

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Dødsfall på grunn av tom oksygenkolbe ved [REDACTED]

Saksnummer: [REDACTED]

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, knyttet til den helsehjelp [redacted] fød [redacted] – død [redacted] 2018, fikk under innleggelsen [redacted] ved [redacted] [redacted]

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

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved [redacted] [redacted]. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at [redacted] ikke hadde sikret forsvarlig helsehjelp til kritisk syke pasienter ved intrahospital transport. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har merket oss at [redacted] har iverksatt tiltak for å redusere risikoen for at tilsvarende skjer igjen. Etter Statens helsetilsyns vurdering har virksomheten arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Vi ber om at [redacted] innen [redacted] 2019 gir en tilbakemelding på hvordan tiltakene er gjennomført og om de har tilsiktet effekt. Vi ber også om at endelige prosedyrer/retningslinjer oversendes til Statens helsetilsyn.

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

Med hilsen

[REDACTED]

direktør

[REDACTED]

seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:
Rapport av dags dato
Risikoanalyse

Kopi til:
Fylkesmannen i [REDACTED]
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:
seniorrådgiver [REDACTED]
fagsjef [REDACTED]

Juridiske saksbehandlere:
seniorrådgiver [REDACTED]
seniorrådgiver [REDACTED]

Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	6
2 Saksbehandlingen	6
3 Hendelsen/pasientbehandlingen	6
4 Forhold ved virksomheten	12
5 Hendelses- og årsaksanalyse – bemerkninger	15
6 Aktuelt regelverk	24
7 Statens helsetilsyns vurderinger.....	25
8 Konklusjon og oppfølging.....	31
9 Vedlegg	32

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn saken og det stedlige tilsynet ved [redacted] den [redacted] 2018. Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse [redacted] 2018, da [redacted] på [redacted] år døde på avdeling for radiologi, om lag [redacted] timer etter at [redacted] ble innlagt på sykehus med alvorlig lungebetennelse.

Pasienten ble innlagt ved [redacted] med pustebesvær og oksygenbehov. Røntgenbildet viste alvorlig lungebetennelse og væske/puss i brysthulen. Legen som tok imot patienten startet med antibiotika, væske- og oksygenbehandling. Det var nødvendig å tappe væsken/pusset fra brysthulen, og dette skulle skje på avdeling for radiologi. Pasienten ble overflyttet fra infeksjonsmedisinsk avdeling av en portør, uten følge av helsepersonell.

Da patienten kom til avdeling for radiologi, oppfattet radiografen og radiologen [redacted] som svært syk. De gikk straks i gang med å tappe fra brysthulen fordi de mente det ville hjelpe på tilstanden. Etter prosedyren oppdaget radiografen at patienten ikke lenger fikk tilført oksygen, fordi oksygenkolben som patienten lå tilkoblet var tom. Like etter fikk patienten hjertestans. Stansteam ble tilkalt, det ble igangsatt hjerte-lunge-redning, men livet sto ikke til å redde.

Hovedårsaken til at patienten ikke fikk tilført den mengden oksygen [redacted] hadde behov for det var mangel på gode rutiner for å sikre forsvarlig transport av pasienter innad i sykehuset, og under medisinske prosedyrer ved avdeling [redacted] radiologi.

Sykepleieren på sengeposten hadde gitt beskjed til pårørende om at patienten var blitt kritisk syk, og at legen ville ringe dem når situasjonen var avklart. Det viste seg at patienten ikke hadde navnebånd på seg, slik at sykepleieren fra sengeposten måtte identifisere den døde for å gi legen visshet om patientens identitet. Pårørende fikk dermed ikke beskjed om dødsfallet før de selv, etter flere timer, ringte til sykehuset for å etterspørre hvordan det gikk.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at patienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Vi har videre kommet til at helseforetaket ikke sikret forsvarlig helsehjelp til kritisk syke pasienter under transport i sykehuset og på avdeling for radiologi. Helseforetaket hadde heller ikke i tilstrekkelig grad gjort risikovurderinger og innført tiltak som skulle redusere risiko for svikt i helsehjelpen ved intrahospital transport. Ved sengeposten var det ikke lagt til rette for at kvalifisert personell kunne følge pasienter til undersøkelse/behandling. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn har merket seg at det er planlagt og delvis iverksatt tiltak for å sikre at lignende ikke skjer igjen. Vi anser at virksomheten med dette har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

1 Innledning

██████ varselet ██████ 2018 om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelper ██████ (heretter omtalt som pasienten), født ██████ – død ██████ 2018, fikk ved ██████ (heretter omtalt som ██████). Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i ██████ å gjennomføre et stedlig tilsyn ved ██████ i denne saken fordi vi fant grunn til å mistenke alvorlig svikt, og fordi flere avdelinger var involvert.

I denne rapporten redegjør vi først for saksbehandlingen og hendelsen. Deretter vil vi gi en analyse av hva som kan være mulige årsaker til hendelsen. Til slutt følger våre vurderinger og konklusjoner.

2 Saksbehandlingen

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

- Statens helsetilsyn mottok ██████ 2018 et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra ██████
- Statens helsetilsyn innhentet styrende dokumenter og pasientjournal.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved ██████ 2018.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende ██████ 2018.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig rapport ██████ 2018.
- Den foreløpige rapporten ble sendt til pasientens pårørende ██████ 2018.
- Statens helsetilsyn mottok kommentarer til den foreløpige rapporten fra pasientens pårørende i e-post av ██████ 2018.
- Statens helsetilsyn mottok kommentarer til den foreløpige rapporten fra ██████ 2018.
- Statens helsetilsyn mottok bekymringsmelding til fylkeslegen og risiko- og sårbarhetsanalyse fra portørtjenesten ██████ 2019.
- Statens helsetilsyn mottok ytterligere kommentarer fra de pårørende i e-post ██████ 2019.

3 Hendelsen/pasientbehandlingen

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

3.1 Pasientens tidligere sykehistorie

Pasienten var en ██████ år. ██████ hadde fra tidligere diabetes mellitus type 2 med komplikasjoner. ██████ hadde hatt pustebesvær tidligere, og det var vurdert om ██████ hadde kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), men ██████ hadde ikke fått denne diagnosen. ██████ var sist innlagt ██████ 2017 med pustebesvær og luftveisinfeksjon. Under dette oppholdet var pasienten på hjerteavdelingen. ██████ fikk antibiotika og oksygen, og ble utskrevet til hjemmet etter ██████ dagers innleggelse.

3.2 Den aktuelle innleggelsen

Den ██████ 2018 så ██████ til pasienten på ettermiddagen, og fikk ikke skikkelig kontakt med ██████ hadde imidlertid pekt mot insulinsprøytene sine. ██████ fikk tatt en

blodsuktermåling, og oppfattet at det var 41 mmol/L ved to målinger, og [redacted] satte insulinsprøyte på [redacted]. Etter at [redacted] hadde satt insulin, fikk [redacted] mer kontakt med [redacted] bemerket også at det var friskt blod på puten [redacted], og kontaktet legevakten som sendte ambulanse.

Da ambulansen kom ble blodsukkeret målt til 2,1 mmol/L. Legen og ambulansepersonellet oppfattet [redacted] ikke som helt klar og orientert. [redacted] benektet pustebesvær, men hadde oksygenmetning på 72 % som bedret seg da [redacted] fikk tilført oksygen på maske. Under transport til sykehuset fikk [redacted] oksygen og glukose 10 %.

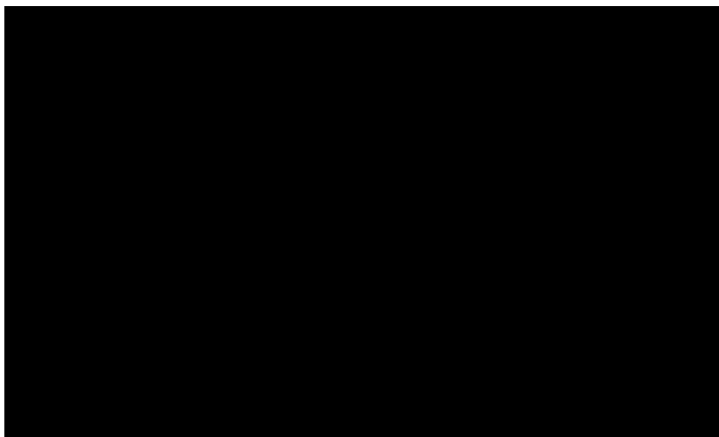
Kl. [redacted] kom [redacted] til akuttmottaket. [redacted] var noe sløv og hadde lett pustebesvær. [redacted] ble undersøkt av lege like etter ankomst. Blodtrykket var 109/57 mmHg, respirasjonsfrekvensen var 28/min, oksygenmetningen var 87 % med 4 liter/min oksygen. Pasienten hadde ikke feber. Legen hørte knatrelyder på [redacted] side av brystkassen. Det ble tatt blodprøver som viste pH 7,2, pCO₂ 5,42 kPa, BE – 11,3 mmol/L, hvite blodlegemer 24,4 x 10⁹/L CRP 500 mg/L og kreatinin 500 µmol/L.

Pasienten fikk etter hvert oksygen 10 liter/min på maske, og oksygenmetningen var da omkring 90 %. Legen som tok imot pasienten (lege 1) hadde tidligere [redacted] fått informasjon om at [redacted] avdelingen kun hadde plass til pasienter som trengte blodtrykksøkende medisiner. Legen vurderte pasienten som stabil med oksygen på 10 liter/minutt, og organiserte innleggelse på sengepost [redacted].

På vei dit ble det tatt røntgenbilde av lungene. Dette viste forandringer med fri væske i brysthulen (pleuravæske), mulig empyem (puss), og forandringer forenlig med lungebetennelse på [redacted] side. På grunn av mistanke om lungebetennelse med sepsis ble det startet med antibiotika.

Lege 1 rekvirerte ultralyddet tapping av pleuravæske ved avdeling for radiologi. Han forordnet fortsatt oksygenbehandling på 10 liter/min og medikamenter som ble tilpasset litt lavt blodtrykk og prerenal nyresvikt. Han forordnet videre væsketilførsel. Han gikk opp på sengeposten med nødvendig prøveutstyr for analyse av pleuravæsken som skulle tappes senere. Han ga beskjed om at det skulle tas ny blodprøve med blodgass etter to timer, og at pasienten skulle observeres med NEWS skår (National Early Warning Score) hver time de neste fire timene.

Lege 1 informerte påtroppende lege (lege 2) om pasienten og planene videre før han gikk av vakt. Både lege 1 og lege 2 var erfarne leger i spesialisering (LIS) som hadde arbeidet i medisinsk klinikk i flere år.



Figur 2. Oksygens-/ saturasjonsmåler

Kl. [redacted] kom pasienten til infeksjonsposten, sengepost [redacted]. [redacted] ble lagt på et sengerom med en annen pasient (figur 1). Det var ikke fast pasientmonitor, men måling av oksygenmetning ble gjort med en metningsmåler som ble brukt på flere pasienter (figur 2). [redacted] pustet fort med 10 liter/min oksygen på maske. Oksygenmetningen var 92 %. [redacted] var sliten, og benektet at det var tungt for [redacted] å puste. Sykepleieren som tok imot [redacted] skåret [redacted] etter NEWS til 8.

