

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Manglende oppfølging av pasient med erysipelas
XXXXXX universitetssykehus HF,
Saksnummer: XXXXXX

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

XXXXXX

XXXXXX

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

XXXXXX

XXXXXX

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke har fått forsvarlig helsehjelp og at foretaket ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, knyttet til den helsehjelp XXXXXX, født XXXXXX - død XXXXXX, fikk den XXXXXX og XXXXXX, da han var innlagt ved medisinsk XXXXXX universitetssykehus HF (XXXXXX) med mistanke om alvorlig hudinfeksjon (erysipelas).

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

Vi beklager den lange saksbehandlingstiden.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved medisinsk divisjon på XXXXXX under oppholdet i akuttmottaket. Vi har også kommet til at informasjonsutvekslingen i forbindelse med overføringen til infeksjonsmedisinsk sengepost ikke var forsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.

Vi er også kommet til at foretaket ikke har oppfylt informasjonsplikten i samme lov § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Det foreligger også brudd på XXXXXX sin plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonell blir i stand til å yte forsvarlige helsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten. XXXXXX hadde etter vår vurdering ikke rutiner som sikret forsvarlig oppfølging og tilsyn av uavklarte pasienter med mistanke om infeksjon. Akuttmottaket på XXXXXX hadde heller ikke rutiner som sikret forsvarlig dokumentasjon og forsvarlig overføring av pasientopplysninger ved overføring til sengepost.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra XXXXXX om hvordan hendelsen er fulgt opp og hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på de nevnte områdene. Vi ber også om en redegjørelse for hvordan tiltakene følges opp med tanke på hvorvidt de har den tilsiktede effekten.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved XXXXXX har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed, og at dette brevet blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen. Vi ber også om at ledelsen informerer pasientens pårørende om hvilke tiltak som er iverksatt for å forebygge at lignende hendelse skjer igjen.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra XXXXXX innen seks -6- uker fra mottagelsen av dette brevet og rapporten.

Med hilsen

XXXXXX
XXXXXX

XXXXXX
XXXXXX

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi:
XXXXXX

Helsefaglige saksbehandlere:
XXXXXX

Innhold

Sammendrag	6
1 Innledning	8
2 Gjennomføringen av tilsynet	8
3 Opplysningene i saken – saksforholdet	9
3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen	9
3.1.1 <i>Om pasienten</i>	9
3.1.2 <i>Tilsyn av legevaktslege i hjemmet – beslutning om innleggelse på XXXXXX</i>	9
3.1.3 <i>Oppfølgingen på akuttmottaket</i>	9
3.1.4 <i>Overføring til sengepost</i>	12
3.1.5 <i>Overføring til intensivavdelingen og videre oppfølging av pasienten</i>	13
3.1.6 <i>Oppfølging av de pårørende</i>	13
3.2 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis	14
3.2.1 <i>Organisering og ledelse – medisinsk divisjon</i>	14
3.2.2 <i>Nærmere om medisinsk divisjon – ansvarsforhold og organisering</i>	14
3.2.3 <i>Særlig om avdeling for akuttmedisin</i>	14
3.2.4 <i>Sykepleietjenesten</i>	14
3.2.5 <i>Legetjenesten i medisinsk divisjon</i>	14
3.2.6 <i>Organisering og funksjon av medisinske vaktlag</i>	14
3.2.7 <i>Overføring av pasienter fra akuttmottaket til sengepost/sengetun - dokumentasjon</i>	15
3.2.8 <i>Retningslinjer i akuttmedisin - pasientforløp, dokumentasjon og rapportering</i>	16
4 Aktuelt regelverk	16
4.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp	16
4.1.1 <i>Nærmere om forsvarlighetskravet</i>	16
4.1.2 <i>Nærmere om internkontroll</i>	17
4.2 Krav til dokumentasjon	17
4.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	18
4.4 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser	18
4.5 Plikt til å informere pasienten og de pårørende	18
4.6 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat	18
5 Statens helsetilsyns vurderinger	18
5.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?	19
5.1.1 <i>Fikk pasienten forsvarlig diagnostikk, undersøkelse, behandling og oppfølging i akuttmottaket den XXXXXX?</i>	19
5.2 Om pasientens pårørende fikk tilstrekkelig informasjon	23
<i>God praksis for informasjon til pårørende</i>	23
<i>Vurdering</i>	23
<i>Konklusjon</i>	23
5.3 Sikrer virksomheten en forsvarlig håndtering av pasienter som innlegges på grunn av infeksjon, med risiko for på utvikle sepsis?	24

<u>5.3.1</u>	<u>Har XXXXXX lagt til rette for å sikre forsvarlig kompetanse ved oppfølging av pasienter i akuttmottaket der det foreligger mistanke om infeksjon?</u>	24
<u>5.3.2</u>	<u>Har XXXXXX forsvarlige rutiner for oppfølging, dokumentasjon og informasjonsoverføring i akuttmottaket?</u>	25
<u>6</u>	<u>Statens helsetilsyns konklusjon</u>	27
<u>6.1</u>	<u>Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding</u>	27
<u>7</u>	<u>Vedlegg</u>	29

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn det stedlige tilsynet ved XXXXXX XXXXXX. Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse den XXXXXX knyttet til den helsehjelp pasienten fikk da han var innlagt i akuttmottaket med mistanke om alvorlig hudinfeksjon (erysipelas).

Om pasienten

Pasienten var en mann i XXXXXX årene med flere sykdommer, blant annet betydelig overvekt, koronarsykdom med tidligere hjerteinfarkt, hypertensjon (høyt blodtrykk) og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Pasienten hadde også kronisk lymfatisk leukemi (KLL, blodkreft), men han var ved hendelsestidspunktet ikke i aktiv behandling for sin blodsykdom. Pasienten hadde ellers kroniske smerter i beina, særlig venstre ankel.

Undersøkelse av pasienten i akuttmottak

Pasienten hadde på forhånd en betydelig redusert allmenntilstand. Han ble innlagt av legevaktslege med spørsmål erysipelas for å få antibiotikabehandling intravenøst. Primærvakten i akuttmottaket på XXXXXX var ikke helt sikker på om det forelå en erysipelas, eller om det kunne dreie seg om en dyp venetrombose. Han ville derfor vente med å starte behandling til sekundærvakten hadde vurdert pasienten sammen med ham. Antibiotika ble derfor ikke ordinert med en gang.

Primærvakten oppfattet ikke pasienten som så dårlig at det gjorde noe å vente på tilsyn av en mer erfaren lege, selv da det viste seg å ta en del tid. Sekundærvakten ble stadig tilkalt til andre pasienter det hastet med, og han fikk derfor ikke vurdert pasienten ordentlig før kl.18.00, om lag seks timer etter at pasienten kom til XXXXXX. Sekundærvakten hadde forut for dette så vidt vært innom pasienten ca. kl.16.00, og han vurderte da at det var forsvarlig å prioritere andre hasteoppdrag først. Tilkalling av tertiærvakt ble ikke vurdert. Antibiotika (penicillin) ble ordinert ved 18-tiden, men ikke gitt i akuttmottaket. Dette var fordi det ble besluttet at pasienten skulle flyttes til en sengepost og at antibiotika skulle gis der.

Da pasienten ankom akuttmottaket ble det skrevet et kort innkomstnotat av sykepleier og notert opplysninger i observasjonsskjema til bruk i akuttmottaket. Det ble ikke notert vitale parametere eller liknende på observasjonsskjema ut over dette, frem til pasienten ble overflyttet sengepost via røntgen ca. kl. 19.00. Informasjon om pasienten i forbindelse med overføringen, ble gitt muntlig av «plasseringsansvarlig» sykepleier, som ikke kjente til pasienten. Pasienten ankom sengepost ca. kl. 19.30. Informasjonen som ble gitt på sengepost notert på et eget skjema til dette bruk, og deretter kastet. Antibiotika ble ikke gitt på sengepost da de der var usikre på om det allerede var gitt.

Overflytting til sengepost og intensivavdeling

Etter at pasienten kom til sengeposten kl. 19.45 ble han ganske snart dårligere og andre leger ble tilkalt. Pasienten fikk sirkulatorisk kollaps kl. 21.25. Etter gjenopplivning av stansteamet, ble pasienten overflyttet til intensivavdeling for videre behandling. På dette tidspunktet ble det også klart for sekundærvakt at pasienten ikke hadde hatt latt urin etter innkomst, og det ble påvist nyresvikt og anuri (ingen urinproduksjon).

Tertiærvakten (spesialist i infeksjonsmedisin) ble konferert med på telefon ved 23-tiden, og det ble først da startet med antibiotika. Det forelå da en alvorlig underhudsinfeksjon (nekrotiserende fasciitt) som i tillegg krevde akutt operativ behandling. Han ble derfor operert på natten, men utviklet flerorgansvikt. Påfølgende formiddag fikk pasienten akutt

respirasjons- og sirkulasjonsstans og ble erklært død kl. 13.00 etter mislykket forsøk på gjenoppliving.

