

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Saksnummer: XXXXXX

Mangelfull oppfølging av pasient som ble innlagt med sterke magesmerter ved
XXXXXX HF

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

XXXXXX HF
XXXXXX

XXXXXX

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

DERES REF. / YOUR REF:

XXXXXX

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 av XXXXXX fra XXXXXX HF (XXXXXX). Forholdet gjelder den helsehjelpen XXXXXX, født XXXXXX – død XXXXXX, fikk på XXXXXX etter at han ble innlagt etter å ha fått akutt innsettende magesmerter.

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 ved akuttmottaket og endokrinologisk sengepost ved XXXXXX og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Det foreligger også brudd på XXXXXX sin plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter til å yte forsvarlige helsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. XXXXXX har etter vår vurdering ikke sikret at pasienter med både kirurgiske og medisinske problemstillinger får forsvarlig undersøkelse, diagnostikk og behandling.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved XXXXXX har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed, og at dette brevet blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen og deres ledere. Statens helsetilsyn har merket seg at XXXXXX ser behov for å se nærmere på samhandlingen og ansvarsforholdene i akuttmottaket og andre berørte enheter, for å sikre at pasienter som har både kirurgiske og medisinske problemstillinger blir ivaretatt på en helhetlig og forsvarlig måte. Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra XXXXXX på deres gjennomgang av disse forholdene og hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på de nevnte områdene innen XXXXXX.

Vi ber også om at ledelsen informerer pasientens pårørende om hvilke tiltak som er og vil bli iverksatt for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Med hilsen

XXXXXX
XXXXXX

XXXXXX
XXXXXX

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:

Tilsynsrapport av dags dato

Regelverk

Utdrag av redegjørelse fra XXXXXX HF – om organiseringen av dagens medisinske vaktlag

Kopi til:

Fylkesmannen i XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

Helsefaglige saksbehandlere:

seniorrådgiver (teamleder) XXXXXX

seniorrådgiver XXXXXX

fagsjef XXXXXX

Juridisk saksbehandler: seniorrådgiver XXXXXX

Innhold

Sammendrag	6
1 Innledning	7
2 Gjennomføringen av tilsynet	7
3 Opplysningene i saken – saksforholdet	7
3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen	8
3.1.1 <i>Om pasienten – sykehistorie</i>	8
3.1.2 <i>Akutte magesmerter i forkant av innleggelsen</i>	8
3.1.3 <i>Ambulanseutrykning</i>	8
3.1.4 <i>Oppholdet i akuttmottaket</i>	9
3.1.5 <i>Overføring til sengepost</i>	11
3.1.6 <i>Oppholdet på sengepost</i>	12
3.1.7 <i>Tilsyn av lege på sengepost</i>	14
3.1.8 <i>Videre forløp</i>	16
3.1.9 <i>Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn</i>	16
3.1.10 <i>Virksomhetens gjennomgang av hendelsen med involvert helsepersonell</i>	17
3.1.11 <i>Andre opplysninger som framkom ved det stedlige tilsynet</i>	17
4 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis	17
4.1 Overordnet organisering	17
4.2 Medisinsk divisjon	18
4.2.1 <i>Særlig om organisering av sengeområdene for nevrologi (nevro) og endokrinologi (endo) i medisinsk divisjon</i>	18
4.2.2 <i>Særlig om organiseringen av avdeling for akuttmedisin/akuttmottaket</i>	19
4.2.3 <i>Faglige arenaer og rapporteringsrutiner mv.</i>	20
4.2.4 <i>Legetjenesten i medisinsk divisjon</i>	20
4.2.5 <i>Nærmere om indremedisinske vaktlag</i>	21
4.3 Relevante rutiner	22
4.3.1 <i>Prioritering av pasienter i akuttmottaket</i>	22
4.3.2 <i>Triagering</i>	22
4.3.3 <i>NEWS-skår</i>	22
4.3.4 <i>Rutiner for kommunikasjon mellom akuttmottak og sengeområde</i>	23
4.3.5 <i>Foretakets oppfølging i etterkant av hendelsen</i>	23
5 Hendelses- og årsaksanalyse	24
5.1 Hendelsesanalyse	24
5.2 Årsaksanalyse	25
5.2.1 <i>Triagering og pasienttilhørighet</i>	25
5.2.2 <i>Manglende rekvirering av CT og manglende tilsyn av kirurg i akuttmottaket</i>	26
5.2.3 <i>Overføring av opplysninger om oppfølging av pasienten</i>	26
5.2.4 <i>Videre oppfølging av pasienten på sengepost og fortsatt manglende legetilsyn</i>	27

5.2.5	<i>Oppfølging av legene på endokrinologisk sengepost om morgenen XXXXXX</i>	27
6	<u>Aktuelt regelverk</u>	28
6.1	<u>Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp</u>	28
6.1.1	<i>Nærmere om forsvarlighetskravet</i>	28
6.1.2	<i>Nærmere om internkontroll</i>	28
6.2	<u>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</u>	29
6.3	<u>Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser</u>	29
6.4	<u>Plikt til å informere pasienten og de pårørende</u>	29
6.5	<u>Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat</u>	29
7	<u>Statens helsetilsyns vurderinger</u>	29
7.1	<u>Ga XXXXXX pasienten forsvarlig helsehjelp?</u>	30
7.1.1	<i>Fikk pasienten forsvarlig oppfølging i akuttmottaket?</i>	30
7.1.2	<i>Var håndteringen ved overføring av pasienten til sengeområde XXXXXXforsvarlig? ..</i>	34
7.1.3	<i>Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp på sengeområdet XXXXXX</i>	35
7.2	<u>Sikrer XXXXXX en forsvarlig håndtering av pasienter med uklare eller flere mulige diagnoser?</u>	37
7.2.1	<i>Sikrer XXXXXX at pasienter som legges inn med både medisinsk og kirurgisk problemstillinger får forsvarlig oppfølging?</i>	37
7.3	<u>Har XXXXXX iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen?</u>	40
8	<u>Andre forhold – informasjon og oppfølging av pasientens pårørende</u>	41
9	<u>Konklusjon og oppfølging</u>	41
9.1	<u>Statens helsetilsyns konklusjon</u>	41
9.2	<u>Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding</u>	42
10	<u>Vedlegg</u>	43

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn det stedlige tilsynet og sine vurderinger og konklusjoner knyttet til en alvorlig hendelse ved XXXXXX. Bakgrunnen for tilsynet var at en pasient i 50-årene som ankom akuttmottaket etter akutt innsettende magesmerter, ble lagt inn på sengepost uten at det ble foretatt nødvendig utredning og videre undersøkelser.

Pasienten hadde ellers en kjent diabetes mellitus type 2 og utbredt småcellet lungekreft, og var under pågående behandling med cellegift og glukokortikoider.

Etter at pasienten var blitt undersøkt av lege ved innleggelsen, ble han ikke tilsett av lege igjen før det hadde gått 15 timer, og det tok 19 timer før buken ble undersøkt av lege med tilstrekkelig kirurgisk kompetanse. Pasienten fikk i denne perioden gjentatte doser med smertelindring og behandling for høyt blodsukker. Da magesmertene ble utredet, ble det påvist blodpropp i arterien som forsyner deler av tarmen. Pasienten fikk fjernet 3,5 meter nekrotisk tarm ved et kirurgisk inngrep, men døde dagen etter som følge av den alvorlige tilstanden.

Under tilsynet kom det fram at hendelsen kunne skje, fordi pasienten ikke ble undersøkt av lege med rett kompetanse i tide. Med meget kraftige, plutselig innsettende magesmerter som hovedproblemstilling, ville det vanlige vært å legge pasienten på kirurgisk avdeling for utredning og observasjon. Dersom det var andre grunner til å legge pasienten på en annen avdeling, burde problemstillingen med magesmertene uansett vært vurdert av kirurg. At pasienten hadde flere andre alvorlige sykdommer, kan ha ført til at det ved mottak av pasienten og senere i forløpet, ikke var tilstrekkelig fokus på pasientens magesmerter. Etter Statens helsetilsyns vurdering kunne det vært gjort mer for å stille riktig diagnose tidligere.

Hovedårsaken til hendelsen var mangel på gode rutiner for oppfølging av uavklarte pasienter i akuttmottaket og på sengepost, og manglende samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell.

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

Statens helsetilsyn har også kommet fram til at helseforetaket ikke la til rette for forsvarlig oppfølging av pasienter som blir innlagt med uklare eller flere mulige diagnoser, under dette sterke magesmerter, der avklaring krever involvering av flere spesialiteter/avdelinger. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. tidligere internkontrollforskrift i helsetjenesten. Etter vår vurdering sikrer ikke XXXXXX at pasienter med både kirurgiske og medisinske problemstillinger får forsvarlig undersøkelse, diagnostikk og behandling. I dette tilfelle gjaldt det oppfølgingen pasienten fikk i akuttmottaket og på endokrinologisk sengepost.

Statens helsetilsyn forutsetter at de ansvarlige for virksomheten gjennomgår hendelsen for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

1 Innledning

XXXXXX varslet XXXXXX om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen XXXXXX, født XXXXXX – død XXXXXX (heretter pasienten), fikk på XXXXXX i perioden XXXXXX. - XXXXXX etter å ha blitt innlagt på grunn av sterke magesmerter.

Undersøkelsesenheten ved Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i XXXXXX å gjennomføre et stedlig tilsyn ved foretaket, fordi pasienten ble liggende en hel natt på endokrinologisk avdeling med sterke magesmerter uten at han ble tilsett av lege. Det ble også lagt vekt på at det har vært gjennomført flere andre tilsyn ved XXXXXX med problemstillinger der forsinket diagnostikk har vært tema.

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

2 Gjennomføringen av tilsynet

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

- Statens helsetilsyn mottok XXXXXX et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra XXXXXX.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved XXXXXX XXXXXX og XXXXXX, der vi hadde samtaler med ledere og helsepersonell som kunne opplyse saken. En representant fra Fylkesmannen i XXXXXX deltok som observatør.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende XXXXXX, der også en representant for XXXXXX deltok. Pårørende uttalte seg også til saken i denne fasen i brev av XXXXXX.
- Statens helsetilsyn innhentet relevante dokumenter i saken; under dette samlet pasientjournal fra XXXXXX og relevante prosedyrer/retningslinjer og informasjon om relevante rutiner knyttet til håndtering av uavklarte pasienter som blir lagt inn i akuttmottak. Statens helsetilsyn innhentet utskrift av lydlogg og skjema fra akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) knyttet til kontakten mellom AMK og innringere XXXXXX.
- Statens helsetilsyn utarbeidet den XXXXXX en foreløpig rapport. XXXXXX har uttalt seg til den foreløpige rapporten i redegjørelse av XXXXXX. Pårørende uttalte seg til den foreløpige rapporten i brev av XXXXXX v/ XXXXXX og fikk anledning til å uttale seg til XXXXXX sin redegjørelse. Pårørende hadde ingen ytterligere merknader til saken.
- Statens helsetilsyn har på bakgrunn av de samlede opplysningene vi har mottatt utarbeidet en endelig tilsynsrapport.

Statens helsetilsyn har innhentet prosedyrer og rutiner som blant annet beskriver retningslinjer for virksomheten i akuttmottaket og på sengepost. Vi har også innhentet retningslinjer av mer generell karakter. De rutinene/retningslinjene som Statens helsetilsyn anser som særlig relevante for denne saken, blir beskrevet i rapporten.

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom dokumenter, intervjuer og kommentarer. Her gjør vi rede for de forholdene som har hatt betydning for våre vurderinger. Først tar vi for oss hendelsen og den behandlingen

pasienten fikk. I kapittel 4 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 Om pasienten – sykehistorie

Pasienten var en mann i femtiårene med kjent diabetes mellitus type 2 som han var medikamentelt behandlet for med Januvia (sitagliptin) tabletter. Han hadde fått diagnostisert småcellet lungekreft (SCLC) i XXXXXX (utbredt sykdom) og hadde startet behandling med cellegift XXXXXX. Behandlingen bestod av cisplatin og etoposid (såkalt PV-kur) samt 4 mg x 2 deksametason i fem dager.

3.1.2 Akutte magesmerter i forkant av innleggelsen

Pasienten fikk den XXXXXX rundt kl. 12.30 akutte, sterke og diffuse smerter i magen. Han hadde om morgenen også hatt smerter og ubehag i høyre ben. En venn av pasienten som var på besøk, informerte pasientens samboer om de plutselig innsettende magesmertene per telefon ca. kl. 13.25.

Samboeren dro da rett fra arbeid og forsøkte å ringe kreftklinikken ved XXXXXX. Hun ringte tre ulike telefonnummer som de hadde fått oppgitt at de skulle kontakte ved behov, uten å få svar. Først etter flere oppringninger lyktes hun med å få kontakt med en sykepleier. Samboeren oppfattet at sykepleieren trodde smertene kunne ha noe med medisinerne å gjøre (mulig magesår), og at sykepleieren derfor ba henne om å sjekke pasientens temperatur. Først etter ytterligere to oppringninger lyktes samboeren med å få kontakt med en lege på XXXXXX.

Lege i spesialisering (LIS 1) i lungemedisin, fikk denne telefonen fra pårørende via kreftsykepleier kl. 14.55, mens han jobbet på kreftpoliklinikken. Han kjente ikke pasienten fra tidligere, og konfererte ikke med noen overlege om pasienten.

I sitt journalnotat fra denne telefonkonsultasjonen, angir LIS 1 at han fikk opplyst at pasienten hadde hatt akutte, brennende magesmerter siden kl. 13.15 samme dag uten feber, og at han hadde hatt flere løse avføringer i etterkant, kombinert med kvalme og oppkast og et blodsukker på 23 mmol/L. Det var ingen opplysninger om gastroenteritt i pasientens nærmeste omgangskrets. LIS 1 vurderte om årsaken til pasientens symptomer kunne være magesår utløst av steroider, komplikasjoner til forhøyet blodsukker, gastroenteritt eller eventuell akutt betennelse i bukspyttkjertelen (pankreatitt), som bivirkning til Januvia. Da pasienten hadde sterke smerter og anga at han ikke kunne sitte i bilen, kontaktet LIS 1 AMK kl. 15.03 og bestilte ambulansetransport til pasienten. Oppdraget ble akseptert med prioritet innen en time. Pasientens pårørende henvendte seg flere ganger til AMK og purret på ambulansen, som var blitt forsinket på grunn av omprioritering.

3.1.3 Ambulanseutrykning

Ambulansen rykket ut til pasienten kl. 15.19 og var fremme hos pasienten kl. 15.50. Pasienten anga da akutte, sviende magesmerter med påfølgende oppkast og diare. Ambulansen dro fra pasientens bopel kl. 16.04.

Pasienten anga smerter til 10 på visuell analog skala (VAS) og følte at det var tungt å puste. Han fikk til sammen 10 mg morfin i løpet av ambulansetransporten. Ambulansepersonellet målte blodsukker på 30 mmol/L henholdsvis kl. 16.05 og kl. 16.20.

Ambulansen var fremme ved akuttmottaket på XXXXXX kl. 16.46.

3.1.4 Oppholdet i akuttmottaket

Triagering foretatt av sykepleier kl. 17.00

Ved ankomst til akuttmottaket ved XXXXXX ble pasienten hastegradsvurdert (triagert) etter Manchester Triage System (MTS) av triagesykepleier kl. 17.00. Kontaktårsaken var «Magesmerter, oppkast, diare». Pasienten var våken med frie luftveier, blodtrykk på høyre arm på 158/77 mmHg, perifer oksygenmetning på 100 % og temperatur på 36,2 °C. Puls og pustefrekvens fremgår ikke. Pasientens smerter var gradert til 8 på VAS.

Ved triagering ble pasienten gitt prioritet 3 etter triageskjema 10 for diabetes, det vil si legetilsyn innen 60 minutter.

Pasienten ble etter triagering av sykepleier, klinisk vurdert av triagelege i mottak (lege i spesialisering i B-gren av indremedisin (LIS 2)). Tidspunktet for når dette skjedde er uklart.

