren på kveldsvakt konfererte på telefonen ca. kl. 21.30 med en erfaren LIS (heretter sekundærvakt B) som hadde vakt fra kl. 20.00 - 08.00. Sekundærvakt B kjente ikke pasienten fra før. Sykepleieren opplyste at pasienten var innlagt med halsvondt, og at det var mistanke om en virusinfeksjon. Han forklarte at pasienten hadde fått økende halsvondt og ikke klarte å svelge, men at han ikke hadde pustebesvær.

Sekundærvakt B ga beskjed om at pasienten skulle ha tilsyn av sykepleier en gang per time, og at sykepleier skulle rapportere dersom pasienten fikk pustebesvær. Ved forverring ville lege komme og se til pasienten. I et sykepleienotat ble det angitt at pasienten pustet veldig overflattisk da han hadde smerter, men respirasjonsfrekvens ble ikke målt. Det er også angitt at han hadde smerter i ryggen, i siden og lysken, men at han etter hvert klarte å sove. Det ble gitt ibuprofen som smertestillende. Pasienten fikk i tillegg paracetamol om morgenen kl. 06.00. Sekundærvakt B ble ikke kontaktet mer i løpet av denne vekten.

3.1.5 Vaktskifte og tilsyn av lege XXXXXX

Blodprøver som ble tatt kl.06.00 om morgenen viste at leukocytter hadde steget til $25,1 \times 10^9/L$ og CRP hadde steget til 287 mg/L. Systolisk blodtrykk var 102/105 mmHg. Pulsen hadde ligget nokså jevnt hele døgnet fra 100-110/min, men den hadde kortvarig vært oppe i 200/min. Ved det stedlige tilsynet ble det opplyst at respirasjonsfrekvensen ble telt. Dette ble ikke dokumentert i pasientjournalen på kveldsvakten, muligens fordi den ble vurdert som normal. På nattevakten ble den heller ikke dokumentert. O₂-metningen ble målt, og den var normal uten tilførsel av oksygen. I første sykepleienotat fra dagvakt mellom kl. 08.00 og 09.00 om morgenen var respirasjonsfrekvensen 25/min. Temperaturen falt til 37,9 °C.

Ved vaktskiftet for sykepleierne ca. kl. 08.00 på morgenen, oppfattet de at pasienten var uklar. Sykepleieren tilkalte en overlege som så til pasienten, og legen vurderte at pasienten var alvorlig syk. Overlegen kontaktet pårørende og informerte dem om tilstanden. En spesialist i infeksjonsmedisin vurderte at pasienten var nakkestiv og forvirret. Det ble lagt inn urinveiskateter og 2000 ml Ringer-acetat ble gitt intravenøst. Legene forsøkte å gjøre en spinalpunksjon, men de lyktes ikke i å gjennomføre undersøkelsen. De mistenkte at diagnosen var akutt meningitt, og kontaktet en anestesilege for å flytte pasienten til medisinsk overvåkning.

3.1.6 Overflytting til medisinsk overvåkning og intensivavdelingen

Pasienten ble flyttet til medisinsk overvåkning samme morgen, og det ble startet opp med antibiotikabehandling i form av cefotaksim. De besluttet å intubere pasienten ca. kl. 09.40, og han ble lagt på respirator. Arteriekran og sentralt venekateter ble lagt inn, og det ble bestilt CT caput. Etter dette ble han overflyttet fra medisinsk overvåkning til intensivavdelingen.

Kl. 12.30 ble det bekreftet fra mikrobiologisk avdeling at det var oppvekst av bakterier i blodkulturer som var tatt ved innkomst. Konklusjonen var at det var meningokokker. Det ble utført CT caput kl.13.20 som viste hjerneødem. Det ble konkludert med at pasienten hadde en alvorlig meningokokkmeningitt.

Rikshospitalet ble da kontaktet, og det ble avtalt overflytting av pasienten. Han ble flyttet med luftambulans til nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet kl.14.05 med tanke på nevrokirurgisk intervensjon. Det ble påvist opphevet sirkulasjon til hjernen, og han ble erklært hjernedød etter noen timer.

3.2 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn

3.2.1 Møte med pårørende

Statens helsetilsyn kontaktet de pårørende og avtalte et møte før det stedlige tilsynet. Mor hadde anledning til å komme på møtet, som ble avholdt XXXXXX i Statens helsetilsyns lokaler. Mors informasjon som ble gitt i dette møtet er også integrert i sykehistorien som er beskrevet ovenfor.

Pasientens mor og far hadde tilbrakt hele innleggelsesdagen i akuttmottaket, og det ble mye venting. De fikk informasjon om at legene hadde vurdert å starte opp antibiotikabehandling, men at de ville se det hele an til morgenen etter. Mor oppfattet det slik at hun ikke snakket med lege, bare med sykepleierne.

Pasienten fikk rom på Akutt 24 kl.15.00. Det ble tatt nye blodprøver kl.18.00 som viste at det var en økning i CRP. De fikk beskjed om dette ca. kl. 21.00, og ble bedt om å dra hjem. På dette tidspunktet opplevde de pasienten som enda dårligere. Han lå for det meste med øynene lukket. Pasienten hadde økende vondt i halsen mot kragebeinet, og ynket seg veldig når han skulle legge seg ned. Han hadde også vondt i kneet og verket i kroppen. Pasienten sa at det føltes som om overleppa hans var hoven. Han sa selv at han ikke var nakkestiv. Foreldrene sa fra til en sykepleier før de reiste hjem at pasienten var en «forsiktig gutt som ikke maste». De ba derfor om at sønnen skulle følges opp med ekstra tilsyn, noe de fikk bekreftelse på.

Mor fikk en telefon fra sykehuset neste morgen, og hun fikk da opplyst at pasienten var blitt dårligere i løpet av natten. Hun kom tilbake til Ahus ca. kl. 09.00. I ettertid har hun lurt på om antibiotika skulle vært gitt på et tidligere tidspunkt, og om utfallet i så fall ville vært annerledes.

3.2.2 Kommentarer til foreløpig rapport

Foreldrene har gitt sine kommentarer til den foreløpige rapporten i brev av XXXXXX. De uttaler blant annet at de har merket seg at Ahus etter en lignende hendelse ikke hadde implementert endringer av sine rutiner på tidspunktet pasienten (sønnen) var innlagt der. Det fremstår som uforståelig for dem at ledelsen ikke setter inn strakstiltak når det er åpenbart at liv og helse går tapt. De stiller spørsmål om hvor mange tilsynssaker det har vært mot Ahus, og hvilke rutineendringer Ahus har gjennomført etter dette. Videre har de spørsmål om det settes frister for å implementere tiltakene. De undrer også på hvilke konsekvenser det får for Ahus når de bryter regelverket og ikke etterfølger pålegg innen frister som er gitt fra Statens helsetilsyn.

Etter hendelsen har Ahus ikke tatt kontakt med dem, eller tilbudt dem noen form for oppfølging. De forventer nå å bli informert om hvilke tiltak Ahus har iverksatt etter hendelsen.

Statens helsetilsyn har besvart noen spørsmålene som ble stilt XXXXXX. For øvrig viser til eget oversendelsesbrev til de pårørende.

3.3 Møte med ledelsen ved Ahus

Statens helsetilsyn hadde møte med ledelsen ved Ahus den XXXXXX. Møtet ble besluttet på bakgrunn av flere tilsynssaker hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus og i Statens helsetilsyn som handlet om forsinket diagnostisering og behandling av pasienter med mistanke om alvorlig infeksjon og sepsis.