Årsaken til hendelsen

I tilsynet kom det fram at pasienten ikke fikk antibiotika fordi det forelå en mangelfull klinisk diagnose og forståelse av risiko hos pasienten. Tilsynet viste at det var mangel på gode rutiner for oppfølging av uavklarte pasienter ved mistanke om infeksjon, og for fortløpende oppfølging, observasjon og dokumentasjon av pasienter som blir værende lenge i akuttmottaket. Tilsynet avdekket også at det var mangelfulle rutiner for dokumentasjon og overføring av pasientopplysninger ved overføring til sengepost.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4. Vi er også kommet til at foretaket ikke har oppfylt informasjonsplikten i samme lov § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Videre har vi kommet til at XXXXXX ikke la til rette for forsvarlig behandling, helsehjelp og oppfølging av pasienter i akuttmottaket og på sengepost. Det vil si at XXXXXX ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn forutsetter at de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

1 Innledning

XXXXXX HF (XXXXXX) varslet XXXXXX om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen XXXXXX (heretter pasienten), fikk ved medisinsk divisjon på XXXXXX den XXXXXX og XXXXXX. Forholdet gjaldt oppfølging av pasienten ved mistanke om alvorlig hudinfeksjon og involverte avdeling for akuttmedisin, avdeling for blodsykdommer og avdeling for infeksjonssykdommer i medisinsk divisjon.

Etter å ha innhentet informasjon om hendelsen, besluttet Statens helsetilsyn, i samråd med Fylkesmannen i Oslo og Akershus, at hendelsen skulle følges opp tilsynsmessig gjennom et stedlig tilsyn på XXXXXX. Ved vår vurdering om å foreta et stedlig tilsyn ble det særlig lagt vekt på at Statens helsetilsyn hadde flere pågående tilsynssaker mot XXXXXX med tilsvarende problemstillinger (forsinket diagnostikk og iverksetting av behandling ved mistanke om infeksjon). På bakgrunn av disse sakene har det vært avholdt møte mellom Statens helsetilsyn og XXXXXX i XXXXXX.

I denne rapporten redegjør vi for hvordan vi har undersøkt og vurdert saken, og hva som er våre konklusjoner. Vi redegjør også for 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 varslet XXXXXX den XXXXXX om at vi ville gjennomføre et stedlig tilsyn.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved akuttmottaket/medisinsk divisjon den XXXXXX. Til stede var også en representant fra Fylkesmannen i XXXXXX. Vi hadde samtaler med involvert helsepersonell og deres ledere.
- Statens helsetilsyn hadde egen telefonsamtale med pasientens pårørende XXXXXX.
- Statens helsetilsyn hadde den XXXXXX eget møte på XXXXXX med forvakten på akuttmottaket.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig tilsynsrapport. Den foreløpige tilsynsrapporten ble sendt til helseforetaket og de pårørende den XXXXXX.
- Vi mottok kommentarer til den foreløpige tilsynsrapporten fra helseforetaket den XXXXXX. Vi har ikke mottatt kommentarer fra de pårørende.
- Statens helsetilsyn har innarbeidet kommentarene i den endelige tilsynsrapporten.

Statens helsetilsyn har mottatt følgende styrende dokumenter fra XXXXXX:

- pasientjournalen fra XXXXXX
- utskrift av relevante styrende dokumenter
- organisasjonskart: XXXXXX, medisinsk divisjon, avdeling for akuttmedisin, avdeling for blodsykdommer, avdeling for infeksjonssykdommer
- utskrift av prøvesvar fra anesthesiavdelingen
- skjema: ”*melding om ny pasient*”
- håndskrevet notat fra intensivsykepleier (udatert)

- EQS-prosedyre: XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX ”
- EQS-prosedyre: XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX
- EQS-prosedyre: XXXXXX

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

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

3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen

3.1.1 Om pasienten

Pasienten var en XXXXXX gammel mann med som veide XXXXXX. Han hadde flere sykdommer, blant annet koronarsykdom med tidligere hjerteinfarkt, hypertensjon, hyperkolesterolemi og KOLS. Pasienten hadde også kronisk lymfatisk leukemi (KLL), men han var ved hendelsestidspunktet ikke i aktiv behandling for sin blodsykdom. Pasienten hadde ellers kroniske smerter i beina, særlig venstre ankel. Pasienten sto på store doser smertestillende. Dette skyldtes også endret anatomi etter tidligere ankelskade XXXXXX og bruddskade XXXXXX. Pasienten hadde i XXXXXX også vært utredet for mulig blodpropp i leggen.

Pasienten hadde venøs insuffisiens i beina med betydelig hevelse, stasedermatitt med kroniske sår, og han hadde hatt erysipelas i venstre ben i XXXXXX. XXXXXX.

3.1.2 Tilsyn av legevakslege i hjemmet – beslutning om innleggelse på XXXXXX

En legevakslege ble tilkalt sammen med ambulanse og brannvesen, da pasienten søndag formiddag den XXXXXX hadde falt på kjøkkengulvet og ikke klarte å komme seg opp igjen. Pasienten hadde hatt smerter og rødme i venstre bein siden kvelden før. Legevakslegen konstaterte infeksjon i venstre ben, med rødme på leggen fra 4-5 cm distalt for kneet og ned. Allmenntilstanden ble beskrevet som redusert. Blodtrykket ble målt av legevakslege til 102/49 mmHg og puls til 72/min. Legevakslegen besluttet å legge inn pasienten på XXXXXX på grunn av immobilitet, mistanke om alvorlig infeksjon i venstre ben og behov for behandling med antibiotika intravenøst. Ambulansepersonellet startet ifølge ambulansjournalen intravenøs væskeinfusjon med 500 ml Ringeracetat.

3.1.3 Oppfølgingen på akuttmottaket

3.1.3.1 Oppfølgingen av forvakt og bakvakt

Pasienten ankom akuttmottaket på XXXXXX litt over kl. 12.00 og ble triagert til hastegrad 3 (av 5) av sykepleier. Dette tilsier legetilsyn innen en time.

Sykepleieren har journalført i innkomstnotatet at pasienten hadde blodtrykk på 115/76 mmHg, puls på 74/min og at pasienten var afebril. Pasienten hadde sterke smerter i benet som var rødt og hovent. I innkomstnotat fra sykepleier er det beskrevet «*svært hovne ben, vablete og rødme opp til innsiden av låret ve.ben*».

Han ble ved innkomsten registrert som pasient ved hematologisk avdeling. Det var opprinnelig satt infeksjonsavdeling som ønsket avdeling, men ved en feilregistrering ble hematologisk avdeling satt opp. Hematologisk avdeling deler sengeplasser med infeksjonsavdelingen.

Primærvakten tok imot pasienten kl. 14.00. Han hadde kort erfaring utover turnustjeneste, og var til vanlig lege i spesialisering (LIS) på nevrologisk avdeling. Denne dagen hadde han ekstravakt i vaktordningen i indremedisin.

Det er journalført av primærvakten at pasienten ved status presens kl.14.00, hadde blodtrykk på 98/54 mmHg, respirasjonsfrekvens 36/min, SpO₂ 98, puls på 70/min og temperatur på 36.8 °C, samsvarende med nedtegnelse i observasjonsskjema fra innkomst i akuttmottaket kl. 12.35.

Respirasjonsfrekvensen på 36/min er ikke kommentert nærmere i journalen.

Det var ved innleggelsen i akuttmottaket vurdert av primærvakten som usikkert om tilstanden skyldtes en infeksjon eller dyp venetrombose, men tilstanden ble oppfattet som sannsynlig erysipelas. Primærvakten oppfattet at pasienten hadde en del smerter i legg/ankel, men at han for øvrig var i bra allmenntilstand. Pasienten fikk morfin, men effekten var kortvarig. Primærvakten var hyppig hos pasienten, blant annet fordi han forsøkte å gi adekvat smertebehandling og observere pasienten. Pasienten hadde kontinuerlig tilsyn av enten lege eller sykepleier under oppholdet på akuttmottaket, blant annet på grunn av legens ønske om å gi smertebehandling ofte, og i små doser.

Pasienten fikk under oppholdet i akuttmottaket 500 ml Ringeracetat og det ble ordinert 1000 ml Natriumklorid som ble hengt opp kl. 15.00. Det framkommer ikke av observasjonsskjema eller annen dokumentasjon hvordan pasientens tilstand utviklet seg i løpet av de timene pasienten lå i akuttmottaket.

Primærvakten ba på et tidlig tidspunkt sekundærvakten om et tilsyn av pasienten, da han var usikker på om dette var infeksjon eller en dyp venetrombose. Sekundærvakten var en mer erfaren LIS, med tilhørighet på avdeling for hjertesykdommer. Sekundærvakten tilså pasienten kl. 16.00. På grunn av flere andre dårlige pasienter hadde ikke sekundærvakten hatt tid før dette tidspunktet. Sekundærvakten fikk høre sykehistorien og rakk å se raskt på utslettet til pasienten. Han ble da tilkalt til en annen pasient med fulminant sepsis, som del av «team i mottak». Sekundærvakten har i samtale med Statens helsetilsyn sagt at han opplevde at han fikk presentert en lite infeksjonspreget pasient som ikke fremsto som septisk.