Etter to timer kontaktet hun lege 2 og ba ham om å komme for å ta blodgassen som var forordnet av lege 1. Hun refererte observasjonene med oksygenbehov, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens. Lege 2 hadde ikke anledning til å komme akkurat da, og han ba sykepleier om å ringe ham etter ytterligere en time. Da sykepleieren, som skulle ha [redacted] vakt, kom om lag kl. [redacted] samarbeidet avtroppende og påtroppende sykepleier om [redacted] stellet på pasienten [redacted] ble medtatt og besværet under stellet, og de ble enige om å utsette nye NEWS skåringer til [redacted] hadde fått hvilt seg litt. Avtroppende sykepleier noterte i journalen at pasienten foreløpig så ut til å tåle 10 liter/min med oksygen, og at ny blodgass skulle tas kl. [redacted]

Lege 2 kom til avdelingen mellom kl. [redacted] og kl. [redacted] vurderte pasienten, og mente at det ikke var indikasjon for å ta ny blodgass. Legen journalførte ikke denne vurderingen i journalen. I samtaler under tilsynet gjorde lege 2 rede for sine vurderinger. [redacted] mente at pasienten hadde stabile NEWS-målinger og type 1 respirasjonssvikt (oksygeneringssvikt og ikke problemer med å luften ut CO₂). Blodgassen hadde vist en metabolsk acidose med lett respiratorisk kompensasjon. På bakgrunn av dette mente han at en eventuell forverring ville vise seg med økende oksygeneringsvansker og ikke endringer/stigning i CO₂. Han la planer om nytt tilsyn av pasienten senere samme [redacted] Lege 2 var klar over at pasienten skulle til avdeling for radiologi for å tappe pleuravæske i løpet av [redacted] men han visste ikke når det skulle skje, og drøftet ikke praktiske forhold knyttet til transporten av pasienten til avdeling for radiologi.

I samtaler med Helsetilsynet fikk vi opplysninger om at avdelingen, som har 18 sengeplasser, var full med tre eller fire pasienter på gangen i tillegg. Både sykepleiere og ledere uttrykte at sykepleierne på sengeposten ikke har kapasitet til å gjøre observasjoner/NEWS-skåringer hver time dersom det er behov for det over et lengre tidsrom.

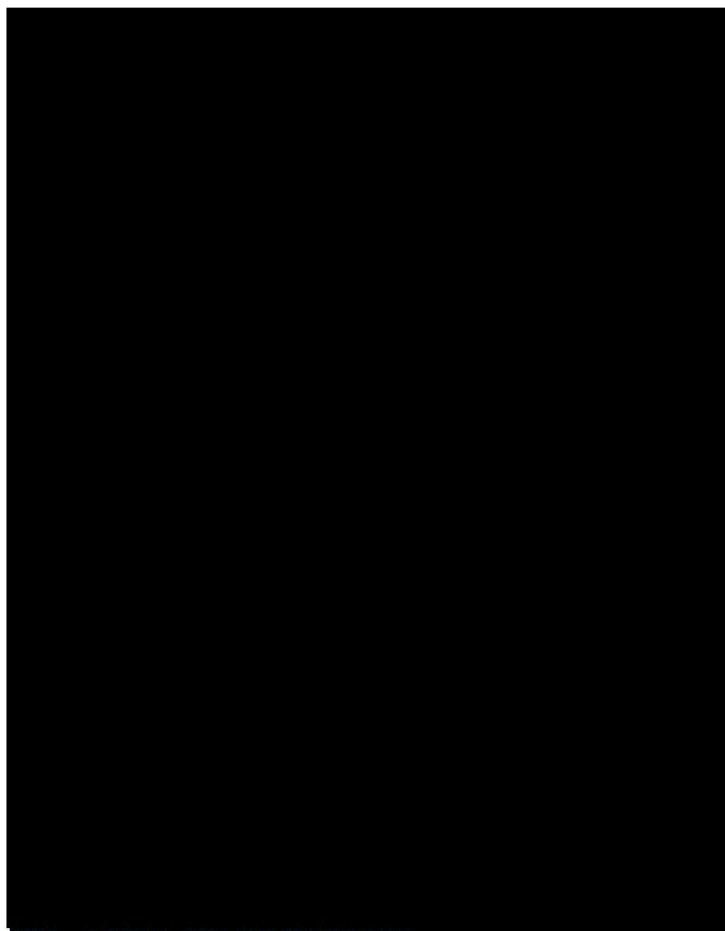
3.3 Hendelsene på avdeling for radiologi

Radiografen og radiologen fortalte i samtalen under tilsynet at det var flere undersøkelser ved radiologisk avdeling som sto igjen fra [redacted] vakt den dagen, og at de derfor forhørte seg hos flere rekvisiter om undersøkelser og prosedyrer eventuelt kunne utsettes til dagen etter.

Radiografen leste journalnotater om pasienten, og ga beskjed til sengeposten om at de kunne ta imot [REDAKTERT]. Siden det fremgikk av journalen at pasienten hadde betydelig lungesvikt med oksygenbehov på 10 liter/min og alvorlig infeksjon/sepsis, ba radiografen om at det fulgte med helsepersonell fra sengeposten til avdeling for radiologi. Radiografen fikk beskjed om at det ikke var mulig for sykepleierne. De var kun to sykepleiere på sengeposten, som var full, og de hadde fått instruks fra sine ledere om ikke å forlate sengeposten. [REDAKTERT] har i tilbakemelding til foreløpig rapport kommentert at radiografen imidlertid fikk tilbud om at hjelpepleier kunne følge pasienten ned til undersøkelsen, men at dette ble avslått. Sykepleierne rekvirerte derfor en portør for å transportere pasienten. Pasienten fikk dermed ikke følge av helsepersonell.

Portøroppdrag ble bestilt kl. [REDAKTERT] og portøren var hos pasienten kl. [REDAKTERT]. I samtale med Helsetilsynet gjorde portøren rede for at [REDAKTERT] registrerte at pasienten fikk oksygen på 10 liter/min. Portøren fant frem en oksygenkolbe sammen med sykepleier, slik at pasienten skulle kunne få oksygen under transporten til avdeling for radiologi. Det er portørtjenesten som sørger for at avdelinger har nødvendig mengde av oksygenkolber. Det er gitt instruks om at kolber skal tømmes helt før de byttes.

Oksygenkolbene som ble benyttet ved sykehuset rommet tre liter og hadde et trykkmanometer som målte gjenværende trykk i kolben. Slik portøren husket denne hendelsen, var pasienten koplet opp til en oksygenkolbe (tre liter) som var på nedre del av gul markering eller øvre del av rød markering (illustrert i figur 3). Siden den første kolben som ble funnet frem ikke var full, og pasienten trengte mye oksygen, valgte portøren å ta med en full oksygenkolbe i reserve.



Figur 3. Oksygenflaske med trykkmanometer

Portøren kom til avdeling for radiologi kl. [REDAKTERT]. Transporttiden fra infeksjonsmedisinsk avdeling til avdeling for radiologi er om lag fem minutter på [REDAKTERT]. Da pasienten kom frem til avdeling for radiologi, ble [REDAKTERT] umiddelbart tatt imot av radiograf og trillet inn til ultralydlaboratoriet der radiologen var.

Portøren informerte radiografen om at kolben som var koplet til pasienten hadde lite trykk, og at den måtte erstattes av den nye han hadde tatt med i reserve, når den gikk tom. Portøren oppfattet pasienten som syk/dårlig under transporten, men fremhevet at han ikke hadde myndighet/kompetanse til å foreta observasjoner eller registreringer av pasienter under transport. Videre opplyste han at ut over kritisk akutte hendelser, var det ikke innenfor ansvarsområdet til en portør å vurdere status eller transportdyktighet hos pasienter.

Portøren opplyste at hans oppgave var å sikre at pasienter som trengte oksygen under transporten fikk det, at han hadde med nok kolber for transporten, men at portører ikke hadde anledning til å betjene apparatet eller justere oksygendoseringen. Han hadde imidlertid flere ganger observert at pasienter han hentet fra avdeling for radiologi hadde tomme oksygenkolber, og at de dermed ikke fikk tilført oksygen som forordnet/planlagt. I slike tilfeller fikk han tak i ny kolbe på avdeling for radiologi/akuttmottaket. Ellers valgte han i noen tilfeller å frakte pasienten tilbake til sengeposten dersom pasienten syntes å være i god nok form. Portøren hadde ikke utstyr til oksygenmåling under transporten.

Helsetilsynet fikk opplysninger om at portørenes fagforening (Delta) hadde tatt initiativet til en risiko- og sårbarhetsanalyse fordi flere av portørene hadde oppfattet det slik at transporter innad i sykehuset representerte en pasientrisiko fordi pasientene ofte var sykere enn forventet. Denne analysen var under arbeid da tilsynet pågikk. Helsetilsynet mottok kopi av analysen [redacted] 2019.

Da pasienten kom til avdeling for radiologi observerte radiografen og radiologen at [redacted] strevde veldig med pusten og var motorisk urolig. De opplevde pasienten som i alvorlig respirasjonssvikt. Siden de antok at tilstanden kunne bedres ved tapping av pleuravæske, gikk de raskt i gang med prosedyren. Prosedyren innebar at pasienten måtte legges litt over på siden, huden måtte desinfiseres og deler av overkroppen måtte dekkes med steril duk.

Radiologen la inn et pigtailkateter under ultralydveiledning. Under prosedyren ble pasienten ytterligere urolig og fiklet med oksygenmasken. Radiografen måtte holde [redacted] for at ikke steriliteten skulle bli brutt, og for at det ikke skulle oppstå komplikasjoner med dreinsinnleggelsen. Prosedyren tok om lag 30 minutter.

Etter prosedyren observerte radiografen at oksygenkolben var tom, og at pasienten ikke fikk tilført oksygen. Radiografen og radiologen visste ikke nøyaktig når dette hadde skjedd. De oppfattet videre at pasienten ikke var blitt bedre i pusten eller i allmenntilstanden etter at pleuravæsken var tappet, men at [redacted] var enda mer medtatt enn før prosedyren.

Radiologen bestemte at det var indikasjon for å ta et røntgenbilde av lungene og ba radiografen om å kjøre pasienten til røntgenlaboratoriet. Under transporten dit (om lag 50 meter) ble pasienten ytterligere dårlig, og radiografen oppfattet at [redacted] fikk akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans og alarmerte stansteamet som kom til stedet på under to minutter.

I samtaler med radiografer og radiologer fremkom det at det hendte at pasienter fra sengeposter ble oppfattet som kritisk syke når de kom til avdeling for radiologi, kun med følge av portør. I noen tilfeller ble pasienten da sendt i retur til sengepost. I andre tilfeller, når det ble antatt at prosedyren på avdeling for radiologi ville kunne avhjelpe situasjonen, ble prosedyren/undersøkelsen gjennomført. Det finnes ikke utstyr for monitorering eller metningsmåler på avdeling for radiologi. Legene visste ikke om tilgang på stetoskop eller annet utstyr. Dersom det oppsto sirkulasjonsstans på avdelingen kunne stansteamet alarmeres. Ut over dette var det ikke kjennskap til hvem som kunne kontaktes dersom pasienten ble oppfattet å trenge behandling.

Da stansteamet kom hadde pasienten pulsløs elektrisk aktivitet (PEA) og kortvarig palpabel puls. Stansteamet startet hjerte-lunge-redning. Det ble sett en kort periode med sjokkbar rytme og det ble gitt en defibrillering uten effekt. AHLR (avansert hjerte-lunge-redning) i ni sløyfer

ga ingen egensirkulasjon. Pasienten ble intubert, og det ble funnet store mengder friskt blod fra luftveiene.