I møtet opplyste sykehusledelsen at det pågikk et internt kvalitetsarbeid ved helseforetaket. De skulle innføre et system for systematisk observasjon og oppfølging av pasienter, National Early Warning Score (NEWS). Det ble fremhevet av ledelsen ved Ahus at denne type virksomhet krever klare retningslinjer, og at helsepersonell ikke kan basere seg bare på bruk av skjønn. Det ble også opplyst at det skulle iverksettes tiltak som omhandler triagering, revidering av observasjonsskjema, inkludert SIRS-kriterier og enhetlig observasjon.

3.4 Virksomhetens tilbakemelding på foreløpig tilsynsrapport

Virksomheten har i brev av XXXXXX gitt kommentarer til den foreløpige tilsynsrapporten. Kommentarene er utarbeidet i et samarbeid mellom akuttavdelingen og infeksjonsmedisinsk avdeling. Vedlagt følger også kommentarer til saksforholdet fra de involverte. Prosedyren «27404 Akuttmedisin – Pasientflyt og legeoppfølging på Akutt 24» fulgte også som vedlegg.

Virksomheten mener at rapporten er grundig, og med rette peker på at det kan være forhold ved vurderinger, observasjoner og informasjonsoverføringer som har sviktet. Imidlertid er de av den oppfatning at den foreløpige rapporten gir inntrykk av at det kliniske bildet ved pasientens innkomst var mer åpenbart enn det som faktisk var tilfelle. De kjenner seg ikke igjen i beskrivelsen av at Ahus har høy terskel for oppstart av antibiotika. Ahus ligger «midt på treet» når det gjelder antibiotikabruk i norske sykehus. De viser til at de nylig har gjennomgått et to års materiale for RS-virus og influensa hos pasienter som var innlagt ved Ahus. Vel 80 % av disse pasientene hadde fått ordinert antibiotika i akuttmottaket.

Våren 2015 besluttet Ahus å innføre NEWS som verktøy for å sikre tidlig og korrekt intervensjon når det skjer en forverring i pasientens tilstand. NEWS-skår måles på alle pasientene i akuttmottaket. Dette praktiseres også i Akutt 24, og oppdateres kontinuerlig. De har opprettet et eget MIG team (mobil intensivgruppe), som kan kontaktes dersom pasienten har en score på høyere enn 7.

Sykepleiere som triagerer pasienter i akuttmottaket har hatt formell opplæring i dette. De har også en prosedyre som beskriver sykepleierens rolle og ansvar ved triagering. Det finnes også en prosedyre for triageleger, «32829 – Akuttmedisin – Akuttmottak – Triagelege – Ansvar og oppgaver» fra februar 2017.

Legevisittiden ved Akutt 24 er utvidet til kl.19.00 mandag og fredag. Informasjonsflyten er nå sikret ved at både sykepleiertjenesten i akuttmottaket og legene dokumenterer direkte på observasjonsskjemaet som følger pasienten.

I tillegg til dette er det oppgitt at de har iverksatt en rekke tiltak som skal sikre identifisering og behandling av pasienter med sepsis, eller mistanke om sepsis i akuttmottaket. Ahus beklager at de ikke hadde hatt noen kontakt med de pårørende, utover den kontakten som fant sted kort tid etter hendelsen. De har nå startet opp et arbeid med å endre rutiner for å sikre bedre informasjon til de pårørende.

3.5 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis

3.5.1 Organisering av avdelingen og/eller helseforetaket

Medisinsk divisjon ved Ahus ledes av en divisjonsdirektør og har 15 avdelinger. De 15 avdelingene ledes av egne avdelingssjefer. De kliniske avdelingene i divisjonen er organisert etter medisinske spesialiteter.

De indremedisinske grenspesialitetene har egne avdelinger sidestilt i divisjonen med blant annet nevrologisk avdeling. De indremedisinske grenspesialitetene har ingen egen definert enhet innenfor divisjonen. Det finnes ikke en «indremedisinsk avdeling» som kun omfatter fagseksjonene innenfor indremedisinske hoved- og grenspesialiteter, og som inngår i de indremedisinske vaktlagene. Disse enhetene innenfor divisjonen samarbeider om organisering av vaktlagene, som består av LISer, og ansvaret for dette var delegert av divisjonsdirektør til en av seksjonsoverlegene. Øyeblikkelig hjelp-pasienter i akuttmottaket og på sengepostene håndteres av vaktlagene. Vaktlagene består kun av LISer, som forholder seg til bakvakter (overleger) på de enkelte indremedisinske avdelingene ved behov. Bemanning, roller og

arbeidsoppgaver er beskrevet i prosedyren «Akuttmedisin - Medisinske vaktlag - funksjon og organisering» ID nr. 27424.

3.5.1.1 Akuttmottaket

Akuttmottaket på Ahus er landets største akuttmottak. De tar imot ca. 120 pasienter i døgnet, og av disse tilhører ca. 90 pasienter medisinsk divisjon. De indremedisinske pasientene fordeles til vaktlag av LISer som er delt inn i en «indremedisinsk søyle» og en «kardiologisk søyle». Nyankomne pasienter på dagtid følges normalt opp av vaktteamet i den aktuelle søylen til teamet går av vakt kl. 20.00. Spørsmål om pasienter rettes primært til den primærvakten som tok imot pasienten. Inneliggende pasienter vurderes også for utskrivelse eller overflytting hele døgnet.

Akuttmottaket har en medisinsk leder med personalansvar for fire overleger, hvorav to stillinger var besatt da tilsynet fant sted. Disse overlegene er ikke en del av medisinske vaktlag og går ikke døgnavakter. Deres ansvar for indremedisinske pasienter blir definert ut fra hvor pasienten befinner seg, og ikke hvilket fagområde det gjelder. Så lenge pasientene oppholder seg i Akutt 24 er de «ufordelt». Det blir normalt ikke avklart hvilken grenspesialitet som har ansvar for dem før de eventuelt innlegges og flyttes til en klinisk avdeling.

3.5.1.2 Akutt 24

Akutt 24 er en observasjonspost i tilknytning til akuttmottaket med totalt 22 senger, hvor uavklarte pasienter kan ligge i inntil 24 timer. Leder for avdeling for akuttmedisin er også leder for Akutt 24. Avdeling for akuttmedisin har egne stillinger for overleger som arbeider i Akutt 24 på dagtid hverdager. Utenom ordinær arbeidstid er det de indremedisinske vaktlagene som har ansvaret for pasientbehandlingen i Akutt 24, spesielt sekundærvakt B (se punkt 3.5.3.3).

De fleste legene (hovedsakelig LIS-er) som behandler pasienter i akuttmottaket og Akutt 24 er tilknyttet sine «moderavdelinger», og er derfor ikke faglig underlagt avdelingssjefen i avdeling for akuttmedisin. På dagtid er overleger til stede, og de er underlagt en seksjonssjef i avdeling for akuttmedisin og er ansatt i Akutt 24. De har, sammen med LIS-er og turnusleger i rotasjon, ansvaret for legetjenesten i Akutt 24 fram til kl.16.00. Pasienter som kommer til Akutt 24 i løpet av dagen, føles opp av LIS-ene i indremedisinsk vaktlag, ikke av overlegene.

Pasienter som ligger i observasjonsavdelingen Akutt 24 (fra natten før), blir på dagtid på hverdager behandlet av de faste overlegene i akuttmottaket. Mellom kl. 20.00 og kl. 08.00 har sekundærvakt B (se punkt 3.4.3.3) ansvar for de inneliggende pasienter ved Akutt 24 og i akuttmottaket. Ifølge retningslinjer der skal de gjennomføre visitt mellom kl.16.00 og 20.00. Ved det stedlige tilsynet fikk vi opplyst at denne legevisitten i praksis skjer ved at sekundærvakt B går innom eller ringer avdelingen og spør «om det er noe spesielt».

Vi fikk også opplyst at det ikke er noen rutinemessig oppfølging av innlagte pasienter i form av legevisitt mellom eventuell visitt på kvelden og morgenvisitt. Oppfølging skjer kun når lege tilkalles av sykepleier, eller ved at vaktlagets leger gjennomfører legevisitt på eget initiativ.