Sekundærvakten tilså pasienten igjen kl. 18.00, og diskuterte den videre behandlingen med primærvakten. Sekundærvakt har i samtale med Statens helsetilsyn forklart at pasienten hadde rødt utslett ved medialsiden av leggen. Utslettet spredte seg 1-2 cm over den initiale markeringslinjen som var gjort ved innkomst kl. 14.00. Verken sekundærvakten eller primærvakten oppfattet på dette tidspunktet pasienten som klinisk dårlig.

Det ble ordinert penicillin 2 millioner enheter x 4 intravenøst i kurven ca. kl. 18.30 og besluttet at pasienten skulle overflyttes til sengepost. Det fremkommer av etterfølgende kommentarer fra XXXXXX at det var tenkt at antibiotika skulle gis på sengepost. Dette skal ha blitt sagt til en sykepleier av sekundærvakt XXXXXX. Medikamentkurven ble ført fortløpende av primærvakt og sykepleiere.

Av utdrag fra resyme/vurdering i innkomsjournalen fra primærvakten fremgår følgende: ...
« *Da pas. bruker opp mot 8 mg med Burinex daglig, i tillegg til Kandersartan 16 mg x 1, Selo-Zok 100 mg x1, Zandip 20 mg x 1, burinex 8 mg x 2, og har hatt BT- mål ned til 83/30 i AMK og tegn til nyresvikt, velger man å henge opp væske, samt seponere Voltaren og Zandip...* »

Primærvakten har i sin uttalelse til den foreløpige rapporten uttalt at blodtrykket på 83/30 mmHg ikke er registrert i AMK-journalen (ambulansjournalen). På bakgrunn av at det heller ikke var noen kontakt med mellom ambulans og ham i dette tilfellet, skriver han at det er nærliggende å tro at tallet er en skrivefeil. Han skriver videre at pasienten dermed har vært stabil under innleggelse og gjennom hele oppholdet i mottaket, da blodprøver heller ikke viser avvik. Primærvakten uttaler videre at pasienten imidlertid hadde noe lavere blodtrykk enn man skulle forvente ut fra hans størrelse, men da han brukte multiple vandrivende/blodtrykkssenkende medisiner i nokså store doser, oppfattet man trykket å skyldes dehydrering, noe som dermed også kunne forklare blodtrykket og pasientens nyresvikt. Dette er også grunnen til at man «nullet» ut noen av hans medisiner. Pasienten ble overført til sengepost kl. 19.05 og fremsto som stabil. Han var under overføringen koblet til skop og ble fulgt av sykepleier.

3.1.3.2 Nærmere om målinger, vurderinger og oppfølging som ble gjort i akuttmottaket
Rødmen på benet ble ikke tolket som alvorlig av leger og sykepleiere den perioden pasienten oppholdt seg i akuttmottaket. Primærvakten har i etterkant forklart i samtale med Statens helsetilsyn at graden av smerter ikke ble relatert til pasientens utslett alene, siden både dyp venetrombose, erysipelas og nekrotiserende fasciitt gir smerter. Han mistenkte imidlertid at pasientens kroniske stasesdermatitt og sår, kjente ankelsmerter, fall tidligere på dagen og manglende inntak av daglig smertestillende, forsterket smertene som var relatert til utslettet. Primærvakten oppfattet at utslettet ikke hadde utviklet seg særlig fra kl. 14.00. Han markerte utbredelse av rubor (rødme) på pasientens ben ca. kl. 18.00. Han har forklart til Statens helsetilsyn at han på dette tidspunktet oppfattet pasientens tilstand som uforandret, og at han så det som uproblematisk at han ikke ble undersøkt før. Sekundærvakten har redegjort for at han på dette tidspunktet kunne se at utslettet hadde progrediert i proksimal retning fra tidligere markert avgrensning. Han opplevde at pasienten på dette tidspunkt var sirkulatorisk upåvirket og lite infeksjonspreget. Han besluttet oppstart av penicillin og overføring til sengepost. Antibiotikavalget ble begrunnet med antatt erysipelas, der penicillin er førstevalg, og at han ikke vurderte pasienten som septisk.

Primærvakten kunne ikke huske om innkomsjournalen var ferdig mens pasienten var i akuttmottaket, men mente at hans avsluttende vurdering kan ha vært skrevet nærmere kl. 20.00. XXXXXX har i sin tilbakemelding til Statens helsetilsyn skrevet at innkomsjournalen var ferdig skrevet og tilgjengelig for sykepleierne på akuttmottaket og på sengeposten ved overføring til sengepost. Det vises til at journalnotatet sist ble oppdatert kl. 18.08, der det var en fyldig beskrivelse av akutt tilstand, status presens, vurderinger som ble gjort og plan for videre oppfølging.

Sekundærvakten har forklart at det ofte er samtidighetskonflikter i helgene. Denne spesielle søndagen var det ikke mange medisinske tilsyn totalt, men at det var flere kritisk syke pasienter han måtte tilse.

Pasienten fikk 1 g paracetamol kl. 13.00, og 2,5 mg morfin ble gitt kl. 14.55 og kl. 17.00. Pasienten fikk også 50 mg Nobligan kl. 17.20. Supplerende undersøkelser tatt kl. 12.28 viste blant annet kreatinin på 140 $\mu\text{mol/l}$, CRP på 160 mg/l og leukocytter (hvite) på $13,3 \cdot 10^9/l$.

Pasienten ble av både primærvakten og sekundærvakten opplevd å ha stabil allmenntilstand kl. 16.00 og kl. 18.00. De vurderte ikke pasienten som så klinisk dårlig at det var nødvendig med tilkalling av tertiærvakt. Penicillin ble ikke gitt mens pasienten var i akuttmottaket.

Det ble ikke gitt noen form for rapport om pasienten fra avtroppende til påtroppende primærvakt.

Tertiærvakten denne dagen var overlege og spesialist i infeksjonsmedisin. Hun var til stede på huset hele dagen og hadde hjemmevakt fra ca. kl. 19.30. Tertiærvakten ble ikke informert om pasienten i løpet av dagen. Pasienten var heller ikke kjent for tertiærvakten, som før hun dro hjem rutinemessig sjekket i Dips om det var innlagte pasienter innenfor eget fagområde. Årsaken til at hun ikke oppdaget denne pasienten, var sannsynligvis at pasienten var skrevet inn i Dips under avdeling for blodsykdommer og ikke på avdeling for infeksjonssykdommer.

3.1.3.3 Spesielt om sykepleierdokumentasjonen

Da pasienten ble lagt inn i akuttmottaket skrev sykepleieren på dagvakt et innkomstnotat og førte samtidig opplysninger i observasjonsskjemaet. Etter dette er det ikke notert blodtrykk, respirasjonsfrekvens, temperatur eller diurese på observasjonsskjemaet. Sykepleieren som overtok pasienten ved vaktskiftet på ettermiddagen gjorde ikke nye notater på observasjonsskjema eller i journalen. Det kan ikke leses av observasjonsskjemaet at det er gjort nye observasjoner mellom kl. 12.55 og kl. 19.30, og det er for denne perioden heller ikke ført journalnotater. Det er kun dokumentert tilsyn hos pasienten i form av utdeling av smertestillende og væskebehandling i kurven. Det er ikke dokumentert om pasienten ble smertefri eller hadde effekt av smertestillende medikamenter. Det ble ikke brukt noen form for smerteskala for slik registrering.

3.1.4 *Overføring til sengepost*

Pasienten ble overflyttet til sengepost etter røntgenundersøkelse ca. kl. 19.00, og ankom sengeposten kl. 19.30. Han ble registrert som en «hema-pasient», det vil si tilhørende hematologisk avdeling, men fordi det var mistanke om erysipelas, ble han lagt på sengetun XXXXXX for infeksjonssykdommer som er samlokalisert med avdeling for blodsykdommer. Pasienten ble plassert på korridoren.

Det forelå ingen rapport om pasienten ved overføringen til sengeposten, og sykepleierne på sengeposten har forklart til Statens helsetilsyn at de visste lite om pasienten. Pasienten ble i forkant av overføringen til sengeposten meldt dit muntlig av plasseringsansvarlig sykepleier i akuttmottaket, da sykepleieren som hadde fulgt opp pasienten, var opptatt med andre pasienter. Sykepleieren på sengepost som mottok meldingen, fylte ut et skjema for ”*melding om ny pasient*”, der opplysninger om pasienten ble ført. Skjemaet ble gitt til den sykepleieren som skulle følge opp pasienten videre på sengepost. Skjemaet ble slettet etter at ankomstnotatet var skrevet. Dette var i tråd med rutinen på XXXXXX.