Ultralyd av lunger viste ikke tegn til pneumothorax, men det ble lagt avlastende venefflon i [REDACTED] side for å utelukke pneumothorax. Ultralyd av hjertet viste stillestående [REDACTED] ventrikkel. Etter en halv time ble resusciteringen avsluttet, og pasienten ble erklært død.

I tillegg til flere leger fra anestesivdelingen og lege 2, deltok en overlege ved medisinsk avdeling i resusciteringen (lege 3). Hun hadde fått beskjed om at pårørende var varslet om at pasienten fikk akuttbehandling etter sirkulasjonsstans på avdeling for radiologi, og at hun skulle kontakte dem etter at situasjonen ble avklart. Da pasienten ble erklært død og lege 3 skulle kontakte pårørende, oppdaget hun at pasienten ikke hadde navnebånd. Hun valgte å avstå fra å ringe pårørende før pasientens identitet var fastslått av sykepleierne som kjente [REDACTED]. Siden denne sengeposten var helt full, ble den avdøde flyttet til en annen post der det skulle gjøres stell. Det tok lang tid før identifisering kunne gjennomføres, og pasientens pårørende ringte til avdelingen før lege 3 rakk å ringe dem.

3.4 Obduksjonsrapport

Politiet ble varslet om plutselig uventet dødsfall etter helsepersonelloven § 36, men det ble ikke begjært rettslig obduksjon. Klinisk obduksjon ble utført [REDACTED] 2018. Foreløpige funn var puss i brysthulen på [REDACTED] side og [REDACTED] lunge var påfallende fast i konsistens. I hjertets [REDACTED] kranpulsåre (LAD) ble det påvist en sannsynlig fersk trombe midt på fremre vegg av [REDACTED] ventrikkel. Leveren var forstørret, og det ble påvist et sannsynlig hemangiom i lever.

3.5 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

I samtaler med de involverte fremkom det at pårørende hadde ringt til avdelingen etter innleggelsen, og at de var blitt informert om at pasienten syntes stabil. De ble også informert om at blodsukkeret var under kontroll, og at det ikke var nødvendig at de kom til sykehuset [REDACTED]. Da pasienten fikk sirkulasjonsstans ble pårørende oppringt med beskjed om at de skulle få en ny telefon når situasjonen var avklart. På grunn av manglende navnebånd, og dermed usikker identitet, ble telefonen fra lege 3 etter dødsfallet forsinket slik at pårørende selv måtte ringe sykehuset for å få dødsbudskapet. Lege 3 har hatt samtale med pårørende etter hendelsen.

3.6 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn

Helsetilsynet hadde samtale med pasientens [REDACTED] og [REDACTED]. De etterlatte hadde med seg en skriftlig fremstilling av hvordan de husket hendelsen. [REDACTED] gjorde rede for sin måling av blodsukker og administrasjon av insulin. [REDACTED] hadde ikke deltatt i dette tidligere, men fikk litt veiledning av pasienten på tross av at [REDACTED] var i svært dårlig form. [REDACTED] mente at [REDACTED] kom seg litt etter at [REDACTED] hadde fått insulin. [REDACTED] syntes det var påfallende at det var mye friskt blod på hodeputen til pasienten. [REDACTED] til pasienten ringte til avdelingen etter at [REDACTED] ankom sykehuset. [REDACTED] fikk beskjed om at blodsukkeret var under kontroll, at [REDACTED] var trett og skulle sove, og at det ikke var nødvendig at de kom til sykehuset på kvelden.

Kl. [REDACTED] ringte en sykepleier fra avdelingen og sa at pasienten hadde fått sirkulasjonsstans. Hun sa at hjerte-lunge-redning var satt i gang, og at sykehuset ville ringe tilbake når det ble klart hvordan det gikk. Alle [REDACTED] var da samlet hos [REDACTED] fikk ikke telefon fra sykehuset, og [REDACTED] ringte for å etterspørre hvordan det gikk. [REDACTED] fikk da beskjed om at [REDACTED] var død.

I samtale med Statens helsetilsyn fremkom det at de pårørende særlig var opptatt av om det var forsvarlig at pasienten ble lagt på sengepost som var full, og med kun to sykepleiere når [REDACTED] hadde CRP på 500 mg/L, nyresvikt og lungebetennelse. De lurte på hvorfor [REDACTED] ble kjørt til avdeling for radiologi uten følge av sykepleier når [REDACTED] var så syk, og til sist ønsket de svar på hvorfor ikke [REDACTED] ble informert om at [REDACTED] var kritisk syk slik at de kunne komme til avdelingen. [REDACTED] hadde hatt samtale med lege 3 etter hendelsen. Hun hadde antydning at pasienten hadde hatt et hjerteinfarkt før dødsfallet.

I e-post av [REDACTED] 2019 har de pårørende opplyst at [REDACTED] ringte avdeling [REDACTED] den aktuelle [REDACTED] og fikk beskjed om at [REDACTED] ikke kunne snakke med pasienten fordi [REDACTED] var for trøtt og trengte hvile. [REDACTED] fikk imidlertid beskjed om at de passet ekstra godt på [REDACTED], og at de derfor ikke trengte å komme til sykehuset. De pårørende stiller spørsmål ved hvordan de kunne kontaktes da pasienten fikk sirkulasjonsstans, men ikke etter at [REDACTED] var død. Klipping av navnebåndet må i så fall ha skjedd i tidsrommet mellom sirkulasjonsstansen og dødsfallet.

Videre har de opplyst at da pasienten ble hentet av ambulansen, viste [REDACTED] den blodige puten til legen. I senere samtaler med sykehuset kom det frem at ingen hadde hørt om dette. De fikk også beskjed om at legen ikke hadde ringt og informert om dødsfallet fordi det ikke var hun som hadde tatt imot pasienten.

4 Forhold ved virksomheten

4.1 Overordnet organisering

Det fremgår av organisasjonskartet at [REDACTED] er inndelt i [REDACTED] forskjellige klinikker. [REDACTED]

4.2 Organisering av avdelingen/enheten

[REDACTED]

4.3 Relevante rutiner og prosedyrer

Helsetilsynet har fått tilsendt en del prosedyrer og retningslinjer fra [REDACTED]

- Pasientkategorier intermediearenhet MIKO (1). Dette dokumentet beskriver fordeling av pasientkategorier innad i intermediearenhet ved medisinsk overvåkingseenhet.
- 0 på gangen - beskrivelse av pasientflyt ved overbelegg somatikk (2). Dette dokumentet beskriver retningslinjer for plassering av pasienter på forskjellige poster ved overbelegg.

- Sepsis (3). Dette dokumentet beskriver behandlingsrutiner for pasienter med sepsis.
- Pneumoni (4). Dette dokumentet beskriver behandlingsrutiner for pasienter med pneumoni.
- NEWS, varslings av MIT og SBAR (5). Dette dokumentet beskriver rutiner for bruk av NEWS og NEWS respons.
- Prosedyre for bruk av transportabel oksygenkolbe, ID 37485-EQS (6). Prosedyren er innført etter hendelsen, og omhandler hvilke oppgaver portører har i forbindelse med transport av pasienter som får oksygenbehandling.

██████████ har også laget retningslinjer for etablering og drift av system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging på helsebibliotekets samling av fagprosedyrer (7).

Prosedyre for pasientflyt for ██████████ og MIO/MIKO er utarbeidet med iverksettelse fra ██████████ 2018.

4.4 Vaktordninger og kompetanse

Det var vanligvis to sykepleiere på ██████████ vakt på avdelingen der pasienten oppholdt seg. De hadde ikke anledning til å forlate avdelingen i forbindelse med transport av pasient til annen avdeling eller til undersøkelse.

Portøroppdrag fra avdelingen der pasienten oppholdt seg til avdeling for radiologi var ett av de oppdragene som tok lengst tid grunnet lange avstander. Det var ikke portørens ansvar å ordne med oksygen til pasienter. Portørene skulle sikre at det var nok oksygen til transporten. Portørene gikk med calling knyttet til stansteamet etter at de hadde fått opplæring og blitt godkjente til å delta ved AHLR.

Radiografene hadde ansvaret for pasientene på avdeling for radiologi. ██████████ var det to radiografer på vakt som skulle betjene hele huset, samt eksterne henvendelser. Praksis var at pasienter som ikke kunne gjøre rede for seg, var demente eller kritisk syke, ikke skulle komme uten følge til avdeling for radiologi. Det var imidlertid usikkert om denne rutinen var nedtegnet skriftlig og kjent for alt helsepersonell.

Det var vanlig praksis at pasienter fra intensivavdelingen ble fulgt av helsepersonell. Pasienter som kom til avdelingen fra andre avdelinger og fra perifer sengepost, kom som regel alene. Radiografene måtte stole på beskjed fra helsepersonell ved sengeposten om det var forsvarlig at pasienten kom uten medisinsk kvalifisert følge. Det var ingen nedtegnede retningslinjer for hvem som skulle tilkalles dersom en pasient ble akutt dårlig på avdeling for radiologi.

Radiografene var ikke kjent med funksjonen til MIT-teamet. Stansalarmen var godt kjent og ble brukt dersom det viste seg nødvendig. Når pasientene var ferdig på avdeling for radiologi kunne de bli liggende alene i påvente av følge tilbake til sengeposten. Det var ingen form for overvåking av pasienten på avdeling for radiologi. Oksygen i vegg fantes kun på noen få venteplasser på avdelingen. Det var oksygen i vegg på alle laboratorier, men dersom pasienten kom med kolbe ble den beholdt på. Radiografene hadde ikke utstyr til å måle O₂-metning på pasienter. Det ble opplyst at det ikke var uvanlig at det kom dårlige pasienter til avdeling for radiologi uten følge av helsepersonell. Det ble ikke alltid skrevet avvik fra slike hendelser.

Legene ved medisinsk klinikk var organisert i flere vaktlag. Noen av kategoriene er vist her:

Type vakt	Oppgaver
Turnuslege A3	Mottak og journalskriving av nye pasienter.
LIS-A2	Mottak og journalskriving av nye pasienter. Oppfølging av pasienter bl. a. på [REDAKTERT] (infeksjonsposten).
LIS-A1	Koordinerende ansvar. Mottak av vanskelige/dårlige pasienter. Ansvar blant annet på medisinsk intensivavdeling.
B-vakt	Koordinerende ansvar i mottak.
C-vakt	Mottak av pasienter i mottak.

4.5 Avviksmeldinger etter hendelsen

Radiografen som tok imot pasienten på avdeling for radiologi har redegjort for hendelsen i en avviksmelding som ble registrert to timer etter hendelsen. I meldingen noterte radiografen at pasienten var lite kontaktbar da [REDAKTERT] kom til avdelingen, at [REDAKTERT] hadde surklete pust, og at de ut fra opplysningene i journalpapirene hadde bedt om at sykepleier fulgte med pasienten fra avdelingen, men at dette var blitt avslått.

I tilleggbeskrivelsen hevdet radiografen at personell på avdelingen generelt har lite informasjon om pasientenes helsetilstand, og at de ikke er rustet til å håndtere dårlige pasienter blant annet fordi de ikke har utstyr til overvåkning eller tilgang til medikamenter.

Lege 1 har levert avviksmelding som ble registrert [REDAKTERT] etter hendelsen. Lege 1 gjorde rede for at han ikke hadde diskutert innleggelse på medisinsk overvåkningsavdeling ettersom han tidligere på vekten hadde fått beskjed om at det var plassmangel der. I ettertid mener lege 1 at han burde ha undersøkt nærmere om det likevel var mulig å få plass på intensivavdelingen, vurdert hyppigere målinger av vitale parametre og flere blodgassmålinger.