LIS 2 hadde ikke fått noe informasjon fra ambulanspersonellet, som vanligvis rapporterer til sykepleier, om pasienten. Han kjente heller ikke pasienten fra tidligere og konfererte ikke med noen om pasienten. LIS 2 retriagerte pasienten til prioritet 2, det vil si at ordinær legeundersøkelse av pasienten burde starte innen 30 minutter. Han dikterte ikke eget journalnotat fra retriageringen, men anførte følgende i Panorama i det elektroniske journalsystemet DIPS: «...Hyperglykemi og magesmerter hos cancerpas. Stille bløt buk. Subileus?...».

LIS 2 kontaktet ikke legen (primærvakten) som skulle undersøke pasienten, men prioritet 2 innebar at primærvakt skulle undersøke denne pasienten så snart legen var klar. Han har forklart at han ikke husker retriageringen konkret, men at han må ha tenkt på de sterke magesmertene. Han koblet imidlertid ikke magesmertene til en kirurgisk tilstand som krevde kirurgisk tilsyn, og har ikke dokumentert sin vurdering nærmere.

Mottak av pasienten ved mottakssykepleier kl. 17.30

Pasienten ble mottatt i akuttmottaket av anestesisykepleier (sykepleier 2) kl. 17.30. Pasienten er beskrevet som smertepåvirket, sirkulatorisk stabil, men respiratorisk påvirket. Videre er det beskrevet at pasienten hadde sterke smerter i magen med smerter tilsvarende VAS 10, og at han virket plaget.

Det fremgår av observasjonsskjema at første NEWS-skår (The National Early Warning Score, skåringsskjema for å fange opp potensielle risikopasienter), etter innkomst ble gjort kl. 17.50 og var på 3 grunnet pustefrekvens på 8/minutt. Videre fremgår det at smerten var gradert til 10 på VAS.

Lege ble ikke kontaktet av sykepleier 2. Det er angitt i observasjonsskjema at neste NEWS-skår skulle tas på nytt om en time, det vil si kl. 18.50.

Mottak av pasienten ved LIS (LIS 3) kl. 18.00

LIS 3 mottok pasienten ca. kl. 18.00. I innkomstjournalen er det beskrevet at pasienten hadde hatt diabetes mellitus type 2 siden XXXXXX og SCLC siden XXXXXX med svulst i høyre lunges overlapp og spredning til lymfeknuter i mediastinum, samt spredning til hjernen. Videre fremgår det at pasienten var behandlet for sin SCLC med cellegift i form av PV-kur med lindrende intensjon. Hans første cellegiftbehandling ble gitt XXXXXX. Etter PV-behandlingen kombinert med deksametason i fem dager i forbindelse med cellegiftkur, hadde han ligget jevnt over 20 mmol/L i blodsukker. Det fremgår deretter at pasienten på

formiddagen hadde fått akutte magesmerter diffust i hele magen med kvalme og oppkast. Han hadde hatt avføring og luftavgang, og avføringen var løs. Han hadde ikke hatt blodig oppkast eller mørk avføring og ingen nytilkomne nevrologiske symptomer.

Ved legeundersøkelsen, fremgår det blant annet at pasienten hadde pustefrekvens på 8/min., blodtrykk på 182/84 mmHg, puls på 61/minutt og temperatur på 36.7 °C. Videre fremgår det at pasienten var våken, men trøtt og smertepåvirket. Han ville helst ligge i ro på grunn av magesmertene. Han var diffust øm da legen kjente på magen, og det var sparsomme, men normale tarmlyder.

Pasienten fikk ordinert smertestillende i form av 2,5 mg morfin intravenøst av LIS 3, og sykepleier 2 ga pasienten 2,5 mg morfin kl. 18.35, kl. 18.42 og 3 mg morfin kl. 18.48. Kl. 19.02 fikk pasienten ytterligere 3 mg morfin intravenøst av sykepleier 2, slik at pasienten samlet hadde fått 11 mg morfin intravenøst i løpet av 27 minutter i akuttmottaket.

Røntgen thorax viste ingen tegn til lungebetennelse («ingen nytilkomne fortetninger»), og røntgen oversikt abdomen viste ikke tegn til fri luft eller til ileus. Blodprøvene viste blodsukker på 28,4 mmol/L, antall blodplater på $406 \times 10^9/L$, antall hvite blodlegemer på $11,5 \times 10^9/L$, nøytrofile granulocytter på $10,8 \times 10^9/L$, CRP på 39 mg/L og natrium på 135 mmol/L, mens øvrige blodprøver var normale. Venøs blodgass viste pH på 7,359, bikarbonat på 26,3 mmol/L, base på 1,4 mmol/L, glukose på 28 mmol/L og laktat på 2,5 mmol/L.

LIS 3 har under «Resyme/vurdering» angitt følgende: «Tolker tilstanden som hyperglykemi uten ketoacidose. Har ketoner i urinen, pH 7.36 og magesmerter, velger derfor å behandle etter prosedyre for ketoacidose på sengepost. Litt sparsomme tarmlyder, men det er ikke tegn til ileus på rtg oversikt abdomen. Dersom vedvarende magesmerter og manglende avføring/luftavgang, bør det rekv kirurgisk tilsyn.».

Det er angitt videre behandling og kontrolltiltak for diabetisk ketoacidose (DKA). Det fremgår av journalen at man skulle ha lav terskel for å starte behandling med antibiotika, og at pasienten i så fall ikke skulle ha aminoglykosid, samt at det var rekvirert CT caput med tanke på om pasienten kunne ha økt trykk i hjernen som årsak til sin kvalme og oppkast. Dette ble imidlertid vurdert som mindre sannsynlig.

Av medisinkurven fremgår det at pasienten stod på 500 mg x 2 Metformin og 100 mg x 1 Januvia. Metformin og Januvia ble «nullet» den 7. og 8. desember 2016, og pasienten ble satt opp på insulindrypp 25 ml/time av LIS 3, som også ordinerte 2,5 mg morfin intravenøst «x fler».

LIS 3 har i samtale med Statens helsetilsyn forklart at hun der og da ikke fant grunn til å konferere med bakvakt eller sørge for kirurgisk tilsyn i akuttmottaket. Hun vurderte at magesmertene hadde sammenheng med pasientens hyperglykemi og begynnende ketoacidose, og ga ikke beskjed om at påtroppende lege skulle tilse pasienten.

LIS 3 har også forklart at hun i ettertid har tenkt at det var uheldig å ordinere et så vidtgående morfinregime, og at årsaken til den vide ordineringsen var at hun var påvirket av at pasienten hadde kreftdiagnose.

Pårørende har opplyst til Statens helsetilsyn at de har reagert på at helsepersonellet i akuttmottaket ikke virket interessert i hva slags opplysninger de kunne gi om pasienten, blant

annet at han fra morgenen hadde hatt smerter og ubehag i høyre ben. Pårørende opplevde at LIS 3 stilte få spørsmål til pasienten, og at hun i liten grad var interessert i å høre hva pårørende formidlet.

Vurdering og melding til prioritert sengepost

LIS 3 satte endokrinologisk sengeområde XXXXXX som førsteprioritet, og pasienten ble derfor meldt til XXXXXX (endokrinologi/diabetes) kl. 19.19 av «plassansvarlig» sykepleier. LIS 3 har opplyst at hun gikk av vakt omtrent på det tidspunkt pasienten ble overført til XXXXXX (ca. kl. 20.00).

Andre NEWS-skår

Andre NEWS-skår etter innkomst, ble gjort kl. 19.30 av sykepleier 2. Den var på 2, grunnet pustefrekvens på 22/minutt. Ifølge observasjonsskjemaet, innebar NEWS-skår på 2 at pasienten etter overflytting til XXXXXX skulle ha en tredje NEWS-skår vurdering etter fire timer.

Det fremgår ikke at smertenivået relatert til VAS ble vurdert på nytt. Det ble opplyst på det stedlige tilsynet at dette skyldtes at pasienten skulle videre til sengepost ved dette tidspunktet via røntgenavdelingen. Pårørende har i sine kommentarer til den foreløpige rapporten opplyst at pasienten ble sendt fra røntgenavdelingen tilbake til akuttmottaket, og deretter videre til sengeposten.

3.1.5 Overføring til sengepost

Pasienten ble meldt med problemstillingen hyperglykemi og magesmerter av «plassansvarlig» sykepleier i akuttmottaket til driftskoordinator (DK) ved sengeposten. Pasienten ble deretter mottatt på endokrinologisk/nevrologisk sengeområde XXXXXX av sykepleier (sykepleier 3) ca. kl. 20.00. Sykepleier 3 fikk ikke direkte informasjon om pasienten, men leste om pasienten i journalen. Sykepleier 3 har opplyst til Statens helsetilsyn at hun fikk beskjed fra DK om at legen skulle komme opp på sengeposten. Hun tok derfor ikke selv kontakt med mottagende lege i akuttmottaket, slik rutinen tilsier.

Denne natten var det 14 pasienter med endokrinologisk problemstilling. Normalt var endokrinologiske sengetunet (tun B) dimensjonert for syv pasienter. Den aktuelle pasienten ble derfor plassert på nevrologisk sengetun (tun C), som er tilknyttet samme sengeområde.

Sykepleier 3 har forklart at hun leste fort igjennom legejournalen og gjorde i stand insulindrypp som anvist. I sykepleiejournalen fremgår det at det pågikk insulindrypp etter hyperglykemiskjema. Av skjema for behandling av hyperglykemi fremgår det eksplisitt «Ved ketaoacidose, se egen prosedyre». Videre fremgår det at pasienten kl. 20.00 hadde blodsukker verdi på 23,5 mmol/L og fikk infusjon 500 ml NaCl med 100 IE hurtigvirkende insulin, 20 ml/time (det vil si 4 IE hurtigvirkende insulin per time).

Det fremgår at pasienten fikk kaliuminfusjon og ekstra tilførsel av saltvann, og at pasienten fikk 2,5 mg morfin intravenøst klokken 20.09. Videre fremgår det at neste NEWS-skår skulle tas kl. 24.00.

Sykepleier 3 hadde fått inntrykk av at pasientens magesmerter var relatert til hans forhøyede blodsukker og tok ikke kontakt med mottakende lege. Hun opplevde ikke pasienten som sterkt smertepåvirket.

Pårørende dro fra XXXXXX ca. kl. 20.50.

Sykepleier 3 har i samtale med Statens helsetilsyn forklart at LIS 3 skal ha kommet innom sengeposten ca. kl. 21.30, og spurt om pasientens forhøyede blodsukker. Sykepleier 3 skal da ha spurt legen om morfindosen, da hun ikke var vant til måten å ordinere morfin på («x fler»). Hun fikk da beskjed om at det var bare å gi pasienten morfin. Sykepleier 3 har også forklart at LIS 3 ba henne observere luftavgang/avføring hos pasienten, da det kunne være fare for ileus, selv om hun ikke trodde at det var aktuelt. LIS 3 skal ikke selv ha tilsett pasienten.

Opplysningene om at LIS 3 var innom sengeposten og kommunikasjonen dem imellom har ikke latt seg verifisere. LIS 3 har forklart at hun ikke var på sengeposten da pasienten var der, og at hun dro hjem fra sykehuset ved 20-tiden.

Sykepleier 3 forsto det slik at pasienten på bakgrunn av sin kreftdiagnose skulle sikres god smertelindring. Ved rapporten kl. 22.30, mener sykepleieren at det ble sagt at påtroppende sykepleiervakt skulle følge med på om pasienten hadde avgang av luft- og avføring.

Sykepleier 3 har i samtale med Statens helsetilsyn opplyst at hun ikke opplevde at pasienten hadde en uavklart problemstilling. Hun forklarte dette med at pasienten over tid hadde gått med høyt blodsukker, og at det ikke var uvanlig at pasienter da hadde vondt i magen.

Sykepleier 3 ga rapport til påtroppende sykepleier (sykepleier 4) og sykepleiestudent. Fokuset skal ha vært luftavgang, hyperglykemi og bruk av morfin.

Sykepleier 3 gikk av kveldsvakt, men kom tilbake for å jobbe ekstra på sengeposten ca. kl. 02.00. Hun skal da ikke ha hatt noe oppfølgingsansvar for den aktuelle pasienten, annet enn at hun tilså pasienten om morgenen XXXXXX ved 06-tiden, da pasienten ringte på.

3.1.6 Oppholdet på sengepost

Pasienten ble i løpet av natten fulgt opp av sykepleier 4 og en sykepleierstudent. Sykepleier 4 var veileder for sykepleierstudenten og faglig ansvarlig. Hun/han godkjente journalføringen som ble skrevet av sykepleierstudenten. Sykepleier 4 var ferdig utdannet våren XXXXXX og hadde i underkant av et halvt års erfaring på sengeposten.

Vedrørende oppfølging av pasientens blodsukker

Av insulininfusjonsskjemaet fremgår at pasienten fikk infusjonsvæske med saltvann og insulin. Infusjonshastigheten varierte fra 10 ml/time kl. 00.42 (2 IE med insulin per time) da blodsukkeret var 16,6 mmol/L, til 20 ml/time fra kl. 07.30 på morgenen (4 IE insulin per time), da blodsukkeret var 22,8 mmol/L

Insulininfusjonen som pasienten fikk, var således i samsvar med det som er angitt på insulininfusjonsskjemaet.

Av skjema som ble benyttet, kunne ikke sykepleier gi mer insulin enn 20 ml/t, det vil si 4 IE/time. Denne mengden insulin hadde ikke ønsket effekt på blodsukkerverdiene, som var vedvarende høye gjennom natten til tross for insulin infusjonen. Blodsukkeret på morgenen kl. 07.30 var 25,1 mmol/L og 21,4 mmol/L kl. 10.30. Det er ikke dokumentert at sykepleierne på sengepost tok kontakt med lege i løpet av natten vedrørende infusjonen av saltvann og insulin, til tross for at blodsukkeret fortsatte å være vesentlig forhøyet (laveste verdi 13,6 mmol/L kl. 02.50 og høyeste verdi 27,8 mmol/L kl. 09.35 den 8. desember 2016). XXXXXX

har opplyst at sykepleier kontaktet lege kl. 03.30 og kl. 06.00, men ikke angitt hva samtalene dreide seg om.

Kontroll av elektrolytter og syre-baseverdier

Det fremgår av legenotat skrevet av LIS 3 i akuttmottaket at elektrolytter og kapillær blodgass skulle kontrolleres i forbindelse med pasientens behandling for det forhøyede blodsukkeret.

Av oversikten over laboratorieprøvene til pasienten, fremgår det at elektrolytter (natrium og kalium) skulle tas kl. 19.00, men at laboratoriet ikke mottok noen prøve på dette tidspunktet. Årsaken til dette er uklar. Neste kontroll av elektrolytter var kl. 21.00. Det fremgår også at kapillær syre-base skulle vært tatt ved dette tidspunktet, men ifølge laboratoriearket ble prøven ikke tatt.

Av sykepleiejournal fremgår det at det ble tatt blodprøver uten nærmere spesifisering kl. 22.30, og at neste blodprøve skulle tas kl. 06.00, hvis det ikke var store avvik på blodprøver kl. 22.00. Av laboratoriearket fremgår det at det ikke ble tatt prøver kl. 22.00, at det skulle tas venøs syre-base kl. 23.00, men at laboratoriet mottok for lite volum, slik at denne prøven ikke ble analysert. Kl. 06 fremgår det at det var rekvirert en venøs syre-base, men av laboratoriearket fremgår det at denne prøven ikke ble tatt.

Syre-base status ble ikke kontrollert etter at pasienten ble innlagt på XXXXXX selv om dette skulle vært kontrollert etter innkomst.

Det fremgår ikke at sykepleiere på sengepost tok kontakt med lege vedrørende at blodprøvene som ble rekvirert, ikke ble tatt i løpet natten.

Oppfølging av pasientens magesmerter

Det er angitt i sykepleiejournalen at pasienten i løpet av natten hadde sterke magesmerter. Det ble tatt NEWS-skår kl. 24.00. Ny skulle tas igjen etter 6 timer. I NEWS-skjema er det angitt at sterke magesmerter skal medføre tilsyn fra kirurg, men dette ble ikke gjort.

Sykepleier 4 hadde ikke fått lest legejournalen, da det var mange pasienter på sengeområdet (29) og et dødsfall ved vaktstart, som hun hadde ansvar for å følge opp. Hun konfererte derfor med sykepleier 3, som nå var tilbake på sengeposten. Sykepleier 3 bekreftet at hun kunne gi morfin.