3.5.2 Rutiner og prosedyrer

Prosedyrer «Akuttmedisin -Medisinske vaktlag - funksjon og organisering» ID nr. 27424 gyldig fra 7. mars 2014, beskriver arbeidsoppgaver og vaktordning for avdelingene i medisinsk divisjon som er subspecialiteter i indremedisin. Her beskrives arbeidsoppgaver som

omfatter alle leger i akuttmottaket, og som ikke formelt er underlagt avdelingssjefen i akuttmedisin.

Prosedyren «Akuttmedisin-pasientflyt og legeoppfølging på Akutt 24» ID nr. 27404, gyldig fra 5. mars 2014 er en prosedyre som beskriver ansvaret for pasienten fra det tidspunktet han/hun ankommer Akutt 24. Den inneholder en arbeidsbeskrivelse og angir hvem som har ansvar blant annet for dokumentasjon, visittgang og pasientoppfølging på dagtid, ettermiddag, kveld, natt og helg.

Prosedyre ved sepsis: «Infeksjonssykdommer – sepsis», gyldig fra 17. januar 2014, ID nr. 3541 viser til «Guideline for management of severe sepsis and septic shock» når det gjelder opplysninger om supplerende behandling.

3.5.3 Vaktordning og kompetanse

3.5.3.1 Vaktlaget

Selve vaktlaget består av sekundærvakt A og sekundærvakt B og fire primærvakter, hvorav tre er LIS og en er turnuslege. LISene som er primærvakter, har ansvar for mottak av pasienter ved hvert sitt sengeområde.

3.5.3.2 Sekundærvakt A

Sekundærvakt A har ifølge prosedyren «Akuttmedisin - Medisinske vaktlag - Funksjon og organisering» det øverste medisinske ansvaret i løpet av nattevakten. I retningslinjen «Akuttmedisin - Arbeidsflyt og drift» står det at sekundærvakt A er medisinsk faglig ansvarlig og har overgripende ansvar for drift og funksjon av alle akuttmedisinske vaktteam.

Under punktet «teamledere» i den samme retningslinjen, står det samtidig at det endelige medisinske beslutningsansvaret ligger hos tertiærvakten innenfor de respektive medisinske subspecialitetene. Tertiærvaktsjiktet er imidlertid ikke nærmere beskrevet i retningslinjen «Akuttmedisin - Medisinske vaktlag - funksjon og organisering» ID nr. 27424. Tertiærvakten har ansvaret for pasientene som er innlagt på sengepostene når de har tilstedevakt, og har ansvar for å følge opp henvendelser fra vaktteamene når de har hjemmevakt.

3.5.3.3 Sekundærvakt B

Sekundærvakt B har som hovedoppgave å være mottakende lege med ansvar for medisinsk team og lege i akuttmottaket. Det øverste medisinske ansvaret ligger hos sekundærvakt A, jf. punkt 3.4.3.2. Sekundærvakt B er en erfaren LIS som har ansvar for Akutt 24 mellom kl. 20.00 og kl. 08.00 på hverdager, samt i helger. Denne er også ansvarlig for de indremedisinske pasientene i akuttmottaket.

Sekundærvakt B er også leder for medisinsk team og stansteamet. Denne har ansvar for «lege- i mottak-funksjonen» og er fungerende triagelege i mottaket. Dersom sekundærvakt B er fraværende, vil triagefunksjonen tilfalle en av primærvaktene på anmodning fra ansvarssykepleier i akuttmottaket. Sekundærvakt B har ansvar for pasientene på sengepostene, medisinsk overvåkning og Akutt 24 på natten og i helgene.

Vaktskiftet for sekundærvakt B er mellom kl. 20.00 og kl. 20.30. I retningslinjen for legetjeneste i Akutt 24, jf. prosedyren «Akuttmedisin - pasientflyt og legeoppfølging på Akutt 24» ID nr. 27404, står det at sekundærvakt B skal gå visitt mellom kl. 16.00 og kl. 20.00.

3.5.3.4 Primærvakt

Primærvakten har ansvar for journalopptak av nyinnlagte pasienter og inngår i stansteam/medisinsk team. Primærvakten kan være en LIS eller en turnuslege. Det er tre primærvakter i akuttmottaket.

3.5.3.5 Triagering

Sykepleier utfører triage på alle pasienter som ankommer akuttmottaket ved bruk av systemet MTS (Manchester Triage Scale).

Triagelegen skal ifølge retningslinjen se til alle pasienter innen ti minutter. Denne skal også vurdere hastegrad for legeundersøkelse, plassere korrekt fagansvar og bestille nødvendig diagnostikk. I organisasjonskartet for medisinsk vaktlag står det at triagelegen skal være en LIS i grenspesialisering. Det skal være en triagelege, som blant annet har som oppgave å fordele pasienter i den «indremedisinske søylen» og i den «kardiologiske søylen».

Pasienter med indremedisinske problemstillinger skal triageres av triagelege i tidsperioden fra kl. 09.30 til kl. 20.30 på hverdager. Indremedisinske pasienter som kommer på andre tidspunkter, dvs. fra kl. 20.30 til kl. 09.30 på hverdager og hele døgnet alle helgedager, er det ingen i funksjonen som triagelege.

For pasienter med pri 2 skal triagelegen initiere diagnostikk og behandling som ikke kan vente. Hvis det startes opp med behandling, skal triagelegen dokumentere dette med et journalnotat. Triagelegen skal også varsle teamleder i riktig vaktlag/søyle.

3.5.3.6 Teamleder

Teamleder er definert som LIS i subspesialisering, «B-gren-lege», og har faglig ansvar for pasienter i «kardiologisk søyle» og «indremedisinsk søyle». Teamlederfunksjonene varer frem til kl. 20.30 og gjelder kun hverdager. Dette betyr at denne funksjonen heller ikke finnes på kveld etter kl. 20.30, natt eller i helgene.

Teamleder som har det faglige ansvaret for pasienter i «indremedisinsk søyle» skal ha et tett samarbeid med lege og sykepleier for å sikre god pasientflyt. Vedkommende skal også vurdere pasienten sammen med primærvaktene med tanke på utredning, diagnostikk og eventuell behandling. Teamleder skal holde seg orientert via DIPS om pasienter i triageområdet. Denne skal også ha en koordinerende funksjon og styre ressurser dit det haster mest.

Teamlederen skal deretter beslutte hvilken seksjon pasienten skal tilhøre, og hvilken lege i teamet som skal ta imot pasienten. Som følge av at funksjonen teamleder bortfaller i perioder som nevnt, bortfaller også rapportering til teamleder på kveld, natt og i helger.

3.5.4 Kvalitetsarbeid ved Ahus etter tidligere alvorlig hendelse ved avdeling for akuttmedisin

Etter en lignende alvorlig hendelse ved Ahus opprettet Statens helsetilsyn en tilsynssak (XXXXXX). Vi ba om en redegjørelse for hvordan Ahus sikrer at triagering og vurdering av pasienter blir foretatt av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse innen rimelig tid, og at videre oppfølging er forsvarlig. Dette gjaldt spesielt informasjonsoverføring og iverksetting av behandlingstiltak. Medisinsk divisjon, avdeling for akuttmedisin redegjorde i brev av XXXXXX for hvordan forsinket behandling av pasient med alvorlig infeksjon hadde blitt fulgt opp.

Det ble iverksatt flere tiltak i akuttmottaket etter den tidligere hendelsen. Tiltakene omhandler både triagering, revidering av observasjonsskjema inkludert SIRS-kriterier, innføring av NEWS og enhetlig dokumentasjon. Det er også iverksatt tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom akuttmottaket og sengepostene, sikring av relevant informasjon om pasienten og kontakt med ansvarlig lege. Tiltakene var ikke implementert på tidspunktet for hendelsen i denne konkrete saken.