Det var en ny sykepleier som overtok ansvaret for pasienten på sengepost. Denne sykepleieren var usikker på om ordinert penicillin var gitt. Hun har forklart til Statens helsetilsyn at hun ikke administrerte penicillin, fordi hun trodde det kunne være gitt allerede i akuttmottaket. Det var imidlertid ikke krysset av i kurven at ordinert penicillin var gitt i akuttmottaket.

Pasienten ble raskt dårligere mellom kl. 19.45 og kl. 20.00, etter at han kom til sengeposten. Det hadde vært vaktskifte for legene, og det var derfor nye leger på vakt. Blodtrykket ble ca. kl. 20.00 målt til 93/56 mmHg og temperatur på 37,5 °C. Sykepleier startet 1 liter O₂.

Påtroppende primærvakt med ansvar for pasienter innlagt for på avdeling for blodsykdommer/infeksjonsmedisin ble kontaktet av sykepleier på sengeposten. Denne primærvakten hadde liten erfaring og ønsket derfor at en lege med mer erfaring skulle tilse pasienten. Primærvakt fra «lungemedisin» med mer erfaring, tilså derfor pasienten. Han oppfattet pasienten som svært dårlig og konfererte derfor med sin sekundærvakt (XXXXXX). Det ble da besluttet økning til tre liter O₂ og planlagt å endre antibiotika fra penicillin til 2g x 3 cefotaxim. Blodtrykket kl. 20.20 var på 80/57 mmHg og temperatur på 37,5 °C.

Oksygenmetningen falt gradvis, og det kom samtidig fram at pasienten ikke hadde hatt vannlating siden natten før innleggelsen. Det ble lagt inn urinkateter, og det kom spontant kun 200 ml urin. Personellet fokuserte på å stabilisere pasienten med O₂ og ga væskestøt på 300 ml, senere kontinuerlig infusjon. Det ble også observert økt utbredelse av rubor på venstre ben, fra markeringsstreken som ble satt kl.18.00 av primærvakten i akuttmottaket. Pasienten ble oppfattet å være kritisk syk og primærvakten utløste alarmen ”medisinsk team”. Sekundærvakt (XXXXXX) kom rett etter dette. Pasienten fikk kl. 21.25 sirkulatorisk kollaps. Etter gjenopplivning av stansteamet ble pasienten overflyttet til intensivavdeling for videre behandling.

3.1.5 Overføring til intensivavdelingen og videre oppfølging av pasienten

På dette tidspunktet ble det også påvist nyresvikt og anuri. Pasienten ble vurdert av spesialist i karkirurgi og en ortopedisk kirurg, med tanke på mulig nekrotiserende fasciitt med behov for operativ intervensjon.

Det ble tatt vevsprøve for mikroskopisk undersøkelse, og det ble klart at det forelå en gramnegativ sepsis. Tertiærvakten (spesialist i infeksjonsmedisin) ble konferert med på telefon ved 23-tiden, og det ble ordinert og gitt første dose gentamycin kl. 23.00 og trippelbehandling/sepsisregime (penicillin, klindamycin) ca. kl. 03.00. Det ble gitt over syv liter intravenøs væske på intensivavdelingen før det ved 3-tiden ble besluttet operasjon på vital indikasjon.

Det ble utført et kirurgisk inngrep med amputasjon av venstre ben ved låret. Påfølgende formiddag fikk pasienten akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans og ble erklært død kl. 13.00 etter mislykket forsøk på avansert hjerte-lunge-redning.

Det viste seg i ettertid at mikroben som var årsaken til den alvorlige blodforgiftningen (sepsis) var *Serratia marcescens*. Den var resistent for penicillin, men følsom for de to andre antibiotikaene som var gitt.

3.1.6 Oppfølging av de pårørende

Statens helsetilsyn har i etterkant av det stedlige tilsynet hatt telefonisk kontakt med den avdøde pasientens ektefelle. Hun fortalte at pasienten hadde kontakt med henne på

mobiltelefon flere ganger. Han hadde gitt uttrykk for at det gikk lang tid uten at noe skjedde. Han hadde også gitt uttrykk for at han hadde store smerter, og at smertestillende ikke hadde hjulpet. Ektefellen fortalte at pasienten sist hadde ringt henne rundt 18-tiden og gitt uttrykk for frustrasjon over å bli liggende så lenge i akuttmottaket.

Pasientens ektefelle var opptatt av at pasienten var blitt liggende i syv timer i akuttmottaket der lite eller ingenting hadde skjedd med hensyn til behandling. Hun var også opptatt av at det etter at pasienten ble flyttet etter røntgenundersøkelsen til sengeposten, hadde vært utfordrende å finne noen som kunne svare på hvilken sengepost/avdeling han var innlagt på. Ingen på sykehuset hun fikk kontakt med hadde opplysninger om hvilken sengepost pasienten var blitt overført til da hun ringte og forhørte seg ut på kvelden, og pasienten ikke lenger befant seg i akuttmottaket. Etter dette hadde hun ikke hørt noe før ved 23-tiden samme kveld. Sykehuset hadde da informert pasientens sønn om at pasienten var på intensivavdelingen, at han var kritisk syk og at de måtte komme dit.

Det ble uttrykt at familien fra dette tidspunktet opplevde å bli godt og profesjonelt ivaretatt av XXXXXX.

3.2 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis

3.2.1 Organisering og ledelse – medisinsk divisjon

Medisinsk divisjon ledes av divisjonsdirektør. Medisinsk divisjon på XXXXXX har XXXXXX. XXXXXX.

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

3.2.2 Nærmere om medisinsk divisjon – ansvarsforhold og organisering

XXXXXX

XXXXXX

3.2.3 Særlig om avdeling for akuttmedisin

XXXXXX

3.2.4 Sykepleietjenesten

Sykepleierne på sengeområdene i medisinsk divisjon har seksjonsleder med personalansvar på de lokalisasjonene de arbeider, vanligvis innenfor et medisinsk fagområde. Sykepleierne i avdeling for akuttmedisin har egen seksjonsleder under avdelingssjefen, og arbeider i akuttmottaket eller i observasjonsposten XXXXXX.

Akuttmottaket har i tillegg til seksjonsleder et femte ledernivå med tre enhetsledere som har direkte personalansvar for sykepleietjenesten.

3.2.5 Legetjenesten i medisinsk divisjon

XXXXXX

3.2.6 Organisering og funksjon av medisinske vaktlag

XXXXXX

3.2.7 Overføring av pasienter fra akuttmottaket til sengepost/sengetun - dokumentasjon

I utgangspunktet er det ansvarshavende sykepleier som administrerer det formelle rundt overføringen av pasienten og gir informasjon muntlig til sengeposten. Det er ingen rutine for at sykepleier skriver eget oversendelsesnotat fra akuttmottaket.

Plasseringsansvarlig sykepleier skal plassere pasienter etter legens vurdering/prioritering av sengeområder 1-3, etter dialog med sengepost.

Leder av akuttmottaket har opplyst til Statens helsetilsyn at det i akuttmottaket føres observasjonsskjema og innkomstnotat. Det forutsettes at observasjonsskjemaet brukes optimalt slik at relevante opplysninger om helsehjelpen og observasjoner fremgår. Ansvarlig sykepleier eller plasseringsansvarlig sykepleiere rapporterer muntlig til sengepost i forkant av overføring av pasienter.

Etter at plasseringsansvarlig sykepleier har funnet plass til pasienten er det rutine at pasientansvarlig sykepleier i akuttmottaket ringer sengeposten og gir muntlig informasjon, utover det som står i observasjonsskjemaet. Det er opplyst til Statens helsetilsyn at vakthavende lege i akuttmottaket skal gi beskjed til primærsykepleier vedrørende viktig informasjon om pasienten. Dersom pasientansvarlig sykepleier er opptatt med andre pasienter, er det rutinen at plasseringsansvarlig sykepleier i akuttmottaket melder og rapporterer pasientene til sengeposten på grunnlag av opplysningene som står i observasjonsskjemaet, eventuelle journalnotater og eventuelle muntlige beskjeder fra lege eller andre. Plasseringsansvarlig sykepleier har også tilgang til legenes inkomstjournal når denne er skrevet. Plasseringsansvarlig sykepleier kan ved utmelding gi sykepleier på sengepost telefonnummeret til pasientansvarlig sykepleier og/eller vakthavende lege for utfyllende informasjon. Plasseringsansvarlig sykepleier har ikke førstehåndskunnskap om pasienten.

Ved sengeposten er det en sykepleier med bærbar telefon som tar imot alle innkommende samtaler. Når sykepleier mottar telefon benyttes skjemaet ”*Melding om ny pasient*”, der det nedtegnes opplysninger om pasienter fra akuttmottaket eller andre avdelinger. Skjemaet fungerer som en sjekklister, og det er rutine at skjemaet makuleres etter bruk. Det er som regel en annen sykepleier på sengepost som tar imot pasienten og skriver ankomstnotat.

Det fremkom under samtalene mellom Statens helsetilsyn og sykepleierne på sengepost at det var sjelden sykepleierne i akuttmottaket skrev journalnotater, ut over innkomstnotat, føringer på observasjonsskjema og i kurven. Rapportene oppleves som mangelfulle for personalet på sengepostene, spesielt når det ikke er primærsykepleier som rapporterer på telefon. Sykepleier fra akuttmottaket følger normalt ikke pasienten til sengepost.