Sykepleier 4 har i samtale med Statens helsetilsyn sagt at hun trodde hun fikk informasjon fra sykepleier 3 om at man skulle følge med på om pasienten hadde avgang av luft og avføring. Sykepleierstudenten var mye tilstede inne hos pasienten i løpet av natten på grunn av magesmertene og insulininfusjonen, og sykepleier 4 var hyppig inne og vurderte tilstanden sammen med studenten.

Av medisinkurven fremgår det at pasienten fikk 2,5 mg morfin intravenøst kl. 00.05, kl. 02.00, kl. 02.45 og kl. 03.30; samlet 10 mg i løpet av 3 timer og 25 minutter. Av sykepleierstudentens journalnotat fremgår det at pasienten uttrykte smerter gjennom hele natten, og at man til slutt kontaktet lege og fikk ordinert 5 mg morfin. Av kurven fremgår at det ble gitt 5 mg morfin kl. 05.15 og kl. 05.35. XXXXXX har opplyst at sykepleier 4 snakket med medisinsk primærvakt som sa at morfindosen kunne økes. XXXXXX har også opplyst at samme lege ble kontaktet to ganger før vaktskiftet om morgenen. Samtalene er ikke journalført. Det har ikke latt seg avklare hvilken lege som ble kontaktet for ordinasjon av økt

morfindose på 5 mg. Medisinsk primærvakt (LIS 4) har opplyst at han ikke hadde kontakt med sengeposten før ved 06-tiden, og at han først da tilså pasienten.

Det ble ikke tatt NEWS-skår av pasienten om morgenen på grunn av hans sterke magesmerter. Det ble av samme grunn heller ikke tatt blodprøver kl. 06.00 som planlagt.

3.1.7 Tilsyn av lege på sengepost

Tilsyn av medisinsk primærvakt rundt kl. 06.00-07.00

Av journalnotatet skrevet av sykepleierstudenten fremgår det at økningen av pasientens morfindose ikke hadde noen effekt, og at lege igjen ble kontaktet. Dette skal ha vært rundt kl. 06.15 på morgenen, da pasienten hadde fremstått som desperat, revet av seg dyna og gitt uttrykk for sterke smerter. LIS 4 kom raskt etter tilkalling.

Av medisinkurven fremgår det at pasienten kl. 07.10, fikk ytterligere en dose 5 mg morfin intravenøst.

Da LIS 4 undersøkte pasienten, lå pasienten i sengen og fremstod som sløvet; noe som ble antatt å ha sin årsak i pasientens morfinbehandling. Ved undersøkelse av magen, fant LIS 4 at pasientens buk var «nærmest peritonitisk»: Da han kjente på magen var den diffust øm, og det var slippømheter i nedre del av magen, men buken var ikke brettthard.

Av journal fremgår det at LIS 4 etter dette kontaktet kirurgisk sekundærvakt og fortalte om situasjonen. Den kirurgiske sekundærvakten ville at LIS 4 skulle bestille CT abdomen og deretter kontakte påtroppende kirurgisk sekundærvakt etter vaktskiftet, da svaret på denne undersøkelsen forelå. Sekundærvakten skal ha sagt at hun ikke ville komme, da det snart var vaktskifte, og viste til at det var postlegene som hadde ansvaret etter kl. 08.00. Sekundærvakten har etter det stedlige tilsynet sagt at det er mulig at hun fikk en telefon om dette, men at det var mange telefoner på den vakten og at hun ikke husket detaljer fra denne samtalen.

Rekvirering av CT abdomen

Av utskrift for «Henvising-Radiologi», fremgår det at CT av abdomen ble rekvirert kl. 07.13. I utdrag av henvisningen fra LIS 4 fremgår det følgende: «Lungecancer med lymfeknute metastaser. Innlagt i går pga magesmerter som har blitt verre. Har fått ganske store doser med Morfin uten effekt. Meget sparsomt med tarm motorik. Kvalme, oppkast. Lite avføring i går. Konferert med vakthavende kirurg som ønsker en CT abdomen først. Pasienten har ikke fått metformin i går og idag. Ileus? Annet?»

CT-undersøkelse

Av svarrapporten på CT-undersøkelsen fremgår det at den var bestilt som øyeblikkelig hjelp. CT-rekvisisjonen ble omprioritert fra øyeblikkelig hjelp til prioritet 1 av vakthavende radiolog, da rekvirerende lege ikke ringte opp til billeddiagnostisk avdeling, slik praksis er ved bestilling av øyeblikkelig hjelp.

Morgenmøte på endokrinologisk sengeområde

På morgenen rundt kl. 08.00 den XXXXXX, var det en LIS (LIS 5) og en overlege/spesialist i endokrinologi (overlege 1), som skulle gå vitst hos pasientene som var innlagt på endokrinologisk sengeområde. De hadde delt ansvaret for pasientene mellom seg slik at LIS 5 skulle ha ansvaret for blant annet den aktuelle pasienten.

LIS 4 ga rapport til LIS 5 på sengeposten og ba LIS 5 om å tilse pasienten så raskt som mulig. En av de påtroppende sykepleierne på dagvakt, (sykepleier 6) ba også LIS 5 om å tilse pasienten så raskt som mulig, da han hadde sterke smerter. Sykepleier 6 presiserte overfor legene på posten at det var flere endokrinologiske pasienter på tun C, og at denne spesielle pasienten måtte prioriteres. Påtroppende overlege ble varslet av LIS 5, men da hun skulle tilse pasienten var pasienten allerede på CT.

LIS 5 leste seg opp på pasienten og tenkte at det så fredelig ut. Hun startet med å gå til pasientene på tun B, og har opplyst at hun fulgte med på om CT-svaret hadde kommet flere ganger, før det kom kl. 09.53. Da svaret forelå, kontaktet LIS 5 gastrokirurgisk tertiærvakt, som sa vedkommende allerede hadde fått CT-svaret, og at kirurg skulle komme og tilse pasienten.

Pasienten ble ikke tilsett av noen av legene som var tilknyttet endokrinologisk sengeområde denne morgenen, før kirurgen kom.

Informasjon til tertiærvakt (gastrokirurg) om foreløpig CT-funn

Av svarrapport på CT-undersøkelsen, fremgår det at radiologen ringte tertiærvakt og informerte om funnet kl. 09.50.

Foreløpig svar på CT-undersøkelsen viste at det forelå blodpropp i pulsåren som forsyner mesteparten av tarmen. Det var også funnet blodpropp i nedre gren av venstre nyrearterie med omfattende oksygenmangel i tynntarmen og litt av tykktarmen (coecum), samt en ikke helt fersk infarktforandring i nedre venstre nyrepol.

Tilsyn av spesialist i generell kirurgi

Av journalnotatet ved spesialist i generell kirurgi (kirurg 1), fremgår det at hun ble oppringt av tertiærvakt som hadde fått beskjed om svaret på CT abdomen fra røntgenlege. Kirurg 1 gikk til endokrinologisk sengeområde og tilså pasienten umiddelbart på XXXXXX. Overlege 1 og LIS 5 oppholdt seg på dette tidspunktet i «glassburet» utenfor avdelingen i ekspedisjonen, der de hadde previsit med journalgjennomgang av inneliggende pasienter. Det er gitt motstridende opplysninger om hvorvidt kirurgen snakket med dem før hun gikk inn til pasienten.

Pårørende har opplyst at de selv kontaktet avdelingen kl. 08.13 og fikk informasjon om at det skulle være legevisitt. Pårørende reiste deretter til XXXXXX på eget initiativ. De pårørende hadde rundt dette tidspunkt bedt om å få en samtale med legen på endokrinologisk sengeområde. LIS 5 og overlege 1 antok imidlertid at pasienten og pårørende ville bli informert av kirurg 1, siden pasienten hadde en kirurgisk problemstilling. Pasient og pårørende ble derfor ikke informert av noen av legene på endokrinologisk sengepost.

Etter at pasienten var blitt tilsett av kirurg 1, fikk pasienten intravenøs væske og bredspektrert antibiotika i form av Tazocin (piperacillin). Kirurg 1 konfererte med karkirurgisk sekundærvakt, da tertiærvakt var opptatt. Kirurg 1 og karkirurgen gikk igjennom CT-bildene sammen med intervensjonsradiologen. Hva som skulle gjøres måtte vurderes etter åpning av buken (laparotomi). Alternativene var å fjerne blodproppen (embolektomi), hvis tarmen var levedyktig, eller fjerne tarm (tarmreseksjon), hvis tarmen var nekrotisk.

Sykepleier 6 meldte som avvik at legene tilknyttet endokrinologisk sengeområde ikke hadde tilsett pasienten til tross for at hun hadde gitt beskjed om at hun var bekymret for pasienten,

som hadde sterke magesmerter til tross for at han hadde fått morfin flere ganger. Hun var uforstående til at legene prioriterte å forberede visittgang.

De pårørende har uttrykt at de følte seg dårlig ivaretatt på sengeposten, og at de ikke ble tilstrekkelig informert, da pasientens tilstand ble oppfattet som forverret på morgenen. Da kirurg 1 tilså pasienten, fikk de beskjed om at tilstanden var alvorlig og at pasienten raskt måtte opereres.

Endelig svar på CT-undersøkelse

Endelig svar på CT-undersøkelsen forelå kl. 12.36, og bekreftet tidligere funn.

3.1.8 Videre forløp

Pasienten ble meldt til laparotomi, men var sirkulatorisk så ustabil, da han ankom operasjonsstuen at han måtte tas til postoperativ avdeling (PO) for tilførsel av væske og stabilisering.

Operasjonen ble igangsatt kl. 14.14, og var ferdig kl. 15.46. Ved operasjonen ble det fjernet 3,5 meter nekrotisk tynntarm som følge av oksygenmangel. Pasienten ble deretter lagt på PO.

Kirurg 1 informerte pårørende etter operasjonen.

Pasienten ble flyttet til intensivavdelingen kl. 22.00, fordi han var sirkulatorisk dårlig med avtagende nyrefunksjon.

Pasienten døde kl. 10.40 den XXXXXX. I foreløpig obduksjonsrapport er dødsårsaken beskrevet som oksygenmangel i tarm som skyltes blodpropper i arteria mesenterica superior og arteria renalis.

3.1.9 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn

Det ble avholdt et møte mellom Statens helsetilsyn og pårørende den XXXXXX. En representant for XXXXXX deltok også på møtet.

Pårørende var opptatt av at det tok lang tid før ambulansen kom, og at de ikke ble hørt, da de ringte til AMK og purret på ambulansen. De reagerte også på at de ikke fikk kontakt med kreftklinikken på de telefonnumrene de hadde fått oppgitt.

Pasienten ble i starten av oppholdet i akuttmottaket liggende i ventesonen. Pårørende har reagert på at de på dette tidspunkt ikke ble involvert og fikk være til stede, da de mente de kunne ha bidratt med viktige opplysninger i denne fasen. De kunne etter deres mening, blant annet ha informert om at pasienten hadde hatt smerter/ubehag i det ene benet fra morgenen av. I stedet ble de henvist til venterommet den første tiden i akuttmottaket. Etter ca. 30 minutter ble pasienten overført til et undersøkelsesrom. Pårørende fikk da være tilstede sammen med pasienten.

Pårørende følte seg generelt dårlig ivaretatt på XXXXXX. Dette gjelder ivaretagelsen i akuttmottaket, og på sengeposten. De ble sittende mye alene uten at noen informerte dem om pasientens tilstand i de ulike fasene pasienten var innlagt. De følte seg stort sett overlatt til seg selv.

Pårørende har i sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten reagert på at det ved tidspunktet for det stedlige tilsynet ikke var foretatt gjennomgang av hendelsen med involvert helsepersonell, og at de involverte helsepersonell ikke ble kontaktet av ledelsen i ettertid.

Pårørende har også opplyst til Statens helsetilsyn at de ikke er blitt kontaktet av noen på XXXXXX etter hendelsen utover et møte som ble avholdt dagen før det stedlige tilsynet.

3.1.10 Virksomhetens gjennomgang av hendelsen med involvert helsepersonell

På tidspunktet for det stedlige tilsynet var det ikke foretatt en samlet gjennomgang av hendelsen med involvert helsepersonell, og de involverte helsepersonell hadde ikke blitt kontaktet av ledelsen i ettertid. Mange av de involverte ble ikke kjent med hendelsen før det ble klart at Statens helsetilsyn skulle foreta et stedlig tilsyn. Dette gjaldt også lederne på de ulike avdelingene.

Det ble opplyst at legene på endokrinologisk avdeling snakket om hendelsen påfølgende uke. Rapportering mellom akuttmottaket og sengeposten var da et tema. Det ble da diskutert om det mest hensiktsmessig er at vaktlegene, som har ansvaret for pasienter på sengeavdelingene, mottar opplysninger om overførte pasienter direkte fra lege i akuttmottak.

Slik Statens helsetilsyn har oppfattet det, ble avviksmeldingen som forårsaket at det ble varslet til Statens helsetilsyn, sett på som en melding om dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og leger på sengepost om morgenen XXXXXX, og ikke relatert til den samlede oppfølgingen pasienten fikk fra han ble innlagt i akuttmottaket til han døde.

3.1.11 Andre opplysninger som framkom ved det stedlige tilsynet

Ved det stedlige tilsynet ble det opplyst at det noen uker ved tidspunktet for hendelsen var nærmest «unntakstilstand» på sykehuset med ca. 200 % overbelegg. Mange av innleggelsene relaterte seg til problemstillinger knyttet til influensa og komplikasjoner til det. Dette hadde ført til at det hadde vært ekstra mye å gjøre i akuttmottaket, og medført ekstravakter og tilkallingsvakter for å få administrert mottaket.

Ansvarlige ledere hadde ikke snakket med pårørende etter hendelsen før i forbindelse med det stedlige tilsynet flere uker etter hendelsen.

Ansvarlig leder for legestaben ved aktuell avdeling var ikke orientert om hendelsen før det kom en avviksmelding fra sykepleierkollega om at lege prioriterte å forberede visittgang i stedet for å tilse pasienten. Varselet til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a ble sendt en uke etter hendelsen.

4 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis

4.1 Overordnet organisering

XXXXXX er et lokal- og områdesykehus for ca. 500 000 innbyggere. Foretaket er inndelt i fire divisjoner, tre klinikker og en egen enhet for XXXXXX. Divisjonene/klinikkene ledes av egne direktører, som rapporterer direkte til administrerende direktør. Inndelingen i divisjoner og klinikker er følgende:

- Divisjon for diagnostikk og teknologi
- Divisjon for psykisk helsevern
- Kirurgisk divisjon
- Medisinsk divisjon
- Kvinneklinikken

- Barne- og ungdomsklinikken
- Ortopedisk klinikk

4.2 Medisinsk divisjon

Medisinsk divisjon er delt inn i 15 ulike avdelinger. Det medisinske tilbudet omfatter fagområdene blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, kreft, lungesykdommer, nyresykdommer, nevrologi, geriatri og generell indremedisin. I tillegg har divisjonen ansvar for fagområdet akuttmedisin, og under dette akuttmottaket. Pasientene får utredning og behandling i sengeområder, overvåkingsenheter, dagbehandling og poliklinikk.

Spesielt relevante for denne saken er avdeling for akuttmedisin, akuttmottaket, avdeling for endokrinologi og tilhørende sengeområder.

4.2.1 Særlig om organisering av sengeområdene for nevrologi (nevro) og endokrinologi (endo) i medisinsk divisjon

Sengeområde XXXXXX har pasienter med nevrologiske og endokrinologiske problemstillinger. Sengeområdet er delt i fire tun, hvorav ett tun (tun B) i utgangspunktet er forbeholdt endokrinologiske pasienter. De øvrige tre tunene er i utgangspunktet forbeholdt nevrologiske pasienter (tun A, C og D). Sengeområdet er dimensjonert for totalt 29 sengeplasser. Tun B er dimensjonert for syv pasienter.