4 Hendelses- og årsaksanalyse

Helseforetaket har et selvstendig ansvar for å utrede uønskede hendelser, finne mulige årsaker og iverksette tiltak som kan redusere risikoen for nye hendelser.

Statens helsetilsyn vil peke på noen mulige årsaker til at denne hendelsen kunne skje. Hendelsen viser hvordan helsehjelpen og overføring av informasjon om pasienten sviktet gjennom flere ledd. Dette førte til at det gikk for lang tid fra pasienten ankom akuttmottaket ved Ahus og frem til det ble erkjent at han hadde en alvorlig infeksjon med sepsis.

4.1 Mulige årsaker til svikt i behandlingen i akuttmottaket

Innleggelsesdiagnosen var mulig sepsis, og det kan derfor reises spørsmål om hvorfor dette ikke ble fulgt opp allerede da pasienten ankom i akuttmottaket.

En mulig årsak kan ha vært måten triageringen i akuttmottaket ble utført på. Pasienten fikk ikke tilsyn av triagelege, slik rutinen er for indremedisinske pasienter på dagtid hverdager. Dette førte til at pasienten ikke ble undersøkt og vurdert på et tidlig nok tidspunkt av lege med nødvendig kompetanse og erfaring. En annen faktor som kan ha bidratt til forsinket diagnostisering og behandling, var at Ahus på dette tidspunktet ikke hadde innført systematisk observasjon av pasienter (som NEWS eller lignende).

Bakenforliggende årsaker til at tidlige tegn til alvorlig sepsis ikke ble fanget opp, kan være at virksomheten hadde utviklet en uklar praksis for triagering i akuttmottaket og uklar praksis for fordeling av arbeidsoppgaver i vaktteamet. Det kunne også skyldes at det ikke var gode nok rutiner for dokumentasjon og informasjonsutveksling i vaktlaget og ved overflytting mellom avdelinger.

Ansvars- og oppgavefordelingen i vaktteamet fungerte ikke alltid i praksis som beskrevet i prosedyren «Akuttmedisin - Medisinske vaktlag - funksjon og organisering» ID nr. 27424. Denne prosedyren er komplisert, og har variasjoner i løpet av døgnet og mellom helger og hverdager. Den kan også fravikes ved samtidighetskonflikter. Den uklare prosedyren kan derfor også ha medvirket til svikt i oppfølging og behandling av pasienten.

4.2 Mulige årsaker til svikt i den videre oppfølgingen i Akutt 24

Til tross for forverring av allmentilstanden og stigende CRP hos pasienten, ble det ikke iverksatt adekvate tiltak etter at han ble overført til Akutt 24.

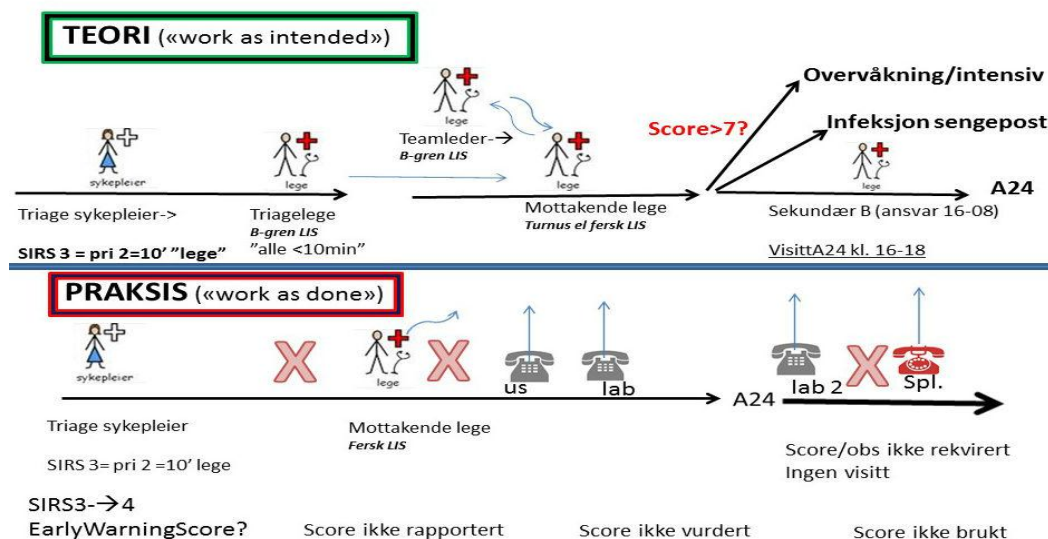
En mulig årsak kan være at de involverte ikke fant kliniske holdepunkter for en alvorlig infeksjon. Som følge av dette ble det ikke lagt opp til at pasienten skulle overvåkes på et høyere nivå. Prøvesvarene ble ikke oppfattet som entydige, og de ble heller ikke gjentatt eller forevist lege for tolkning. Pasienten ble ikke tilsett eller undersøkt av lege i tidsrommet mellom innleggelsen og frem til neste morgen.

Det skulle være en sikkerhet ved at ansvarlig lege skulle gå legevisitt på ettermiddagen mellom kl. 16.00 og kl. 20.00 etter at pasienten overføres til Akutt 24. I praksis ble dette ofte ikke utført, men overlatt til sykepleierne å vurdere behovet for legetilsyn. Sekundærvakt B som hadde ansvaret for Akutt 24 på kveld og natt fikk dermed heller ikke på noe tidspunkt kunnskap om at dette var en pasient som var henvist med mistanke om sepsis, og hadde flere tegn som kunne tyde på at dette var tilfelle.

Sekundærvakt B skal ifølge prosedyren for legetilsyn ved Akutt 24 gå legevisitt mellom kl.16.00 og kl. 20.00, og deretter ha ansvaret for oppfølging av pasientene der. Legevisitt ble ikke gjennomført på Akutt 24 den aktuelle kvelden, og lege var ikke tilstede i Akutt 24 i løpet av kvelden og natten. Knapphet på tid og ressurser kan ha bidratt til at praksis ikke var i tråd med virksomhetens prosedyrer.

Mangelfull kunnskap om SIRS-kriterier hos helsepersonellet som hadde pasienten til observasjon sammenholdt med andre feilvurderinger, kan ha ført til at de involverte ikke forsto alvorret i situasjonen. Det ble av samme grunn ikke utført systematisk overvåkning etter definerte kriterier i løpet av oppholdet i Akutt 24.

Modellen nedenfor kan gi en illustrasjon av hvilke ledd som har sviktet i behandlingsforløpet.



5 Aktuelt regelverk

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om helseforetaket har gitt pasienten forsvarlig helsehjelp, og om helseforetaket ved sin organisering av virksomheten sikrer forsvarlig helsehjelp i tilsvarende situasjoner. Her presenterer vi regelverket som er relevant for å vurdere dette.

5.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

5.1.1 Nærmere om forsvarlighetskravet

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Kravet stilles både til helsepersonells utøvelse av helsehjelp og til virksomhetens organisering av helsehjelp, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (se vedlegg). Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven. Disse normene er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer og utgjør det som betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

Kravet om forsvarlighet er også et krav om forsvarlig organisering av tjenesten. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og systemmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Det følger av dette at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene er i samsvar med god praksis.

5.1.2 Nærmere om internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og kravet til internkontroll, og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Vi gjør for ordens skyld oppmerksom på at denne hendelsen er vurdert etter forskriften som da gjaldt, forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten) § 4 (se vedlegg).

Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Sykehuset skal således gjennom sin internkontroll tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Virksomheten skal blant annet skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt og utvikle, iverksette, kontrollere, evaluerer og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivningen.