Det fremgikk i flere av samtalene under det stedlige tilsynet at det blant sykepleierne i akuttmottaket ikke var praksis å skrive oversendelsesnotat i journal, men at de kun fylte ut observasjonsskjemaet.

I tilbakemeldingen fra XXXXXX på den foreløpige rapporten opplyses det ikke medfører riktighet at sykepleiere i akuttmottaket ikke har rutine for å skrive journalnotater. De dokumenterer elektronisk i journalnotat, i tillegg til å føre opplysninger i observasjonsskjema (”Observasjonsskjema akuttmottaket”), som følger alle pasienter. XXXXXX. Ved høyt pasientvolum brukes unntaksvis observasjonsskjemaet. Ved uendret status gjennom oppholdet i akuttmottaket skal tilsyn føres i observasjonsskjemaet. Endringer i tilstand og eventuell

intervensjon av betydelig karakter som ikke naturlig hører hjemme i observasjonsskjema, skal føres i Dips.

Det foreligger ingen rutine eller retningslinjer for fast rapportering ved vaktskiftene for leger. Det gis i praksis kun muntlig rapport mellom av- og påtroppende primærvakter om pasienter som krever spesielt tilsyn, oppfølging av prøvesvar eller liknende. Tertiærvaktene er kun unntaksvis involvert i rapportering ved vaktskifte, og kun på forespørsel om enkelte pasienter der sekundærvakt mener det er behov for konferering eller oppfølging av overlege. Det fremgår av retningslinjen «*Akuttmedisin, arbeidsflyt og drift*», og ikke prosedyren for organisering av medisinske vaktlag, at sekundærvakten ved behov skal kontakte tertiærvaktene. Disse skal bidra til å få overført pasienter til egne sengeområder, og ved behov bistå til nødvendige avklaringer før overflytting.

3.2.8 Retningslinjer i akuttmedisin - pasientforløp, dokumentasjon og rapportering
Bortsett fra retningslinjen om legenes vaktlag, er retningslinjene innen avdeling for akuttmedisin godkjent av avdelingssjef og omfatter stort sett sykepleiertjenestene.

I tillegg til retningslinjen vedrørende medisinske vaktlag, har vi mottatt seks retningslinjer som regulerer ansvar og arbeidsoppgaver for de som arbeider i akuttmottaket, og én retningslinje som gjelder oppgaver for ansvarlig sykepleier i sengeområdene.

Det følger av rutinen «*Akuttmedisin – Plassering – Ansvar, fullmakter, oppgaver og handling*» at behandlende leger i akuttmottaket har ansvar for å avklare riktig behandlingsnivå og ved behov for innleggelse prioritere sengeområde fra 1-3 som pasienten kan ligge på.

4 Aktuelt regelverk

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

4.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

4.1.1 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.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 lyder:

"Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud."

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.

Forsvarlighetsstandarder 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. Hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner står sentralt, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Forventningene til handlemåte vil for eksempel være annerledes for en erfaren spesialist enn til helsepersonell med kort tids erfaring.

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

4.1.2 Nærmere om internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten) § 4.

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, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Virksomheten skal blant annet sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet og beskrive hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer videre at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser i pasientbehandlingen, og at det utarbeides gode rutiner på områder med særlig fare for svikt. Videre skal ledelsen fortløpende følge med på at rutinene følges og at de er hensiktsmessige og tilstrekkelige.

4.2 Krav til dokumentasjon

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 at helseforetaket skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Det følger videre av helsepersonelloven §§ 39 og 40 at helsepersonell som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og den helsehjelp som er gitt.

Med «relevante og nødvendige opplysninger» menes opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses- eller behandlingssituasjon er behov for å ha tilgjengelig for å kunne gjennomføre undersøkelsen eller behandlingen. Det må foretas en konkret vurdering av hvilke opplysninger som på noe tidspunkt kan ha betydning for pasienten eller pasientbehandlingen.

Pasientjournalen er et arbeidsverktøy i behandlingen av pasienten. Journalen skal føres slik at det fremgår om arbeidet er utført forsvarlig, og i samsvar med andre krav stilt i lov eller i medhold av lov.

Dokumentasjonsplikten omfatter også opplysninger som er nødvendige for å oppfylle informasjonsplikter. I denne sammenhengen må forpliktelsen til dokumentasjon ses i sammenheng med andre forpliktelser overfor pasienten, og eventuelt i relasjon til andre enn pasienten.

4.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

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

4.4 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser

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

4.5 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.

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 første ledd.

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 tredje ledd, jf. § 3-2 fjerde og femte ledd.

4.6 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.

5 Statens helsetilsyns vurderinger

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

Vi finner at det er virksomhetens ansvar å sikre forsvarlig helsehjelp, som er det sentrale i denne saken. Vi har ikke funnet grunn til å vurdere administrativ reaksjon mot enkelte helsepersonell for brudd på kravet til faglig forsvarlighet. Vurdering av enkeltpersonells handlinger, vil inngå i den samlede vurderingen av den oppfølgingen pasienten fikk.

Dette hendelsesforløpet foregikk i ulike avdelinger i samme divisjon. Statens helsetilsyn vil fokusere på den delen av det aktuelle pasientforløpet som vi mener er av sentral betydning for tilsynssaken. Dette innebærer en vurdering av den helsehjelpen pasienten fikk fra han ble innlagt i akuttmottaket til han ble overført til sengeposten. Vi vil i den forbindelse vurdere følgende:

Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp på XXXXXX?

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

- Fikk pasienten forsvarlig diagnostikk, undersøkelse, behandling og oppfølging i akuttmottaket den XXXXXX?

Fikk pasientens pårørende fikk tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand og om plan for videre oppfølging?

Statens helsetilsyn vil også vurdere om XXXXXX har lagt til rette for og er organisert på en måte som sikrer forsvarlig behandling og oppfølging av pasienter som er innlagt for avklaring etter mistanke om infeksjon. Vi vil i den forbindelse vurdere følgende temaer:

Sikrer virksomheten en forsvarlig håndtering av pasienter som innlegges med mistanke om infeksjon?

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

- Har XXXXXX lagt til rette for å sikre forsvarlig kompetanse ved mottak og oppfølging av pasienter i akuttmottaket der det foreligger mistanke om infeksjon og mulighet for utvikling av sepsis?
- Har XXXXXX lagt til rette for sikring av forsvarlig dokumentasjon og informasjonsoverføring ved overføring av pasient til andre avdelinger?

5.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXXXX ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

5.1.1 Fikk pasienten forsvarlig diagnostikk, undersøkelse, behandling og oppfølging i akuttmottaket den XXXXXX?

Vurdering av den medisinskfaglige oppfølgingen på akuttmottaket

Statens helsetilsyn vil først vurdere om pasienten fikk forsvarlig medisinskfaglig oppfølging i akuttmottaket.

God praksis ved undersøkelse utredning og behandling av pasient med mistanke om infeksjon
Optimalt bør en infeksjon erkjennes og behandles før den utvikler seg til sepsis. Tiltakene består i å avdekke og sanere infeksjonsfokus, sikre mikrobiologiske prøver, starte virksomt antibiotikum og gi organstøttende behandling.

Det er avgjørende for vellykket behandling av sepsis at tilstanden blir erkjent så tidlig i forløpet som mulig, og antibiotikabehandling startes så fort som mulig. For å tilordne pasienter til riktig behandlingsnivå er definisjonene av sepsis som inkluderer systemisk inflammatorisk respons syndrom (SIRS) sentrale.

Det er i nasjonale faglige retningslinjer for bruk av antibiotika på sykehus (angitt fire kriterier. Tre av disse skal være tilstede for at diagnosen kan stilles:

- 1) Temperatur over 38 °C eller mindre enn 36 °C
- 2) Puls over 90/minutt
- 3) Respirasjonsfrekvens over 20/minutt
- 4) pCO₂ mindre enn 4,3 kPa, leukocytter over 12 10⁹/l eller mindre enn 4 10⁹/l.

Disse kriteriene må vurderes sammen med det kliniske bildet. Kriteriene, eventuelt scoresystemer av typen MEWS («modified early warning score»), kan danne grunnlag for å vurdere blant annet behovet for oppfølging og overvåkning i den diagnostiske fasen før behandling er besluttet.

Forsinkelser i oppstart av effektiv behandling kan øke mortaliteten. Antibiotika skal derfor gis så snart som mulig og helst innen en time etter innleggelse, men fortrinnsvis etter at blodkultur er sikret. Strukturert overvåkning er nødvendig for å forebygge eller oppheve alvorlig sepsis med organsvikt.