Sykepleierne som er tilknyttet sengeområde XXXXXX har primært ansvar for og opplæring i å observere og pleie pasienter med endokrinologiske og nevrologiske problemstillinger. De har også en del erfaring med generelle indremedisinske tilstander, men observasjon av akutt abdomen er ikke en vanlig del av deres opplæring eller arbeidsoppgaver. Det er avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi ved seksjonsleder, som har ansvaret for sykepleierne på alle sengetunene på sengeområde XXXXXX. På dagtid er det leger fra endokrinologisk avdeling som har ansvar for pasienter som er tilvist endokrinologisk avdeling, mens det på kveld, natt og helg er definerte leger i vaktlag.

Dersom det ikke er kapasitet på tun B, blir pasienter med endokrinologiske problemstilling plassert i tun C, som egentlig er tiltenkt pasienter med nevrologiske problemstillinger. Den aktuelle natten var det 14 pasienter med endokrinologiske problemstillinger, og flere av disse ble plassert på tun C. På bakgrunn av denne situasjonen ble den aktuelle pasienten plassert på tun C om kvelden XXXXXX.

Fra mandag til fredag har endokrinologene tilstedevakt på dagtid fram til kl. 17.00. Etter dette tidspunktet er det kun overlege i bakvakt (hjemmevakt/telefonvakt) frem til kl. 21.00. Etter kl. 21.00 har vakthavende medisinsk LIS ansvaret og kan få hjelp fra medisinsk overvåkning mellom kl. 21.00 og frem til dagvakt, se omtale av vaktlaget nedenfor. Lørdag har endokrinologene tilstedevakt fra kl. 08.00 til kl. 14.00, deretter hjemmevakt/telefonvakt frem til kl. 18.00. Søndag har endokrinologene tilstedevakt fra kl. 09.00, deretter hjemmevakt/telefonvakt frem til kl. 18.00.

Seksjonsoverlegen på endokrinologisk seksjon har overordnet fagansvar på endokrinologisk seksjon og tilhørende poliklinikk. Seksjonsoverlegen har personalansvar for overlegene og LIS i B-grenstilling (grenspesialistutdanning i endokrinologi). Innlagte pasienter på endokrinologisk sengepost som tilhører endokrinologisk seksjon er seksjonens ansvar. De respektive seksjonsoverlegene har ansvar for «sine» leger.

XXXXXX har opplyst at det er seks overleger i tertiærvaktsjiktet, en B-gren kandidat og tre LIS knyttet til endokrinologisk avdeling. En LIS har kun «postarbeid» og to LIS arbeider i sin stilling både på sengeposten og i akuttmottaket. De har videre opplyst at to overleger deler en vaktlinje.

Videre har XXXXXX opplyst til Statens helsetilsyn at på hendelsestidspunktet var fire av stillingene i tertiærvaktsjiktet («overlege-vakt») på avdeling for endokrinologi besatt av ferdige spesialister, hvorav en hadde permisjon. De to andre stillingene i tertiærvaktsjiktet og den stillingen som var ute i permisjon, var besatt av en konstituert overlege og to erfarne B-gren kandidater. Den konstituerte overlegen var på hendelsestidspunktet B-gren kandidat som kun manglet seks måneders tjenestetid på å bli ferdig spesialist i både indremedisin og endokrinologi. I tillegg hadde avdelingen to overleger i 20 % stilling på poliklinikken som deltok i faglige møter og i supervisjon av B-gren kandidater.

Vaktordningen for endokrinologisk tertiærvaktsjikt ble redusert ved en omorganisering i XXXXXX. Tertiærskiktet ble da fjernet etter kl. 21.00. Etter dette tidspunktet skal sykepleiere på sengepost kontakte medisinsk primærvakt fremfor sekundærvakt ved behov for legetilsyn.

Det fremkom under samtalene ved det stedlige tilsynet at pasienter som blir lagt inn på sengepost og som blir oppfattet som stabile, ikke rutinemessig blir tilsett av lege etter endt dagvakt. Det ble opplyst at medisinsk primærvakt forsøker å tilse pasienter som blir innlagt på endokrinologisk sengepost før kl. 20.30, dersom de er kjent med overflyttingen. Det ble opplyst under det stedlige tilsynet at legene er helt avhengige av å få relevante og nødvendige opplysninger fra sykepleierne på sengepost, generelt og særlig etter kl. 17.00.

Det finnes ingen formelle faglige arenaer for både leger og sykepleiere innen endokrinologisk område, utover daglig previsitt med overlege, visittgående overlege og tunansvarlig sykepleier. Ved previsitten gjennomgås alle pasientene i tillegg til at det blir lagt planer og fordelt oppgaver. På det stedlige tilsynet ble det uttrykt ønske fra sykepleierne om å etablere felles møter som et regelmessig tiltak. Det er opplyst fra XXXXXX at det gjennomføres daglige tavlemøter i medisinsk divisjon, der det gis en oversikt over de inneliggende pasientene, innkomst og estimert utreisedato, samt risikoområder. Dette skal være utgangspunktet for å følge opp risikoområder og tiltak. På dagtid vil dette være en del av visittrutinen.

4.2.2 Særlig om organiseringen av avdeling for akuttmedisin/akuttmottaket

Avdelingssjefen på avdeling for akuttmedisin har ansvar for leger, sykepleiere og annet helsepersonell med fast tilknytning i avdelingen. Legene i indremedisinske vaktlag inngår ikke her, da de er tilknyttet sine respektive avdelinger.

Ettersom legene som er ansatt på området akuttmedisin ikke har en bestemt medisinsk spesialitet, eller driver egen spesialistutdanning, er det heller ikke egne LIS-stillinger knyttet til avdeling for akuttmedisin. De tre legene som er fast tilknyttet avdeling for akuttmedisin, har sin virksomhet i XXXXXX. Dette er en XXXXXX observasjonspost i tilknytning til akuttmottaket. De tre legene deltar ikke i de indremedisinske vaktlagene (se nedenfor). De fleste legene som behandler pasientene i akuttmottaket og i XXXXXX, er LIS som primært er tilknyttet sine respektive moderavdelinger. Avdelingssjefen i avdeling for akuttmedisin er derfor ikke deres leder.

Avdelingssjef i avdeling for akuttmedisin er ansvarlig for retningslinjene for virksomhetene i akuttmedisin, som blant annet triage, pasientflyt, dokumentasjon og rapportering.

Retningslinjene for drift i akuttmottaket omhandler en del beskrivelser av arbeidsoppgaver som også omfatter leger i akuttmottaket som ikke er formelt underlagt avdelingssjefen ved avdeling for akuttmedisin. Avdeling for akuttmedisin er helt avhengig av godt samarbeid med de andre avdelingene, der egne avdelingssjefsmøter, formelle/uformelle møter samt fortløpende samarbeid er de faglige arenaene. Det ble sagt at det på grunn av det store antall leger, var vanskelig å få til faste møtetidspunkt.

Retningslinjene innen akuttmedisin er godkjent av avdelingssjef i avdeling for akuttmedisin, og omfatter stort sett retningslinjer for sykepleietjenester. Også retningslinjer som beskriver arbeidsoppgaver som omfatter alle leger i akuttmottaket, selv om disse formelt ikke er underlagt avdelingssjefen i akuttmedisin, er godkjent av avdelingssjefen. Avdelingssjefen som var tilsatt da det stedlige tilsynet fant sted, har også godkjent prosedyren «Akuttmedisin - Medisinske vaktlag - funksjon og organisering» (XXXXXX), som beskriver arbeidsoppgaver og vaktordningen for de av avdelingene i medisinsk divisjon som er grenspesialiteter i indremedisin. Tidligere var denne prosedyren godkjent av divisjonsdirektøren.

Ved det stedlige tilsynet fremkom det at det var utfordrende å administrere avdelingen, fordi de ikke selv hadde råderett over de legene som jobber der og dermed manglet handlingsrom og direkte styringsmuligheter.

4.2.3 Faglige arenaer og rapporteringsrutiner mv.

Det blir avholdt onsdags- og torsdagsmøter for legene på endokrinologisk sengeområde, med gjennomgang av pasienter på sengepost (onsdag) og fagmøter (torsdag). Seksjonssjefen deltar på disse møtene, men ikke på de daglige previsittene. Det finnes ingen formelle faglige arenaer for både leger og sykepleiere, unntatt daglig previsitt med overlege, visittgående overlege og tunansvarlig sykepleier.

I helgene er det rapportmøter kl. 08.00 lørdag og kl. 09.00 søndag, med gjennomgang av de dårligste pasientene. Legene er avhengige av å få beskjed fra sykepleierne om det de opplever som dårlige/uavklarte pasienter.

Det ble opplyst på det stedlige tilsynet at, for at dårlige kirurgiske pasienter skal bli rapportert på kirurgisk morgenmøte, må vedkommende være registrert i kirurgisk avdeling. Det var ingen rutinemessig rapportering om pasienter med kirurgiske problemstillinger som var plassert ved andre avdelinger, dersom det kun hadde vært et tilsyn eller en telefonhenvendelse.

4.2.4 Legetjenesten i medisinsk divisjon

De kliniske avdelingene innen indremedisin er sidestilte. Legetjenesten er organisert som legeseksjoner i disse avdelingene. Vaktjenesten for legene er organisert slik at overlegene har tertiærvakt for sin seksjon. Vaktlaget i hjertemedisin er organisert under egen kardiologisk søyle. Onkologisk og nevrologisk fagområde har egne vaktordninger. Medisinsk vaktlag består av LIS fra de øvrige legeseksjonene innen hovedspesialiteten indremedisin.

Kirurgisk divisjon har eget vaktlag og ansvar for sine LISer.

Legene i det indremedisinske vaktlaget har egne ledere knyttet til de respektive avdelingers legeseksjoner. Nærmeste felles leder for disse er divisjonsdirektøren. Ansvar for vaktorganiseringen i indremedisin ligger på divisjonsdirektøren.

Oppgavene med å administrere/koordinere vaktlagene i medisinsk divisjon er delegert til én LIS i én av seksjonene. Koordinator og en arbeidsgruppe bestående av flere LISer, behandler saker vedrørende ansettelse av leger, plassering i roller i vaktlagene, rotasjon for LISer, hvilke LISer som kan gå i sekundærvaktsjiktet og utarbeidelse av retningslinjer. Koordinators rolle er også å være kontaktperson for de legene som går vakter i indremedisinsk søyle og bindeledd mellom vaktgående LIS og divisjonsledelsen.

Statens helsetilsyn har ikke opplysninger om hvilke kriterier som finnes for hvordan disse beslutningene tas, og hvilke kompetansekrav som faktisk legges til grunn for å ha de ulike vaktfunksjonene. Koordinator rapporterer til divisjonsdirektør eller fungerende divisjonsdirektør. Det er, slik Statens helsetilsyn har oppfattet det, ingen overleger tilknyttet arbeidsgruppen. Tidligere hadde divisjonsdirektøren et eget råd som beslutter hvem som skal ansettes i B-grenstillinger og inneha teamlederfunksjonene.

4.2.5 Nærmere om indremedisinske vaktlag

Prosedyren «XXXXXX» (XXXXXX), beskriver arbeidsoppgaver og vaktordning for de avdelingene i medisinsk divisjon som er grenspesialiteter i indremedisin. Gjeldende retningslinje er per i dag godkjent av avdelingssjef i avdeling for akuttmedisin. Eksisterende retningslinjer beskriver arbeidsoppgavene til leger i akuttmottaket, uavhengig av hvilken avdeling legen tilhører. Det er egne retningslinjer for de legene som er fast tilknyttet akuttmottaket.

«Sekundærvakt A» er beskrevet å være «medisinsk ansvarlig i mottaket». Under punkt «teamledere» i retningslinjen, står det samtidig at det endelige medisinske beslutningsansvaret ligger hos tertiærvakten innenfor de respektive medisinske spesialitetene. Tertiærvaktsjiktet er ikke nærmere beskrevet i retningslinjen. I retningslinjen «XXXXXX», som er godkjent av divisjonsdirektør (XXXXXX), står det at «sekundærvakt A» er medisinsk faglig ansvarlig med overgripende ansvar for drift og funksjon av alle akuttmedisinske vaktteam.

Sekundærvakt B har ansvar for sengeposter, medisinsk overvåkning og XXXXXX på natten og i helgene. Vaktskifte for disse er mellom kl. 20.00 og kl. 20.30.

På dagtid er det en egen funksjon som «triagelege» (B-grenlege i en indremedisinsk grenspesialitet) i mottak. LISen i denne funksjonen skal ha mer vaktkompetanse enn de øvrige LISene i teamet.

Teamleder er definert som LIS i grenspesialisering (B-grenlege), og har ifølge retningslinjen «faglig ansvar for pasienter i respektive kardiologisk og indremedisinsk søyle». Teamlederfunksjonene varer til kl. 20.30 og gjelder kun hverdager.

B-grenslag innen kardiologi ledes av en B-grenlege i kardiologi. Denne B-grenlegen er til stede i akuttmottaket hverdager fra kl. 08.00 til kl. 20.00. Spesialist i kardiologi ansatt ved avdeling for hjertesykdommer håndterer brystsmerteenheten i XXXXXX, som er en del av avdeling for akuttmedisin.

Det er ingen teamlederfunksjon eller eget kardiologisk team i helgene.

XXXXXX har opplyst at det er ett tertiærvaktlag for hver subspecialitet. Disse består av overleger/spesialister i de indremedisinske grenspesialitetene og LISer som er konstituerte i

overlegestillinger. Det er opplyst at «det er litt ulikt i fht tidspunkter for tilstedeværelse/hjemmevakt for de ulike tertiærvaktlagene. Dette vaktlaget har det øverste faglige ansvar i vaktlagene».

Tertiærvaktene er til stede på dagtid i helgene på alle avdelingene, og har passiv hjemmevakt fra kl. 18.00 eller kl. 20.00 og til neste morgen, med unntak av endokrinologisk fagområde der ansvaret på tertiærnivå ivaretas av en av de andre subspecialiteter i dette tidsrommet.

XXXXXX har i sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten blant annet redegjort for organiseringen av det medisinske vaktlaget. Utdrag av tilbakemeldingen med redegjørelse for det medisinske vaktlaget, følger vedlagt denne rapporten.

4.3 Relevante rutiner

4.3.1 Prioritering av pasienter i akuttmottaket

Praksis var at primærvaktene skulle følge med på den elektroniske oppslagstavlen i akuttmottaket (XXXXXX) for å få med seg prioriteringer og retriageringer.

Det er ingen skriftlige føringer for når man skal be om kirurgisk tilsyn på medisinske pasienter i akuttmottaket eller på medisinske sengeposter. Det er opp til legens kliniske skjønn å vurdere dette. Grunnet stor pasientpågang, kan det ta noe tid fra lege ber om kirurgisk tilsyn til pasienten faktisk får dette. Ved det stedlige tilsynet kom det fram at det ikke var uvanlig at kirurgen som konsulteres, ønsket CT abdomen før tilsyn av pasienter med magesmerter.

4.3.2 Triagering

Pasienter med indremedisinske problemstillinger triageres av sykepleier og egen triagelege i tidsperioden fra kl. 09.30 til kl. 20.30 på hverdager. I tidsperioden fra kl. 20.30 til kl. 09.30 på hverdager og helgedager, er det vanlig at sykepleier triagerer alene. Sykepleier triagerer pasienter til alle avdelinger. Sykepleierne triagerer ved bruk av systemet MTS ved den første vurdering av pasienten i akuttmottaket. Det ble opplyst ved det stedlige tilsynet at triagelegen bruker klinisk skjønn og vurdering av vitale parametre ved den første vurderingen av pasienten.

Etter å ha utført triage i «triagerommet» skal legen rapportere sine funn og beslutninger til teamleder i riktig søyle. Denne skal ha omtrent tilsvarende krav til vaktkompetanse som triagelegen. Teamlederen skal deretter beslutte hvilken seksjon pasienten skal tilhøre, og hvilken lege i teamet som skal ta imot pasienten. Dersom det er vanskelig å vurdere pasientene, blir tertiærvakt kontaktet. Triagelegefunksjonen og rapportering til teamleder bortfaller på kveld, natt og i helger.

4.3.3 NEWS-skår

NEWS er skåringsskjema for å fange opp potensielle risikopasienter.