Lege 3 har sendt en avviksmelding datert [REDAKTERT] etter hendelsen. Her har lege 3 redegjort for at det var plassmangel på intensivavdelingen slik at det kun var pasienter som trengte blodtrykksstimulerende medikamenter som fikk plass der. Lege 3 vurderte det slik at pasientens forverring kunne vært oppdaget tidligere dersom det var mulighet for å legge slike pasienter inn på en avdeling med mer overvåkning.

4.5.1 Helseforetakets iverksatte og planlagte tiltak

[REDAKTERT] har i brev av [REDAKTERT] 2018 redegjort for tiltak som er iverksatt/skal iverksettes for å forbedre helsetjenesten.

Virksomheten har oppgitt følgende tiltak og fokusområder:

- Det er igangsatt et tverrfaglig prosjekt, «intermediærpasienten». Prosjektet skal kartlegge de ulike avdelingers behov for overvåkningsplasser til sin pasientkohort. Kartleggingen skal beskrive hvordan det skal sikres at de sykeste pasientene får behandling og observasjon ved generell intensiv, MIKO, intermediærplassene til lunge (primært BiPap) eller nevroovervåking.
- Plan for høy aktivitet (PHA) har vært et foretaksverktøy i flere år, og er nylig forbedret med blant annet tiltakskort for vakthavende overleger og

pasientflytkoordinator. Det vurderes å etablere et kapasitetsmøte for pasientflyt mellom intensiv/intermediær/observasjonsavdelingene.

- MIT skal sikre tidlig identifikasjon av forverring av pasient på vanlig sengepost. (NEWS skår), varsling av de rette ressurser, og sikring av adekvat videre håndtering av pasientene.
- Tilkalling av «Kritisk syk voksentteam» i akuttmottak for å sikre tidlig identifisering og håndtering av dårlige pasienter (f.eks. sepsis, alvorlig intoksikasjon, gastrointestinal blødning). Dette er et tillegg til «fast-track» for pasienter med traume, hjertestans og hjerneslag.
- Styrket kompetanse i akuttmottaket med erfarne LIS-leger og utstrakt bruk av triagering og konferering.
- Pasienter som er røde i NEWS, og som ikke kan legges på overvåkningspost, meldes fra akuttmottaket med direkte kommunikasjon til lege på aktuell sengepost.
- Informasjonsoverføring fra avtroppende vakt til påtroppende vakt skjer på etablerte vaktrapporteringsmøter og ved behov.
- Klargjøre oppgaver og ansvar for transport av dårlige pasienter til og fra undersøkelser, når helsepersonell skal følge med pasienten, og kompetanse i bruk av nødvendig utstyr under transport og undersøkelse.
- Avdeling for radiologi skal delta i arbeidet med å utarbeide den overbyggende prosedyren for transport av dårlige pasienter til og fra undersøkelser, og oppfølging under undersøkelser. Dette gjøres i samarbeid med portørtjenesten, de kliniske avdelingene og fagdirektør.
- Det skal henges opp informasjon om MIT på alle labber i radiologisk avdelingen, og informeres om MIT arbeidet på interne møter. Rutinene skal gjennomgås og diskuteres for å sikre omforent forståelse.
- Det skal gjennomføres internundervisning om kontinuerlig oksygentilførsel hos pasienter. Avdelingen har skaffet flere pulsoksymetre som kan benyttes under prosedyrer i radiologisk avdeling.
- Det skal iverksettes tiltak for å bedre meldekulturen i avvikssystemet Synergi, i seksjon for radiologi.
- Undervisning for alle portører om å registrere avvik/uønskede hendelser, og gjennomføring av e-læringskurs.
- Det skal igangsettes arbeid for å vurdere oppgaveporteføljen til portørtjenesten, og hvilke prioriteringer som må gjøres i perioder med for mange oppdrag. Dette skal beskrives i en rutine.

5 Hendelses- og årsaksanalyse – bemerkninger

5.1 Om oksygenkolber og oksygenkonsentrasjon

Oksygenkolbene som benyttes i ■■■ rommer tre liter. De har et trykk på 200 bar (atmosfærer) når de er fulle. Kolbene har et trykkmanometer som viser hvor høyt trykk det er i kolben til enhver tid. I tillegg til markeringer av antall bar er det markeringer med fargene grønt, gult og rødt på manometeret på henholdsvis 100-200 bar, 50-100 bar og < 50 bar.

En full kolbe inneholder 600 liter 100 % oksygen (3 liter x 200 bar). Om en pasient behandles med 10 liter/minutt vil en full flaske bli tom etter 60 minutter. Dersom trykkangivelsen er på overgangen mellom rødt og gult (50 bar = 150 liter) vil den hos en pasient som får 10 liter/minutt holde i 15 minutter før den er tom. Når en pasient får 10 liter oksygen per minutt på vanlig maske vil pasienten i realiteten puste inn luft som er beriket med oksygen slik at den inneholder 50-60 % oksygen.

På bakgrunn av at portøren mener at kolben som ble benyttet viste lavt trykk på gult område eller høyt på rødt område, er det sannsynlighetsovervekt for at oksygentilførselen til pasienten opphørte 15-20 minutter etter at pasienten forlot avdelingen, og dermed 10-15 minutter ut i prosedyren som ble utført på avdeling for radiologi. Det er dermed sannsynlighetsovervekt for at pasienten har vært uten ekstra oksygentilskudd i 15-20 minutter før det ble oppdaget.

5.2 Hendelsene sett i ettertid

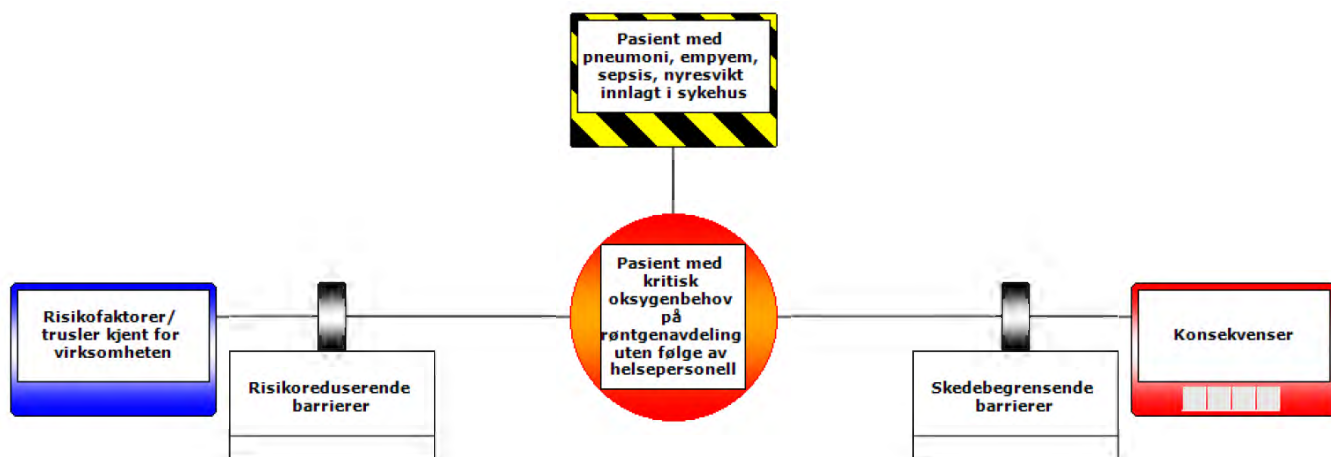
I ettertid, med hendelsesrekken i omvendt rekkefølge, og med fasit i hånd, legger Helsetilsynet følgende til grunn:

- Pasienten døde etter hjertestans, muligens i forløpet av et hjerteinfarkt.
- Pasienten, som hadde hatt behov for å puste 50-60 % oksygen for å ha oksygenmetninger på opp mot 90 %, fikk hjertestans etter å ha vært uten ekstra oksygen i 15-20 minutter mens prosedyren på avdeling for radiologi pågikk.
- Tilførselen av ekstra oksygen opphørte fordi oksygenkolben gikk tom uten at det ble oppdaget, og det er sannsynlig at pasienten i forbindelse med dette ble hypoksisk.
- Pasienten ble ikke observert med saturasjonsmåler fra den siste målingen som ble foretatt kl. [REDACTED] til [REDACTED] fikk sirkulasjonsstans kl. [REDACTED]
- Det er ukjent hvorvidt pasienten etter sju timer med 50-60 % oksygen fortsatt hadde normal CO₂ eller om det hadde utviklet seg en hyperkapni.
- Pasienten hadde en alvorlig respirasjonssvikt som ved innkomst representerte et oksygeneringsproblem, men der pasienten likevel ikke helt kompenserte en metabolsk acidose ved at [REDACTED] hadde pH 7,2 og BE – 11,1 mmol/L.
- Respirasjonssvikten var forårsaket av pneumoni med empyem. [REDACTED] hadde tidligere hatt lungesykdom og var vurdert med hensyn til KOLS.
- Pasienten fikk sannsynligvis ikke navnebånd ved innleggelsen. Dersom det medfører riktighet ble det gitt medikamenter og tatt prøver av pasienten uten at navnebånd ble sjekket. Mangel på navnebånd medførte at pasientens pårørende fikk melding om dødsfallet flere timer etter at det hadde skjedd.

5.3 Hendelses- og årsaksanalyse med barriereanalyser

I hendelses- og årsaksanalysen gjør vi rede for hvilke faktorer som medvirket til hendelsen, og hvilke risikoreduserende tiltak som var planlagt, hvorvidt de fungerte eller om det manglet risikoreduserende tiltak. I dette kapittelet tar vi ikke stilling til om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp eller ikke. Vi gir vurderingene om forsvarlighet i et senere kapittel.

Vi har valgt å analysere hendelsen ved hjelp av et bow tie diagram. Sentralt i et slikt diagram er en situasjon der man er i ferd med å miste kontroll. Denne situasjonen kalles for topphendelsen. I figur 4 vises et forenklet bow tie diagram fra hendelsen.

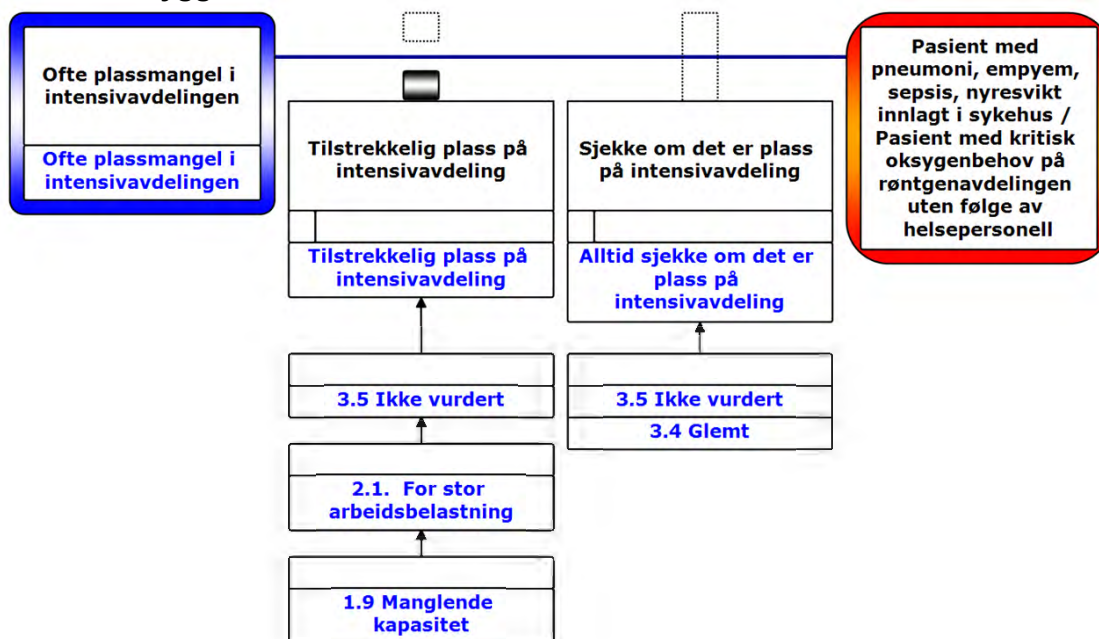


Figur 4. Forenklet bow tie diagram. Se vedlegg for detaljerte risikodiagrammer.