5.2 Krav til dokumentasjon

Helseforetakene har plikt til å sørge for forsvarlige informasjons- og dokumentasjonssystemer, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Som ledd i sin internkontroll skal de også følge med på at dokumentasjon blir utført i tråd med helsepersonellovens bestemmelser, jf. forskrift om pasientjournalen.

5.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helseforetakene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a).

5.4 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser

Helseforetakene har plikt til å varsle uventede alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a).

5.5 Plikt til å informere pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3 har helseforetakene plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Pasientens nærmeste pårørende har også rett til å få informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av hendelsen (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde og femte ledd).

5.6 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat

Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn skal behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og bidra til at tilsynet identifiserer uforsvarlige forhold (helsetilsynsloven § 2).

Formålet med varselordningen er å bidra til en bedre vurdering av de alvorlige hendelsene ved at tilsynsmyndighetene raskt kommer i dialog med det involverte helsepersonellet og deres ledere, og med pasienter og/eller deres pårørende.

6 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp under oppholdet ved akuttmottaket og på Akutt 24. Vi har også vurdert om Ahus sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner.

Vi har ikke funnet grunn til å opprette egen tilsynssak mot enkelte helsepersonell i denne saken. Vurdering av enkeltpersonells handlinger vil inngå i den samlede vurderingen av oppfølgingen pasienten fikk.

Statens helsetilsyn vil vurdere følgende:

Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Somen del av denne vurderingen har vi sett nærmere på disse vurderingstemaene:

- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp i akuttmottaket og ved Akutt 24?
- Fikk pasientens pårørende tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand gjennom hele pasientforløpet?
- Ble dokumentasjonsplikten for helsepersonell overholdt?

Sikrer virksomheten forsvarlig håndtering og oppfølging av pasienter med tegn på alvorlig infeksjon?

Vi vil i den forbindelse vurdere følgende temaer:

- Har helseforetaket ved sin organisering av akuttjenesten lagt til rette for forsvarlige pasientforløp i akuttmottaket og ved overgang til sengeposter?
- Har helseforetaket lagt til rette for god informasjonsflyt?

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

Vi har også vurdert om virksomheten etter den alvorlige hendelsen har gjort lovpålagte tiltak for å forbedre kvaliteten, slik at de også kan informere pårørende om hvilke tiltak de vil iverksette for at lignende hendelser ikke skal skje igjen.

6.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har kommet frem til at utredningen og behandlingen pasienten fikk ved innleggelsen ved akuttmottaket på Ahus og under oppholdet ved Akutt 24 var uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Statens helsetilsyn finner at også informasjonen som ble gitt til de pårørende var mangelfull, men vi anser det ikke som så alvorlig at det foreligger brudd på informasjonsplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Dokumentasjonen i pasientjournalen var mangelfull, og har bidratt til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Nedenfor følger våre vurderinger.

6.1.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp i akuttmottaket og ved Akutt 24?

God praksis for helsehjelp i akuttmottak og på observasjonsposter

I et akuttmottak skal helsepersonell ta imot, undersøke og eventuelt iverksette behandling av alle pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp. Akuttmottaket skal deretter overføre pasientene videre til den avdelingen som har best kompetanse i forhold til mistenkt lidelse. Dersom det er mistanke om alvorlig sykdom, må diagnostiske avklaringer gjøres så raskt som mulig, slik at målrettet behandling kan påbegynnes uten forsinkelse.

Det er viktig at helsepersonell med nødvendig kompetanse er til stede for å vurdere riktig observasjonsnivå for pasienten. Fortløpende og strukturert observasjon og måling av vitale parametere er av avgjørende betydning for uavklarte pasienter med potensielt alvorlige tilstander, som kan endre seg raskt. Observasjoner, målinger og eventuelle tolkninger skal dokumenteres fortløpende. Hos svært dårlige pasienter kan det være riktig å starte opp behandling før diagnosen er helt sikker. Ved mistenkt eller sikker infeksjon kan antibiotikabehandling startes opp tidlig, men mikrobiologiske prøver bør være tatt først.

God praksis for sepsisbehandling

Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis er av avgjørende betydning for overlevelse. Symptomene kan være uspesifikke og snikende. Forverring kan komme brått. Tidlig diagnostikk krever en kombinasjon av kliniske undersøkelser, og systematiske målinger og tester. Tidlig oppdagelse krever ofte betydelig klinisk erfaring.

Diagnostikk

Diagnosen stilles ved en kombinasjon av symptomer, kliniske tegn og laboratoriefunn. For å sikre pasienter riktig behandlingsnivå er definisjonene av sepsis som inkluderer systemisk inflammatorisk respons syndrom (SIRS) sentrale. Indikatorer på SIRS finnes ut fra kriteriene: «Temperatur > 38 °C eller < 36 °C, hjertefrekvens > 90/min, respirasjonsfrekvens > 20/min eller CO₂ <4,3 kPa og leukocytter > 12 x10⁹/l eller < 4 x10⁹/L». Dersom tre eller flere av disse kriteriene er oppfylt og pasienten har tegn på infeksjon, er diagnosen sepsis sannsynlig. Pasienten må da overvåkes med tanke på utvikling av organdysfunksjon.

Alvorlig sepsis er sepsis med akutt svikt i ett eller flere organsystemer. Dette krever avansert intensivbehandling for å hindre utvikling av septisk sjokk. Kriteriene må vurderes sammen med det kliniske bildet.

Behandling

Behandling av pasienter med sepsis baseres på vitenskapelige studier som er sammenfattet til internasjonale retningslinjer av en gruppe eksperter med bakgrunn innenfor intensiv- og infeksjonsmedisin, «Surviving Sepsis campaign: 2». Blant annet på bakgrunn av disse, ga Helsedirektoratet i 2013 ut norske retningslinjer: «Nasjonale retningslinjer for antibiotikabehandling i sykehus.» Nye internasjonale anbefalinger for vurdering av pasienter med sepsis ble publisert i JAMA i 2016, men disse blir ikke lagt til grunn for vår vurdering i denne saken. Bakgrunnen for dette er at hendelsen skjedde forut for publisering av nye anbefalinger.

Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabehandling i sykehus angir blant annet følgende med tanke på sepsis: «Rask og målrettet behandling av sepsis, og spesielt alvorlig sepsis, er

avgjørende for lavest mulig dødelighet.» Tiltakene består i å avdekke og sanere infeksjonsfokus, sikre mikrobiologiske prøver, starte virksomt antibiotikum og gi organstøttende behandling.

Pasienter med alvorlig sepsis med uttalt organsvikt må ha umiddelbar livreddende behandling spesielt rettet mot sirkulasjons- og respirasjonssvikt. Behandling i intensiv- eller intermediærenhet velges avhengig av profil og grad av organsvikt, og behandling i en slik enhet må være regelen ved alvorlig sepsis.

Antibiotika skal gis så snart som mulig, og helst innen en time etter innleggelse, men fortrinnsvis etter at blodkultur er sikret. Hver times forsinkelse i oppstart av effektiv behandling er vist å øke mortalitet med ca. 7 %. Strukturert overvåkning er nødvendig for å forebygge eller oppheve alvorlig sepsis med organsvikt».

Det er også avgjørende for vellykket behandling av sepsis at antibiotikabehandling startes opp så tidlig som mulig. Standardregime for antibiotika ved sepsis med ukjent fokus og ukjent mikrobe, er 3 g x 4-6 penicillin intravenøst og 5-7 mg/kg x 1 gentamycin. Dette bør gis innen en time etter at diagnosen sepsis er stilt. Dersom infeksjonen ved alvorlig sepsis utgår fra luftveiene, men agens ikke er kjent, er cefotaksim anbefalt. Ved usikkerhet må spesialist i infeksjonsmedisin konsulteres.