Det er utarbeidet egen prosedyre for NEWS-skår (XXXXXX) for å sikre systematisk observasjon av alle pasienter som befinner seg i akuttmottaket, slik at eventuell forverring av tilstanden kan fanges opp tidlig og adekvat behandling og videre observasjon kan igangsettes. Prosedyren gjelder for sykepleiertjenesten i akuttmottaket og alle vaktgående leger i alle lag i akuttmottaket.

NEWS skåres av pasientansvarlig sykepleier, eventuelt ved delegasjon til annen sykepleier. NEWS skal gjennomføres for alle pasienter i akuttmottaket. Ved NEWS 0 skal det gjøres ny skåring innen tolv timer. Ved NEWS 1-4 skal det gjøres ny skåring innen fire timer og ved

overflytting til avdeling. Ved NEWS 5-6 eller 3 i en parameter, skal monitorering vurderes, lege skal informeres og det skal foretas ny måling etter en time eller etter forordning av lege. Ved NEWS 7 og over skal det foretas kontinuerlig monitorering og lege skal kontaktes umiddelbart.

4.3.4 Rutiner for kommunikasjon mellom akuttmottak og sengeområde

EQS-prosedyre XXXXXX, «XXXXXX», gjelder oppmelding av indremedisinske pasienter fra akuttmottaket til sengeområde etter at pasienten er vurdert og avklart av behandlende lege. Hensikten med prosedyren er å sikre direkte kommunikasjon og overføring av relevant informasjon mellom lege som har undersøkt pasienten i akuttmottaket og sykepleier på sengeområde. Prosedyren er utarbeidet av avdeling for akuttmedisin. Det er ikke utarbeidet tilsvarende rutine ved sengeområdet XXXXXX (for pasienter med nevrologiske/endokrinologiske problemstillinger).

Det er behandlende lege i akuttmottak som prioriterer sengeområdet for pasienter som har behov for innleggelse. Plasseringsansvarlig (sykepleier) avklarer plassering før pasienten overføres og er ellers ansvarlig for logistikk og formidling av særskilte behov hos pasienten. Det er i henhold til eksisterende rutine lagt opp til at sykepleier på sengeområde som skal ta imot pasienten, får oppgitt direktenummeret til aktuell lege som har undersøkt pasienten i akuttmottaket. Sykepleier skal deretter ringe legen i akuttmottaket for å motta viktig og relevant informasjon om pasienten.

Ved det stedlige tilsynet kom det fram at det allikevel er ulik praksis for rapportering mellom akuttmottaket og sengeområdet XXXXXX, avhengig av om pasienter har endokrinologiske eller nevrologiske problemstillinger. Statens helsetilsyn fikk opplyst at det for pasienter med nevrologiske problemstillinger, var praksis at lege i akuttmottaket ringte sengeområde og ga opplysninger til ansvarlig sykepleier. Ansvarlig sykepleier på avdelingen ga deretter rapport til sykepleier som skal ha ansvaret for pasienten.

For pasienten med endokrinologisk problemstillinger skulle ansvarlig sykepleier kontakte innleggende lege som tok imot pasienten og få rapport om pasienten. Ansvarlig sykepleier skulle deretter informere sykepleier som skulle ha ansvar for pasienten. Dette ble imidlertid ikke gjort i denne konkrete saken. Ved det stedlige tilsynet kom det fram opplysninger om at denne rutinen ikke alltid ble praktisert. Det ble sagt at dersom sykepleierne ikke hadde spørsmål til behandlingen, tok de ikke alltid kontakte med lege.

XXXXXX har i ettertid opplyst at det på dagtid i uken var ansvarlig sykepleier som kontakter legen som har tatt imot pasienten og deretter ga rapport til sykepleier som skal ha ansvaret for pasienten. På kvelden og i helgene var det ansvarlig sykepleier på sengepost som tok imot beskjed fra plasseringsansvarlig sykepleier, mens det var sykepleier som skal ha ansvaret for pasienten som kontaktet innleggende lege. XXXXXX har opplyst at rutine for oppmelding av pasient fra akuttmottak til sengepost er endret etter hendelsen, se kap. 4.3.5

4.3.5 Foretakets oppfølging i etterkant av hendelsen

XXXXXX har i sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten opplyst at rapporten er gjennomgått med alle de involverte og de vi hadde samtaler med. Dette har foregått individuelt, i grupper og ved oppfølgingssamtaler. Hendelsen er også tatt opp på flere møter med legene på endokrinologisk avdeling.

XXXXXX har også utarbeidet en hendelsesanalyse der de ulike berørte avdelinger og deres ledere har vært involvert. Det er opplyst at risiko- og forbedringspunktene som fremkom av

hendelsesanalysen samsvarer med temaer som fremkom i den foreløpige rapporten og gjennomgått med foretakets sentrale kvalitets- og pasientsikkerhets utvalg (XXXXXX).

Det er også etablert en arbeidsgruppe i medisinsk divisjon som arbeider med å sikre en mer systematisk oppfølging av pasienter, pårørende og involvert helsepersonell ved alvorlige hendelser.

Det er videre opplyst at det arbeides med å få på plass en kveldsvisitt for pasienter som er innlagt på endokrinologisk sengepost. Det planlegges også en endring av rutineene, slik at endokrinologisk lege skal øke tilstedevakt i helgen fra seks til åtte timer fra og med XXXXXX.

Det er i etterkant av hendelsen utarbeidet en ny og samordnet rutine for oppmelding av medisinske pasienter fra akuttmottak til sengepost. Rutinen innebærer at sykepleier i akuttmottak ringer ansvarlig sykepleier på sengepost om ny pasient og telefonnummer til lege. Deretter skal ansvarlig sykepleier informere sykepleier som skal ha ansvar for pasienten. Det er videre lagt opp til at sykepleier med ansvar for pasienten ringer innleggende lege. Det er et krav at sykepleier alltid skal ringe legen. Dette skal sikre direkte informasjon mellom sykepleier som har ansvar for pasienten og legen som har undersøkt pasienten i akuttmottaket.

XXXXXX har opplyst at det er påbegynt et arbeid initiert av sykehusledelsen som skal sikre at pasienter med både kirurgiske og medisinske problemstillinger blir ivaretatt på en helhetlig og forsvarlig måte i akuttmottaket. Dette arbeidet er planlagt å slutføres i løpet av XXXXXX.

5 Hendelses- og årsaksanalyse

Pasientens blodpropp i arteria mesenterica superior og nedre gren av nyrearterien på venstre side, ble ikke oppdaget før det hadde gått så lang tid at 3 ½ meter av tynntarmen var nekrotisk og måtte fjernes. Etter at pasienten ble operert ca. ett døgn etter innkomst på sykehuset, viste det seg at livet ikke var mulig å redde.

Blodpropp i arteria mesenterica superior er sjelden, og kan være en vanskelig diagnose å stille. Pasienten hadde ikke helt klassiske risikofaktorer for en slik tilstand, som for eksempel høy alder og/eller atrieflimmer. Fokus rettet mot pasientens diabetessykdom og ikke magesmertene primært, kan ha bidratt til at involvert helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad og tidnok, vurderte andre diagnoser som årsak til magesmertene. En antakelse om at smertene kunne ha en sammenheng med pasientens kreftdiagnose skal også ha bidratt til at årsaken til de meget kraftige magesmertene ikke ble undersøkt grundigere på et tidligere tidspunkt. Flere faktorer bidro til dette.

Nedenfor følger en nærmere analyse av hvordan hendelsen kunne skje.

5.1 Hendelsesanalyse

Pasienten innkom med kraftige magesmerter, kvalme og oppkast. Magesmertene hadde startet helt plutselig, og pasienten kunne angi starttidspunkt på minuttet. I hele forløpet videre hadde han kraftige magesmerter som tidvis ble dempet noe med morfin, men som tidvis også skåret høyt på smerteskår (8-10 på VAS), når morfineffekten var liten. Luftavgang og diaré talte imot ileus, men kunne tale for ulcus perforans (magesår som går tvers gjennom veggen) eller akutt iskemi (nedsatt blodforsyning) i tarm. Ulcus perforans og ileus kan bekreftes på røntgen oversikt abdomen. For å påvise tarmiskemi må det gjøres CT med kontrast, og helst CT angiografi for å se hvor sirkulasjonen er truet eller opphevet.

En pasient med kraftige magesmerter må tilses av kirurg tidlig for å få best mulig vurdering, og sikre at riktig diagnostikk iverksettes. Dersom tarmen er viabel ved operasjon, og det foreligger mistanke om emboli, kan det gjøres angiografi på operasjonsstuen og vurderes embolektomi. Dette kan bare i noen få tilfeller gjøres, men er ikke alltid nok til å redde tarmen. Hvis dette ikke kan gjøres, må syk tarm fjernes. Dersom det er for lite viabel tarm igjen etter en reseksjon, er det ikke forenlig med liv. Da lukkes pasienten operasjonssår uten at det gjøres noe, og pasienten vil dø etter kort tid. Ofte vil tarmen være gangrenøs og måtte fjernes. Dersom det vil være nok tarm igjen til at pasienten kan leve videre, vil tarmen fjernes. Dersom pasienten har blitt veldig syk før tarmen fjernes, vil han likevel kunne dø, på tross av operasjonen.

Ved innleggelse var «magesmerter, kvalme og oppkast» problemstillingen. I ambulansen ble det målt et høyt blodsukker (30 mmol/L). Pasienten hadde en kjent diabetes type 2. Med problemstillingen meget kraftige, plutselig innsettende magesmerter som hovedproblemstilling ville det vanlige vært å legge pasienten på (gastro-) kirurgisk avdeling. Dersom det var andre grunner til å legge pasienten inn på en annen avdeling, her medisinsk avdeling, burde problemstillingen med magesmertene allikevel vært vurdert av lege med spesiell kompetanse på akutt abdomen på et tidlig tidspunkt.

5.2 Årsaksanalyse

5.2.1 Triagering og pasienttilhørighet

Det har ikke lyktes å identifisere hvor beslutning om at pasienten skulle på medisinsk avdeling ble tatt. Triagesykepleier har ikke dokumentert noe om dette. Vi finner heller ikke at triagelege har vurdert eller tatt beslutning om dette.

Det var en lege på lungemedisinsk avdeling som hadde blitt kontaktet av pårørende i forkant av innleggelsen, og som rekvirerte ambulansetjeneste. Dette er en mulig forklaring på at pasienten ble vurdert til å skulle innlegges primært på medisinsk avdeling. Det er også mulig at det høye blodsukkeret som ble målt i ambulansen var medvirkende til at medisinsk avdeling ble vurdert som riktig avdeling. Hvorfor kirurgisk avdeling ikke ble vurdert som aktuell, er ikke dokumentert. Det fremkom heller ikke opplysninger om dette under det stedlige tilsynet. Vi har ikke funnet at triagesykepleier, triagelege eller noen annen med spesifikk funksjon bestemmer og dokumenterer beslutning om hvilken avdeling pasienten skal til primært ved akutt innleggelse.

I intervjuene ble det angitt at, dersom man hadde valgt «Triageskjema 33 - Magesmerter hos voksne» ville ikke pasienten fått høyere prioritet enn tilsyn av lege innen 60 minutter, siden pasienter med sterke magesmerter får denne hastegraden etter MTS. Dette viser imidlertid svakheten ved bruk av MTS, da pasienter kan ha mer enn en sykdom samtidig, og det er derfor viktig at man fra helsepersonellet sin side, utreder pasienten med tanke på begge disse tilstandene samtidig. Det ville, i denne sammenheng, si at man utreder og behandler pasienten i forhold til både det forhøyede blodsukkeret og hans sterke magesmerter. Ved kun å utrede og behandle en aktuell mulig diagnose, kan man overse andre viktige diagnoser og dermed unngå å gi pasienten forsvarlig behandling.

Etter det vi kan se er det ikke beskrevet om eller hvem som tar beslutning eller revurdering av avdelingstilhørighet. Vi kan ikke se at det finnes retningslinjer eller beskrevne rutiner for hvor dette skal gjøres og hvem som har ansvaret.

5.2.2 Manglende rekvirering av CT og manglende tilsyn av kirurg i akuttmottaket

I denne saken kan det stilles spørsmål om hvorfor ikke teamleder eller overlege ble konsultert, og hvorfor det ikke ble bestilt kirurgisk tilsyn.

Mottakende LIS (primærvakt) i akuttmottaket oppfattet at pasienten hadde kreft og at han hadde høyt blodsukker og mistenkte mulig DKA. Pasientens magesmerter ble tilskrevet DKA, og det ble ordinert morfin «x fler». Pasienten kan derfor ha fått såpass god effekt av morfin at magesmertene ikke var så uttalte da journalopptaket skjedde, slik at det ble vurdert at nytt legetilsyn ved vedvarende magesmerter var tilstrekkelig.

Mottakende LIS i akuttmottaket ba ikke om kirurgisk tilsyn, og konfererte ikke med tertiærvakt, men bestilte et vanlig røntgen oversikt abdomen som ikke viste ileus. Et slikt røntgenbilde kan ikke vise den tilstanden pasienten viste seg å ha. For å påvise tilstanden må det tas CT med kontrast, helst CT angiografi. Årsaken til at det ikke ble vurdert, kan være at tilstanden ikke ble mistenkt. Årsaken til det igjen, kan være at indremedisinsk kompetanse og fokus ikke umiddelbart vurderte dette som en mulig differensial diagnose. Av samme årsak ble det heller ikke bedt om kirurgisk tilsyn. Det er usikkert om det kan forventes at indremedisinsk primærvakt har kompetanse til å forstå at dette ikke var avklarende. Det var heller ingen føringer for hvilke situasjoner det alltid skulle tilkalles overlege eller tilsyn fra annen spesialitet i situasjoner der det var problemstillinger og symptomer som kunne ha sin årsak i flere ulike fagområder. Det var opp til den enkelte LIS å selv bedømme om hun/han skulle tilkalle overlege eller kollega fra annet fagområde enn sitt eget.

Det ble brukt NEWS skårskjema. Det ble ikke så høy skår at det tilsa spesielle tiltak. Dette skjemaet passer imidlertid dårlig for kirurgiske problemstillinger som krever rask intervensjon. Disse pasientene rekker ofte ikke å utvikle en høy skår før de helst bør være operert. I skjemaet står det at pasienter med kraftige magesmerter skal tilses av kirurg. Dette står ikke så godt synlig i skjemaet, og det ble ikke gjort her. En tidlig involvering av kirurgisk kompetanse ville med relativt stor sannsynlighet ført til tidligere og mer adekvat diagnostikk av abdomen.

5.2.3 Overføring av opplysninger om oppfølging av pasienten

I denne hendelsen var det laget et journalnotat fra helsehjelpen i akuttmottaket om videre observasjon og behandling av pasienten. Sykepleier som overtok ansvaret for pasienten, leste journalnotatet. Det var allikevel ikke klart for sykepleieren at dersom magesmertene vedvarte, måtte kirurg tilkalles for kirurgisk tilsyn. Årsaken til dette kan ha vært at den muntlige rapporten om pasienten ble gitt annen sykepleier, som igjen ikke refererte denne informasjon tydelig videre til sykepleieren som fikk ansvaret for pasienten, og at dette viktige punktet i journalen derfor ikke fikk nødvendig oppmerksomhet.

Sykepleier på nattevakt hadde kort erfaring som sykepleier og hadde mye å gjøre med samtidighet av dødsfall i avdelingen og overbelegg av ikke-nevrologiske pasienter. Dette skapte en samtidighetskonflikt og kan ha medvirket til at det var vanskelig for involverte sykepleiere å fange opp behovet for å observere pasienten, og be om nødvendig tilsyn av lege. Grunnet stort arbeidspress hadde hun heller ikke anledning til å se i journalen selv, og mistet da muligheten til å fange opp denne opplysningen der.

Sengeområde XXXXXX deles mellom pasienter med endokrinologiske og nevrologiske problemstillinger, og det gjør at sykepleierne på sengeposten har ansvar for oppfølging og behandling av både nevrologiske og medisinske/endokrinologiske pasienter. Det kan tenkes at forskjellige rutiner for rapportering av nevrologiske og endokrinologiske pasienter mellom

akuttmottak til sengeområde XXXXXX, har bidratt til at sykepleieren i dette tilfelle ikke kontaktet lege i akuttmottaket, slik rutinen tilsier. Dermed ble ikke opplysningene om observasjon av eventuelle vedvarende magesmerter fanget opp, forstått eller oppfattet som relevant.