Når innleggelsesdiagnosen er erysipelas, og innleggesesgrunnen er behovet for intravenøs antibiotikabehandling, må det kunne forutsettes at dette blir ordinert og administrert uten unødig opphold, senest innen en time ved sepsis, med mindre innleggelsesdiagnosen avkrefte etter innleggelsen. Erysipelas behandles vanligvis med penicillin, men bredere dekning må vurderes avhengig av klinisk tilstand inntil svar på bakterieanalysene foreligger. Allmenntilstanden kan være vanskelig å vurdere. Betydelige hudforandringer, sår i huden og smerter ved direkte berøring/trykk kan gi mistanke om alvorlig underhudsinfeksjon, eventuelt nekrotiserende fasciitt. Kirurg bør da kontaktes for vurdering av om det indikasjon for kirurgisk behandling.

SIRS-kriterier, eller MEWS-score, som betydelig økt respirasjonsfrekvens og/eller markant hypotensjon, bør imidlertid gi mistanke om at det kan foreligge en septisk tilstand. Overvåkningsgrad og overvåkningsnivå må da vurderes. Diurese og væskebalanse er eksempel på faktorer som skal følges med på.

Dersom medisinsk behandling utsettes, må pasienten observeres og overvåkes nøye. Det må gjøres systematisk klinisk vurdering og monitorering av pasientens vitale parametere. Videre skal det tas arteriell blodgass med laktat, venøse prøver med kreatinin, bilirubin, leukocytter, blodplater og INR.

Det krever mye erfaring, noen ganger også kirurgisk erfaring, å se på et rødt og hovent ben hvor alvorlig en infeksjon kan være. Det krever også noe erfaring for å erkjenne at en pasient med kronisk lymfatisk leukemi kan ha et nedsatt immunforsvar og økt risiko for å utvikle alvorlige infeksjoner. Det er derfor viktig at helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse vurderer pasienten tidlig nok i forløpet.

Vurdering av den medisinskfaglige oppfølgingen i akuttmottaket

Pasienten hadde flere alvorlige grunnlidelser, var svært overvektig og hadde i utgangspunktet en betydelig redusert allmenntilstand. Han ble innlagt av legevakslege med spørsmål erysipelas og behov for intravenøs antibiotika. Primærvakten var ikke helt sikker på om det forelå en erysipelas, eller om det kunne dreie seg om en dyp venetrombose. Primærvakten oppfattet ikke pasienten som så dårlig at det gjorde noe å vente på tilsyn av mer erfaren lege, selv da det viste seg å ta en del tid. Han ville derfor vente med å starte behandling til

sekundærvakten hadde vurdert pasienten sammen med ham. Antibiotika ble derfor ikke ordinert med en gang.

Sekundærvakten ble stadig tilkalt til andre pasienter det hastet med, og han fikk derfor ikke vurdert pasienten ordentlig før kl. 18.00, om lag seks timer etter at pasienten kom til XXXXXX. Sekundærvakten hadde før for dette så vidt vært innom pasienten ca. kl.16.00, og han vurderte da at det var forsvarlig å prioritere andre hasteoppdrag først. Tilkalling av tertiærvakten ble ikke vurdert av noen av legene.

Fordi pasienten samtidig ble besluttet klar for overflytning til sengepost, ble ordinert penicillinbehandling ikke påbegynt i akuttmottaket. Det ble heller ikke gitt på sengeposten da det var usikkert om penicillin allerede var gitt, selv om det ikke var krysset av for at dette var gitt i medikamentkurvet. Pasienten fikk antibiotika på intensivavdelingen kl. 23.00, etter endret preparat og dosering av tertiærvakten.

Resultatet ble at pasienten hadde et langvarig opphold i akuttmottaket uten iverksetting av antibiotikabehandling. Det var ikke opplagt for primærvakten at det forelå alvorlig infeksjon (sepsis) ved innleggelsen. I dette tilfellet var respirasjonsfrekvens over 20/min, leukocytter over $12 \times 10^9/l$ og CRP på 160 mg/l kl.12.28. Puls holdt seg på 70/min, noe som kan skyldes pasientens bruk av betablokker. Målinger gjort av legevaktslege og i akuttmottaket viser at pasienten hadde stabilt lavt blodtrykk og en respirasjonsfrekvens på 36/min. Pasienten hadde i tillegg nedsatt immunforsvar på grunn av kronisk lymfatisk leukemi. Det er også beskrevet en økning av rødme i løpet av tiden i mottaket, noe som også ble tolket som ikke så alvorlig.

Etter Statens helsetilsyns vurdering skulle pasientens innleggelsesgrunn sammenholdt med symptomene på infeksjon med utslett og smerter, ført til at det ble iverksatt væskebehandling og bredspektret antibiotikabehandling på et tidlig tidspunkt, helst innen en time. Dette skulle vært gjort uavhengig av om diagnosen forelå. Økning av rødme og smerter, sett i sammenheng med pasientens redusert allmenntilstand i utgangspunktet, burde ha ført til vurdering av karkirurg eller ortopedisk kirurg og infeksjonsmedisiner, som kunne vurdert pasienten helhetlig. Differensialdiagnosen dyp venetrombose kunne vært avklart raskt ved hjelp av ultralydundersøkelse.

Pasienten fremstod for legene som så pasienten som ikke å være septisk. Dette var bygget på en ganske overflatisk klinisk vurdering. Det ble i liten grad brukt objektive målinger i løpet av oppholdet i akuttmottaket etter innkomst. Ved innkomst var kun respirasjonsfrekvens på 36/min et alarmerende funn. Det er etter vår vurdering forståelig at pasienten ble oppfattet slik av de mindre erfarne legene, men sannsynlig at mer erfarne leger ville oppfattet tilstanden som mer alvorlig eller potensielt mer alvorlig. Det virker dessuten unødvendig at det tar fire timer å få en vurdering av om det skal startes opp med antibiotikabehandling, ytterligere to timer før beslutningen blir tatt og deretter fem timer før behandlingen blir iverksatt.

Delkonklusjon

Å la pasienten ligge så lenge i akuttmottaket med manglende undersøkelse, målinger og iverksetting av behandling, er etter Statens helsetilsyns vurdering et avvik fra god praksis. Avviket fra god praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.

Vurdering av observasjonen og dokumentasjonen i akuttmottaket

Statens helsetilsyn vil her vurdere om observasjonen og dokumentasjonen i akuttmottaket var forsvarlig.

God praksis for observasjon og dokumentasjon av uavklarte pasienter i akuttmottaket

Fortløpende og strukturert observasjon og måling av vitale parametere er av avgjørende betydning ved oppfølging av uavklarte pasienter med potensielt alvorlige tilstander som kan endre seg raskt. Observasjoner, målinger og eventuelle tolkninger skal dokumenteres fortløpende.

Vurdering av overvåking i akuttmottaket

Siden pasienten oppholdt seg svært lenge i akuttmottaket uten at behandling med antibiotika ble ordinert og påbegynt, var det særlig viktig å følge opp/observere pasienten tett, da forsinkelser i oppstart av eventuell behandling kunne få alvorlige konsekvenser for pasienten. Da man ikke startet behandling, skulle pasienten som et minimum hatt økt overvåking med hyppige målinger av vitale parametere. Det ble ikke foretatt målinger av pasienten mellom kl. 12.35 og kl. 19.30 og det fremgår ikke av observasjonsskjemaet eller andre nedtegnelser hvordan pasientens sykdomstilstand utviklet seg. Ut over inkomstnotat er det i denne perioden ikke ført noen form for journalnotater av sykepleiere.

Observasjonsskjema/curve gir ikke tilstrekkelig informasjon/kunnskap om hvordan pasientens tilstand utviklet seg i løpet av de timene han lå i akuttmottaket. Etter Statens helsetilsyn indikerer dette at det ikke ble foretatt strukturert og jevnlig observasjon av pasienten i akuttmottaket.

Delkonklusjon

Overvåking av pasienten i akuttmottaket var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4. Statens helsetilsyn har særlig lagt vekt på at det forelå mangelfull overvåking og dokumentasjon over et så langt tidsrom.

Vurdering av håndteringen ved overføring av pasienten til sengepost

Statens helsetilsyn vil vurdere om håndteringen ved overføringen av pasienten til sengepost var forsvarlig.

God praksis for overføring av informasjon når pasienten overflyttes til annen enhet

Det er avgjørende for den videre oppfølgingen av pasienten at nødvendig og relevant informasjon følger pasienten og er tilgjengelig for helsepersonell som overtar ansvaret for den videre behandling og oppfølging. Opplysninger skal overføres enten skriftlig eller muntlig, eventuelt begge deler. Informasjonen skal være tilstrekkelig og oppdatert slik at den videre oppfølgingen av pasienten kan fortsette uten forsinkelser.

Vurdering av informasjonsoverføringen ved overflytting av pasienten til sengepost

Pasientansvarlig sykepleier i akuttmottaket ga ikke supplerende opplysninger om pasienten til sengepost. Plasseringsansvarlig sykepleier hadde ikke førstehånds opplysninger om pasienten og ga opplysninger til sengepost ut fra det som var angitt i observasjonsskjemaet. Hun hadde derfor ikke tilstrekkelig oversikt over hvordan pasientens tilstand hadde utviklet seg i løpet av dagen. Dette kan ha vært medvirkende til at det oppsto uklarhet om antibiotika var gitt i akuttmottaket eller ikke. Sykepleieren på sengeposten kunne også ha sjekket dette med

akuttmottaket, eller uten videre gått ut fra at det ikke var gitt. Hun stolte imidlertid ikke på at manglende signering for at medikament var gitt faktisk betydde at det ikke var gitt.