I dette tilfellet var det flere forhold som var kjent for virksomheten og som representerte risikofaktorer. Et bow tie diagram benyttes oftest til å beskrive risiko og risikoreduserende tiltak før en hendelse oppstår. Et eksempel på et detaljert risikodiagram er vist i vedlegg til denne rapporten.

Her vil vi vise en hendelsesanalyse hvor vi beskriver denne hendelsen. Mulige årsaker bak sviktende barrierer er delt inn i bakenforliggende organisatoriske årsaker (nummerert 1.xx), sekundære årsaker på mellomledernivå (nummerert med 2.xx) og primære årsaker (nummerert 3.xx).

5.4 Forebyggende barrierer



Figur 5. Sviktende og manglende barrierer vedrørende intensivplass for pasienten.

Lege 1 skrev i sin avviksmelding at han burde ha tatt kontakt med intensivavdelingen for å forhøre seg om det var plass for pasienten der. Det fremkom imidlertid ved tilsynet at plassmangel medførte at det vanligvis kun var plass til pasienter med mer kritisk sykdom (som vasopressorbehandling). Konsekvensen av at pasienten ikke ble lagt på intensivavdeling

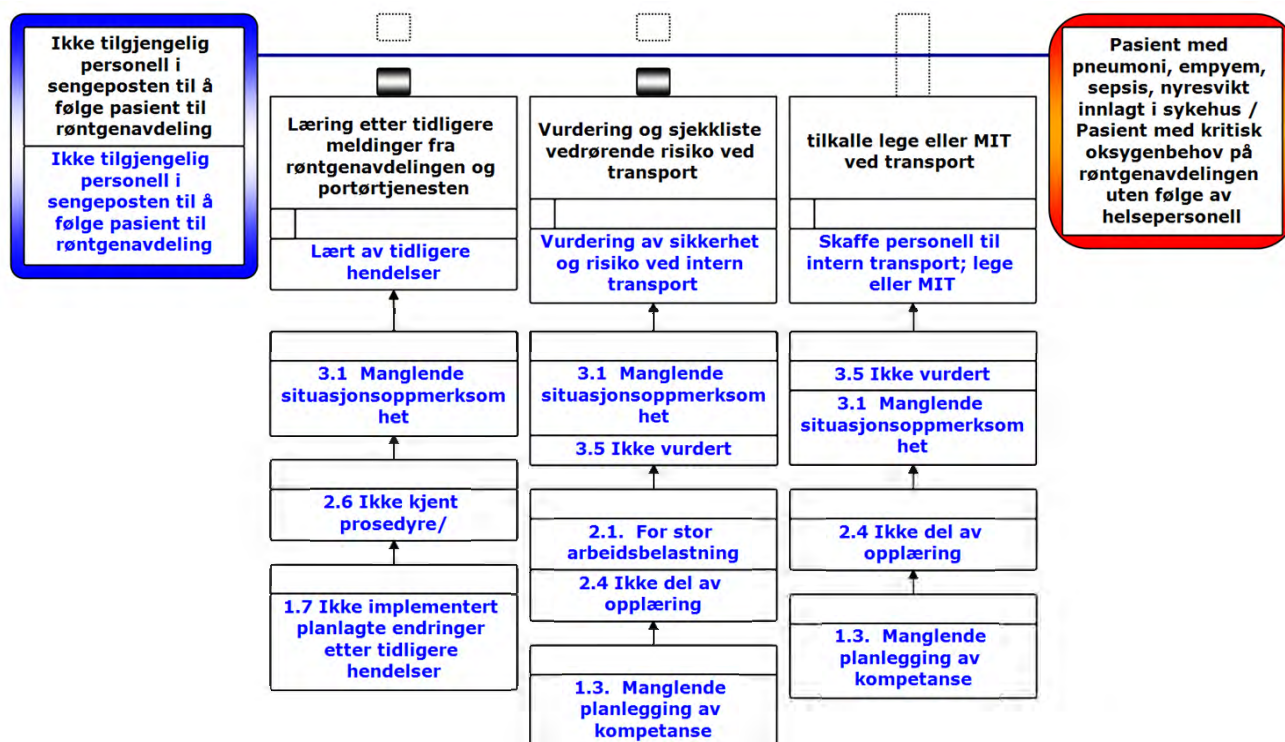
var at ■ ble lagt på sengepost med forordninger av hyppig observasjon (NEWS skår) og ny blodprøve etter to timer.



Figur 6. Sviktende barrierer med tanke på oppfølging i sengeposten.

Pasienten lå på sengepost ved infeksjonsavdelingen fordi lege 1 hadde oppfattet at det var plassmangel på intensivavdelingen. Det ble derfor lagt planer for oppfølging på sengepost. Lege 3 skrev i sin avviksmelding at det fra tid til annen er plassmangel ved medisinsk intensivavdeling, og at det ikke er plass for pasienter som ikke trenger blodtrykksøkende medikamenter. Det var lagt planer for oppfølging med hyppige observasjoner og fornyet blodprøve på sengeposten. Disse planene ble ikke fulgt fordi det ikke var ressurser til en så intensiv observasjon, og fordi påtroppende lege ikke oppfattet pasienten som så syk som mottakende lege hadde gjort.

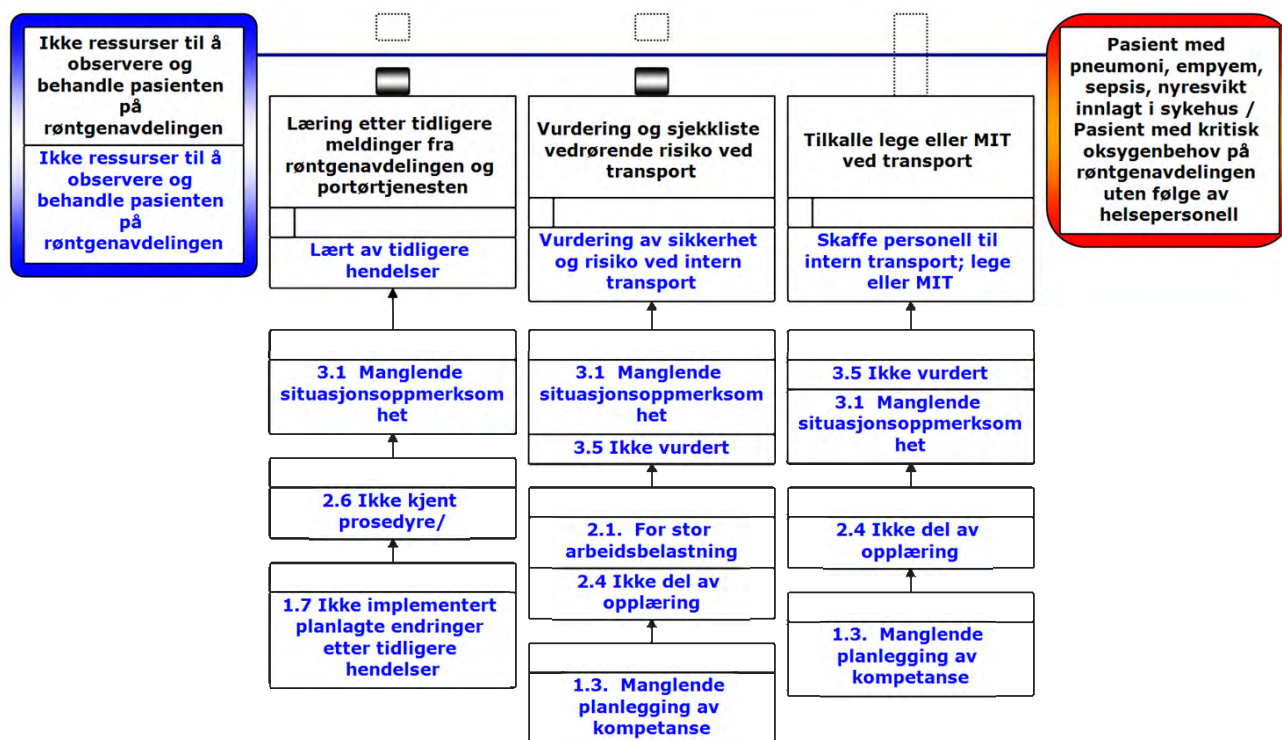
De planlagte barrierene fungerte ikke. Sykepleierne ved avdelingen hadde ikke kapasitet til å gjøre observasjoner så ofte som legen hadde forordnet. Påtroppende lege mente at det ikke var indikasjon for å gjøre ny blodprøve for å vurdere pustefunksjonen slik mottakende lege hadde forordnet.



Figur 7. Sviktende barrierer med hensyn til risiko ved intrahospital transport.

På sengeposten var det ikke tilstrekkelig klare rutiner for å vurdere hvilke sikkerhetstiltak som var nødvendige før transport til avdeling for radiologi. Helsetilsynet fikk opplysninger om at det hadde vært flere tidligere hendelser der pasienter fra sengeposter hadde blitt oppfattet som kritisk syke ved ankomst og opphold i avdeling for radiologi. Portørtjenesten har også påpekt dette som en risiko. Både ledere og helsepersonell fremholdt at det er personell ved sengeposten som har ansvaret for sikkerhetsvurderinger ved overføring og transport av pasienten fra sengeposten til avdeling for radiologi. Slike sikkerhetsvurderinger skjer rutinemessig i intensivavdelingen.

Mangel på situasjonsoppmerksomhet knyttet til transport av en kritisk lungesyk pasient ble dermed en direkte følge av at pasienten ikke ble lagt på en intensivavdeling. Sengeavdelingen hadde ikke bemanning til å følge pasienten. Det fremgikk ikke at sykepleierne ved sengeposten hadde gjort en selvstendig vurdering av om pasienten var transportabel uten følge. Lege 2 hadde heller ikke vurdert dette.

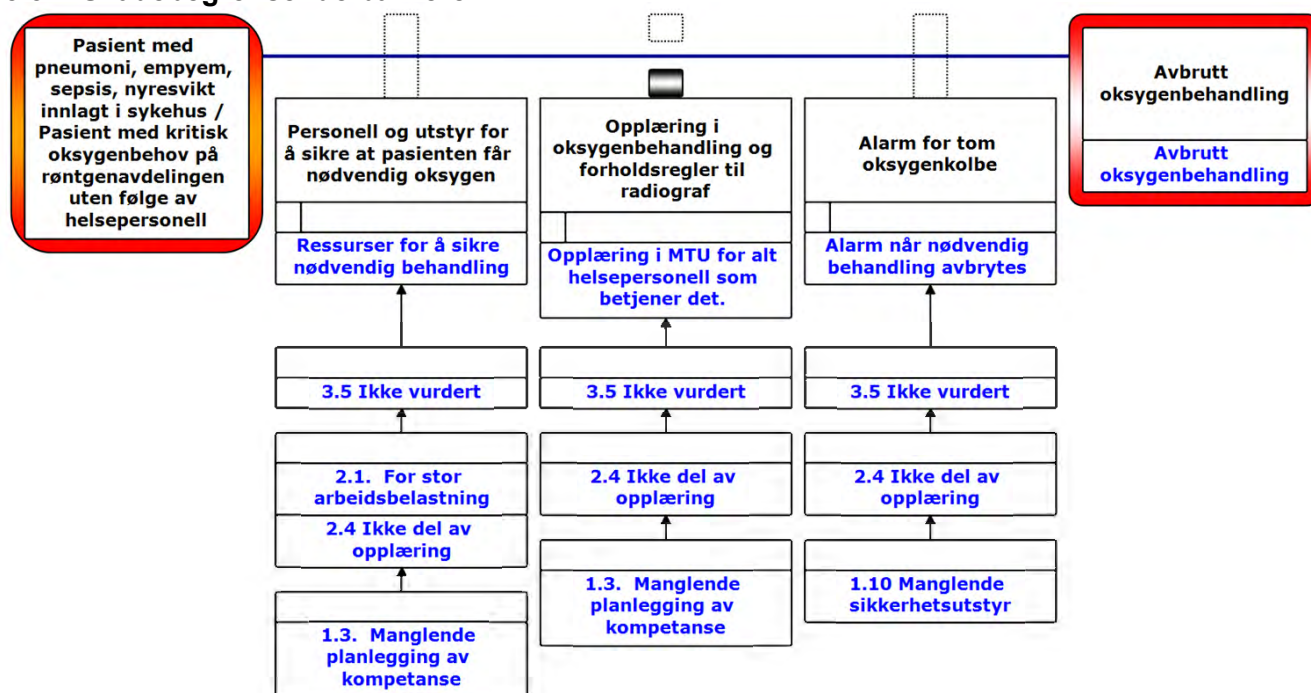


Figur 8. Sviktende barrierer ved kritisk syk pasient på avdeling for radiologi.

Det var ikke monitoreringsutstyr på avdeling for radiologi. Dersom det var nødvendig å monitorere pasienter for å oppdage og behandle forverring, ble det forutsatt at helsepersonell fra sengeavdeling eller annet helsepersonell tok ansvar for dette. MIT-teamet kunne være en aktuell mulighet for å avhjelpe behov for observasjon på avdeling for radiologi, men det var ifølge tilbakemelding fra virksomheten ikke planlagt at MIT-teamet skulle benyttes til dette. Denne barrieren var planlagt på sykehuset som helhet, men det var ikke god nok kunnskap om denne muligheten for bistand på avdeling for radiologi.

Svikt i flere planlagte barrierer bidro til situasjonen der pasienten med kritisk oksygenbehov befant seg på avdeling for radiologi, uten følge av helsepersonell med ressurser til nødvendig observasjon og behandling. I det følgende viser vi konsekvensene dette fikk for pasienten.

5.5 Skadebegrensende barrierer



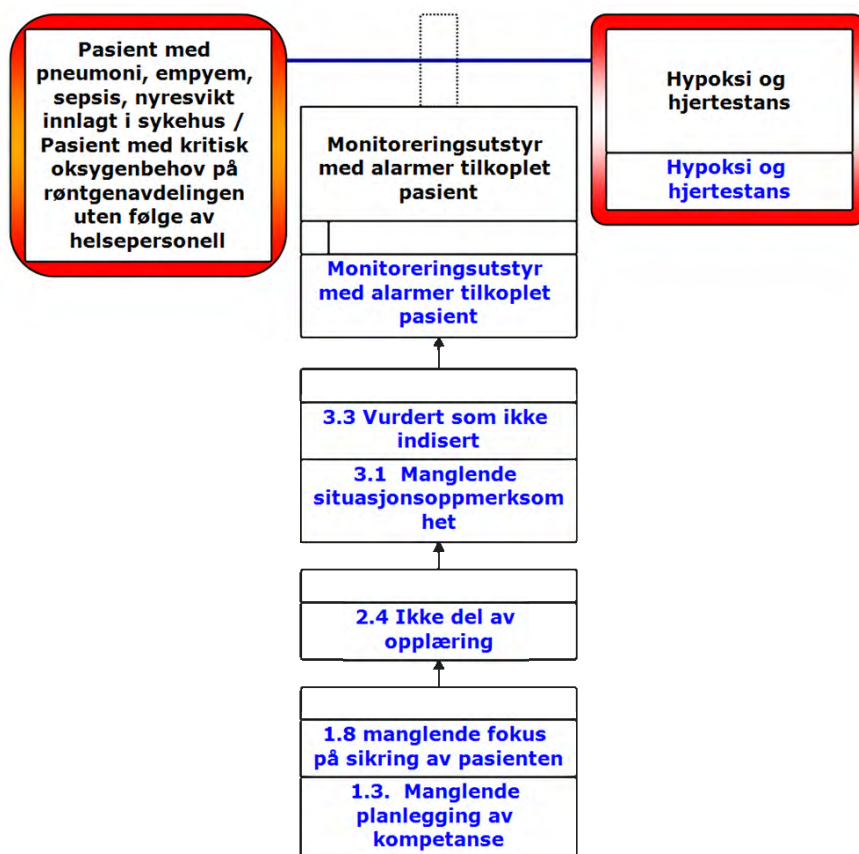
Figur 9. Sviktende barrierer mot at nødvendig oksygen behandling opphører

Portøren som transporterte pasienten til avdeling for radiologi hadde tatt med en ekstra oksygenkolbe fordi kolben som var i bruk hadde lavt trykk, og portøren anså det som nødvendig å bytte kolbe (eller koble pasienten til oksygen fra veggen) når den første kolben gikk tom. For å spare på utgifter til oksygen var det rutine å bruke oksygenkolbene til de ble helt tomme.

Radiografen og radiologen oppdaget ikke at oksygenkolben gikk tom. Dette skjedde sannsynligvis mens de var konsentrert om en steril prosedyre med innlegging av kateter i pasientens brysthule, og der pasienten var delvis tildekket av steril duk. Siden det ikke var monitoreringsutstyr koblet til pasienten var det ingen alarmer eller klare signaler som varslet radiografen og radiologen om at de måtte foreta seg noe for å sikre pasientens oksygentilførsel. Radiografen og radiologen fikk derfor heller ingen påminnelse eller oppfordring til å søke hjelp hos andre på et tidligere tidspunkt.

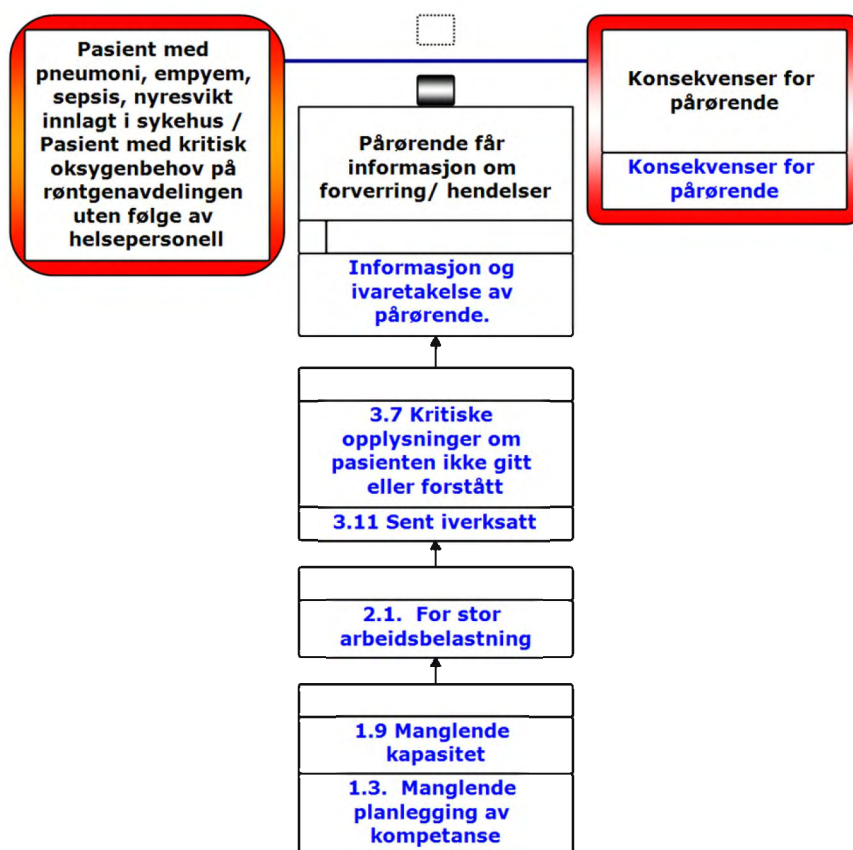
De var heller ikke gjort kjent med at denne oppgaven var pålagt dem. Ordningen med MIT-team var ukjent for avdelingen.

Det manglet tiltak for å hindre at oksygentilførsel opphørte, og tiltak for å oppdage konsekvensene av en slik hendelse hos pasienten. Manglende barrierer oppfattes som en svikt i organisering og ledelse. Helsetilsynet legger til grunn at dette har hatt stor betydning for utfallet i hendelsen.



Figur 10. Sviktende barrierer mot uoppdaget hypoksi

Da pasienten fikk sirkulasjonsstans ble dette oppdaget raskt, og stansteam kom til i løpet av et til to minutter. Denne skadeforebyggende barrieren var i drift, men fungerte ikke for denne pasienten.



Figur 11. Sviktende barrierer mot for sen informasjon til pårørende.

Pårørendes opplevelse av hendelsen ble preget av for sen varsling fra sykehuset om pasientens død. Årsaken til dette var at pasienten ikke bar navnebånd da ■■■ fikk sirkulasjonsstans. Helsetilsynet legger til grunn at det er sannsynlighetsovervekt for at pasienten ikke fikk navnebånd ved innleggelsen, men det er en mulighet for at det ble fjernet senere. Navnebånd representerer en viktig barriere for feil når det gjelder mange områder i helsehjelpen. Selv om det i dette tilfellet ikke hadde stor betydning for pasienten, hadde det betydning for sykehusets ivaretagelse av de pårørende.

Samlet sett viser hendelsesanalysen svikt i 13 barrierer. Årsakene foreslås å kunne være:

På overordnet organisatorisk nivå:

- manglende kapasitet
- ikke implementert endringer etter at det var gitt bekymringsmeldinger om pasientsikkerhet ved intrahospital transport
- manglende planlegging av kompetanse
- manglende sikkerhetsutstyr.

På sekundær/mellomledernivå:

- for stor arbeidsbelastning
- uklarhet vedrørende om det finnes prosedyre for følge til avdeling for radiologi
- manglende opplæring.

På primærnivå- knyttet til det enkelte helsepersonell:

- manglende vurderinger/glemsel

- sent iverksatt tiltak
- manglende situasjonsoppmerksomhet.

6 Aktuelt regelverk

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

6.1 Forsvarlig helsehjelp

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

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

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

Samtidig som helsepersonell har en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet, har virksomheten en plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven, og stiller krav til at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene til enhver tid er i samsvar med god praksis.

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

6.2 Krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

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

Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Denne prosessen innebærer å avdekke og dokumentere områder med risiko, utvikle risikoreduserende tiltak, teste dem ut og implementere de tiltakene som viser seg å være effektive. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

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

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

6.3 Informasjon til 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.

7 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp under oppholdet på [REDAKERT] og om helseforetaket sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner.

Vi har vurdert følgende:

Ga [REDAKERT] pasienten forsvarlig helsehjelp?

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

- Var det forsvarlig at pasienten ikke ble lagt på intensivavdeling?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp på sengeposten?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp under transport til og på avdeling for radiologi?

Hadde [redacted] lagt til rette for forsvarlig helsehjelp til kritisk syke pasienter med behov for intrahospital transport?

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

Statens helsetilsyn har kommet fram til at det sentrale i denne saken er virksomhetens ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn for å vurdere administrativ reaksjon mot noe enkelt helsepersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den oppfølging pasienten fikk.

7.1 Ga [redacted] pasienten forsvarlig helsehjelp?

7.1.1 Var det forsvarlig at pasienten ikke ble lagt på intensivavdeling?

God praksis

Det sentrale i å gi pasienter helsehjelp i overenstemmelse med god praksis er at pasienten blir observert, at endringer/forverring i pasientens tilstand blir oppdaget raskt nok og at pasienten får nødvendig helsehjelp. Dersom pasienter har alvorlig svikt i et eller flere organsystemer, eller det er risiko for at svikt oppstår eller øker, kan det være nødvendig at pasienten finnes i en del av sykehuset der det er utstyr og personell som gjør det mulig å observere og behandle pasienten.

Situasjonsoppmerksomhet innebærer at det er utstyr og kompetanse til å oppdage endring, vurdere hva endringen kan bety av økt fare for pasienten, og mulighet for å iverksette tiltak for å sikre at pasienten får den helsehjelpen hun/han trenger. En måte å beskrive alvorlighet i tilstanden og risiko for forverring hos en pasient er å benytte standardiserte skåringssystemer som NEWS. Dersom en pasient skårer med høy NEWS, innebærer det at det kan ha oppstått betydelig forverring av tilstanden.

I henhold til god praksis skal slike pasienter observeres kontinuerlig eller svært hyppig, og dette gjøres vanligvis i intensivavdelinger (5,7–9). Noen pasienter har kronisk svikt og skårer høyt på NEWS uten at det er særlig økt risiko for forverring. Disse pasientene trenger ikke nødvendigvis så intensiv observasjon. For at en pasient skal oppfattes som stabil med høy skår i NEWS må pasienten være godt kjent i avdelingen fra før, eller vist at det gjennom lengre tid (>1 døgn) ikke ser ut til å skje forverring.

Uavhengig av NEWS skår, legger vi til grunn at en septisk pasient med utbredte fortetninger på røntgen av en lunge, påvist pleuravæske/empyem, behov for 10 liter oksygen per minutt for å ha oksygenmetninger på opp mot 90 % og med akutt nyresvikt med kreatinin på 500 µmol/L, har behov for svært tett observasjon, og at dette vanligvis lettest kan skje i en intensivavdeling.

I dette tilfellet legger vi til grunn at lege 1 la planer for oppfølging av pasienten som ikke lot seg gjennomføre fordi sengeposten ikke hadde ressurser til å gjennomføre det, og fordi påtroppende lege (lege 2) ikke hadde samme forståelse av behovet for oppfølging som lege 1.

I en intensivavdeling finnes det personell og utstyr som sørger for situasjonsoppmerksomhet knyttet til sykdomsutviklingen hos pasienten. Dersom det er behov for transport til undersøkelser, vil det alltid være naturlig at pasienten følges av helsepersonell som fortsetter monitorering og handlingsberedskap under transporten i sykehuset. Slik transport av

intensivpasienter oppfattes som en risikabel del av behandlingsforløpet (10–12). Når pasienten er avhengig av medisinsk teknisk utstyr som for eksempel oksygentilførsel med kolber med innstilt flow og trykkmålere, er det behov for at personellet som håndterer pasienten har fått opplæring og mestrer dette utstyret.

Det er kjent at det ofte oppstår feil i forbindelse med bruk av oksygenkolber (13). Bruk av intensivavdelinger vil på bakgrunn av dette øke sjansene for at pasienten får helsehjelp i tråd med god praksis i avdelingen, men også at det finnes personell som sikrer pasienten i forbindelse med transport innad i sykehuset.

Vurdering

Helsetilsynet mener at det på generelt grunnlag ikke var utenfor god praksis at pasienten ikke ble innlagt på intensivavdeling. God praksis betinger imidlertid at pasienter får tilstrekkelig observasjon ved sengeposten. Siden det var en klar oppfatning av at den aktuelle sengeposten ikke kunne gi nødvendig observasjon og behandling, var det ikke i tråd med god praksis å unnlate å legge en nyinnlagt pasient med så alvorlig lungesvikt/høy NEWS skår på intensivavdeling. Plasseringen innebar at det ble en følgefeil, ettersom bemanningen på sengeposten heller ikke var dimensjonert for å følge pasienten til avdeling for radiologi.

Delkonklusjon

Helsehjelpen var ikke i tråd med god praksis. Årsaken er at sengeposten ikke hadde ressurser til å utføre de observasjonene legen hadde forordnet, og heller ikke hadde ressurser/kompetanse til å vurdere sikkerheten ved transport til og opphold i avdeling for radiologi.

7.1.2 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp på sengeposten?

God praksis

Når en pasient har tegn og symptomer på pneumoni og sepsis, er det nødvendig at det startes med antibiotika raskest mulig. Dersom det påvises væskemangel skal pasienten ha væske. Når en pasient med kritisk lungesvikt innlegges i sykehus må pasienten overvåkes med tanke på forverring i tilstanden. En nyinnlagt pasient kan ikke oppfattes som stabilt dårlig om ikke pasienten har blitt observert i lengre tid (>1 døgn) eller pasientens tilstand er kjent for avdelingen fra før.

Dersom det er lungesvikt med oksygeneringsvansker (type 1 svikt) er det i tråd med god praksis å gi oksygen. Dersom det er mistanke om at pasienten kan ha annen lungesykdom (KOLS) kan det være at pasienten ikke tolererer store mengder oksygen (utvikling av type 2 respirasjonssvikt). For pasienter med mulig/mistenkt KOLS er det grunn til særlig aktpågivenhet når det gis behandling med store mengder oksygen. Blodgassmålinger er et viktig redskap i slike vurderinger.

Når en pasient har lav oksygenmetning uten oksygen, og får akseptabel oksygenmetning først med 10 liter oksygen/min, må oksygenbehandling oppfattes som livsnødvendig behandling. Opphør av oksygenbehandling kan ha fatalt resultat, og helsepersonell må sikre at behandlingen gis så lenge det er behov for det. Helsetilsynet legger til grunn at pasienten hadde kritisk oksygenbehov. Dersom det er væske og/eller puss i lungehulen er det i tråd med god praksis å drenere dette ved å legge inn et pleuradren.

Dersom det er behov for å transportere en pasient med kritisk lungesvikt/oksygenbehov innad i sykehuset, må transporten planlegges ved at det legges til rette for at pasienten følges av

personell som har opplæring i bruk av nødvendig medisinsk teknisk utstyr (oksygenkolbe, flowinnstilling og trykkmåler), og som har tilgang til utstyr som monitorerer og alarmerer, om pasienten ikke får den behandlingen han trenger (saturasjonsmåler).

Vurdering

Helsetilsynet mener at det var i tråd med god praksis at pasienten fikk antibiotika, væske og oksygen. Siden pasienten var medtatt, septisk og hadde kritisk oksygenbehov, mener vi det ikke er i tråd med god praksis at pasienten ikke ble observert med oksygenmetning, respirasjonsfrekvens, blodtrykk og blodgass. Det var heller ikke i tråd med god praksis at transporten til avdeling for radiologi ikke ble planlagt med tilstrekkelig personell og utstyr.

Delkonklusjon

Vi har kommet til at helsehjelpen ikke var i tråd med god praksis. Årsaken til dette er at pasienten hadde sepsis, nyoppstått kritisk lungesvikt med stort oksygenbehov, og at [REDAKTERT] også på sengeposten kunne ha utviklet forverring uten at det ble oppdaget.

7.1.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp under transport til og på avdeling for radiologi?

God praksis

Når en pasient med kritisk lungesvikt/oksygenbehov fraktes til og oppholder seg på avdeling for radiologi, er det nødvendig at det finnes personell og utstyr som sikrer at pasienten får nødvendig behandling også under prosedyrer. Under en prosedyre som innleggelse av pleuradren hos en pasient med kritisk lungesvikt, er det vanskeligere å observere pasienten. Det bør derfor måles oksygenmetning, og personell må sikre at oksygenbehandlingen ikke stopper opp. Dersom en pasient ved ankomst på avdelingen er syk, og det er behov for helsepersonell, må det være enkelt å tilkalle personell som kan vurdere og behandle pasienten.

Vurdering

Allerede da pasienten ble innkalt til avdeling for radiologi ble [REDAKTERT] oppfattet som en kritisk syk pasient, som burde ha følge av kvalifisert helsepersonell. Da pasienten kom til avdelingen ble [REDAKTERT] oppfattet som svært syk. Portøren tok med ekstra oksygenkolbe siden han forventet at oksygenkolben som var i bruk ville gå tom.

Radiografen fikk beskjed fra portøren om at hun måtte skifte kolben dersom den gikk tom, men radiografen hadde ikke anledning, opplæring eller utstyr til å oppdage at dette skjedde. Resultatet var at oksygenbehandlingen opphørte uten at det ble oppdaget.

Helsetilsynet mener at det var i tråd med god praksis at portøren tok med ekstra oksygen og ga beskjed til radiografen om at oksygenkolben kunne gå tom. Radiograf og/eller radiolog burde ha sikret personell som kunne ivarett pasienten umiddelbart etter mottak da de oppfattet pasienten som dårlig. Det var ikke i tråd med god praksis at personellet ved avdelingen ikke tilkalte annet helsepersonell som kunne vurdere og behandle pasienten under prosedyren.

Det var heller ikke i tråd med god praksis at oksygenbehandlingen ble avbrutt da kolben gikk tom, uten at dette ble håndtert umiddelbart med skifte av kolbe eller bruk av oksygen fra uttak i veggen. Dette avviket er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig.

Videre mener vi at det ikke var i tråd med god praksis at pasienten ble transportert for å ta røntgenbilde av lungene da det viste seg at oksygenbehandlingen var avbrutt under

prosedyren, og pasienten var blitt dårligere. Istedenfor å frakte pasienten bort, skulle radiografen og radiologen ha tilkalt personell som kunne ivarettat pasienten umiddelbart.

Det var i tråd med god praksis at stansteamet ble tilkalt da pasienten fikk sirkulasjonsstans. Behandlingen som ble gitt av stansteamet vurderes som i tråd med god praksis.

Delkonklusjon

Samlet sett vurderer vi helsehjelpen som ble gitt under transport og ved avdeling for radiologi som utenfor god praksis.

Vi vil bemerke at helsehjelpen som ble gitt på vei til og i avdeling for radiologi var utenfor god praksis på bakgrunn av at det manglet tilgjengelig helsepersonell med riktig kompetanse og utstyr, og ikke på bakgrunn av at enkeltpersoner handlet utenfor god praksis.

7.1.4 Samlet konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at [REDAKTERT] samlet sett ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

7.2 Hadde [REDAKTERT] lagt til rette for forsvarlig helsehjelp til kritisk syke pasienter med behov for intrahospital transport?

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal bidra til faglige forsvarlige helsetjenester, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav.

Virksomheten skal ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt og der det er nødvendig med vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten. Det må planlegges hvordan slik risiko kan minimaliseres. Det skal iverksettes nødvendige rutiner og prosedyrer, og påses at disse gjennomføres i praksis. Virksomheten skal også ha oversikt over og gjennomgå avvik, for å sikre at lignende forhold kan forebygges.

Helsetilsynet mener at transport av kritisk syke pasienter som trenger undersøkelse og/eller behandling ved en annen avdeling i sykehuset, er et særlig risikoområde som virksomheten bør ha fokus på. Hos pasienter med truende eller manifest svikt i ett eller flere organer, vil de fysiologiske reservene være mindre. Dette gjør at disse pasientene er i en særlig risikosituasjon. Det bør være tydelige føringer som sikrer at disse pasientene får forsvarlig helsehjelp under transporten, og mens undersøkelsen/behandlingen pågår. Dette innebærer at det før transporten bør gjøres medisinske vurderinger hvor det planlegges hvilke sikkerhetstiltak pasienten har behov for.

Vurdering

Statens helsetilsyn vurderer at virksomheten på hendelsestidspunktet ikke sikret at kritisk syke pasienter med behov for intrahospital transport, fikk forsvarlig helsehjelp. Ved sengeposten var det ikke lagt til rette for at kvalifisert personell kunne følge pasienten til undersøkelse/behandling, og være tilstede under undersøkelsen/behandlingen, slik at eventuelle endringer i pasientens tilstand kunne fanges opp og håndteres.

Ved tilsynet kom det fram at det var vanlig praksis at pasienter fra intensivavdelingen ble fulgt av helsepersonell. Pasienter som kom fra avdelinger og perifer sengepost, kom imidlertid som regel alene. Det var ingen rutiner for hvem som skulle kontaktes dersom pasientene ble akutt dårlige på avdeling for radiologi. Virksomheten hadde etablert en ordning

med MIT-team hvor helsepersonell kunne kontaktes hvis pasienter ble dårlige. Denne ordningen var likevel ikke kjent i avdeling for radiologi.

Tilsynet avdekket at både radiografer og radiologer hadde erfaringer med at pasienter som ble brakt til avdeling for radiologi var sykere enn forventet, og i en slik grad at det ble oppfattet som risikabelt. Det ble hevdet at en situasjon der det oppstod/ble oppdaget kritisk sykdom på avdeling for radiologi, ikke var en engangshendelse.

Portørtjenesten har gjennom sin fagforening løftet pasientsikkerhet under transport som en risiko de opplever, og de har gjort en risiko- og sårbarhetsanalyse for å utrede dette. Statens helsetilsyn mener det er påfallende at dette er et risikoområde som har blitt løftet av portørenes fagforening, og ikke identifisert av virksomhetens ledelse.

██████████ har i sin tilbakemelding uttalt at virksomheten oppfatter at transport til og fra undersøkelser for dårlige pasienter er en risikosituasjon. Det er likevel ikke utført risikovurderinger på dette området tidligere. Virksomheten anfører at det ikke er registrert mange avviksmeldinger etter slike hendelser, selv om portørene oppgir at dette skjer forholdsvis ofte, og pasientene oppleves dårligere nå enn for bare noen få år tilbake.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at virksomheten ikke sikret forsvarlig helsehjelp til kritisk syke pasienter som ble transportert internt i sykehuset, og under undersøkelse/behandling ved avdeling for radiologi. Videre har vi kommet fram til at virksomheten ikke i tilstrekkelig grad hadde gjort risikovurderinger og innført tiltak som skulle redusere risiko for svikt i helsehjelpen ved intrahospital transport. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

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

Statens helsetilsyn har merket seg at ██████████ etter denne hendelsen har identifisert flere områder der virksomhetens rutiner og praksis kan forbedres. ██████████ HF har i brev av ██████████ 2018 redegjort for hvilke tiltak som er iverksatt/skal iverksettes.

Vi vurderer at flere relevante tiltak er iverksatt/skal iverksettes. Dette gjelder blant annet igangsatt kartleggingsarbeid som skal beskrive hvordan de sykeste pasientene får forsvarlig behandling og observasjon. MIT-teamet skal sikre tidlig identifikasjon av forverring av pasienter på vanlig sengepost, varsling av de rette ressurser og sikring av adekvat videre håndtering av pasientene. Det kan tilkalles «kritisk syk voksenteam» i akuttmottaket for å sikre tidlig identifisering og håndtering av dårlige pasienter. Foretaket har også utarbeidet rutiner for konferering og kommunikasjon om dårlige pasienter (røde i NEWS) i akuttmottaket.

Videre skal foretaket ha utarbeidet en rutine for å klargjøre oppgaver og ansvar for transport av dårlige pasienter til og fra undersøkelser. I avdeling for radiologi er det planlagt informasjonsarbeid om MIT og kontinuerlig oksygentilførsel til pasienter, og avdelingen har skaffet flere pulsoksymetre som kan benyttes under prosedyrer i avdelingen.

Helsetilsynet vurderer at det er planlagt og delvis iverksatt tiltak for å sikre at lignende ikke skjer igjen. Vi anser at virksomheten har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Statens helsetilsyn ønsker tilbakemelding på tiltakene som er planlagt igangsatt, se punkt 8.2.

7.4 Andre forhold

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetaket plikt til å sørge for at pasienten får den informasjon han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Dersom en pasient dør og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, har pasientens nærmeste pårørende rett til informasjon om den alvorlige hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, og bør gis så tidlig som mulig (14).

Ved tilsynet kom det fram at de pårørende var informert om at pasienten fikk akuttbehandling etter hjertestansen, og at de ville bli kontaktet når situasjonen var avklart. Lege 3 skulle kontakte de pårørende etter at pasienten ble erklært død, men det viste seg at [REDACTED] ikke hadde navnebånd. Legen valgte derfor å avvente å ringe til de pårørende, inntil pasientens identitet var fastslått. Det tok lang tid før identifiseringen kunne gjennomføres, og etter flere timer ringte de pårørende til sykehuset. De ble da informert om dødsfallet.

Statens helsetilsyn mener at det gikk for lang tid før de pårørende fikk informasjon om dødsfallet. De pårørende burde vært kontaktet umiddelbart etter at pasienten døde. Statens helsetilsyn har likevel kommet fram til at det ikke foreligger brudd på informasjonsplikten i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd, jf. § 3-2 fjerde og femte ledd. Vi ber imidlertid om at helseforetaket merker seg de pårørendes opplevelse, da dette er et område for forbedring.

8 Konklusjon og oppfølging

8.1 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at [REDACTED] ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at [REDACTED] ikke sikret forsvarlig helsehjelp til kritisk syke pasienter ved intrahospital transport, eller ved avdeling for radiologi. Virksomheten hadde heller ikke i tilstrekkelig grad gjort risikovurderinger og innført tiltak som skulle redusere risiko for svikt i helsehjelpen knyttet til intrahospital transport. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

8.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn ber om at foretaket redegjør for hvordan de ulike tiltakene (beskrevet under pkt. 4.5) er gjennomført, og om de har tilsiktet effekt. Vi ber også om at vi mottar de aktuelle skriftlige rutiner og retningslinjer.

Helsetilsynet ber om tilbakemelding innen 1. juli 2019, og at Fylkesmannen [redacted] får kopi.

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

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Referanser

Vedlegg 2: Regelverk

Vedlegg 1 – Referanser

1. [Redacted]
2. [Redacted] beskrivelse av pasientflyt ved overbelegg somatikk.
3. [Redacted] sepsis_sus.pdf.
4. [Redacted] pneumoni_sus.pdf.
5. [Redacted]
6. [Redacted] Prosedyre for bruk av transportabel oksygenkolbe. ID [Redacted], Gyldig fra 30.1.18. 2018.
7. [Redacted]
8. Early N, Score W. Rask Respons System (RRS) har fire viktige ledd (6, 9, 12, 29): (7).
9. Granaas M, Vatn L, Lund SB. Fanger opp forverring tidligere. Sykepleien. 2016;(06):54–7.
10. Skinnes L, Madsen H, Rn H. Intrahospital transport of critically ill patients , an observational study. 2013;38(3):549.
11. Quenot J-P, Milesi C, Cravoisy A, Capellier G, Mimoz O, Fourcade O, et al. Intrahospital transport of critically ill patients (excluding newborns) Recommendations of the Societe de Reanimation de Langue Francaise (SRLF), the Societe Francaise d'Anesthesie et de Reanimation (SFAR), and the Societe Francaise de Medecine d'Urgence . Ann Intensive Care [Internet]. 2012;2(1):1. Available from: <http://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/2110-5820-2-1>
12. Madsen H, Skinnes L. « Intrahospital transport av kritisk syke pasienter » Masteroppgave i klinisk sykepleie. 2013;
13. Kunnskapssenteret. Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr [Internet]. 2013. Available from: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1078/Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr - fullversjon.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1078/Uønskede%20hendelser%20knyttet%20til%20medisinsk-teknisk%20utstyr%20-%20fullversjon.pdf)
14. Helsedirektoratets veileder IS-2213. Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner.

Vedlegg 2 – Regelverk

Lov 30.03.1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)

§ 2 sjette ledd. Fylkesmannen og Statens helsetilsyns oppgaver

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

§ 3. Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll

«Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»

Lov 02.07.1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

§ 2-2 første og annet ledd. 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.»

§ 3-3 a første ledd. 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.»

§ 3-4 a første ledd. Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

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

§ 3-11 første og annet ledd. Om informasjon

«Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5.

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.»

Lov 02.07.1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (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.»

§ 16 første ledd. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

«Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.»

Lov 02.07.1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

«Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Dersom skade eller komplikasjon som nevnt i femte ledd er svært alvorlig, skal pasienten eller brukeren gis tilbud om møte med helse- og omsorgstjenesten så snart som mulig etter hendelsen, og senest ti dager etter hendelsen. Slike møter skal ha til formål å gi pasienten eller brukeren informasjon etter fjerde og femte ledd og svar på spørsmål knyttet til hendelsen og den videre oppfølgingen av denne. Ved dødsfall som følge av alvorlig hendelse, skal nærmeste pårørende tilbys tilsvarende møte.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.»

§ 3-3. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende

«Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten eller brukeren over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Dersom en pasient eller bruker dør og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon etter § 3-2 fjerde til og med sjette ledd, så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette.»

§ 3-5. Informasjonens form

«Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.»

§ 7-4 a tredje ledd. Saksbehandling ved anmodning om vurdering av pliktbrudd

«Fylkesmannen skal gi den som har fremsatt en anmodning, innsyn i relevante saksdokumenter og anledning til å uttale seg til disse, så langt taushetsplikt ikke er til hinder for dette. Det samme gjelder i saker hvor Statens helsetilsyn behandler varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.»

Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 1. Formål

«Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.»

§ 2. Virkeområde

«Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- a) helsetilsynsloven § 3
- b) spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd
- c) helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller
- d) tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter

- a) spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller
- b) helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.»

§ 3. Ansvar for styringssystem

«Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.»

§ 4. Definisjon

«I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.»

§ 5. Omfang og dokumentasjon

«Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut i fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.»

§ 6. Plikten til å planlegge

«Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert

om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

§7. Plikten til å gjennomføre

«Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.»

§ 8. Plikten til å evaluere

«Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.»

§ 9. Plikten til å korrigere

«Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.»

§ 10. Ikrafttredelse

«Forskriften trer i kraft 1. januar 2017. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.»