5.2.4 Videre oppfølging av pasienten på sengepost og fortsatt manglende legetilsyn

Det er uklart hvorfor sykepleier ikke kontaktet lege om pasientens vedvarende magesmerter, før ut på morgenkvisten. Sykepleier på sengepost oppfattet smertene som cancerbetingede, og tenkte ifølge sin forklaring at dette ble bekreftet av at morfin var forskrevet «x fler», det vil si uten begrensning i antall ganger. Lege i akuttmottaket som hadde forordnet dette, har i ettertid ingen forklaring på hvorfor dette ble gjort slik. En forklaring kan være at det ble forordnet ganske små doser som måtte gjentas inntil tilfredsstillende effekt. Dette kunne teoretisk blitt mange ganger og en antallsbegrensning kunne derfor virket lite hensiktsmessig for ordinerende lege. En annen forklaring kan ha vært at pasientens krefttilstand ble for sterkt vektlagt som bakgrunn for den liberale smertebehandlingen.

Sykepleiere på sengepostene hadde primært ansvar for, og opplæring i, å observere og pleie pasienter med nevrologiske og endokrinologiske tilstander. De hadde også en del erfaring med generelle indremedisinske tilstander. Observasjon av akutt abdomen var ikke en vanlig del av deres opplæring eller arbeidsoppgaver. At pasienten ble liggende uavklart gjennom natten med relativt sterke magesmerter, kan ha sammenheng med at de ikke hadde erfaring med smerter på bakgrunn av kirurgiske tilstander og ikke oppfattet pasientens sterke magesmerter som en hovedproblemstilling, men koblet disse til de problemstillingene de var vant med i avdelingen, nemlig pasientens høye blodsukker og kreftsykdom.

Faktorer av betydning for at lege ikke så pasienten etter overgang til sengepost, kan også være at det ikke fantes noen legebemannning på sengeposten om kvelden etter kl. 17.00 og at vaktordningen for tertiæravakt nylig var redusert, og avskaffet helt fra kl. 21.00 til neste dag. Det var således ingen lege på sengeposten som kunne følge opp pasienten rutinemessig. Dette forutsettes gjort av legene i vaktteamet eller på medisinsk overvåking (XXXXXX), på initiativ fra sykepleier på sengepost. Rutinen forutsatte at sykepleier på sengepost skulle kontakte legen som gjorde innkomstundersøkelsen, når pasienten kom til sengeposten. Dette ble ikke gjort. Videre var rutinen slik at sykepleier i det videre forløpet selv skulle vurdere om det igjen var behov for å konferere med lege. Dette forutsetter at sykepleier forstår hvor dårlig pasienten er. I dette tilfelle var pasienten innkommet tidligere på kvelden, og sykepleier natt forutsatte at lege var konferert med ved innkomst på sengetunet. Det kan også være at sykepleier dessuten hadde mye å gjøre og ikke nok erfaring til å reagere på pasientens vedvarende magesmerter og høye blodsukker, når smertelindring og insulinbehandling ikke så ut til å ha effekt. Pasientens alvorlige tilstand ble i derfor ikke erkjent og forstått og lege ikke tilkalt i tide.

5.2.5 Oppfølging av legene på endokrinologisk sengepost om morgenen XXXXXX

Sykepleier på sengeposten på morgenen XXXXXX oppfattet pasienten som veldig dårlig og forsøkte å få legene som hadde ansvaret for sengeposten på dagtid til å prioritere å se til pasienten, da de kom til posten for å gå previsitt. Legene ville vente til etter previsitten, slik at de kunne sette seg inn i de ulike pasientenes journal mv.

Legene på sengeposten har ikke morgenmøte med rapport om innkomne akuttpasienter før de går til previsitt/visitt. Det kan forklare at de ikke visste at det var en dårlig pasient inneliggende som burde tilses raskt. Dersom det ikke er hjertestans eller liknende, vil de

vanligvis også lese journal og få rapport om pasienter som skal tilses, for at de skal vite litt om pasienten før de tilser ham/henne. I dette tilfellet hadde legene fått vite at kirurg var blitt kontaktet og skulle se på pasienten, når CT var tatt. Det lå trolig ingen vesentlig forsinkelse i diagnostikk eller behandling i dette, men sykepleier og pårørende var misfornøyd med at ikke legene kom med det samme, og det skal bemerkes at leges ansvar i behandlerrelasjoner med pasienter er videre enn det rent kurative.

6 Aktuelt regelverk

6.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om helseforetaket har gitt forsvarlig helsehjelp, og om helseforetaket har rutiner som sikrer forsvarlig helsehjelp i tilsvarende situasjoner. Her presenterer vi det regelverket som er relevant for å vurdere dette. De aktuelle bestemmelsene er sitert i vedlegg til rapporten.

6.1.1 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. 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.

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. Det som står sentralt er hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i en konkret situasjon på bakgrunn av egne kvalifikasjoner, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon.

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, tiltak som sikrer tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet og nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene.

6.1.2 Nærmere om internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og virksomhetenes plikt til å foreta systematisk kvalitets- og pasientsikkerhets arbeid (internkontroll). Dette synliggjøres i helsetilsynsloven § 3 og i tidligere forskrift om internkontroll i helsetjenesten § 4, som gjaldt på hendelsestidspunktet. 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.

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.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal bidra til faglige forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Virksomheten skal blant annet ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og der det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten. Dette innebærer at virksomheten skal ha den oversikten som er nødvendig for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av helselovgivningen. Det fremkommer også i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a at enhver som yter helsetjenester pålegges å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

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

6.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

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

6.3 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser

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

6.4 Plikt til å informere pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 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, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd.

6.5 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat

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

Formålet med varselordningen er å bidra til en bedre og raskere 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.

7 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp under oppholdet i akuttmottaket og på endokrinologisk sengeområde på XXXXXX, og om helseforetaket har rutiner som sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner.

Vurdering av enkeltpersonell

Statens helsetilsyn har kommet fram til at det sentrale i denne saken er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp til pasienter med uavklart problemstilling eller flere mulige diagnoser. Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn til å vurdere administrativ reaksjon mot noe enkelt helsepersonell. Bakgrunnen for dette er at den enkeltes handling vurderes i stor grad som et resultat av manglende styring eller systemsvikt på området. Her viser vi til det som fremkommer nedenfor under kapittel 7.2, der vi har vurdert om XXXXXX sikrer en forsvarlig håndtering av pasienter med uklare eller flere mulige diagnoser. Vår vurdering av enkeltpersonells handlinger i de ulike faser av hendelsesforløpet inngår imidlertid i våre enkelte vurderinger.

Helsehjelpen som ble gitt før innleggelsen på XXXXXX

Pårørende har vært opptatt av at det tok lang tid før ambulansen kom, og at de ikke ble hørt da de ringte til AMK og purret på ambulansen. Statens helsetilsyn har innhentet dokumentasjon og utskrift av lydlogg fra denne fasen av hendelsesforløpet, og ut fra disse opplysningene ikke mistanke om at det foreligger svikt ved helsehjelpen som gir grunn til en nærmere gjennomgang. Vi har derfor ikke vurdert denne delen av forløpet nærmere i rapporten.

Pårørende har også reagert på at de ikke fikk kontakt med Kreftklinikken på de telefonnumrene de hadde fått oppgitt i forbindelse med den nylig oppstartede kreftbehandlingen. Her vil vi generelt bemerke at det er viktig at informasjonen som gis alvorlig syke pasienter er tydelig om hvor de skal henvende seg med akutte problemstillinger.

Vi har vurdert følgende:

Ga XXXXXX pasienten forsvarlig helsehjelp?

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

- Fikk pasienten forsvarlig oppfølging i akuttmottaket?
- Var håndteringen ved overføring av pasienten til sengeområde XXXXXX forsvarlig?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp på sengeområdet XXXXXX?

Sikrer XXXXXX en forsvarlig håndtering av pasienter med uklare eller flere mulige diagnoser?

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

- Sikrer XXXXXX at pasienter som legges inn med både medisinsk og kirurgisk problemstilling får forsvarlig oppfølging? Dette innebærer også en vurdering av hvordan denne pasientgruppen fordeles mellom de ulike avdelinger/selskjoner/enheter.

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

7.1 Ga XXXXXX pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXXXX ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp i akuttmottaket og på endokrinologisk sengepost. Videre har vi kommet til at håndteringen ved overføring av pasienten fra akuttmottaket til sengeområde XXXXXX ikke var forsvarlig. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

7.1.1 Fikk pasienten forsvarlig oppfølging i akuttmottaket?

Forventninger til god praksis når uavklarte pasienter blir lagt inn i akuttmottaket

Problemstillingen akutt abdomen

Når en pasient blir lagt inn med plutselig innsettende sterke magesmerter, kvalme og oppkast, bør pasienten tilses av kirurg snarest mulig for å utelukke kirurgisk livstruende årsak til symptomene.

Magesmerter kan sees i forbindelse med diabetisk ketoacidose (DKA). Dette forekommer hovedsakelig hos pasienter med diabetes mellitus type 1. Det er sjelden DKA forekommer hos pasienter med diabetes mellitus type 2, selv om det kan forekomme.

Kraftige magesmerter kan skyldes ileus, men luftavgang og diare kan tale imot dette. Kraftige magesmerter kan videre oppstå ved ulcus perforans eller akutt iskemi i tarm. Ulcus perforans eller ileus kan bekrefte/avkrefte på røntgen oversikt abdomen, mens tarmiskemi kan bekrefte med CT abdomen m/kontrast, og helst også CT angiografi. CT abdomen er derfor bedre egnet til å stille diagnosen ved akutte sterke magesmerter. Det vanlige ved kraftige magesmerter er å legge pasienten inn på kirurgisk avdeling.

Ved sterke akutte magesmerter er det viktig å tidlig stille riktig diagnose for å sikre at pasienten videre i forløpet blir fulgt opp i riktig spor og på riktig måte, kirurgisk og/eller medisinsk. For å unngå forsinkelse i diagnostikk og behandling av livstruende tilstander, skal akutte magesmerter avklares før en pasient overflyttes fra akuttmottak til et sengeområde. Dersom årsaken ikke lar seg avklare, skal det lages en plan for videre observasjon og oppfølging, slik at det er klart for den som overtar ansvaret for pasienten, hva som skal observeres og når lege igjen skal kontaktes.

NEWS kan bidra til å sikre systematisk observasjon av pasienter som blir lagt inn i akuttmottak, slik at eventuell forverring av tilstanden kan fanges opp så tidlig som mulig. XXXXXX sin egen prosedyre angir at lege skal kontaktes ved NEWS på 5-6 eller 3 i en parameter. Monitorering skal også vurderes, og det skal foretas ny måling etter 1 time eller etter forordning av lege.

Dersom pasienten også har andre mulige problemstillinger som kan tilskrives de sterke magesmertene, bør problemstillingen med kraftige magesmerter uansett vurderes av lege med spesiell kompetanse på akutt abdomen, dersom det er aktuelt å legge pasienten inn på en annen avdeling enn kirurgisk post. Pasienten legges inn på den avdeling som ivaretar pasientens hovedproblemstilling best.

Ved diagnosen akutt abdomen skal pasienter ha store nok doser smertestillende legemidler, herunder morfin, for å ha god effekt. Dette forutsetter at utredning skjer samtidig. Diagnostikken må ikke avblåses eller utsettes unødige, når man har gitt smertestillende for en uavklart tilstand. Det er nødvendig med intensivt diagnostikk så lenge pasienten trenger smertelindring ved morfin. Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at pasienter med sterke magesmerter ikke skal ha så store mengder smertestillende legemidler at disse maskerer smertene før det tas stilling til undersøkelse og behandling. Fordi morfin er et potent medikament, stilles det særlig strenge krav til hvordan dette skal ordineres. For å unngå overdosering skal angivelse av enkeltdose/hypypighet fremgå av ordineringen. Det bør også angis nærmere når lege skal kontaktes.

Oppfølging av pasienter med spørsmål om DKA og akutte magesmerter

DKA er en akutt livstruende tilstand, som skyldes alvorlig insulinmangel, som igjen fører til forhøyet blodsukker (hyperglykemi), eksessiv fettnedbrytning (lipolyse) og ukontrollert

fettsyre oksidering med påfølgende produksjon av ketosyrer slik som aceton, hydroksybutyrat og acetoacetat.

Magesmerter, kvalme og oppkast kan oppstå i forbindelse med DKA. Hos pasienter med diabetes mellitus type 2, er det sjelden at det oppstår DKA, men det kan forekomme. Årsaken kan for eksempel være infeksjon, bruk av legemidler som steroider, for lav insulindosering, nyoppdaget diabetes, akutt hjerteinfarkt, traume, akutt bukspyttkjertelbetennelse (pankreatitt) mv.

Vanlige symptomer på DKA, er økt tørste og økt vannlating, vekttap, slapphet og dyp respirasjon, mens magesmerter, økt matlyst og synsforstyrrelser også kan forekomme. Kvalme og brekninger forekommer hos mange av pasientene, og magesmerter forekommer hos ca. 30 %; særlig hos barn, men også hos voksne. «Kaffegrutliknende» oppkast, vanligvis fra betennelse i mageslimhinnen, forekommer hos 25 % av de pasientene som kaster opp. Ofte vil det lukte aceton (fruktaktig) av pasientens ånde.

For raskest mulig å stille diagnosen DKA, bør det at det tas en arteriell blodgass. Definisjonsmessig skal pH være under 7,30 og bikarbonat være under 19 mmol/L, samtidig som glukose skal være forhøyet og det skal være påvist ketoner i urin.

Magesmerter som følge av DKA kan være sterke og forbundet med utvidelse av buken, ileus og palpasjonsømheter uten slippømheter. Symptomene vil vanligvis avta relativt raskt med behandling, med mindre det er underliggende sykdom i buken.

Da det også kan foreligge andre årsaker til akutte magesmerter enn DKA, bør andre årsaker til magesmerter undersøkes, dersom det er fravær av alvorlig surhetsgrad i blodet (acidose) og smertene vedvarer etter at ketoacidosen er avhjulpet.

Vurdering

Innleggelsesårsaken var akutte magesmerter og pasienten hadde kvalme og oppkast. I ambulansen ble det målt et høyt blodsukker (30 mmol/L). Det var kjent at pasienten hadde en diabetes mellitus type 2, som han ble behandlet for. Pasienten hadde også nettopp startet opp med kreftbehandling, som inkluderte bruk av steroider i forbindelse med kur, og som kunne forklare hans forhøyede blodsukker. Ved innleggelsen hadde ikke pasienten typiske symptomer på DKA, slik som økt tørste og vannlating, vekttap, slapphet og dyp respirasjon. Pasienten hadde kun magesmerter, og det ble tatt venøs blodgass som viste at pasienten ikke hadde DKA. Pasientens magesmerter kunne derfor ikke forklares av at han skulle ha DKA.

Triagesykepleier anga kontaktårsak som «magesmerter, oppkast, diare». Pasienten ble av triagesykepleier allikevel triagert etter «Triageskjema 10 – Diabetes» til prioritet 3, det vil si legetilsyn innen 60 minutter. Da triagelegen tilså pasienten etterpå, ga han pasienten høyere prioritet enn ved første gangs triagering av sykepleier, slik at pasienten skulle tilses av lege innen 30 minutter, og han stilte spørsmål ved om pasienten hadde delvis passasjehinder i tarmen. Det legges derfor til grunn at triagelegen hadde mistanke om at pasienten kunne ha en akutt tilstand i buken, og det vurderes som god praksis at pasienten på dette tidspunktet ble triagert «opp». At pasienten helt fra starten ble vurdert med en medisinsk problemstilling kan imidlertid ha bidratt til at han ikke ble vurdert eller tilsett av lege/kirurg med spesiell kompetanse på akutt abdomen, mens han var i akuttmottaket.

Anestesisykepleier i akuttmottaket journalførte at pasienten hadde «sterke smerter i magen» og anga disse til 10 på smerteskalaen (VAS). Første NEWS-skår var på 3 på bakgrunn av at pasienten hadde en pustefrekvens på åtte per minutt. Det legges til grunn at pasienten fortsatte å ha sterke magesmerter etter ankomst til akuttmottaket. Det var derfor sentralt å følge opp dette i forhold til videre diagnostikk og behandling. Ifølge XXXXXX sine egne rutiner for NEWS, skulle en skår på 3, gjort at sykepleier kontaktet tertiærvakt (overlege). Dette ble ikke gjort, men det ble anført at pasienten skulle tilsees igjen etter en time. Det at overlege ikke ble kontaktet og at det ikke ble foretatt ny NEWS-skår til riktig tidspunkt, var i strid med XXXXXX sine egne retningslinjer, og vurderes av Statens helsetilsyn for å være i strid med god praksis.

Pasienten ble kort tid etter tatt imot av LIS 3. Pasienten forklarte at han hadde fått akutte magesmerter kl. 13.15 samme dag, og ved undersøkelsen var han smertepåvirket og ville helst ligge i ro. Det fremgår også at abdomen var diffust øm da legen kjente på magen, og at det var sparsom, men normale tarmlyder. Pasienten hadde hatt avføring og luftavgang samme dag, og det er beskrevet løs avføring.

Pasienten hadde forhøyet blodsukker på 28,4 mmol/L. LIS 3 tolket tilstanden som hyperglykemi uten ketoacidose. Pasienten hadde med andre ord forhøyet blodsukker ved innkomst, uten DKA. Det legges derfor til grunn at det i tilknytning til problemstillingen om pasientens høye blodsukker ble stilt korrekt diagnose, og at pasienten fikk forordnet insulininfusjon i samsvar med god praksis for sitt forhøyede blodsukker.

I lys av at pasienten ble vurdert til ikke å ha DKA, var det ikke avklart hva som kunne forklare pasientens magesmerter. Smertene hadde opprinnelig oppstått akutt, og pasienten hadde fått repeterte doser med morfin intravenøst, med kun kortvarig effekt. Dette talte for at pasienten kunne ha en alvorlig, underliggende tilstand i abdomen. Til tross for dette, fremgår det ikke at LIS som undersøkte pasienten konfererte med medisinsk tertiærvakt (overlege) eller kirurg for å avklare pasientens videre diagnostikk eller behandling. Pasientens magesmerter ble i stedet fulgt opp med klinisk undersøkelse og røntgen oversikt abdomen, der røntgenbildene ikke viste tegn på ileus. Det at røntgen oversikt abdomen ikke tydet på at årsaken til pasientens magesmerter var ileus, utelukket ikke at pasienten kunne ha en annen alvorlig tilstand i abdomen. God praksis i den situasjonen ville etter vår vurdering vært å rekvirere CT abdomen, siden pasienten fortsatt hadde uavklarte, sterke magesmerter. Videre hadde god praksis vært å konferert med kirurg og/eller radiolog.

Statens helsetilsyn mener derfor at innleggelsesårsaken, kraftige, plutselig innsettende magesmerter, burde vært lagt til grunn som hovedproblemstillingen for denne pasienten, da han ble innlagt, uavhengig av kreftdiagnosen og det høye blodsukkeret. Det tilsier plassering i kirurgisk linje/avdeling og vurdering av kirurg. Dersom det var andre grunner til å legge pasienten på en annen avdeling, her medisinsk avdeling, skulle det uansett vært sørget for et kirurgisk tilsyn av pasienten, før eller i nær tilknytning til at pasienten ble overflyttet til sengeområde. I stedet journalførte LISen at det skulle bes om kirurgisk tilsyn, dersom pasientens magesmerter vedvarte og pasienten hadde manglende avføring/luftavgang. Opplysningene som ble angitt i journalen måtte i den konkrete situasjonen anses som viktige/kritiske opplysninger og forutsatte at de som skulle følge opp pasienten videre hadde kompetanse, erfaring og forståelse for hvordan dette skulle følges opp. LIS ordinerte 2,5 mg morfin intravenøst «x fler» uten nærmere angivelser. Den vide ordinasjonen la til rette for fortløpende bruk av morfin, utenfor definerte rammer, uten at det samtidig ble sørget for intensivert diagnostikk for å få klarlagt årsaken til magesmertene. Den vide ordinasjonen kan

også ha bidratt til å gjøre det vanskeligere å observere pasientens magesmerter senere i forløpet på sengepost.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at den samlede oppfølgingen pasienten fikk i akuttmottaket ikke var i tråd med god praksis. Det skulle vært sørget for at pasienten ble tilsett av kirurg siden pasienten tilstand var uavklart. Avviket er samlet sett så stort at vi vurderer det som uforsvarlig.

Pasientens symptomer med sterke magesmerter tilsa at pasienten skulle vurderes med hovedproblemstilling «akutt abdomen». At pasienten ble triagert/vurdert etter «Triageskjema 10 – Diabetes», kan ha bidratt til at pasienten helt fra starten ble vurdert med medisinsk problemstilling uten at behovet for tilsyn av tilsyn av lege/kirurg med spesiell kompetanse på akutt abdomen, ble erkjent.

7.1.2 Var håndteringen ved overføring av pasienten til sengeområde XXXXXX forsvarlig?

Forventninger til god praksis ved overføring av pasient til sengeområde

Ved overføring av pasienter mellom enheter eller mellom helsepersonell, skal den som har hatt ansvaret for behandlingen gi informasjon om pasienten og hvilke planer som er lagt for det videre løpet. Informasjonsoverføringen skal skje i den form som er hensiktsmessig, både skriftlig og muntlig, og aller helst ved direkte kommunikasjon mellom den som har hatt ansvaret for pasienten til den som overtar ansvaret. Skriftlig dokumentasjon for undersøkelse, utredning og behandling, skal i utgangspunktet følge pasienten og være tilgjengelig for den som overtar ansvaret etter flytting.

Det skal være klart for den som overtar ansvaret for den videre oppfølgingen hva som skal observeres, når lege igjen skal kontaktes og hvilken lege dette er. Den som overtar ansvaret skal sette seg inn i det som er dokumentert fra behandlingsforløpet så langt, og om nødvendig ta kontakt med behandlingsansvarlig lege for avklaringer, dersom noe fremstår som uklart.

Vurdering

LIS 3 journalførte helsehjelpen som ble gitt i akuttmottaket, og la en videre plan for observasjon og behandling av pasienten. Det var journalført at det skulle bes om kirurgisk tilsyn, dersom pasientens magesmerter vedvarte og pasienten hadde manglende avføring/luftavgang.

Den muntlige informasjonsoverføringen foregikk ikke ved direkte kommunikasjon mellom lege i akuttmottaket og sykepleier som hadde ansvaret for oppfølgingen av pasienten på sengepost, noe rutinen heller ikke tilsa. Ansvarlig sykepleier på sengepost leste heller ikke i journalen. Opplysningen i legejournalen om at pasienten skulle ha kirurgisk tilsyn ved vedvarende magesmerter ble følgelig ikke fanget opp og gitt nødvendig oppmerksomhet.

Etter Statens helsetilsyns vurdering fremstår informasjonsoverføringen mellom involvert helsepersonell i forbindelse med overflytting fra akuttmottaket til sengeposten og ved vaktskiftet på sengeposten to timer senere, som tilfeldig, lite systematisk og uten tilstrekkelig problematisering av pasientens magesmerter, som fortsatt måtte anses som sentral problemstilling. Informasjonsoverføringen var etter Statens helsetilsyns vurdering utenfor god praksis.

Delkonklusjon

Håndteringen ved overføring av pasienten fra akuttmottaket til sengepost var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra god praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig. Mangelfull informasjonsoverføring rundt denne pasienten var etter Statens helsetilsyns vurdering medvirkende til at pasientens kraftige magesmerter heller ikke ble fulgt opp på sengeposten (se nedenfor).

7.1.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp på sengeområdet XXXXXX?

Statens helsetilsyn har nedenfor vurdert oppfølgingen av pasientens magesmerter og blodsukker på sengeområde XXXXXX.

Forventninger til god praksis for inneliggende pasienter på sengepost

Når en pasient fortsetter å ha sterke magesmerter, uten at årsaken til dette er avklart, skal sykepleiere på sengepost ta kontakt med vakthavende lege for å få avklart situasjonen.

Regelmessig observasjon av pasient er en forutsetning for forsvarlig behandling. Helsepersonell som administrerer legemidler til en pasient skal ha informasjon om hvilke observasjoner som skal gjøres, og gi tilbakemeldinger på eventuell manglende effekt. Det skal være klart for sykepleierne, når lege igjen skal kontaktes.

Dersom det er lagt plan for hvordan pasienten skal observeres og behandles, skal denne følges. Dersom det blir behov for å fravike denne, skal lege kontaktes for ny vurdering og videre avklaring. Dersom det er behov for å vurdere smerter som symptom på en uavklart tilstand eller for å følge utviklingen i et pasientforløp, skal smertelindringen skje innenfor definerte rammer, slik at smertelindringen ikke kamuflerer en forverring av tilstanden.

Vurdering av oppfølgingen av pasientens magesmerter

Pasienten hadde gjennom natten fortsatt sterke magesmerter og fikk gjentatte doser med morfin intravenøst, uten annet enn forbigående effekt på smertene. Til tross for dette ble ikke pasienten tilsett av lege før om morgenen ved 06-tiden. På det tidspunktet ga pasienten uttrykk for sterke smerter. Det hadde da gått 15 timer siden innkomst. Som bakgrunn for at sykepleierne fortsatte å gi ut morfin til pasienten uten å ta kontakt med lege, pekte sykepleierne på at morfin var ordinert som 2,5 mg morfin intravenøst «x fler» uten at det var angitt hvor mange ganger sykepleier kunne gi dette før lege skulle kontaktes.

Den vide ordinasjonen la til rette for å gi smertelindring som kunne kamuflere smerte som signal på alvorlig sykdom. Samtidig er det vår vurdering at sykepleierne på endokrinologisk sengeområde, skulle tatt kontakt med vakthavende lege på et tidligere tidspunkt da pasientens smerter vedvarte, til tross for at han fikk gjentatte doser med morfin. Etter Statens helsetilsyns vurdering var det utenfor god praksis å ikke sørge for at pasientens vedvarende magesmerter ble vurdert av lege på et tidligere tidspunkt.

Da sykepleierne på endokrinologisk sengepost tok kontakt med primærvakt (LIS 4) på morgenen, ble det iverksatt videre diagnostiske tiltak. LIS 4 undersøkte pasienten og fant at pasientens mage var diffust øm og at det var slippømheter i nedre del av magen. Han rådførte seg med vakthavende gastrokirurg, som anbefalte at han rekvirerte CT abdomen. Vakthavende gastrokirurg mente det var unødvendig å tilse pasienten før det forelå svar på CT abdomen. Forutsatt at det ble besluttet CT som øyeblikkelig hjelp er dette ikke forsinkende for behandlingen. Det er å foretrekke, av hensyn til de som venter på en avklaring, men må ofte nedprioriteres av hensyn til at kirurgene er opptatt med som operasjon og liknende.

Det gikk fram av røntgenhenvisingen at pasienten ble innlagt på grunn av magesmerter og at det var forverring av disse. Videre var det opplyst om at pasienten hadde fått store doser med morfin uten effekt, at det var sparsomt med tarm motorikk og at pasienten hadde kvalme og oppkast. Til tross for at CT abdomen ble rekvirert kl. 07.13 som øyeblikkelig hjelp, ble det tatt først kl. 09.29. Dette skyldtes at CT abdomen ble omprioritert til prioritet 1 (CT snarest mulig) av røntgenlege, siden rekvirerende primærvakt ikke hadde ringt opp røntgen i forbindelse med øyeblikkelig hjelp rekvireringen, slik rutinen tilsier. Det at røntgenlege omprioriterte CT abdomen fra øyeblikkelig hjelp til prioritet 1 uten å konferere med rekvirerende lege, vurderes å ikke å være i tråd med god praksis. På grunn av dette gikk det over to timer før CT abdomen ble tatt.

Vurdering av oppfølgingen av pasientens høye blodsukker og blodprøvekontroller

Av infusjonsskjemaet fremgår det at insulinmengden pasienten ble tilført varierte fra minimum 10 ml/time klokken 00.42 (2 IE med insulin/time) da blodsukkeret var 16,6 mmol/L til maksimum 20 ml/time kl. 07.30 på morgenen (4 IE med insulin per time) da blodsukkeret var 22,8 mmol/L.

Blodsukkeret var vedvarende forhøyet til tross for insulininfusjonen. Insulininfusjonen som pasienten fikk, var imidlertid helt i samsvar med det som er angitt på infusjonsskjemaet. Ut fra ovenstående insulininfusjonsskjema, kunne ikke sykepleierne gi mer insulin enn 20 ml/t. Det innebar at de ikke kunne gi mer enn 4 IE med insulin per time. Denne mengden insulin hadde imidlertid ikke ønsket effekt.

Til tross for dette, fremgår det ikke av journal at sykepleierne tok noen ytterligere kontakt med lege i løpet av natten vedrørende insulininfusjonen. Pasientens vedvarende forhøyede blodsukker i løpet av natten, og manglende effekt av insulininfusjonen, burde ha ført til at sykepleier konfererte med lege om videre behandling og blodprøvetaking i løpet av natten, særlig i forhold til syre-base. Her viser vi til at det skulle tas henholdsvis kapillær og venøs syre-base til kl. 21.00 og kl. 23.00, men at disse prøvene ikke ble tatt og analysert, fordi det var for lite blod. Det at pasienten hadde diabetes mellitus type 2, utelukket ikke at han kunne utvikle ketoacidose, selv om sannsynligheten var mindre.

XXXXXX angir i sin uttalelse at sykepleier ringte og snakket med lege to ganger i løpet av natten, første gang klokken 03.30 og andre gang kl. 06.00. Men XXXXXX angir ikke hva sykepleier ringte og snakket med lege om, og samtalen og evt. råd/veiledning som ble gitt, er ikke journalført. Disse opplysningene lar seg ikke verifisere og kan derfor ikke legges til grunn når det gjelder dialogen rundt oppfølging av pasientens diabetes.

At det ikke ble fulgt opp om pasientens blodsukker sank, slik det var forventet ut fra den behandlingen som var ordinert, var ikke i tråd med god praksis. Det var heller ikke i tråd med god praksis at blodprøvene ikke ble kontrollert slik de skulle i løpet av natten. Det er også utenfor god praksis for journalføring at det i ettertid ikke er mulig å fastslå hvordan sykepleier og lege samhandlet om pasienten gjennom natten, og hva som eventuelt ble avtalt om videre oppfølging.

Delkonklusjon

At det ikke ble sørget for at pasientens vedvarende magesmerter ble undersøkt av lege med kompetanse på akutt abdomen på et tidligere tidspunkt, var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig.

Omprioriteringen av CT abdomen fra øyeblikkelig hjelp til prioritet 1 uten å konferere med rekvirerende lege, vurderes heller ikke å være i tråd med god praksis. Avvikene fra god praksis er så store at vi vurderer det som uforsvarlig.

Oppfølgingen av pasientens forhøyede blodsukker og uavklarte syre-base status på endokrinologisk sengeområde var ikke i tråd med god praksis. Lege skulle vært kontaktet med tanke på videre behandling da pasientens blodsukker ikke sank som forventet ut fra den behandlingen som var ordinert, og råd og veiledning som ble gitt fra legen vært journalført. Videre skulle pasientens uavklarte syre-base status vært meddelt og nærmere drøftet med lege. Avvikene fra god praksis er samlet sett så store at vi vurderer det som uforsvarlig.

Samlet delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXXXX ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp i akuttmottaket og på endokrinologisk sengepost. Videre har vi kommet til at håndteringen ved overføring av pasienten fra akuttmottaket til sengeområde XXXXXX ikke var forsvarlig. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Etter Statens helsetilsyns vurdering er det en nær sammenheng mellom helsehjelpen som ble gitt og manglende styring på området, se kapittel 7.2 om foretakets tilrettelegging for forsvarlig oppfølging av pasienter med flere mulige diagnoser.

7.2 Sikrer XXXXXX en forsvarlig håndtering av pasienter med uklare eller flere mulige diagnoser?

Statens helsetilsyn har i sin foreløpige vurdering kommet fram til at XXXXXX ikke har tilrettelagt for forsvarlig oppfølging av pasienter som er innlagt med uklare eller flere mulige diagnoser, og under dette magesmerter. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. tidligere internkontrollforskrift i helsetjenesten, som gjaldt på hendelsestidspunktet.

Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

7.2.1 Sikrer XXXXXX at pasienter som legges inn med både medisinsk og kirurgisk problemstillinger får forsvarlig oppfølging?

Forventninger til virksomheten

Akuttmottaket på XXXXXX er landets største akuttmottak målt i antall pasienter som kommer per døgn. Dette gjør at oversikt over pasientene og individuell oppfølging er krevende, og forutsetter fungerende systemer for samhandling og pasientflyt i enda større grad enn på mindre enheter. Størrelse på pasienttilstrømningen skal ikke være av betydning for kvaliteten på helsehjelpen som tilbys. Skriftlige føringer må forankres på rett nivå/høyt nok i organisasjonen, og gjøres kjent for alle som prosedyren gjelder for.

Virksomheten må sikre at pasienter med akutte tilstander som legges inn i akuttmottaket blir sikret rett kompetanse til rett tid. Sikring av nødvendig klinisk kompetanse, når en pasient blir lagt inn i akuttmottaket, skal inngå i virksomhetens styringssystem. Det kreves spesiell

kompetanse ved diagnostisering av akutte magesmerter, spesielt når pasienten også har andre grunnleggende medisinske tilstander som også kan forklare magesmertene.

Det ligger som en forutsetning i utdanningsløpet for LISer at de skal konferere med overlege ved behov. Det forutsetter imidlertid at LIS selv forstår at det er behov for å rådføre seg med annen lege. For å redusere risiko for skade på pasient skal fagmiljøene identifisere særlig risikofylte situasjoner innenfor sitt behandlingstilbud og vurdere om det er behov for forebyggende tiltak. Å ha føringer for «skal-situasjoner» der LIS alltid skal konferere med overlege eller med lege fra annet fag, kan være et slikt tiltak.

Dersom det er behov for å overføre pasienter til sengepost før tilstanden er avklart, er det viktig at pasientene fortsatt følges opp og observeres med tanke på differensialdiagnoser. Dette innebærer at viktig informasjon må være tydelig kommunisert og forstått av mottaker, og at intensivering av diagnostikken blir prioritert.

Overføring av kritisk og viktig informasjon knyttet til den videre oppfølging av pasienten skal gis ved skriftlig nedtegnelse i journal og bør også gis muntlig av lege som har undersøkt pasienten i akuttmottaket. Det er derfor viktig at virksomheten legger til rette for og sikrer at etablerte rutiner for overføring av opplysninger mellom akuttmottak og sengepost er kjent, forstått og blir etterlevd. Særlig viktig er dette der det er mange ulike personer involvert i pasientforløpet med fare for at ingen tar det overordnede ansvaret for observasjoner, og behandling og viktige beskjeder kan forsvinne ved at informasjonsinnhentingen går gjennom mange ledd. Der det er mulig skal føringene for informasjonsutveksling legges opp til at opplysninger kommuniseres direkte og gjennom færrest mulig ledd.

Vurdering

I denne saken fikk pasienten forsinket diagnostikk og behandling og ble liggende på sengepost hele natten uten tilsyn av lege eller kirurg, til tross for at pasienten hadde sterke magesmerter gjennom hele natten. Oppfølgingen av pasientens blodsukker og blodprøvekontroller på sengepost ble heller ikke forsvarlig fulgt opp ved tilsyn av lege den aktuelle natten, selv om man ikke klarte å regulere blodsukkernivået som ønsket.

Statens helsetilsyns erfaring i denne, og tidligere saker ved XXXXXX, er at virksomheten ikke sikrer at pasienter med akutt og uavklart tilstand som legges inn i akuttmottaket, blir vurdert av lege med rett kompetanse tidlig i forløpet. Dette kan medføre at alvorlig problemstilling først fanges opp senere i forløpet, og for sent. I denne saken blir dette tydelig og forsterkende, når triageringen ved innkomst i akuttmottaket skjer etter forutsetningen om at pasienten skal følge et medisinsk løp.

Statens helsetilsyn har ikke mottatt opplysninger om at det er føringer for «skal-situasjoner» der LIS i mottak alltid skal kontakte overlege eller kollega fra annet fagområde f.eks. ved uavklarte tilstander. Vi er heller ikke kjent med om det er gjort risikovurderinger for om det er behov for å definere situasjoner der LIS alltid skal ta kontakt med overlege i eget fag eller kollega annet fagområde. Bortfall av tertiærvaktsjiktet etter kl. 21.00 på endokrinologisk avdeling, medfører dessuten at viktig kompetanse bortfaller om natten, noe som gjør at terskelen for å be om legetilsyn ved endokrinologiske og andre problemstillinger kan bli høyere.

LIS i mottak har et stort ansvar for å selv å vurdere når det er behov for å konferere med erfaren kollega eller kollega med mer relevant kompetanse for aktuell tilstand. I denne

konkrete saken ble det vurdert at kirurg skulle tilkalles etter noe observasjon, noe som kan være hensiktsmessig der pasienter har en avklart tilstand. Statens helsetilsyn mener at det i forbindelse med denne pasientens diagnostikk og behandling, ikke var tilstrekkelig fokus på behovet for intensivt diagnostisering, når årsaken til pasientens magesmerter ennå var uavklart.

XXXXXX har rutiner for informasjonsoverføring mellom akuttmottak og sengepost, og disse rutinene er ulike for pasienter med nevrologiske og endokrinologiske problemstillinger. For å sikre seg at pasienter får riktig oppfølging etter overføring til sengepost, er det helt avgjørende at rutinene for informasjonsoverføring er entydige og klare, og at de følges.

Rutiner for rapportering ved XXXXXX medfører at informasjon om pasienter fra akuttmottaket frem til sykepleier som tar imot pasienten på sengepost, i praksis ofte går gjennom flere ledd og stort sett er muntlig. Rutiner som baserer seg på flere mellomfunksjoner ved formidling av opplysninger ved overføring av pasient til annen enhet, kan medføre pulverisering av ansvar for videre oppfølging, og at viktig informasjon ikke når fram til rette vedkommende. At det foreligger ulike rapporteringsrutiner innenfor samme sengeområde øker også risikoen for at viktig informasjon går tapt. Ledelsen var dessuten ukjent med at rutinene for informasjonsoverføring ikke alltid ble fulgt.

Vi har også funnet at enkelte sentrale prosedyrer ikke er forankret i ledelsen hos alle de avdelinger eller enheter de er ment å gjelde for, for eksempel prosedyren «Akuttmedisin - Medisinske vaktlag - funksjon og organisering» (XXXXXX).

Virksomheten må også sikre at det finnes tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å følge opp uavklarte pasienter på sengepost. Denne saken viser også at pasienten heller ikke fikk forsvarlig oppfølging på sengepost av sitt blodsukker, selv om avdelingen forutsettes å skulle ha spesiell kompetanse på akkurat dette område. Det kan bety at manglende involvering av tilstrekkelig kompetanse ved XXXXXX er en utfordring utover situasjoner der avklaring krever involvering av flere spesialiteter.

Til tross for at det har vært et større antall tilsynssaker over tid tilknyttet akuttmottaket og overføring av pasienter fra akuttmottaket til sengeområder ved XXXXXX, og foretaket har angitt innføring av flere tiltak (slik som NEWS) for å bedre på dette, fremstår det ikke som om disse tiltakene har vært tilstrekkelige til å sikre god informasjonsflyt og forsvarlig diagnostikk og behandling. Vi vil også påpeke at NEWS er lite egnet for pasienter med akutte magesmerter siden det tar for lang tid før NEWS slår ut på denne pasientgruppen.

Etter Statens helsetilsyns vurdering har foretaket flere rutiner som skal sikre forsvarlig diagnostikk og oppfølging av uavklarte pasienter. Virksomheten har rutiner for dokumentasjon og informasjonsoverføring, men har ikke fulgt med på om de fungerte etter hensikten. Saken viser at det ikke er entydige rapporteringsrutiner mellom akuttmottaket og sengepost, og at eksisterende rutiner ikke blir fulgt. Organisasjonsmodellen legger heller ikke til rette for jevnlig møtearenaer mellom de ulike enheter, avdelinger og divisjoner, der rutiner for samhandling og informasjonsutveksling om pasienter kunne evalueres eller diskuteres. Det er også få faglige arenaer mellom sykepleiere og leger. Statens helsetilsyn har kommet fram til at disse forholdene samlet viser at virksomheten ikke er organisert på en slik måte at involvert helsepersonell kunne gi denne pasienten forsvarlige helsetjenester.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har i sin foreløpige vurdering kommet fram til at XXXXXX ikke har sikret en forsvarlig håndtering av pasienter med uklare eller flere mulige diagnoser, der avklaring krever involvering av flere spesialiteter/avdelinger. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. tidligere internkontrollforskrift i helsetjenesten.

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

Helseforetakene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Statens helsetilsyn har sett på om virksomheten har iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å forbedre kvaliteten og forhindre at lignende hendelser skal skje igjen.

God praksis

Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder. Dette krever også at ledelsen kontinuerlig etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Denne prosessen innebærer å dokumentere at man har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger og implementere de tiltak som viser seg å være effektive og forsvarlige. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Vurdering og konklusjon

XXXXXX har opplyst at de har utarbeidet en hendelsesanalyse og på bakgrunn av denne foreslått en rekke forbedringspunkter. Det er videre iverksatt og planlagt en rekke tiltak på de aktuelle områdene der Statens helsetilsyn har påpekt lovbrudd. Arbeidet har vært presentert og diskutert i formøte til foretakets sentrale kvalitets— og pasientsikkerhetsutvalg (XXXXXX), og skal ha vært oppe til behandling i sentralt KPU (nivå 1) i XXXXXX. Det er også etablert en arbeidsgruppe i Medisinsk divisjon som arbeider med å sikre en mer systematisk behandling og oppfølging av pasient, pårørende og involvert helsepersonell ved alvorlige pasienthendelser.

XXXXXX har opplyst om at det er innført en endret rutine for oppmelding av medisinske pasienter fra akuttmottak til sengepost som skal følges både i uke og helg på alle vaktskift. Dette innebærer at det fra nå av er den sykepleieren som skal ha ansvar for pasienten, som skal kontakte innleggende lege. Dette skal sikre direkte informasjon mellom sykepleier og innleggende lege.

Det er også som følge av denne og flere andre tilsynssaker påbegynt et arbeid for å sikre at pasienter som har både kirurgiske og medisinske problemstillinger blir ivaretatt på en helhetlig og forsvarlig måte i akuttmottaket.

XXXXXX har opplyst at de også vil øke tilstedevakt for endokrinologisk lege fra seks til åtte timer.

XXXXXX har i etterkant av hendelsen igangsatt flere ulike prosesser som skal bedre pasientsikkerheten for pasienter generelt og for de som blir innlagt med en uavklart problemstilling. Dette anses for å være nødvendige og relevante tiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende skjer igjen. Helseforetaket har med dette startet et systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i etterkant av hendelsen.

Statens helsetilsyn vil allikevel understreke at det er foretakets ansvar å straks igangsette tiltak etter en alvorlig hendelse og også sørge for kontinuerlige prosesser i virksomheten for å identifisere og forebygge alvorlige hendelser. Vi viser til at flere andre tilsynssaker har tydeliggjort behovet for å se nærmere på samhandlingen og ansvarsforholdene i akuttmottaket og andre berørte enheter for å sikre at pasienter som har både kirurgiske og medisinske problemstillinger blir ivaretatt på en helhetlig og forsvarlig måte. Dette burde ha medført at XXXXXX på et tidligere tidspunkt grep fatt i disse forholdene. Vi viser også til at foretaket på tidspunktet for det stedlige tilsynet en måned etter hendelsen fant sted ikke hadde startet en samordnet gjennomgang av hendelsen og snakket med pårørende. Arbeidet kom derfor noe sent i gang.

Delkonklusjon

Etter en samlet vurdering har Statens helsetilsyn kommet til at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad har sørget for kontinuerlig og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i forkant av og etter den aktuelle hendelsen fant sted. Etter vår vurdering har ikke XXXXXX tidsnok sørget for iverksetting av relevante og nødvendig tiltak for å redusere risiko og for å hindre at tilsvarende skjer igjen. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

8 Andre forhold – informasjon og oppfølging av pasientens pårørende

Pasientens nærmeste pårørende har rett til informasjon, dersom pasienten ikke motsetter seg dette. Pårørende må få slik informasjon som er nødvendig for å få innsikt i pasientens helsetilstand og for å kunne ivareta pasienten som pårørende. De har også rett til informasjon om hva som skjedde ved alvorlige hendelser, og om hva virksomheten eventuelt har iverksatt av tiltak for at det samme ikke skal skje igjen.

Pasientens pårørende har uttrykt at de følte seg generelt dårlig ivaretatt på XXXXXX. De følte seg avvist og dårlig orientert initialt i akuttmottaket. Pårørende har også reagert på at de på dette tidspunkt ikke ble involvert og fikk være til stede, da de mente de kunne ha bidratt til å gi viktige opplysninger i denne fasen. Dette gjelder ivaretakelsen under det videre forløpet i akuttmottaket og på sengeposten. De ble sittende mye alene uten at noen informerte dem om pasientens tilstand i de ulike fasene pasienten var innlagt. De følte seg stort sett overlatt til seg selv. I forbindelse med operasjonen fikk de noe informasjon av involvert personell, men ingen fra endokrinologisk seksjon ga informasjon om helsehjelpen som var gitt gjennom natten. Verken ledere eller involvert helsepersonell hadde snakket med dem etter hendelsen før de ble innkalt i forbindelse med det stedlige tilsynet.

Virksomheten skal ha rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Dette gjelder enten pårørende har rollen som informasjonskilde, representant/støtte for pasienten eller pårørende er berørt og har egne behov for støtte og informasjon om helsehjelpen som blir gitt. Rammer for dialog og ivaretagelse av pårørende i forbindelse med en akutt situasjon og etter en alvorlig hendelse er ledelsens ansvar. Statens helsetilsyn ber om at foretaket merker seg pårørendes tilbakemelding og påser at rutinene for å gi pasienter og pårørende tilstrekkelig informasjon underveis, blir fulgt. Dette omfatter også deres rett til informasjon i forbindelse med alvorlige hendelser.

9 Konklusjon og oppfølging

9.1 Statens helsetilsyns konklusjon

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

Statens helsetilsyn har videre kommet fram til at XXXXXX ikke har sikret en forsvarlig håndtering av pasienter med uklare eller flere mulige diagnoser, herunder sterke magesmerter, der avklaring krever involvering av flere spesialiteter/avdelinger. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. tidligere internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Statens helsetilsyn har til slutt kommet til at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad har sørget for kontinuerlig og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i forkant av og etter den aktuelle hendelsen fant sted. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

9.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn ber om at

- rapporten blir gjort kjent for alle de involverte på tvers av avdelingene og de som bidro ved samtalene med Statens helsetilsyn
- de ansvarlige for virksomheten fortsetter sitt arbeid med gjennomgang av saken og iverksetting av tiltak og endrede rutiner for at lignende hendelser ikke skjer igjen
- foretaket redegjør for hvilke tiltak som er iverksatt

Statens helsetilsyn ber om at foretaket foretar en nærmere gjennomgang av dagens organisering av vaktlagene med et særlig fokus på det ansvaret som ligger hos LIS, og under dette foretakets tilrettelegging for at spesialistkompetanse kan involveres til ethvert tidspunkt.

Statens helsetilsyn ber om at foretaket følger med på at de ulike LIS får med seg prosedyrer som utarbeides i annen avdeling enn den de er tilknyttet til vanlig, og som det forutsettes at de skal forholde seg til på vakt.

Statens helsetilsyn ber om en redegjørelse for sin gjennomgang av hendelsen innen XXXXXX. Vi ber om at XXXXXX sender kopi til Fylkesmannen i XXXXXX av tilbakemeldingen og orienterer pasientens pårørende.

10 Vedlegg

Regelverksitater

Redegjørelse for organisering av det medisinske vaktlaget på XXXXXX