Personellet på sengeposten hadde heller ikke mulighet ut fra legejournal, kurve og observasjonsskjema å danne seg et bilde av pasientens utvikling gjennom dagen med hensyn til sirkulasjon, respirasjon og væskebalanse. Statens helsetilsyn har ikke kommet til bunns i hva slags informasjon som faktisk ble gitt til sengeposten. Skjemaet som ble utfylt ved informasjonsoverføringen ble kastet, noe som var rutinen ved avdelingen og de involverte helsepersonell husker ikke hva slags informasjon som ble gitt. Inntrykket som ble gitt i intervjuene av sykepleierne på sengeposten, var at de opplevde at informasjon gitt fra akuttmottaket ofte var mangelfull. XXXXXX anfører i sitt tilsvarende svar at innkomstjournal fra lege forelå da pasienten ble overført til sengepost. Statens helsetilsyns vurdering er at denne ikke dekker behovet for informasjonsoverføring på mellom sykepleierne ved overføring fra akuttmottaket til sengeposten.

Delkonklusjon

Informasjonsoverføringen ved overflytting til sengepost var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.

5.2 Om pasientens pårørende fikk tilstrekkelig informasjon

Statens helsetilsyn finner at manglende opplysninger til pårørende i dette tilfelle var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Nedenfor følger våre vurderinger.

God praksis for informasjon til pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, har pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon om pasientens helsetilstand, herunder diagnose og behandlingsutsikter, og om helsehjelpen. Pårørende må få slik informasjon som er nødvendig for å få nødvendig innsikt i pasientens helsetilstand og for å kunne bli i stand til å ivareta pasienten som pårørende.

Vurdering

Pasientens ektefelle var opptatt av at pasienten hadde ligget så lenge i akuttmottaket uten at noe hadde skjedd. Pasienten hadde kontakt med ektefellen på mobiltelefon flere ganger og hadde gitt uttrykk for at han hadde store smerter og at smertestillende ikke hadde hjulpet. Videre var ektefellen opptatt av at helsepersonellet i akuttmottaket ikke kunne svare på hvilken sengepost pasienten var blitt overført til og at de ikke ble kontaktet av sykehuset før rundt kl. 23.00 samme kveld. Da var pasienten svært dårlig og overført til intensivavdelingen.

Etter Statens helsetilsyns vurdering var det i dette tilfelle viktig å informere pasientens pårørende om pasientens forverrede tilstand og hvor han var innlagt til enhver tid. I slike situasjoner er det viktig å informere pårørende fortløpende når helsetilstanden endrer seg og der pasienten overflyttes til annen avdeling.

Konklusjon

Manglende informasjon til pasientens pårørende om endringer i helsetilstand og om hvor pasienten befant seg, var ikke i tråd med god praksis. Vi finner at manglende opplysninger til pårørende i dette tilfelle var brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

5.3 Sikrer virksomheten en forsvarlig håndtering av pasienter som innlegges på grunn av infeksjon, med risiko for på utvikle sepsis?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at akuttmottaket/medisinsk divisjon ved XXXXXX ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig kompetanse til rett tid ved oppfølging av pasienter som ble lagt inn med mistanke om alvorlig hudinfeksjon. Akuttmottaket hadde heller ikke rutiner som sikret forsvarlig dokumentasjon og informasjonsoverføring for pasienter i akuttmottaket. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger av disse spørsmålene.

5.3.1 Har XXXXXX lagt til rette for å sikre forsvarlig kompetanse ved oppfølging av pasienter i akuttmottaket der det foreligger mistanke om infeksjon?

God praksis

XXXXXX Bruk av systematiske registreringer og systemer for overvåkning, samt sikring av nødvendig klinisk kompetanse for vurdering innen rimelig tid, inngår i dette. Størrelse på akuttmottaket skal ikke være av betydning for kvaliteten på helsehjelpen som tilbys.

Det krever erfaring å vurdere hvor alvorlig en infeksjon kan være. Det krever også noe erfaring å ta hensyn til at en pasient med kronisk lymfatisk leukemi har et nedsatt immunforsvar og økt risiko for å utvikle alvorlige infeksjoner og sepsis. Kombinasjonen av rødme (rubor) der det er mistanke om erysipelas og sterke smerter, bør raskt gi mistanke om at det kan foreligge en dypere hudinfeksjon, i verste fall nekrotiserende fasciitt. Dette er ganske sjeldent tilfelle hos slike pasienter, men sannsynligheten for at tilstanden mistenkes og oppdages, øker med erfaring og kompetanse hos legen som vurderer. Ved usikkerhet må det vurderes å gi bredspektret antibiotika. Når det foreligger venøse sår eller betydelige hudforandringer bør også kirurg vurdere tilstanden.

Ruborens utbredelse skal følges nøye. Klinisk tilstand og infeksjonsparametre må følges hyppig. Systematisk registrering av slike parametre (SIRS, Alert, NEWS og lignende) kan være til god støtte, i tillegg til vurdering av lege med tilstrekkelig klinisk erfaring.

Vurdering

Statens helsetilsyn har vurdert at konsultasjon og vurdering av leger med lengre klinisk erfaring, samt større aktpågivenhet på et tidligere tidspunkt, kunne ha medført en oppgradert prioritering og tidligere oppstart av antibiotikabehandling. Dette kunne mulig også ha resultert i kirurgisk tilsyn på tidligere tidspunkt.

Statens helsetilsyn stiller derfor spørsmål om XXXXXX i tilstrekkelig grad sikrer at risikopasienter blir vurdert av lege med tilstrekkelig erfaring og kompetanse på et tidlig nok tidspunkt.

I denne konkrete saken ble det foretatt mangelfull klinisk diagnostikk, og primærvakten hadde utilstrekkelig forståelse av risiko hos pasienten. Triagelegen undersøkte ikke pasienten, og sekundærvakten hadde mange gjøremål med andre alvorlig syke pasienter i akuttmottaket, blant annet en annen pasient med alvorlig fulminant sepsis. Statens helsetilsyns vurdering er at de involverte legene og sykepleierne i akuttmottaket ikke i tilstrekkelig grad oppfattet alvorlighetsgraden i pasientens helsetilstand. Det ble ikke foretatt systematisk registrering og tolkning av relevante parametre utover det lange oppholdet i akuttmottaket, og det ble ikke

innen rimelig tid foretatt vurdering av lege med tilstrekkelig erfaring til oppfatte risiko og ta beslutning om iverksetting av behandling.

Retningslinjen/prosedyren ”*Akuttmedisin- Medisinske vaktlag – Funksjon og organisering*” er slik vi har oppfattet det, det styrende dokumentet med hensyn til organisering av legetjenesten for indremedisinske pasienter ved XXXXXX på vakttid. Denne omfatter i betydelig grad legetjenesten i akuttmottaket hele døgnet, men gjelder for hele XXXXXX på vakttid.

Prosedyren tilsier at erfaren LIS skal triagere pasientene, og være den første lege som ser pasienten ved ankomst i sykehuset, og at denne LISen rapporterer til teamleder/erfaren sekundærvakt. Dette gjelder kun på dagtid og tidlig kveld på hverdager, og ikke ellers. Ordningen fungerer heller ikke når triagelegen er opptatt med dårlige pasienter.

Etter Statens helsetilsyns erfaring i denne og tilsvarende saker ved XXXXXX, er at dette tiltaket/denne ordningen i praksis ikke i tilstrekkelig grad sikrer alvorlig syke pasienter rett kompetanse til rett tid. Når triagelegen er opptatt, bortfaller medisinsk tilsyn av erfaren LIS før pasienten tas imot av turnuslege eller uerfaren LIS.

Prosedyren beskriver at triagelege skal informere sekundærvakt XXXXXX, den andre mer erfarne LISen i teamet. Dersom triagelegen ikke har undersøkt pasienten, bortfaller også denne informasjonen til sekundærvakt XXXXXX. Resultatet er at pasienten kun blir tilsett av turnuslege eller uerfaren LIS ved innkomst. Når primærvakten så konfererer med sekundærvakten, har ikke sekundærvakten fått informasjon om pasienten av triagelegen, slik prosedyren synes å forutsette. Det var Statens helsetilsyns inntrykk ved det stedlige tilsynet at ledelsen ved XXXXXX ikke i tilstrekkelig grad kjente til i hvilken grad arbeidet i akuttmottaket fungerer som forutsatt. Prosedyren inneholder heller ingen kriterier for når tertiærvaktene skal konfereres med eller tilkalles.