Overvåkning

I de senere årene er det utviklet systemer for å sikre mest mulig systematisk registrering av enkelte parametere som kan indikere alvorlighetsgrad av ulike sykdommer, der verdiene av disse scores (Alert, Early Warning Score, MEWS, NEWS). Ut fra score på parameterne skal det avgjøres hvilke tiltak som skal iverksettes og hyppigheten av registreringer. På dette grunnlaget bestemmes hvilket overvåkningsnivå pasienten trenger, og hvilken legekompentanse som er nødvendig. Systemene stiller ikke selve diagnosen, men sikrer at pasienten følges tett nok opp, slik at diagnose kan stilles så tidlig som mulig. Kriteriene, eventuelt scoresystemer av typen MEWS kan danne grunnlag for å vurdere behov for oppfølging og overvåkning i den diagnostiske fasen før behandling er besluttet. Forsinkelser i oppstart av effektiv behandling kan øke mortaliteten.

Vurdering av helsehjelpen som ble gitt i akuttmottaket

Statens helsetilsyn har kommet til at vurderingene og oppfølgingen pasienten fikk i akuttmottaket var mangelfulle. Ved innkomst hadde pasienten flere alvorlige tegn som burde ha ledet til en raskere diagnose og målrettet behandling. Henvisende lege hadde skrevet «Obs sepsis!» i henvisningen, og pasienten var i en kjent risikogruppe (ungdom der meningokokkvaksine er anbefalt). Begge deler burde ha ledet til økt årvåkenhet og rask vurdering ved ankomst. Pasienten ble ikke tilsett av triagelege, slik prosedyren anga.

Sykepleieren benyttet seg av MTS hvor funn ble notert på observasjonsskjemaet. Til tross for at minst tre av fire SIRS-kriterier var oppfylt, at pasienten hadde høy score på VAS smerteskala og at han ble vurdert som pri 2, ble han ikke tilsett av triagelege.

Primærvakten konfererte med teamlederen etter å ha tatt opp journal. De satt da sammen i basen i akuttmottaket og diskuterte pasienten, mens de så på pasientinformasjonen som lå i DIPS. Teamleder tilså ikke pasienten selv. Det ble avtalt overføring av pasienten til Akutt 24, men det ble lagt få eller ingen planer for observasjon og overvåkning, utover nye blodprøver som skulle tas kl.18.00. Heller ikke på dette tidspunktet så en mer erfaren lege til pasienten.

Statens helsetilsyn finner på bakgrunn av dette at pasienten ikke ble vurdert av lege med tilstrekkelig kompetanse i akuttmottaket. Prosedyren om at pasienter skal tilses av triagelege innen ti minutter ble ikke fulgt. Dette har trolig medvirket til at pasienten ikke ble observert på et tilstrekkelig høyt nivå. Videre har det trolig også ført til at det ikke ble iverksatt overvåkning i tråd med tilstandens alvorlighetsgrad, eller gitt målrettet behandling på et tidligere tidspunkt.

Å stille diagnosen sepsis krever en kombinasjon av bruk av objektive kriterier som SIRS (Sofa), MEWS eller liknende, og klinisk skjønn av tilstrekkelig erfaren lege. I dette tilfelle ble det ikke lagt tilstrekkelig vekt på de objektive kriteriene, og pasienten ble heller ikke vurdert av tilstrekkelig erfaren lege.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn finner at observasjoner, vurderinger og tiltak som ble gjort mens pasienten oppholdt seg i akuttmottaket var så avvikende fra god praksis at det anses som uforvarsilig.

Vurdering av helsehjelpen som ble gitt ved Akutt 24

Da pasienten ankom Akutt 24 ca. kl. 15.00, var det besluttet en avventende holdning. Det skulle gis intravenøs væske, og sykepleierne skulle «følge med respirasjon, blodtrykk, temp og puls og ellers hans tilstand». Hyppighet, detaljeringsgrad, eventuelt om respirasjon omfattet respirasjonsfrekvens ble ikke presisert.

Det var samme primærvakt som vurderte prøvesvarene da de kom. Verken primærvakt eller annen lege undersøkte pasienten. Til tross for at CRP som var tatt kl.18.00 hadde steget fra 9 mg/L til 51 mg/L, ble det ikke konkludert med bakteriell infeksjon som nødvendiggjorde oppstart av antibiotika, eller gjort endringer med hensyn til overvåkning.

På dette tidspunktet burde pasienten etter Statens helsetilsyns oppfatning vært tilsett og vurdert av lege med ytterligere kompetanse. Dersom prosedyren for legetilsyn i Akutt 24 som angir at sekundærvakt B skal gå legevisitt mellom kl. 16.00 og kl. 20.00 hadde vært fulgt, kunne dette sikret tidligere tilsyn.

Kontakten mellom lege og sykepleier ca. kl. 21.30 gjaldt i all hovedsak halsvondt og mistanke om virusinfeksjon. Denne legen kjente imidlertid ikke pasienten og baserte sin vurdering på det som ble opplyst av sykepleier. Informasjonsutvekslingen mellom legen og sykepleieren bar preg av at ingen av dem hadde den fullstendige oversikten over kliniske symptomer og funn.

Det eneste tiltaket som ble iverksatt ifølge sykepleierdokumentasjonen, var administrering av smertestillende medikamenter og at sykepleier skulle tilse pasienten hver time. Det ble ikke spesifisert hva som skulle observeres og registreres.

Neste morgen kl. 06.00 hadde CRP steget til 287 mg/L, men det ble likevel ikke iverksatt målrettet behandling med antibiotika før ca. kl. 09.40. Statens helsetilsyn finner at det var utenfor god praksis at det ble overlatt til en sykepleier å observere pasienten gjennom hele natten, uten at det var angitt nærmere hva som skulle observeres og hvilke parametere som skulle registreres.

Til tross for at pasienten hadde en alvorlig innleggelsesdiagnose som krever rask vurdering og avklaring, gikk det nesten et døgn før erfaren lege så til ham, hvilket var for lang tid. Statens helsetilsyn mener at antibiotika burde vært gitt tidligere.

I tillegg mener Statens helsetilsyn at sykepleiernes observasjoner og overvåkning av pasienten var overflattisk og lite systematisk, sett i lys av den alvorlige diagnosen som var mistenkt.

I løpet av perioden hvor pasienten oppholdt seg ved Akutt 24 ble det ikke utført systematisk måling og vurdering av objektive kriterier. Det ble heller ikke gjort vurdering av lege med tilstrekkelig erfaring. Usikkerheten i startfasen av forløpet ble ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp med ytterligere observasjon og undersøkelse.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn finner at observasjoner, vurderinger og tiltak som ble gjort mens pasienten oppholdt seg på Akutt 24 var så avvikende fra god praksis at det vurderes som uforsvarlig.

Samlet konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet frem til at utredningen og behandlingen pasienten fikk ved akuttmottaket og ved Akutt 24 var uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

6.1.2 Fikk pasientens pårørende tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand gjennom hele pasientforløpet?

God praksis

Pasientens nærmeste pårørende har rett til informasjon på lik linje med pasienten selv, dersom pasienten har samtykket til dette, eller hvor det er åpenbart at pasienten ville ønsket at det ble gitt slik informasjon og forholdene tilsier det. Pårørende har rett til informasjon om pasientens helsetilstand, mulig diagnose og vurderinger som er gjort underveis i forløpet.

Vurdering

Statens helsetilsyns mener informasjonen som ble gitt var mangelfull. I tillegg gikk det unødvendig lang tid fra prøvesvarene og eventuelle behandlingmessige konsekvenser av prøvesvarene ble formidlet til pårørende.

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner at informasjonen som ble gitt til de pårørende var mangelfull og at noe av informasjonen ble gitt etter for lang tid, men vi anser det ikke som så alvorlig at er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Dette er et område for forbedring, og vi forventer at Ahus har løpende fokus på dette.

6.1.3 Ble dokumentasjonsplikten for helsepersonell overholdt?

God praksis

Relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som er gitt skal registreres i pasientjournalen. Dette innebærer blant annet at observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette, skal journalføres. Plan for videre oppfølging skal nedtegnes.

Det er avgjørende for den videre diagnostisering og oppfølging av pasienten at viktig informasjon kan gjenfinnes i journalen. Det er også viktig når det i ettertid skal gjøres en vurdering av helsehjelpen.

Vurdering

Det fantes informasjon om pasientens allmenntilstand med temperatur, blodtrykk, puls og CRP i observasjonsskjemaet, samt score på VAS smerteskala og angivelse av hvor mange SIRS-kriterier som var oppfylt på et observasjonsskjema. Noen data ble angitt telefonisk fra primærvakten, men kontakten mellom primærvakten og teamleder ble ikke dokumentert i pasientjournalen. Da primærvakten etter overflytting til Akutt 24 på nytt konfererte med teamleder, ble heller ikke denne samtalen dokumentert i journalen.

Senere samme kveld var det også en sykepleier som konfererte med sekundærvakt B, men denne kjente ikke pasienten. Ut fra opplysningene sykepleier kjente til, ble pasientens plager presentert som halsvondt og mistanke om virusinfeksjon. I løpet av natten skal sykepleier ha telt respirasjonsfrekvensen, men ikke dokumentert dette i pasientjournalen.

Statens helsetilsyn bemerker at det i disse tilfellene ble gjort flere vurderinger uten at lege hadde tilsett pasienten, og uten at det ble dokumentert skriftlig. Nøyaktig informasjon om funn og foreløpige vurderinger manglet i pasientjournalen, slik at vurderingene som ble gjort mest sannsynlig bygget på et ufullstendig bilde av symptomer og funn. En stadig forverring av pasientens helsetilstand ble ikke fanget opp.

Konklusjon

Dokumentasjonen i pasientjournalen var mangelfull og har bidratt til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Dette er brudd på helsepersonelloven §§ 39 og 40.

6.2 Sikrer virksomheten forsvarlig håndtering og oppfølging av pasienter med tegn på alvorlig infeksjon?

Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ved sin organisering av akuttjenestene ikke hadde sikret klare ansvarlinjer i vaktlagene, og heller ikke lagt til rette for forsvarlig triagering og tilsyn av pasient. Dette var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Ahus sikret ikke forsvarlig informasjonsoverføring for pasienter i akuttmottaket til Akutt 24 på tidspunktet for hendelsen. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Nedenfor følger våre vurderinger.

6.2.1 Har helseforetaket ved sin organisering av akuttjenesten lagt til rette for forsvarlige pasientforløp i akuttmottaket og ved sengepost?

Statens helsetilsyn har vurdert om helseforetaket har organisert seg slik at vaktlagene fungerer forsvarlig og om de har lagt til rette for triagering og oppfølging av pasient i akuttmottak og ved observasjonspost.

God praksis

I et stort akuttmottak er organisering av tjenestene avgjørende for pasientsikkerheten. Helhet og flyt må derfor sikres av ledelsen, og prosedyrene skal utformes på en måte som ivaretar pasientsikkerheten.

Det finnes flere metoder for å sortere hastegraden (triagering) av når helsehjelp må ytes, og triageringen skal utføres av helsepersonell som har kompetanse til dette. Det skal gjøres systematiske registreringer og dokumentasjon fra det tidspunktet pasienten kommer til

akuttmottaket og i det videre forløpet. Helseforetaket skal sikre god overvåkning, og det bør være et verktøy for overvåkning som inneholder vitale parametere.

Helseforetaket må også sikre at det er tilstrekkelig bemanning, og at de som har sin tjeneste der har nødvendig kompetanse. Det skal være klarhet i hvem som tar avgjørelser, og vaktlagene må være organisert på en måte som angir klart hvem som har det medisinske ansvaret til enhver tid. En tilstrekkelig erfaren lege skal vurdere pasienten innen en forsvarlig frist.

Vurdering

Organisering av vaktlagene

Organiseringen av de indremedisinske vaktlagene er meget detaljert beskrevet i egen prosedyre. I denne inngår imidlertid ingen beskrivelse av bakvaktene (overlegenes) plass i vaktlagene, bortsett fra at de skal konfereres med ved behov. Det er heller ikke beskrevet hvordan vaktlaget holder oversikt over pasientene. Sekundærvakt A har et overordnet ansvar, men det er ikke beskrevet om, eller hvordan sekundærvakt A leder teamet. Det er heller ikke beskrevet hvordan dette ansvaret fungerer i forhold til teamleder.

På dagtid er det en egen LIS med teamlederfunksjon, men det er ikke helt klart hva denne funksjonen består i. Det er heller ingen teamleder på overlegenivå. Funksjoner i vaktlaget som «triagelege» og «teamleder» er dessuten ikke til stede på kveld, natt og i helger. På dagtid på hverdager har Akutt 24 to overleger som har sin tjeneste der. Samlet finner Statens helsetilsyn at rutinene for det medisinske ansvaret for pasientene gjennom døgnet synes uklart, og at dette også gjenspeiles i foretakets praksis.

Rutiner for triagering

I henhold til praksis er det sykepleier som triagerer på kveld, natt og i helg, ikke triagelege. Ved tilsynet fremgikk det at det på dagtid også hendte at sykepleier gjorde triage alene. Triagelege skulle etter prosedyren formidle sine funn til sekundærvakt eller teamleder for indremedisinsk eller kardiologisk vaktteam. Det var imidlertid ingen prosedyre for hvordan disse skulle informeres når triagelege ikke var involvert.

Statens helsetilsyn legger til grunn at både rutiner og praksis på tidspunktet for hendelsen medførte økt risiko for at pasient som ankom på akuttmottaket ikke ble vurdert av lege med tilstrekkelig høy kompetanse, spesielt på kveld, natt og i helger.

Rutiner for legevisitt

Ifølge prosedyrene for Akutt 24 skal det være legevisitt av sekundærvakt B mellom kl.16.00 og kl. 20.00 på kvelden. Det gjøres ikke rutinemessig tilsyn av lege på nattestid. Vi fikk opplyst at praksis er at sekundærvakt B som regel går innom avdelingen og spør «om det er noe spesielt», eller ofte bare ringer og spør om det samme. Dette forutsetter at sekundærvakten får relevant informasjon om pasientene, samtidig som denne kan vurdere betydningen av informasjonen uten selv å ha tilsett pasientene.

I denne saken ble prosedyren ikke fulgt, og det hadde utviklet seg en tilfeldig praksis der ikke alle pasienter fikk tilsyn av lege på ettermiddag og kveld. Statens helsetilsyn mener at dette er en ordning med for høy risiko, og at det kan føre til at pasienter ikke får nødvendig medisinsk tilsyn.

Rutiner for sykepleieobservasjon og oppfølging

Det fremgår av saken at det ikke fantes klare rutiner for hvordan pasienter med mistanke om sepsis skulle observeres og følges opp ved Akutt 24. Det er lege som undersøker pasienten som må gi beskjed om hva slags oppfølging den enkelt pasient skal ha, og dette medfører risiko for mangelfull og tilfeldig observasjon av potensielt alvorlig syke pasienter.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ved sin organisering av akuttjenestene ikke hadde sikret klare ansvarslinjer i vaktlagene, og heller ikke lagt til rette for forsvarlig oppfølging fra sykepleier av pasienter i akuttmottak og ved observasjonspost.

Dette var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

6.2.2 Har helseforetaket lagt til rette for god informasjonsflyt?

Statens helsetilsyn har vurdert om helseforetaket har lagt til rette for god informasjonsflyt mellom helsepersonell og avdelinger.

God praksis

Virksomheten har det overordnede ansvaret for å sikre tilgang til, og god flyt av informasjon om pasienten for de som samarbeider om å gi helsehjelp. Virksomheten må også ha gode systemer som sikrer at informasjon som skal gå mellom flere avdelinger også kommer frem til rette vedkommende.

Vurdering

I denne saken har vi funnet svikt i flere tilfeller ved informasjonsutveksling mellom helsepersonell og mellom avdelinger. Informasjonsoverføring i akuttmottaket og fra akuttmottaket til sengepost var mangelfull. Da vi også har hatt andre lignende saker synes det som om en svært uheldig praksis har utviklet seg. Dette fører til at det er vanskelig å få oversikt over hva slags observasjoner som faktisk er gjort, og hvilken helsehjelp som blir gitt.

Statens helsetilsyn bemerker at det er avgjørende å sikre god informasjonsflyt i overganger både mellom helsepersonell og mellom avdelinger, slik at risiko for svikt i helsehjelpen reduseres. Statens helsetilsyn har merket seg at Ahus nå har forbedret eksisterende rutiner, og innført en rekke nye rutiner. Det skal gjøres registreringer i observasjonskjema for mottakende lege og triagelege, og føringer for sykepleierdokumentasjonen også er forbedret. Effekten av tiltakene er ikke kjent for oss.

Konklusjon

Ahus sikret ikke forsvarlig informasjonsoverføring om pasienter i akuttmottaket og på Akutt 24 på tidspunktet for hendelsen. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontrollforskrift i helse- og omsorgstjenesten.

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

Statens helsetilsyn har vurdert om virksomheten har oppfylt sin plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å redusere risiko for at lignende hendelser skal skje på nytt.

God praksis

Virksomheten skal arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Sentralt i dette arbeidet er ledelsens ansvar og hvordan ledelsen sørger for gode rutiner for gjennomgang av en alvorlig hendelse, jf. rundskriv fra HOD I-2/2013.

Virksomheten skal ha rutiner for gjennomgang av uønskede hendelser, slik at både årsaker og konsekvenser av hendelsen klargjøres. Uønskede hendelser som gjentar seg og som er av en viss betydning, krever at det iverksettes tiltak for å hindre gjentakelse.

Virksomheten må gå gjennom hendelsen og foreta en analyse av hva som har skjedd som ledd i sitt pasientsikkerhetsarbeid og plikten til internkontroll. Formålet er også læring, evaluering, forbedring og iverksetting av rutiner og tiltak for å unngå at noe lignende skal skje på nytt.

Vurdering

Det ble iverksatt flere tiltak i akuttmottaket etter en lignende hendelse i XXXXXX. Tiltakene omhandler både triagering, innføring av observasjonsskjema inkludert SIRS-kriterier, innføring av NEWS og enhetlig dokumentasjon. Det er også iverksatt tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom akuttmottak og sengepost, og sikring av relevant informasjon om pasienten og kontakt med ansvarlig lege. Tiltakene oppsummeres slik:

- Oppdatert prosedyre for triagering.
- Nytt observasjonsskjema hvor SIRS-kriteriene er inkludert.
- Blodgass tas som standard ved mottak ved mistanke om sepsis.
- Dokumentasjon skriftlig i observasjonsskjema for triagelege og mottakende lege.
- NEWS er innført ved akuttmottaket og Akutt 24, med faste kriterier for tiltak inkludert tilkalling av mobilt intensivteam (MIG-team) ved NEWS >7.
- Ny prosedyre for administrering og dokumentasjon av legemidler som er gitt i akuttmottaket.
- Ny rutine for kommunikasjon mellom akuttmottak og sengepost ved overflytning av indremedisinske pasienter.
- Sikring av informasjon om pasienten i sykepleierdokumentasjon (tiltak under oppholdet og effekt av tiltakene).
- Mer aktiv involvering av tertiærvakter (varsling for alle med NEWS \geq 5 eller score 3 på én parameter).
- Overlege i akuttmedisin skal holde oversikt og jevnlig tilse pasienter på venterom mellom kl. 08.00 og kl.16.30.
- Bedre informasjon til pårørende.
- Arbeidstiden for overleger i akuttavdelingen er utvidet til kl.19.00 mandag og fredag.

Statens helsetilsyn ser positivt på tiltakene som er iverksatt i akuttmottaket og i Akutt 24. Innføring av NEWS og en mobil intensivgruppe forutsetter at NEWS brukes aktivt og til enhver tid er oppdatert, og at personell som observerer pasientene har fått tilstrekkelig opplæring i hvilke tilfeller som krever at akutteamet tilkalles.

Et av tiltakene som er iverksatt er at både triagelege, mottakende lege og sykepleiertjenesten skal dokumentere i observasjonsskjema som følger pasienten. Vi minner om at denne informasjonen også må kunne gjenfinnes i den elektroniske pasientjournalen, samt at det må kontrolleres at dette faktisk etterleves.

Konklusjon

Statens helsetilsyn finner at Ahus har arbeidet målrettet for å forbedre pasientsikkerheten for akutt syke pasienter. Det foreligger således ikke brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Vi forutsetter imidlertid at virksomheten følger med på at de iverksatte tiltakene har den nødvendige effekten, og løpende vurderer behovet for ytterligere tiltak. Vi minner også om at kveld/natt og helger også er sårbare perioder for alvorlig syke pasienter i akuttmottak og at tilstrekkelig sikring av forsvarlig behandling må omfatte hele døgnet.

7 Samlet konklusjon og oppfølging

7.1 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet frem til at utredningen, oppfølging og behandlingen pasienten fikk ved akuttmottaket og ved Akutt 24 var uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Informasjonen som ble gitt til de pårørende var mangelfull og ble gitt sent. Avviket fra god praksis er ikke så stort at det anses som brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Dokumentasjonen i pasientjournalen var mangelfull og har bidratt til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ved sin organisering av akuttjenestene ikke hadde sikret klare ansvarslinjer i vaktlagene, og heller ikke lagt til rette for forsvarlig triagering og oppfølging av pasienter i akuttmottak og ved observasjonspost. Dette var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Ahus hadde ikke sikret forsvarlig informasjonsoverføring for pasienter i akuttmottaket eller ved Akutt 24 på tidspunktet for hendelsen. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn finner at Ahus på bakgrunn av flere saker har iverksatt tiltak som vil kunne bedre pasientsikkerheten for akutt syke pasienter, og som også vil kunne bidra til å redusere risikoen for at noe lignende kan skje på nytt. Det foreligger således ikke brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

7.2 Videre oppfølging og frist for tilbakemelding

Vi ber helseforetaket merke seg de punktene i tilsynssaken der Statens helsetilsyn har kommet til at det foreligger svikt, og bruke dette i det interne kvalitetsarbeidet. Flere lignende saker viser at dette er et område med stor pasientsikkerhetsrisiko. Vi ser positivt på arbeidet helseforetaket nå har startet opp med.

Statens helsetilsyn ber om

- at de pårørende også holdes orientert om det interne kvalitetsarbeidet.
- en oppdatering på status, og hvordan det har fungert etter endringene som er foretatt.

Vi forutsetter at det fra ledernivå fortsatt arbeides systematisk og kontinuerlig for å forbedre pasientsikkerheten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. § 3-4, jf. § 3-4 a og forskrift om internkontroll med helse- og omsorgstjenesten, og ber om en tilbakemelding på hvorvidt de planlagte tiltakene er evaluert og har ført til forbedring.

Vi ber om en tilbakemelding innen åtte uker etter at den endelige rapporten er mottatt.

8 Vedlegg

- Oversikt over hvem vi har snakket med
- Oversikt over teamet fra Statens helsetilsyn
- Utdrag fra regelverket