Vaktteamet av LISer som er beskrevet i nevnte prosedyre ledes ikke av noen spesialist, men må på eget initiativ henvende seg til én eller flere av overlegene som har bakvakt når de selv ser behov for det. Det er Statens helsetilsyns inntrykk at tertiærvaktene blir lite brukt, både i faglige spørsmål og spesielt når det oppstår kapasitetsproblemer og samtidighetsproblematikk. Det er ikke plassert noe enhetlig ansvar for å følge med på virksomheten i LIS-vaktteamet, verken på den enkelte vakt, i det daglige, eller på et overordnet nivå over tid.

Delkonklusjon

XXXXXX har ikke lagt til rette for å sikre forsvarlig oppfølging av uavklarte pasienter ved at de blir tilsett og undersøkt av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten. På dagtid er rutinene for tilsyn av leger i indremedisinsk vaktteam bedre enn resten av døgnet, men også på dagtid svikter disse på grunn av samtidighetskonflikter. Tertiærvaktens plass i vaktsystemet er lite beskrevet og de synes å være for lite benyttet, spesielt i akuttmottaket.

5.3.2 Har XXXXXX forsvarlige rutiner for oppfølging, dokumentasjon og informasjonsoverføring i akuttmottaket?

God praksis

Helsepersonell som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og den helsehjelp som er gitt. Dette innebærer blant annet at observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som

settes i verk og resultatet av dette, skal journalføres. Videre skal plan for, eller avtale om videre oppfølging nedtegnes. Det er virksomheten som har det overordnede ansvar for at det foreligger rutiner som gjør at helsepersonellet kan dokumentere i tråd med kravene som stilles til dokumentasjon.

Journalen skal først og fremst være et redskap for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp, men har også andre funksjoner. Journalen vil blant annet være av stor bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsynssaker.

Det er ikke tilstrekkelig at dokumentasjonen kun gjelder forhold ved ankomst av pasienten. Det må også føres kronologisk i journal under hele oppholdet i akuttmottaket. Dersom det benyttes skjemaer, må disse være utformet slik at de ivaretar behovet for utfylling av nødvendig informasjon på egnet plass. Skjemaer som benyttes for viktig informasjonsoverføring mellom avdelinger, bør ikke destrueres med mindre all relevant informasjon er overført til pasientens journal.

I et akuttmottak bør systemer for dokumentasjon og score av viktige parametere hos uavklarte pasienter av typen «early warning score» vurderes innført, forutsatt at de kan implementeres på en måte som sikrer riktig bruk av dem.

Vurdering

Det foreligger motstridende opplysninger om sykepleierne i akuttmottaket hadde rutine for å skrive journalnotater. I flere av tilbakemeldingene fra sykepleierne, ble det gitt uttrykk for at informasjonsoverføring og dokumentasjon i akuttmottaket ofte var mangelfull. I tilbakemeldingen fra XXXXXX påpekes at sykepleierne i akuttmottak dokumenterer elektronisk i journalnotat, i tillegg til å føre opplysninger i observasjonsskjema, som følger alle pasienter. Det er opplyst fra XXXXXX at sykepleierne dokumenterer elektronisk i journaldokumentet «*Spl Ankomst mottak XXXXXX*» med headingen XXXXXX.

I dette tilfellet ble det laget et innkomstnotat og opplysninger ble ellers ført på observasjonsskjemaet, men ikke fortløpende og korrekt. Pasienten ble liggende over seks timer i akuttmottaket uten at det ble gjort nye målinger, og det ble ikke ført fortløpende opplysninger i observasjonsskjemaet eller i journal. Det er anført at det er gitt smertestillende, uten nærmere angivelse av effekten. I følge pårørende hadde pasienten overfor dem gitt uttrykk for betydelige smerter, og at smertestillende ikke hadde hjulpet. Det blir derfor vanskelig å få oversikt over hva slags observasjoner og helsehjelp som er gitt. Når en uavklart pasient med sterke smerter der det foreligger mistanke om infeksjon blir liggende lenge i akuttmottaket skal pasienten følges tett opp.

Statens helsetilsyn har merket seg at det foreligger til sammen syv ulike retningslinjer for akuttmedisin og mottaksfasen, mens det er lagt betydelig mindre vekt på rutiner for oppfølgingen og behandlingen av pasienter dersom pasienten blir liggende lenge i akuttmottaket.

Rapportering fra akuttmottaket frem til sykepleier som tar imot pasienten på sengepost, går i praksis ofte gjennom flere ledd og er stort sett muntlig. Rutiner som baserer seg på flere mellomfunksjoner ved formidling av opplysninger ved overføringer til annen enhet, kan medføre pulverisering av ansvar for at tilstrekkelig informasjon om pasienten blir gitt til mottaker av pasienten og hva slags informasjon som gis kan virke tilfeldig.

Dersom pasienter ligger lenge i akuttmottaket har primærlege noen ganger rukket å skrive innkomstjournal når pasientene blir overført til annen avdeling. Virksomheten viser i sitt svar som kommentar til at det er mangelfull informasjon ved overflytting, til at sykepleier på sengepost kan lese i legejournalen. Det er Statens helsetilsyns vurdering at det om mulig bør gjøres, men at det ikke dekker behovet for god rapportering sykepleierne seg imellom.

Statens helsetilsyn kan ikke se at vi har mottatt noen retningslinjer som omhandler rapportering eller kvalitetssikring av informasjonsflyt, som i tilstrekkelig grad sikrer trygge overganger. Manglende/mangelfull dokumentasjon medfører økt risiko for svikt i informasjonsutvekslingen mellom de ulike helsepersonell. Mangelfull dokumentasjon i journal og observasjonsskjema kan dessuten medføre tvil om hva slags oppfølging og observasjoner som ble gjort i akuttmottaket.

Delkonklusjon

Akuttmottaket hadde heller ikke rutiner som sikret forsvarlig dokumentasjon og informasjonsoverføring for pasienter i akuttmottaket. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

6 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn er kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp og at XXXXXX ikke har oppfylt kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4 om å yte forsvarlige helsetjenester.

Vi er også kommet til at foretaket ikke har oppfylt informasjonsplikten i samme lov § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Etter vår vurdering viser denne saken at hendelsen kunne skje på grunn av mangelfull klinisk diagnose og forståelse av risiko hos pasienten. Saken viser at var mangel på gode rutiner for mottak og oppfølging av uavklarte pasienter ved mistanke om infeksjon, og at eksisterende prosedyre ikke følges som forutsatt, ofte på grunn av samtidighetskonflikter. Det er mangelfulle rutiner for fortløpende oppfølging og observasjon av pasienter som blir værende lenge i akuttmottaket. Tilsynet viste også at det var mangel på gode rutiner for dokumentasjon og overføring av pasientopplysninger ved overføring til sengepost.

Ut fra denne og tidligere saker mener Statens helsetilsyn at den mangelfulle oppfølgingen av pasienten i akuttmottaket viser at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad har lagt til rette for at helsepersonellet kan yte forsvarlig helsehjelp. Vi konkluderer med at denne svikten er et avvik fra forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Etter Statens helsetilsyns vurdering kan helsepersonellens håndtering av denne pasienten gjenspeiles i virksomhetens manglende fokus på uavklarte pasienter med mistanke om infeksjon som blir liggende lenge i akuttmottaket, og virksomhetens mangelfulle rutiner for å sikre god oppfølging av pasienter som blir liggende lenge og uavklart i akuttmottaket. Saken viser også at virksomheten ikke i tilstrekkelig grad sikrer rett kompetanse til rett tid i akuttmottaket.

6.1 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn pålegger

- at dette brevet blir gjort kjent for alle de involverte

- at de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen
- at vi får en tilbakemelding innen seks -6- uker på hvordan hendelsen er fulgt opp, og hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på de aktuelle områdene
- at XXXXXX redegjør for hvordan virksomheten i praksis sikrer at triagering og vurdering av pasienter blir foretatt av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse innen rimelig tid og at videre oppfølging inn i sykehuset er forsvarlig, spesielt med tanke på informasjonsoverføring og iverksetting av behandlingstiltak.
- at dere også sender Fylkesmannen i XXXXXX en kopi

Vi ber også helseforetaket merke seg pårørendes opplevelse av ikke å bli informert fortløpende om pasientens helsetilstand og hvor han ble plassert, og vurdere om rutinene for å informere pårørende er gode nok.

Vi vil gjerne presentere rapporten for dere dersom dere ønsker dette. En av saksbehandlerne kan da kontaktes.

7 Vedlegg

Regelverkssitater

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Helsepersonelloven § 4 første og annet ledd. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5..

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd. Journal og informasjonssystemer

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Helsepersonelloven § 39 første ledd. Plikt til å føre journal

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

Helsepersonelloven § 40 første ledd. Krav til journalens innhold m.m.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a første ledd. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser

For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens

helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 annet ledd. Om informasjon

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Helsetilsynsloven § 2 sjette ledd. Fylkesmannens og Statens helsetilsyns oppgaver

Når Statens helsetilsyn mottar varsel etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, skal Statens helsetilsyn snarest mulig foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst.