

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Manglende oppfølging av et barn med omfattende og sammensatte behov

(Sebastiansaken)

Helse Møre og Romsdal HF og Kristiansund og omegn legevakt

Saksnummer XXXXXX

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse Møre og Romsdal HF v/direktøren
Kristiansund og omegn legevakt
Norsk luftambulans AS/330 skvadron Ørland

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:

XXXXXX

XXXXXX

Endelig rapport etter stedlig tilsyn

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel av XXXXXX om en uventet alvorlig hendelse ved Helse Møre og Romsdal HF samme dag. Forholdet gjelder den helsehjelpen Sebastian XXXXXX, født XXXXXX – død XXXXXX, fikk i forkant av- og i løpet av helgen fra XXXXXX til XXXXXX.

Vedlagt følger rapport etter stedlig tilsyn. Statens helsetilsyn ber om at rapporten gjøres kjent og tilgjengelig for ledelsen og involvert helsepersonell.

Statens helsetilsyn ber Helse Møre og Romsdal HF om en samlet tilbakemelding om hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på områdene hvor det er påpekt lovbrudd. Vi vil i tillegg orienteres om hvordan foretaket arbeider for at de iverksatte tiltakene følges opp systematisk med tanke på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi minner også om foretakets plikt til å informere pasientens pårørende om dette.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Helse Møre og Romsdal HF innen åtte -8- uker fra mottagelsen av rapporten, med kopi til Fylkesmannen i Møre og Romsdal.

XXXXXX
XXXXXX

XXXXXX
XXXXXX

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:

Kopi av brev til OUS av dags dato – avgjørelse i tilsynssak

Kopi:

Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

Juridisk saksbehandler: XXXXXX

Innhold

Sammendrag	7
1. Innledning	10
1.1 Oppfølging av pasienten ved OUS, Rikshospitalet.....	10
2 Gjennomføringen av tilsynet	10
3 Opplysningene i saken – saksforholdet	12
3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen.....	13
3.1.1 <i>Bakgrunn</i>	13
3.1.1.1 <i>Forløp før og under første legevaktbesøk fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX – XXXXXX</i>	14
3.1.1.2 <i>Første kontakt med AMK Møre og Romsdal fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX – XXXXXX</i> 16	
3.1.3 <i>Videre forløp på legevakten natt til lørdag XXXXXX</i>	20
3.1.4 <i>Forløp lørdag formiddag XXXXXX og frem til andre legevaktkonsultasjon natt til søndag XXXXXX</i>	21
3.1.5 <i>Andre legevaktkonsultasjon hos legevaktlege 2 natt til søndag XXXXXX</i>	21
3.1.6 <i>Tredje legevaktkonsultasjon søndag XXXXXX</i>	24
3.1.7 <i>Andre kontakt med AMK Møre og Romsdal søndag XXXXXX</i>	24
3.1.8 <i>Oppholdet på seksjon for intensiv og videre involvering av redningshelikopter med anestesilege (Sea King) søndag XXXXXX</i>	25
3.1.9 <i>Rettsmedisinsk obduksjon og rapport fra rettsoppnevnt sakkyndig</i>	28
3.1.10 <i>Sakkyndigerklæringer</i>	28
3.2 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn	28
4 Forhold ved virksomhetene, rutiner og praksis	30
4.1 Organisering av Kristiansund og omegn legevakt.....	30
4.1.1 <i>Organisering og bemanning</i>	30
4.1.2 <i>Varsel om bekymring etter omleggingen til femdøgnspost</i>	30
4.2 Organisering av Helse Møre og Romsdal HF	31
4.2.1 <i>Ledelsesstruktur og overordnet organisering</i>	31
4.2.2 <i>Nærmere om barneavdelingen ved Ålesund sjukehus</i>	31
4.2.3 <i>Nærmere om barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus</i>	32
4.2.4 <i>Nærmere om seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus</i>	32
4.2.5 <i>Nærmere om organisering av AMK-sentralen</i>	32
4.3 Drift ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus – historikk.....	32
4.3.1 <i>Overgang til femdøgnspost</i>	32
4.3.2 <i>Ordning med «åpen innleggelse» og informasjon i forbindelse med helgestengingen</i>	34
4.3.3 <i>Bruk av seksjon for intensiv i påvente av overflytting</i>	34
4.4 Feriestengning ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus.....	35
4.5 Erfaringer med transport av pasienter.....	35
4.6 Innleggelse av barn ved Ålesund sjukehus.....	36

4.7	Situasjonen ved AMK Møre og Romsdal etter omlegging til femdøgnspost ...	36
4.8	Nærmere om relevante prosedyrer og retningslinjer.....	36
4.8.1	Vakthavende AMK-leges rolle og ansvar	37
4.8.2	Transport av kritisk syke/skadde pasienter i forbindelse med vaksamarbeid mellom sykehusene i Helse Møre og Romsdal	37
4.8.3	Retningslinje for mottak av akutt sykt barn/ungdom ved Kristiansund sjukehus (flytskjema)	38
4.8.4	Behandlingssted for barn med behov for intensivbehandling etter nyfødtp perioden	38
4.9	Helseforetakets endringer i etterkant av hendelsen	38
5	Aktuelt regelverk	39
5.1	Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp	39
5.2	Krav til internkontroll i helsetjenesten.....	40
5.3	Barn innlagt på sykehus	40
5.4	Samhandling og samarbeid.....	40
5.5	Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten	40
5.6	Plikt til å informere pasienten og de pårørende	41
5.7	Statens helsetilsyns mandat	41
6	Statens helsetilsyns vurdering av helsehjelpen pasienten fikk	41
6.1	Fikk pasienten forsvarlig oppfølging av Helse Møre og Romsdal HF etter at de overtok ansvaret for oppfølging av barnet, og særlig de siste tre ukene i forkant av XXXXXX. til XXXXXX?.....	42
6.2	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Kristiansund og omegn legevakt? ..	44
6.2.1	God praksis – om oppfølging av syke barn	44
6.2.2	Fikk pasienten forsvarlig utredning, behandling og oppfølging ved første legevaktbesøk fredag kveld/natt til lørdag?	46
6.2.3	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved andre legevaktbesøk natt til søndag? ..	49
6.2.4	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved tredje legevaktbesøk dagtid søndag? ..	50
6.3	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Helse Møre og Romsdal HF?	51
6.3.1	Ble første gangs henvendelse fra legevakten til AMK Møre og Romsdal fredag kveld/natt til lørdag forsvarlig håndtert?	51
6.3.2	Ble andre gangs henvendelse fra legevakten til AMK Møre og Romsdal dagtid søndag forsvarlig håndtert?.....	56
6.3.3	Ble henvendelsen fra legevakten til barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund natt til søndag forsvarlig håndtert?	57
6.3.4	Fikk pasienten forsvarlig behandling og oppfølging på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus dagtid søndag, før helikoptertransporten?	58
6.4	Fikk pasienten forsvarlig behandling fra Helse Møre og Romsdal HF og Norsk luftambulans AS/330 Skvadron Ørland i tidsrommet fra redningshelikopterets ankomst og frem til pasienten døde?	60
6.4.1	Fikk pasienten forsvarlig overvåking i forbindelse med helikoptertransporten søndag XXXXXX?	60
6.4.2	Var det forsvarlig å avbryte helikoptertransporten og returnere til Kristiansund sjukehus søndag XXXXXX?	61
6.4.3	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp under resusciteringen søndag XXXXXX?.....	62

6.4.4	<i>Var det forsvarlig at pårørendes fikk være til stede under resusciteringsforsøket?</i>	64
7	Statens helsetilsyns vurdering av Helse Møre og Romsdal HF sin organisering og tilrettelegging for helsehjelp til barn som skulle innlegges på sykehus i helgene	65
7.1	Generelle krav til virksomheten	66
7.2	Om organisering av tilbud til barn i helseinstitusjoner	66
7.3	Om foretaket hadde gjennomført forsvarlige forberedelser før beslutning og iverksettelse av helgestengt barne- og ungdomsavdeling i Kristiansund	67
7.3.1	<i>Særlige utfordringer knyttet til femdøgnsdrift av barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund</i>	68
7.3.2	<i>Samhandling mellom barneavdelingene i Kristiansund og Ålesund</i>	69
7.3.3	<i>Samhandling mellom helseforetaket og den kommunale helse- og omsorgstjenesten</i>	73
7.3.4	<i>Informasjon til de pårørende og andre aktører om endringene</i>	74
7.3.5	<i>Rutiner for transport av barn ved helgestengt barneavdeling</i>	74
7.3.6	<i>Koordinering av transportressurser ved AMK</i>	75
7.3.7	<i>Samtidige innføring av flere organisasjonsendringer som sentralisering av AMK, desentralisering av ambulansetjenesten og innføring av helgesteng barneavdeling</i>	76
7.4	Konklusjon – om helseforetaket hadde gjennomført forsvarlig forberedelse før beslutning og iverksettelse av helgestengt barneavdeling ved Kristiansund sjukehus.....	77
8	Andre forhold	78
8.1	Samhandling ved helsehjelp til barn med kroniske lidelser.....	79
8.1.1	<i>Om kommunikasjon og samhandling generelt</i>	79
8.1.2	<i>Særlige behov ved oppfølging av barn med kronisk sykdom</i>	79
8.1.3	<i>Om ulike former for kommunikasjon og oppfølging</i>	80
8.1.4	<i>Om roller</i>	80
8.2	Dokumentasjon og plan for oppfølging av akutt syke barn	80
8.3	Bruk av paracetamol med kodein.....	81
9	Virksomhetens oppfølging etter den alvorlige hendelsen	81
10	Konklusjon og oppfølging	82
10.1	Statens helsetilsyns konklusjon.....	82
10.2	Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding	82
11	Sikkerhetstilrådinge og læringspunkter	82

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn tilsynet ved Helse Møre og Romsdal HF og Kristiansund og omegn legevakt.

Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse den XXXXXX, der en ti måneder gammel gutt med komplekse XXXXXX døde. Barnet hadde blant annet medfødt hjertefeil (koarktasjon), XXXXXX. XXXXXX ga ham kroniske alvorlige luftveis- og svelgeproblemer, og gjorde at han måtte ernæres via perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG). Han hadde ved flere anledninger fått livstruende akutte respirasjonsproblemer på grunn av aspirasjon av mageinnhold til lungene. Hans medfødte hjertefeil ble vellykket operert ved Oslo universitetssykehus HF (OUS), Rikshospitalet da han var tre uker gammel. Etter dette ble han fulgt opp både ved Kristiansund og Ålesund sjukehus, og OUS, Rikshospitalet.

På grunn av misdannelsene var det svært vanskelig å intubere pasienten. Dette var kjent både ved sykehusene i Ålesund og Kristiansund, og ved AMK Møre og Romsdal der pasientens navn på grunn av dette var merket med en varseltrekant i pasientjournalen.

Forløp siste uker før hendelsen

Pasienten ble søndag XXXXXX brakt til Kristiansund og omegn legevakt på grunn av hoste og pustevansker. På dette tidspunktet var barne- og ungdomsavdelinga (barneavdelingen) i Kristiansund stengt i helgene. Barn som trengte innleggelse i helgene, måtte derfor transporteres til Ålesund. Legevaktlegen som undersøkte pasienten, fant grunnlag for innleggelse på grunn av sannsynlig bronkiolitt. Vakthavende lege i Ålesund mente imidlertid at det ikke var behov for øyeblikkelig hjelp innleggelse. Pasienten ble derfor ikke innlagt før dagen etter, og da på barneavdelingen i Kristiansund. Legevaktlegen uttrykte den gang overfor legevaktledelsen at han var svært bekymret for det han opplevde som en overprøving av hans beslutning, og for at barnet ikke umiddelbart ble tatt imot i Ålesund.

Pasienten var igjen innlagt på barneavdelingen i Kristiansund XXXXXX på grunn av en norovirusinfeksjon. Foreldrene ga i ettertid uttrykk for at legene så hver enkelt henvendelse som en isolert hendelse, og at ingen så det totale kliniske bildet i sammenheng. De mente at det derfor ikke ble vurdert om de ulike symptomene kunne være uttrykk for en generell forverring av barnets grunntilstand, for eksempel økende hjerte- og/eller lungesvikt.

Legevaktbesøk fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX

Pasientens mor oppsøkte legevakten fordi pasienten i noen dager hadde vært utilpass med feber, oppkast, diare og økende respirasjonsbesvær. Denne kvelden ble han verre og fikk høy feber, rykninger og virket fjern. Legevaktlegen, som kjente pasienten godt fra før, mente at tilstanden var uavklart, men potensielt alvorlig, og besluttet at pasienten måtte innlegges på barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus. Legevaktlegen mente at transporten måtte skje med luftambulans for en biltransport ville medføre risiko for oppkast, aspirasjon og alvorlige luftveisproblemer. Av samme grunn var det behov for følge av helsepersonell med mer kompetanse enn vanlig ambulanspersonell. På grunn av samtidighetskonflikt for luftambulansen, mangelfull utredning av transportalternativer og dårlig kommunikasjon, ble luftambulansetransport aldri effektuert. Etter flere timers observasjon på legevakten og bedring av allmenntilstanden, ble pasienten sendt hjem. Innleggelse på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus kunne vært et alternativ, men ble ikke vurdert som aktuelt av legevaktlegen.

Legevaktbesøk natt til søndag XXXXXX

Etter forbigående bedring ble pasienten igjen verre lørdag kveld. Mor oppsøkte derfor legevakten igjen natt til søndag. Den legen som da hadde legevakt, kjente ikke pasienten fra før. Hun hadde imidlertid fått en bekymringsmelding om at pasienten kunne være alvorlig syk fra den legen som hadde sett pasienten natt til lørdag. Legevaktlegen undersøkte pasienten. Hun ga uttrykk for at hun syntes det vanskelig å vurdere tilstanden, men oppfattet ham som så dårlig at hun ville legge ham inn. Hun kontaktet derfor barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund, men opplevde at hun ikke fikk støtte for akutt innleggelse eller for bruk av luftambulansse ved eventuell transport. Pasienten ble derfor sendt hjem igjen etter undersøkelsen. AMK ble ikke kontaktet for rekvirering av transport til barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund og det ble ikke vurdert innleggelse på seksjon for intensiv.

Legevaktbesøk og innleggelse ved seksjon for intensiv, Kristiansund sjukehus, søndag XXXXXX

Søndag formiddag var pasientens tilstand ytterligere forverret, og han ble innlagt på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus i påvente av transport til St. Olavs hospital HF. På grunn av dårlig flyvær kunne ikke luftambulansen i Ålesund ta oppdraget, og AMK tilbød ikke umiddelbart alternative transportmåter.

På initiativ fra personellet på legevakten i Kristiansund, ble redningshelikopteret (Sea King-helikopter) fra luftambulanssebasen Ørland rekvirert. Pasientens respiratoriske og sirkulatoriske tilstand var kritisk da redningshelikopteret ankom Kristiansund sjukehus. Siden risikoen ved å intubere denne pasienten var svært høy, valgte legene å gi ham ventilasjonsstøtte med Neopuff under transporten. Rett etter avgang fra Kristiansund sjukehus fikk imidlertid pasienten akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans. Hjerne-lunge-redning ble straks igangsatt, og helikopteret returnerte til Kristiansund sykehus hvor det var bedre arbeidsforhold og flere ressurser tilgjengelig. Her fortsatte gjenopplivingsforsøkene, men det lyktes ikke å gjenopprette sirkulasjon og respirasjon. Pasienten ble erklært død etter ca. en time.

I følge obduksjonsrapporten var dødsårsaken flerorgansvikt på grunn av infeksjon med adenovirus og norovirus. Utvikling av bronkittlungebetennelse førte til dårlig oksygenering og til slutt sirkulasjonsstans hos et allerede svekket barn med dårlig hjerte- og lungefunksjon.

Statens helsetilsyns konklusjoner

Statens helsetilsyn har kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke ga pasienten forsvarlig oppfølging i forkant av den aktuelle helgen da hendelsen fant sted og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp på Kristiansund og omegn legevakt fredag kveld/natt til lørdag og natt til søndag, og at det foreligger brudd på helsepersonelloven § 4 fordi

- pasienten ble sendt hjem og ikke lagt inn på seksjon for intensiv i Kristiansund natt til lørdag til tross for at legevaktlegen frem til dette tidspunkt vurderte at akutt innleggelse var nødvendig
- det til tross for barneleges beskrivelse av observasjoner og funn som tilsa akutt innleggelse på sykehus, ikke ble rekvirert øyeblikkelig hjelp innleggelse på sykehus av vakthavende legevaktlege.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at foretaket v/AMK og vakthavende AMK-lege ikke handlet forsvarlig i forbindelse med håndtering av transportoppdrag natt til lørdag og søndag formiddag. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har også kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig oppfølging av syke barn i helgene, og at foretaket ikke tilrettela for forsvarlig oppfølging av denne pasientgruppen i forkant av endringen fra sjudøgnspost til femdøgnspost. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Ulik innleggelsespraksis, vekslingen i tjenestetilbudet i Kristiansund og det samlede utfordringsbildet for alle involverte aktører, inkludert oppfølgingen av kronisk syke barn, skulle vært tydelig diskutert i forkant av omleggingen. Videre skulle tilstrekkelig kompensierende tiltak vært igangsatt, blant annet tydelige rutiner for transport ved manglende flyvær og alternative løsninger ved samtidighetskonflikter. De ulike beslutningene ble fattet av forskjellige instanser innen helseforetaket, inkludert av styret for Helse Møre og Romsdal HF og i det regionale helseforetaket, uten at de ble godt nok kommunisert til alle berørte enheter i helseforetaket. Foretaket hadde heller ikke sikret at retningslinjer for koordinering og bruk av ressurser ved AMK var oppdaterte og implementert.

Tiltak besluttet iverksatt etter hendelsen

På ordinært styremøte i Helse Møre og Romsdal HF rett etter hendelsen ble det besluttet å ha barnelege til stede i helgene ved Kristiansund sjukehus. Det ble også besluttet å forbedre ambulansetilbudet.

Statens helsetilsyn har forutsatt at de ansvarlige i Helse Møre og Romsdal HF går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

Statens helsetilsyns undersøkelse av oppfølgingen pasienten fikk på OUS, Rikshospitalet
Statens helsetilsyn har også opprettet egen tilsynssak mot OUS og kommet til at foretaket ikke la til rette for forsvarlig og samordnet helsehjelp til pasienten.

Læringspunkter og sikkerhetstilrådninger

Statens helsetilsyn mener at gjennomgangen av denne saken har avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. Dette innebærer at andre virksomheter også kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv. Statens helsetilsyn har derfor i denne saken valgt å peke på utvalgte områder der andre virksomheter bør vurdere om det er nødvendig å iverksette tiltak. Dette fremgår til slutt i rapporten.

Videre oppfølging av saken

Statens helsetilsyn ber Helse Møre og Romsdal HF om en samlet tilbakemelding om hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på områdene hvor det er påpekt lovbrudd. Vi vil i tillegg orienteres om hvordan foretaket arbeider for at de iverksatte tiltakene følges opp systematisk med tanke på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi minner også om foretakets plikt til å informere pasientens pårørende om dette.

1. Innledning

Helse Møre og Romsdal HF varslet XXXXXX om en alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen Sebastian XXXXXX, født XXXXXX – død XXXXXX (heretter pasienten), fikk ved Kristiansund og omegn legevakt, Helse Møre og Romsdal HF og av Luftambulansen ANS i perioden fra XXXXXX til XXXXXX.

Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i Møre og Romsdal å gjennomføre stedlig tilsyn ved Kristiansund og omegn legevakt, barne- og ungdomsavdelinga (heretter barneavdelingen) ved Kristiansund og Ålesund sjukehus, og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus.

Hendelsen involverte følgende virksomheter/enheter:

- Kristiansund og omegn legevakt
- Helse Møre og Romsdal HF:
 - Klinikk for barn og unge, barne- og ungdomsavdelingene i Kristiansund og Ålesund
 - Klinikk for kirurgi, Kristiansund, seksjon for anestesi og seksjon for intensiv
 - Klinikk for kirurgi, Ålesund, anestesiavdelingen (seksjonene AMK, ambulansedy og ambulanse/helikopter)
- Norsk luftambulans AS (Luftambulansbasen Ørland/Redningshelikopteret)

I denne rapporten redegjør vi i kapittel 3 for pasientens sykehistorie, den alvorlige hendelsen og gir en samlet fremstilling av det vi anser som relevante organisatoriske og styringsmessige forhold ved virksomhetene. Informasjonen er basert på de dokumentene vi har mottatt og samtale/intervjuene ved det stedlige tilsynet og i etterkant. Vi vil redegjøre for våre vurderinger og konklusjoner i kapittel 6 og 7.

Når det gjelder organisering og styring ved Kristiansund og omegn legevakt har vi ikke funnet grunn til å foreta en nærmere vurdering av hvordan legevaktvirksomheten tilrettelegges. Årsaken til dette er at det ikke fremkommer noen opplysninger som gir mistanke om svikt i organiseringen. Vurdering av enkeltpersonells handlinger ved legevakten vil imidlertid inngå i vurderingen av den helsehjelpen som ble gitt til pasienten.

1.1 Oppfølging av pasienten ved OUS, Rikshospitalet

OUS, Rikshospitalet har på et tidligere tidspunkt vært involvert i tjenestetilbudet til pasienten. Denne rapporten tar ikke for seg den oppfølgingen pasienten fikk ved OUS, Rikshospitalet før hendelsen. Statens helsetilsyn har valgt å vurdere OUS samlede oppfølging og håndtering av pasienten i eget brev. Kopi av brevet følger vedlagt.

2 Gjennomføringen av tilsynet

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

- Statens helsetilsyn mottok den XXXXXX et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra Helse Møre og Romsdal HF.
- Statens helsetilsyn innhentet pasientjournaler fra Kristiansund og omegn legevakt og Helse Møre og Romsdal HF, Kristiansund og Ålesund sjukehus.
- Statens helsetilsyn innhentet lydlogger, utskrift av lydlogg og AMIS (Akutt Medisinsk Informasjons System) - rapporter fra AMK Møre og Romsdal.
- Statens helsetilsyn innhentet journalnotat for oppdraget med Sea King-helikopteret

XXXXXX.

- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved Kristiansund og omegn legevakt XXXXXX. Fylkesmannen i Møre og Romsdal var representert under tilsynet ved assisterende fylkeslege.
- Det ble XXXXXX også avholdt et møte mellom Statens helsetilsyn og pasientens pårørende og deres tidligere advokat. Det har vært kontakt flere ganger mellom Statens helsetilsyn og pasientens far, samt mellom Statens helsetilsyn og pårørendes nåværende advokat.
- Statens helsetilsyn mottok under det stedlige tilsynet ved Kristiansund og omegn legevakt en redegjørelse m/vedlegg fra barnelege/legevaktlege datert XXXXXX.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved Kristiansund sjukehus, barne- og ungdomsavdelinga XXXXXX. Det ble samtidig foretatt en befaring ved legevakten og akuttmottaket/seksjon for intensiv. Fylkesmannen i Møre og Romsdal var representert under tilsynet ved assisterende fylkeslege.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved Ålesund sjukehus, barne- og ungdomsavdelinga og AMK Møre og Romsdal den XXXXXX. Det ble samtidig gjennomført befaring ved AMK. Fylkesmannen i Møre og Romsdal var under tilsynet representert ved fylkeslegen.
- Statens helsetilsyn gjennomførte egne telefonsamtaler med anestesilege fra Norsk Luftambulans A/S (lege på Sea King-helikopteret) og en av de medisinske operatørene fra AMK Møre og Romsdal, henholdsvis XXXXXX. og XXXXXX.
- Statens helsetilsyn har mottatt diverse styrende dokumenter fra virksomhetene (se utdrag av disse nedenfor).
- Statens helsetilsyn har fortløpende mottatt politidokumentene, som blant annet innbefatter avhør, innhentede styringsdokumenter, rettens sakkyndigerklæringer av XXXXXX og XXXXXX, og foreløpig og endelig obduksjonsrapport (sakkyndig likundersøkelse) av henholdsvis XXXXXX og XXXXXX.
- Statens helsetilsyn ba den XXXXXX OUS, Rikshospitalet om en redegjørelse knyttet til den behandlingen og oppfølgingen pasienten mottok ved OUS. Vi mottok svar fra Rikshospitalet i brev av XXXXXX. Statens helsetilsyn har i brev av XXXXXX opprettet egen tilsynssak mot OUS og bedt om ytterligere informasjon om deres oppfølging av pasienten. Vi mottok svar fra OUS XXXXXX.
- På bakgrunn av den samlede informasjonen utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig tilsynsrapport. Den foreløpige tilsynsrapporten ble sendt til Helse Møre og Romsdal HF, Kristiansund og omegn legevakt, Norsk luftambulans og pårørende ved deres advokat den XXXXXX. Det ble samtidig sendt orienteringsbrev til vakthavende AMK-lege og legevaktslege.
- Vi har mottatt kommentarer på den foreløpige tilsynsrapporten fra Helse Møre og Romsdal HF (brev av XXXXXX), Kristiansund og omegn legevakt (brev av XXXXXX), vakthavende AMK-lege (brev av XXXXXX), legevaktlege som hadde vakt natt til søndag XXXXXX (brev av XXXXXX), legevaktlege som hadde vakt natt til XXXXXX og XXXXXX (brev av XXXXXX) og fra pårørende ved deres advokat (brev av XXXXXX).
- Det ble avholdt et møte mellom pårørende, pårørende advokat og Statens helsetilsyn XXXXXX. De opplyste at de ikke ønsket å gi noen skriftlig tilbakemelding på foreløpig rapport.
- Statens helsetilsyn har innarbeidet de relevante kommentarene i den endelige tilsynsrapporten.

Særlig relevante styringsdokumenter som Statens helsetilsyn har innhentet, er følgende:

- Risikoanalyse datert XXXXXX. «RoS-analyse for gjennomføring av styresak 2013/10 vedrørende tjenestetilbudet til barn og unge i Helse og Romsdal HF».
- Prosjektbok (udatert). «Arbeidsgruppe: klinikk barn og unge». Leder av arbeidsgruppen: Ove Økland.
- Brev av XXXXXX fra Helse Møre og Romsdal HF til Fylkesmannen i Møre og Romsdal. «Bakgrunnsinformasjon vedr. driftsomlegging ved barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund».
- Brev (varsel) av XXXXXX fra legevaktslegene i Kristiansund og omegn til styret i Helse Møre og Romsdal HF. «Varsel fra Kristiansund og Omegn Legevakt».
- Rapport av XXXXXX om etablering av drift ved AMK Møre og Romsdal for å sikre overgang fra to til en AMK-sentral i Møre og Romsdal fra XXXXXX. «Faglig forsvarlig etablering og drift ved AMK Møre og Romsdal».
- Arbeids/Prosjektbesvarelse av XXXXXX. «Sikre overgangen fra to til en AMK sentral i Møre og Romsdal frå XXXXXX».
- Informasjonsbrev av XXXXXX fra Helse Møre og Romsdal HF, barne- og ungdomsavdelinga til pasienter/pårørende med åpen innleggelse (åpen retur) ved barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund. «Omlegging til 5-døgns drift ved sengepost for barn og unge, Kristiansund sjukehus fra XXXXXX».
- Informasjonsbrev av XXXXXX fra Helse Møre og Romsdal HF, barne- og ungdomsavdelinga (åpen adressat). «Omlegging til 5-døgns drift ved sengepost for barn og unge, Kristiansund sjukehus fra XXXXXX».
- Udatert skriv fra Kristiansund og omegn legevakt. «Rutiner for bakvaktordning ved legevakten».
- Prosedyre ID 10830 (30/9-13), «Rekvirering av Luftambulanse».
- Prosedyre ID 21917 (29/9-14) «Koordinering av ambulanshelikopter - AMK Sunnmøre».
- Prosedyre ID 21305 (11/11-13) «Vakthavende AMK-lege, AMK Møre og Romsdal».
- Prosedyre ID: 17359 (2/2-12): «Transport av kritisk syke/skadde pasienter i forbindelse med vaksamarbeid».
- Prosedyre (Flytskjema) ID: 23077 (15/10-14): «Akutt sykt barn/ungdom».
- Prosedyre ID 17836 (10.02.14) «Behandlingssted for barn med behov for intensiv behandling etter nyfødtp perioden».

Helseforetaket varslet også dødsfallet til Nordmøre og Romsdal politidistrikt, som på eget initiativ igangsatte etterforskning. Statens helsetilsyn har hatt fortløpende kontakt med politiet i forbindelse med at hendelsen ble varslet til oss, både i forkant og etterkant av det stedlige tilsynet.

Statens helsetilsyn har gitt politiet helsefaglig råd i saken, og på forespørsel også gitt råd om aktuelle sakkyndige. Nordmøre tingrett har oppnevnt to sakkyndige. Vi har mottatt kopi av de sakkyndige uttalelser av henholdsvis XXXXXX og XXXXXX. Statens helsetilsyn har gjennomgått de sakkyndige erklæringene i tilknytning til våre foreløpige vurderinger i denne saken. Den første sakkyndige uttalelsen ble underkjent av Den rettsmedisinske kommisjon.

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

Statens helsetilsyn har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjonen vi har fått gjennom ulike dokumenter, intervjuer og kommentarer. Her gjør vi rede for de forholdene

som har hatt betydning for vår vurdering knyttet til den oppfølging og behandlingen pasienten fikk.

3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen

Vi vil nedenfor gjengi pasientforløpet og pasientbehandlingen kronologisk for perioden XXXXXX til og med XXXXXX. Innledningsvis vil vi kort redegjøre for pasientens sykehistorie.

3.1.1 Bakgrunn

Pasienten var en ti måneder gammel gutt XXXXXX. Det var kjent at han blant annet hadde medfødt hjertefeil (koarktasjon), XXXXXX. Pasienten hadde kroniske og alvorlige luftveisproblemer, og hadde til vanlig hørbare lyder ved respirasjon. Han fikk jevnlig inhalasjonsbehandling med ulike lungemedisiner og saltvann, og foreldrene hadde oksygenmetningsmåler hjemme. Han hadde videre svelgeproblemer og ble ernært via perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG). Maten måtte gis forsiktig i gastrostomien for å unngå at han kastet opp og aspirerte mageinnhold til luftveiene. Hans medfødte hjertefeil ble vellykket operert ved OUS, Rikshospitalet da han var tre uker gammel. Pasienten ble fulgt opp for sine ulike tilstander ved Kristiansund og Ålesund sjukehus og OUS, Rikshospitalet og var blitt operert for lyskebrokk ved St. Olavs hospital HF.

Det hadde ved flere anledninger vært vanskelig å intubere pasienten i forbindelse med anestesi, og det var bemerket i epikrisen fra OUS, Rikshospitalet at intubasjon kun skulle utføres der. Det var i journalsystemet ved AMK Møre og Romsdal også nedtegnet en varseltrekant med informasjon om at pasienten var vanskelig å intubere. I samtalen som Statens helsetilsyn hadde med foreldrene under det stedlige tilsynet, formidlet de at gutten var blid og fornøyd. Han kommuniserte godt, lekte og ga familien svært mye glede.

Forløp siste tre uker før hendelsen

Pasienten var om kvelden søndag XXXXXX til undersøkelse ved Kristiansund og omegn legevakt på grunn av økende hoste og pustevansker de fire siste dagene. Legevaktlege som var på vakt oppfattet pasienten som tydelig respiratorisk besværet, og han henvendte seg til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus med tanke på innleggelse av pasienten. Forvakten vurderte tilstanden per telefon som mild RS-virusbronkiolitt og mente det ikke var behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Pasienten ble derfor ikke innlagt. Det ble imidlertid presisert fra sykehusets side at det måtte være lav terskel for ny kontakt ved forverring av tilstanden. Legevaktlegen uttrykte den gang overfor legevaktledelsen at han var svært bekymret for det han opplevde som overprøving av hans vurdering, og for at barnet ikke umiddelbart ble tatt imot for innleggelse ved Ålesund sjukehus.

Dagen etter da barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus igjen åpnet, ble pasienten innlagt der, og det ble påvist RS-virusbronkiolitt. Foreldrene beskrev at pasienten tydelig «*strevde med slimet*», at han hadde pustevansker, og at de opplevde det som skremmende. Røntgen av lungene viste betydelige fortetninger på høyre lunge. Blodprøven ProBNP var den XXXXXX forhøyet, 962 nanogr/L (tilsvarer 114 pmol/L). Pasienten ble utskrevet neste dag, XXXXXX, uten at det fremgår at betydningen av forhøyet pro BNP var vurdert i lys av pasientens medfødte misdannelser.

Pasienten var også innlagt ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus XXXXXX til XXXXXX, etter å ha hatt oppkast i tre dager. I journalen ble det angitt at det mest sannsynlig var snakk om «... *en virus infeksjon – gastroenteritt?*». Det ble senere også påvist norovirus.

Mor ga under innleggelsen uttrykk for at pasienten hadde blitt noe bedre siden innleggelsen i begynnelsen av februar, og at han hadde sin vanlige hvesende respirasjon. Det ble ved utskrivelsen XXXXXX beskrevet i legejournalen at pasienten hadde relativt bra almenntilstand og ga god kontakt. Det ble avtalt at foreldrene skulle ta ny kontakt med sykehuset ved forverring.

Foreldrene ga i samtalen med Statens helsetilsyn XXXXXX uttrykk for at de opplevde at barnet i denne perioden kun fikk helsehjelp knyttet til de ulike symptomene/infeksjonene som forelå ved hver enkelt konsultasjon. De mente at ingen helsepersonell, heller ikke barnelegene, så helheten og det samlede kliniske bildet. Ingen vurderte om symptomene kunne skyldes en forverring av barnets alvorlige grunntilstand, for eksempel økende hjerte- og/eller lungesvikt. Foreldrene opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om barnets tilstand og prognose, og at belastningen på dem som foreldre til et alvorlig kronisk sykt barn, ikke ble vektlagt når ulike oppfølgingstiltak ble vurdert.

Avtale om åpen innleggelse

Pasienten hadde avtale om «åpen innleggelse» ved barneavdelingen på Kristiansund sjukehus. Det innebar at foreldrene kunne komme direkte til barneavdelingen i Kristiansund med barnet ved behov. Da driftsomleggingen til femdøgnspost ble innført i Helse Møre og Romsdal HF, var det 18 barn som hadde avtale med barneavdelingen i Kristiansund om åpen innleggelse. Sebastian var en av disse. Det er opplyst fra fagavdelingen i Helse Møre og Romsdal HF at etter drøfting mellom avdelingslederne i Kristiansund og Ålesund, ble antall barn med åpeninnleggelse redusert til fem. Det er uklart for Statens helsetilsyn om Sebastian var en av disse fem. Ifølge opplysningene fra fagavdelingen, var det ikke laget noen skriftlig plan for behandling, oppfølging eller transport av den aktuelle pasienten. Foreldrene hadde imidlertid fått informasjon om åpen innleggelse fra helseforetaket, og AMK hadde registrert at pasienten hadde åpen innleggelse til barneavdelingen.

Pasientens foreldre ga uttrykk for at ordningen med åpen innleggelse fungerte godt på hverdagene når barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus var åpen. I praksis hadde pasientens foreldre jevnlig telefon- og SMS-kontakt med en av barnelegene ved Kristiansund sjukehus, også utenfor arbeidstid. De hadde en avtale om at de uansett kunne kontakte denne barnelegen dersom de ønsket det.

3.1.1. Forløp før og under første legevaktbesøk fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX – XXXXXX

Torsdag XXXXXX

Pasienten hadde de siste dagene vært utilpass med feber, oppkast, litt diaré og etter hvert økende respirasjonsbesvær. Pasientens mor tok derfor torsdag XXXXXX telefonisk kontakt med barnelegen fra Kristiansund sjukehus som kjente pasienten godt. Barnelegen anbefalte mor å ta med pasienten til barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus fredag formiddag for å få en vurdering av pasienten før avdelingen stengte for helgen. Barnelegen fortalte også mor at hun skulle ha legevakt på Kristiansund og omegn legevakt fredag XXXXXX fra kl. 22.00 til kl. 10.00 lørdag, og på søndag XXXXXX fra kl. 10.00 til kl. 22.00.

Fredag formiddag/kveld

Pasienten var bedre fredag formiddag, så mor avventet å ta kontakt med barneavdelingen. Samme kveld ble foreldrene imidlertid bekymret da pasienten i tillegg til oppkast og diaré, fikk høy feber, hoste, rykninger, rar pust og var fjern i blikket. De ringte derfor til barnelegen

kl. 21.45. Barnelegen varslet da AMK Møre og Romsdal som sendte ambulanse på gul respons, og pasienten ble sammen med sin mor kjørt raskt til legevakten.

Barnelegen, nå som legevaktlege (heretter legevaktlege 1), hadde i forkant av barnets ankomst snakket med anestesilegen ved Kristiansund sjukehus som hadde hjemmevakt. Legevaktlege 1 informerte om at hun kanskje behøvde hjelp senere. Anestesilegen var hjemme i beredskap med telefon. Han mener han ikke ble orientert om hvem pasienten var.

Legevaktlege 1 tok også kontakt med sykepleier/skopvakten på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus for å høre om pasienten kunne ligge der inntil helikopteret kom. Legevaktlege 1 fikk imidlertid informasjon fra sykepleieren om at det var fullt på seksjon for intensiv, og at til og med isolatet var opptatt. Legevaktlege 1 har i journalnotat fra natt til lørdag XXXXXX notert følgende ...*«I påvente av helikopter ringte jeg intensiv avdeling for å høre om gutten kunne ligge der inntil transporten kommer. Intensiven hadde ikke ENESTE rom ledig, ikke isolatet en gang»*.

Sykepleieren har opplyst til Statens helsetilsyn og i politiavhør at hun ikke oppfattet denne henvendelsen som noen reell forespørsel om det var mulig å få plass til en pasient på seksjon for intensiv. Hun oppfattet heller ikke at det var et kritisk sykt barn som trengte intensivbehandling, eller at barnelegen i dette tilfelle ringte i kraft av å være legevaktlege. Videre har hun forklart at det uansett ikke er sykepleierne som tar beslutninger om innleggelse ved seksjon for intensiv.

Anestesilegen ble ikke kontaktet igjen av legevaktlegen med spørsmål om innleggelse på seksjon for intensiv.

Undersøkelsen på legevakten

På legevakten ble pasienten undersøkt ca. kl. 22.00. Tilstanden ble oppfattet som mulig gastroenteritt. Blodprøver viste CRP på 9 mg/L og blodsukker på 6,2 mmol/L (normale verdier). Pasienten fikk 250 ml glukose med elektrolytter intravenøst. Det ble senere på natten tatt røntgenbilde av lungene som viste høyresidige fortetninger, men ingen tilkomne etter røntgenbilder tatt XXXXXX.

Legevaktlege 1 skrev følgende i journalen:... *«Vi tok også rtg thorax som viste bedring ift han pneumoni 2.2»*..., og har i samtalen med Statens helsetilsyn forklart at lungebildene ikke bekymret henne.

Pasienten hostet litt og pustet omtrent slik han pleide. Legevaktlege 1 oppfattet på dette tidspunktet ikke at pasienten hadde spesielt pustebesvær, men mente at han trengte innleggelse på barneavdeling for videre observasjon da situasjonen var uavklart. Pasienten måtte legges inn på barneavdelingen i Ålesund på grunn av helgestengt avdeling i Kristiansund.

Legevaktlege 1 tok kontakt med forvakten på barneavdelingen ved Ålesund sjukehus og meldte barnet til øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Hun opplyste til forvakten at pasienten ville bli overflyttet med luftambulansen.

Etter å ha undersøkt pasienten vurderte legevaktlege 1 at det ikke var behov for innleggelse på seksjon for intensiv fordi hun kunne observere pasienten selv i påvente av transport. Hun opplyste i samtale med Statens helsetilsyn at en anestesilege ikke hadde den samme oversikt

over situasjonen som henne, og at hun hadde mer kompetanse til å håndtere dette barnet enn en anestesilege som ikke kjente barnet.

Legevaktlege 1 har i sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten også presisert at da hun tok kontakt med seksjon for intensiv var det bare for å undersøke muligheten for at barnet kunne få plass der uten store omrokkinger. Hun oppfattet ikke pasientens tilstand som alvorlig, og presenterte derfor heller ikke sykehistorien for sykepleieren. Når hun ikke presset ytterligere på for å få barnet innlagt på seksjon for intensiv, var dette også betinget i at hun visste at pårørende hadde dårlig erfaring med opphold på seksjon for intensiv da han var innlagt i påvente av transport i XXXXXX. XXXXXX. Legevaktlege 1 vurderte derfor at det i den aktuelle situasjonen var bedre og tryggere for pasient og pårørende å bli på legevakten under hennes observasjon.

3.1.2 Første kontakt med AMK Møre og Romsdal fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX – XXXXXX

Rekvirering av ambulanse fra hjemmet til legevakten

Etter kontakt med legevaktlege 1 fredag kveld ca. kl. 21.45 sendte AMK en ambulanse på gul respons for å hente pasienten fra hjemmet til legevakten. I etterkant av dette oppdraget forberedte AMK for en mulig videre transport med ambulanse til Ålesund sjukehus. Det ble avklart at det i så fall ville være hensiktsmessig av hensyn både til den aktuelle transporten og til bevaring av akuttberedskapen i området, å bruke ambulansen som var stasjonert på Gjemnes.

Rekvirering av luftambulanse

En sykepleier fra Kristiansund og omegn legevakt kontaktet AMK Møre og Romsdal ca. kl. 23.00 for å rekvirere luftambulansetransport av pasienten til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus. Henvendelsen ble besvart av medisinsk operatør ved AMK Møre og Romsdal, som satte innringer i kontakt med vakthavende AMK-lege/luftambulanselege. AMK-operatøren informerte AMK-legen/luftambulanselegen om at pasientens navn var merket med en varseltrekant i AMIS (AMK-sentralens logg), der det stod at barnet var «*multisykt*», og hadde «*åpen innleggelse*» ved barneavdelingen. Han ble også informert om at barnet hadde ganespalte, var hjerteoperert og ikke skulle få narkose på annet sykehus enn Rikshospitalet. AMK satte etter dette AMK-legen/luftambulanselegen i telefonkonferanse med legevaktlege 1.

Av lydloggen fremgår det at legevaktlege 1 informerte AMK-legen/luftambulanselegen om pasienten og den aktuelle tilstanden. Hun opplyste følgende:

- Pasienten var stabil på det aktuelle tidspunktet, men hadde vært dårlig («*ekkel*») hjemme.
- Pasienten hadde de siste tre netter hatt høy feber.
- Sommeren før hadde pasienten kastet opp hjemme, aspirert til luftveiene, fått respirasjonsstans og blitt gjenopplivet av foreldrene før han ble fraktet til Ålesund sjukehus med helikopter.
- Mor var vant til å håndtere pasientens problemer og greide mye, men nå var hun redd for at han kom til å dø. Ifølge mor hadde pasienten samme dag pustet «*rart*», «*småstivnet*», blitt fjern i blikket og kastet opp.
- Han var blek og «*ekkel*» da han kom til legevakten, men kom seg etter å ha fått et væskestøt intravenøst.
- Han var bløt i magen og hadde tarmlyder.

- CRP og blodsukker var normale.
- Tilstanden var uklar, men legevaktlege 1 mistenkte at pasienten hadde gastroenteritt.
- Fra før hadde han bronkomalaci og var operert for koarktatio aortae og malrotasjon.
- Hjertet var «*under observasjon*», men det var ikke påvist hjertesvikt.
- Det var kjent at han var svært vanskelig å intubere og at narkose bare kunne gjøres på Rikshospitalet.
- Han ble ernært via PEG.

Legevaktlege 1 ga uttrykk for at pasienten var stabil i øyeblikket, men at han trengte innleggelse i barneavdeling, og at hun mente transporten måtte skje med helikopter. Mer enn tre timers transport med bilambulansse var uaktuelt på grunn av risiko for potensielt livstruende luftveisproblemer ved oppkast og aspirasjon. Pasientens mor mente også at pasienten ikke kunne transporteres i bilambulansse.

Etter å ha fått informasjonen og konferert med resten av besetningen, aksepterte AMK-legen/luftambulansselegen helikopteroppdraget kl. 23.08. Han satte hastegraden til gul.

AMK-legen/luftambulansselegen har opplyst i politiavhør og til Statens helsetilsyn at han mottok medisinsk informasjon fra legevaktlegen vedrørende pasienten, og at hans inntrykk var at legevaktlegen fremstod som «*veldig ryddig og kompetent*». Han har forklart at han ut fra legevaktlegens opplysninger om pasienten imidlertid ikke oppfattet situasjonen slik at behovet for helikoptertransport (i motsetning til bilambulanssetransport) medisinsk sett var tvingende nødvendig. Han valgte likevel å akseptere oppdraget.

I påvente av luftambulanssetransport ville legevaktlege 1 overvåke pasienten i et rom som Kristiansund og omegn legevakt disponerte i akuttmottaket på Kristiansund sjukehus. Hun bekreftet overfor AMK Møre og Romsdal at hun hadde kontroll på situasjonen, og at pasienten var stabil.

Samtidighetskonflikt – endret oppdrag

Like etter fikk AMK Møre og Romsdal en ny nødmelding om en annen hendelse. En bilambulansse var på stedet, og ba om luftambulansse på rød respons. Dermed ble luftambulansen omdirigert. AMK-legen/luftambulansselegen ga AMK Møre og Romsdal beskjed om å varsle Kristiansund og omegn legevakt om at luftambulansen var omdirigert, og at barnet måtte transporteres med bilambulansse. Han gjorde det samtidig klart at de ikke skulle vente på luftambulansse, fordi den kunne bli opptatt i flere timer hvis pasienten fra den andre hendelsen måtte transporteres til Trondheim.

AMK Møre og Romsdal spurte AMK-legen/luftambulansselegen om de da skulle undersøke om et annet helikopter kunne ta oppdraget, men han ga uttrykk for at bilambulansse var mest hensiktsmessig, blant annet på bakgrunn av tidligere erfaringer med at det var vanskelig å rekvirere helikopter fra andre regioner til denne typen oppdrag. Han ga også uttrykk for at Kristiansund og omegn legevakt måtte fremskaffe kvalifisert personell som kunne følge og overvåke pasienten under transporten.

Kl. 23.16 informerte AMK Møre og Romsdal legevaktlege 1 om samtidighetskonflikten. Bilambulanssetransport ble tilbudt, og legevaktlege 1 fikk beskjed av medisinsk operatør om at hun selv måtte skaffe kvalifisert helsepersonell til å følge pasienten. Legevaktlege 1 gjentok at bilambulansse var utelukket, og at hun ikke hadde mulighet til å skaffe kvalifisert personell til følgetjeneste fra Kristiansund. Hun spurte hvor lang tid det ville ta før luftambulansen var

ledig, og sa at siden barnet fortsatt var stabilt, ville hun beholde barnet under observasjon i legevaktmottaket på Kristiansund sjukehus inntil luftambulansetransport kunne skaffes. AMK Møre og Romsdal tilbød ikke noen andre helikopterressurser, da de ut fra det de så i kartsystemet, oppfattet at luftambulansene i Trondheim og Dombås var opptatt.

Kl. 23.53 meldte AMK-legen/luftambulanselegen tilbake til AMK Møre og Romsdal at den andre pasienten måtte til CT-undersøkelse ved Ålesund sjukehus for utredning og eventuell videre transport til Trondheim. Med tanke på det ventende oppdraget i Kristiansund, ba AMK Møre og Romsdal om å bli kontaktet når luftambulansen visste om det pågående oppdraget ble avsluttet i Ålesund, eller om de måtte videre til Trondheim. AMK-legen/luftambulanselegen gjentok da at oppdraget i Kristiansund måtte løses ved hjelp av bilambulanse, og samtalen ble avsluttet.

Diskusjon om alternative transportmuligheter

Rundt en time etter at de mottok første henvendelse, tok AMK Møre og Romsdal igjen kontakt med legevaktlege 1, og spurte henne om hun syntes de skulle rekvirere luftambulansetransport fra Trondheim.

Legevaktlege 1 sa at det var vanskelig for henne å bestemme hvilken luftambulanse som skulle brukes. Hun spurte om ambulansefly var en annen mulighet, men fikk beskjed om at hun da måtte sende en skriftlig bestilling. Dette ga hun uttrykk for at hun mente var urimelig, og ba om at bestillingen ble tatt imot per telefon. Hun ble deretter satt i telefonkonferanse med legen på ambulanseflyet. AMK var da «*i medlytt*». Etter at hun hadde lagt fram problemstillingen, sa legen på ambulanseflyet at aktivisering av ambulanseflyet ville ta flere timer, og at det ville kreve åpning av Kvernberget flyplass som var stengt for natten.

Legevaktlege 1 spurte da om det kanskje var enklere med luftambulanse fra Trondheim. På forespørsel fra ambulanseflylegen opplyste AMK Møre og Romsdal at luftambulansen som var stasjonert i Ålesund, befant seg i Ålesund, og at det ikke var avklart om de måtte videre til Trondheim. Luftambulansen som var stasjonert på Dombås var et alternativ. Konklusjonen ble at AMK Møre og Romsdal skulle sjekke om luftambulansen i Trondheim eller på Dombås kunne påta seg oppdraget.

Det viste seg at luftambulansen i Trondheim ikke kunne ta oppdrag på grunn av flytidsbestemmelser («*dutytid*»). AMK Møre og Romsdal tok derfor kl. 00.04 kontakt med AMK Oslo for å høre om luftambulansen på Dombås kunne ta oppdraget. AMK Oslo ville sjekke mulighetene og ta ny kontakt etterpå. I mellomtiden oppdaterte AMK Møre og Romsdal legevaktlege 1 om situasjonen, og varslet at luftambulanselegen på Dombås sannsynligvis ville ringe henne.

Avklaring om ledig kapasitet på Ålesund-helikopteret

Ca. kl. 00.20 tok AMK Oslo igjen kontakt med AMK Møre og Romsdal. AMK Oslo så at luftambulansen som var stasjonert i Ålesund sto i Ålesund, og fikk informasjon om at de ventet på en avklaring av om de måtte fly den andre pasienten videre til Trondheim.

Luftambulanselegen på Dombås hadde vært i kontakt med legevaktlege 1 ved Kristiansund og omegn legevakt, og hadde oppfattet at barnet på dette tidspunktet var stabilt, og at det ikke var tidskritisk å få til transporten akkurat da. Luftambulanselegen på Dombås mente derfor at det var mest hensiktsmessig å vente på en avklaring av situasjonen for luftambulansen i Ålesund, ettersom den muligens kunne bli ledig i løpet av relativt kort tid. Hvis luftambulansen fra

Dombås skulle ta oppdraget, ville beredskapen på indre del av Østlandet bli betydelig svekket. Luftambulansen på Dombås ønsket derfor å unngå en situasjon der helikopteret i Ålesund var ledig på basen, mens helikopteret fra Dombås var opptatt med transport av en pasient fra Kristiansund til Ålesund. Han bekreftet likevel at de kunne ta oppdraget dersom det var nødvendig, men at de avventet situasjonen for luftambulansen fra Ålesund. Han understreket at legevaktlegen måtte få tilbakemelding om beslutningen.

Ytterligere forsøk på avklaring i tidsrommet fra kl. 00.24 til kl. 00.36

AMK Møre og Romsdal oppdaterte deretter AMK-legen/luftambulansen og informerte om kontaktene med luftambulansen i Trondheim og Dombås. AMK-legen/luftambulansen gjentok at de var opptatt på ubestemt tid, og at bilambulansen måtte iverksettes. Han mente de heller fikk være behjelpelige dersom det oppstod problemer i bilambulansen underveis.

AMK Møre og Romsdal varslet da AMK Oslo om at Ålesund-helikopteret var opptatt på ubestemt tid, og at luftambulansen på Dombås måtte ta oppdraget. AMK Oslo aksepterte dette. AMK Møre og Romsdal ringte deretter legevaktlege 1 og varslet om at luftambulansen fra Dombås var på vei. Det ble litt diskusjon om barnet skulle flys til Ålesund eller Trondheim. Legevaktlege 1 sa at begge deler var greit, og at luftambulansen kunne avgjøre det ut fra hva som ga kortest transporttid.

Noen minutter seinere tok AMK Oslo kontakt og spurte igjen om luftambulansen i Ålesund, som fremdeles stod i Ålesund, skulle til Trondheim. Dette var imidlertid ennå ikke avklart. I samtalen mellom AMK-operatørene i Oslo og AMK Møre og Romsdal, ble det så bestemt å avvente enda en stund for å se om Ålesund-helikopteret ble ledig. De to operatørene avtalte ny kontakt i løpet av ca. 20 minutter. Det fremgår ikke av lydloggen at luftambulansen i Ålesund var involvert i denne utsettelsen.

Avlysning av oppdraget

Det fremgår av AMK sin egen oppsummering av AMK-loggene og av AMK-operatørens forklaring i ettertid, at AMK-legen/luftambulansen var innom AMK-sentralen ca. kl. 00.45. Han skal ha gjort det klart at det ikke var aktuelt for noen luftambulansetjeneste å ta oppdraget i Kristiansund, både fordi det ville forbruke mye «*dutytid*», og fordi han oppfattet at det ikke var kritisk nødvendig at oppdraget måtte gjennomføres med helikopter. Han gjentok imidlertid at bilambulansetransport måtte iverksettes. Denne samtalen ble ikke lydlogget.

AMK Møre og Romsdal tok deretter kontakt med legevaktlege 1 i Kristiansund, og opplyste om at luftambulansen på Dombås likevel ikke kunne ta oppdraget. Dette ble gjort uten at de hadde kontakt med luftambulansen på Dombås. AMK Møre og Romsdal tilbød igjen å iverksette en bilambulansetransport, men legevaktlege 1 avslo etter å ha konferert med mor. Deretter ble samtalen avsluttet, og AMK Møre og Romsdal ringte AMK Oslo og kansellerte oppdraget til luftambulansen på Dombås kl. 00.59. AMK-legen/luftambulansen tok ikke kontakt med legevaktlege 1 da oppdraget ble avlyst.

AMK-legen/luftambulansen har i politiavhør bekreftet at han var innom AMK-sentralen på dette tidspunktet. Han var usikker på om han skulle videre til Trondheim eller ikke, og oppdraget var slik sett ikke avsluttet. Han har i politiavhør opplyst at han var usikker på når han fikk informasjonen om at helikopteret fra Dombås var rekvirert, men at det var rart hvis det ikke var nevnt. Han bekreftet i politiavhør at han var en pådriver for transport med bilambulansen. Legevaktlege 1 hadde hele tiden sagt at pasienten var stabil, og at hun hadde

kontroll over situasjonen. Det var også referert til at pasienten var blitt bedre etter behandlingen han mottok på legevakten. AMK/luftambulansen mente derfor at tidsfaktoren ikke var avgjørende for valg av transportmetode.

Anestesiavdelingen ved Ålesund sjukehus hevder i sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten at AMK og AMK-legen/luftambulansen vurderinger ble vanskelig gjort av at legevaktlege 1 blandet sin rolle som legevaktlege og barnelege med særlig kjennskap til barnet. Det at legevaktlege 1/barnelegen tilsynelatende agerte på vegne av sykehuset samtidig som hun hadde legevakt, og at hun ikke la inn barnet på seksjon for intensiv i påvente av transport, mener de kan ha påvirket AMK-legens vurdering. Legevaktlege 1 presiserte hele tiden at pasientens tilstand var stabil, men at han trengte innleggelse og transport med helikopter.

Helse Møre og Romsdal HF har i ettertid opplyst at opplyst at luftambulansen i Ålesund var tilbake i Ålesund og ledig fra kl. 01.13. Pasienten oppholdt seg på legevakten i til sammen fem timer og var derfor på dette tidspunkt fremdeles på legevakten.

3.1.3 Videre forløp på legevakten natt til lørdag XXXXXX

Vurderinger gjort på legevakten

Legevaktlege 1 brukte mye tid på kontakten med AMK, i alt åtte samtaler over nesten to timer. Hun hadde samtidig ansvar for andre pasienter ved legevakten.

Etter at pasienten hadde fått væsketilførsel og ibumetin, oppfattet legevaktlege 1 og mor at pasientens tilstand var blitt litt bedre. Han ble etter hvert feberfri, ga kontakt og kastet ikke opp flere ganger. Tre timer etter at han kom til legevakten, ca. kl. 01.00, sovnet pasienten. Da AMK Møre og Romsdal ga beskjed om at det ikke var aktuelt å hente pasienten med luftambulans, vurderte legevaktlege 1 etter samtale med mor at det var bedre at mor tok pasienten med hjem, enn å sende ham til Ålesund sjukehus med bilambulans.

Legevaktlege 1 har i sin tilbakemelding til Statens helsetilsyn opplyst at hun opplevde pasientens situasjon som stabil, og at han ikke var alvorlig syk. Hun oppfattet AMK slik at hun måtte velge mellom bilambulans eller ingen transport i det hele tatt. Etter hennes vurdering var bilambulans ikke et forsvarlig alternativ på grunn av risikoen for aspirasjon og respirasjonsproblemer under den ca. 3,5 timer lange transporten som også inkluderte en fergetur. Hun skriver at det kun var anledning til å legge inn barn på seksjon for intensiv i påvente av transport. Da den transporten som ble tilbudt, etter hennes vurdering ikke var forsvarlig, oppstod et problem. Mor var imidlertid vant til å passe på barnet og hadde utstyr for overvåking av oksygenmetningen (pulsoksymeter) hjemme.

Legevaktlege 1 hadde stor tillit til pasientens mor som også tidligere hadde taklet situasjoner der barnet var dårlig. Hun skulle selv ha legevakttjeneste videre utover natten, og kunne kontaktes ved behov. Legevaktlege 1 vurderte at det var trygt at mor og pasienten reiste hjem, og hun oppfattet at mor aksepterte denne avgjørelsen da det var avklart at luftambulans til Ålesund sjukehus ikke var aktuelt.

Mor har i ettertid opplyst til Statens helsetilsyn at hun var svært sliten på dette tidspunktet da hun hadde sittet og vugget pasienten i fem timer. XXXXXX. Foreldrene reagerer på at legevaktlegen ikke kontaktet anestesilegen for å drøfte innleggelse på seksjon for intensiv, men i stedet kun forholdt seg til sykepleieren som hadde sagt at det var fullt.

Ved barneavdelingen ved Ålesund sjukehus ventet de i flere timer på pasienten. Forvakten ble til slutt kontaktet av legevaktlege 1 og informert om at de ikke fikk luftambulansetransport, og at mor hadde dratt hjem med pasienten.

3.1.4 Forløp lørdag formiddag XXXXXX og frem til andre legevaktkonsultasjon natt til søndag XXXXXX

Barnelegen (som hadde vært legevaktlege 1 natten før) ble bekymret da hun lørdag formiddag XXXXXX så på Facebook-gruppen «*Vi som vil ha barneavdeling i Kristiansund*», om at et barn var blitt sendt hjem natt til lørdag selv om han var dårlig. Barnelegen som da hadde fri, tok SMS-kontakt med mor og fikk beskjed om at pasienten var i bedre form enn kvelden før. Ved 19-tiden samme kveld ble pasienten igjen tungpusten, utilpass og urolig. Mor hadde SMS- og telefonkontakt med barnelegen flere ganger utover kvelden.

Kl. 00.30 var det igjen telefonkontakt mellom barnelegen og mor. Barnelegen likte ikke barnegråten som hun hørte på telefonen, og foreslo at pasienten skulle tilses av legevaktlege på Kristiansund og omegn legevakt (legevaktlege 2). Barnelegen opplyste til Statens helsetilsyn at hun tolket barnets gråt som uttrykk for smerter, og at hun fikk assosiasjon til et annet barn hun hadde behandlet med hypoplastisk venstre hjerte syndrom. XXXXXX. I samråd med Rikshospitalet ble det den gang gitt stikkpiller med paracetamol med kodein fordi det var det eneste som hjalp på smertene. Barnelegen ordinerte derfor også i dette tilfellet paracetamol med kodein, og ba mor gå innom akuttmottaket i Kristiansund sjukehus og hente legemidlene i forbindelse med legevaktkonsultasjonen. Legemidlene var hentet fra medisinskapet i barneavdelingen og var ifølge foretaket kun ment til bruk for inneliggende barn.

Barnelegen kontaktet deretter legevaktlege 2 kl. 00.35 natt til søndag, og meldte fra om at pasienten kom. I sin redegjørelse til Statens helsetilsyn opplyste legevaktlege 2 at hun ble kontaktet av barnelegen som orienterte henne om sykehistorien, inkludert legevaktkonsultasjonen kvelden før. Legevaktlege 2 opplyste videre at hun fikk informasjon om at barnelegen ikke hadde lyktes i å få pasienten innlagt. Barnelegen hadde gitt uttrykk for at hun var bekymret, og hadde vært helt klar på at denne pasienten ikke kunne transporteres til Ålesund i bilambulanse på grunn av muligheten for alvorlige respirasjonsproblemer. Barnelegen på sin side opplyste i samtale med Statens helsetilsyn at hun hadde foreslått for legevaktlege 2 å konferere med Rikshospitalet med tanke på om pasientens tilstand kunne ha sammenheng med hjerteproblemene.

3.1.5 Andre legevaktkonsultasjon hos legevaktlege 2 natt til søndag XXXXXX

Undersøkelsen på legevakten

Legevaktlege 2 var en erfaren spesialist i allmenntilleggsmedisin, men kjente ikke pasienten fra før. Ved undersøkelsen på legevakten kl. 01.03 var pasienten blek, slapp, surklete og hadde besværet respirasjon, men hadde sluttet å gråte. Oksygenmetningen var 95 %, respirasjon 48/min, puls 155/min og barnet hadde ikke feber. CRP var normal. Han hadde normal, våt bleie. Det er bemerket i journalen at pasienten hadde vært sutrete fra kl. 19.00 og at han var surklete i pusten, noe som ifølge mor var ganske vanlig. Pasienten hadde også hatt jevn diaré siste tre-fire uker og dels oppkast. Han hadde ikke kastet opp siden dagen før, men kastet opp på nytt under konsultasjonen og ble «*da ekstra tett og forkommen i respirasjonen*». Legevaktlege 2 har opplyst til Statens helsetilsyn at hun syntes pasienten var vanskelig å vurdere. Hun hadde derfor vanskelig for å konkretisere hvorfor hun mente barnet burde innlegges, men hun oppfattet barnet som uspesifikt «*dårlig*». Hun har også opplyst i

politiavhør at pasienten ville ha blitt innlagt på Kristiansund sjukehus dersom barneavdelingen hadde vært åpen.

Til tross for ovenstående beskrivelse, har legevaktlegen i ettertid uttalt at hun ved undersøkelsen ikke fant kliniske tegn på at pasienten var kritisk syk, men at det var en vanskelig vurdering. Hun søkte derfor råd hos forvakten på barneavdelingen ved Ålesund sjukehus.

Kontakt mellom legevaktlege 2 og forvakt i barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus

Legevaktlege 2 kontaktet barneavdelingen ved Ålesund sjukehus ca. kl. 01.30. Forvakten ved Ålesund sjukehus (LIS XXXXXX) var den samme legen som hadde snakket med legevaktlege 1 natten før, og ga ifølge legevaktlege 2 uttrykk for at kan kjente pasienten fra tidligere. Han hadde lest pasientjournalen, men ikke sett røntgenbildet av lungene.

Legevaktlege 2 har opplyst at forvakten ga uttrykk at pasienten kunne tas imot på barneavdelingen dersom legevaktlege 2 mente det var indikasjon for innleggelse, men at han ut fra de objektive funnene som ble referert til ikke så grunn til det. Forvakten sa også at det ut fra hans vurdering ikke var nødvendig med luftambulansetransport dersom barnet skulle innlegges. Etter denne samtalen var det legevaktlegens oppfatning at innleggelse kunne skje i Ålesund, men at annen transport enn ambulanse var uaktuelt. Legevaktlege 2 journalførte: «*Konf. med barnelege Ålesund- får komme dit, men lite aktuelt med helikoptertransport*».

Forvakten på sin side har opplyst til Statens helsetilsyn og i politiavhør at legevaktlege 2 ga få konkrete opplysninger om pasientens tilstand. Han oppfattet at legevaktlege 2 syntes det var vanskelig å vurdere pasienten, og prøvde derfor å strukturere informasjonsinnhentingene ved å gjennomgå pasientens symptomer systematisk sammen med legevaktlegen. Forvakten forklarte at han ut fra den beskrivelsen han fikk om pasienten, og sett i lys av at pasienten kvelden før var blitt sendt hjem, ikke så grunn til at pasienten skulle legges inn nå. Han presiserte imidlertid at det var legevaktlegen som så pasienten, og som derfor måtte ta den endelige avgjørelsen. Han journalførte følgende: «*...LV lege er usikker om XXXXXX skal legges inn, lurer på mulighet for helikopter. Bekymret for lang reisevei med bilambulanse. Jeg sier det er hun som ser barnet som må vurdere om det skal legges inn eller ikke, og da utifra en medisinsk vurdering og ikke logistikk/reisevei etc. Objektive funn er ikke alarmerende etter min vurdering, men hun ser barnet og må ta beslutningen. Dersom hun vil legge inn barnet må det meldes AMK og de organiserer transport....*». Forvakten var opptatt av at innleggelse måtte vurderes ut fra medisinske kriterier, og at legevaktlege 2 ikke først og fremst måtte være opptatt av transportmåte. Han ga likevel uttrykk for at han mente bilambulanse med følge av kompetent helsepersonell måtte være den mest hensiktsmessige transportformen.

Både mor og legevaktlege 2 har opplyst at de oppfattet at det ble lagt «*føringer*» fra forvakten om at luftambulansetransport ikke var aktuelt, og mor skal under den pågående samtalen med forvakten ha spurt legevaktlege 2 om hvem som skulle ta ansvar for pasienten dersom tilstanden forverret seg i løpet av natten. Forvakten har ikke gitt opplysninger som bekrefter at han overhørte eller fikk med seg denne bekymringen fra mor, men han hørte mors stemme i bakgrunnen og oppfattet at hun var opptatt av helikoptertransport av barnet.

Etter at samtalen var over, og forvakten hadde skrevet journalnotatet, avvartet han situasjonen. Han hørte ikke noe mer fra legevakten i Kristiansund denne natten. Kl. 09.00

orienterte han påtroppende leger om den siste henvendelsen han hadde fått fra legevakten i Kristiansund.

Mor har opplyst i politiavhør at telefonen ikke sto på høyttalerfunksjon, og at hun derfor ikke hørte så mye av samtalen mellom legevaktlege 2 og forvakten i Ålesund. Hun oppfattet det imidlertid slik at forvakten i Ålesund mente det ikke var grunnlag for innleggelse av pasienten. Hun oppfattet også at forvakten mente bilambulansetransport var tilstrekkelig dersom pasienten likevel skulle innlegges. Mor forklarte også at hun ikke likte situasjonen fordi legevaktlege 2 ikke kjente pasienten og virket usikker.

Fredag den XXXXXX ved tretiden sendte ledelsen i barneavdelingen i Ålesund ut en e-post der det ble det presisert at vakthavende leger skulle ha lav terskel for å ta imot innleggelser av barn fra Kristiansund. Forvakten i Ålesund hadde ennå ikke lest denne e-posten da henvendelsen om den aktuelle pasienten kom. Han har imidlertid forklart til Statens helsetilsyn at holdningen hos barnelegene ved Ålesund sjukehus var at de skulle ta imot barn når legevaktlegene mente at innleggelse var riktig. Siden han selv ikke var spesialist i barnesykdommer, mente han at hans terskel for å ta imot barn ved spørsmål om innleggelse måtte være enda lavere.

Beslutning om å sende pasienten hjem

Legevaktlege 2 mente at pasienten ikke kunne sendes med bilambulanse, men oppfattet at det var uaktuelt med luftambulanse. Legevaktlege 2 tok ikke kontakt med AMK Møre og Romsdal for å høre om det var mulig å få luftambulansetransport.

Legevaktlege 2 har forklart at hun syntes det var vanskelig å få tak i om mor oppfattet pusten til barnet dårligere enn til vanlig. Overfor Statens helsetilsyn ga mor uttrykk for at hun var alvorlig bekymret for barnet. Hun oppfattet legenes vurdering som at pasienten *kunne* innlegges på barneavdelingen i Ålesund, men at luftambulansetransport ikke var aktuelt. Bilambulanse var dermed det eneste alternativet hun ble tilbudt. Mor syntes dette var vanskelig. Hun mente det var utrygt og belastende for barnet å reise 3,5 timer med bilambulanse, inkludert fergetur, og så ingen annen utvei enn å ta barnet med hjem.

Legevaktlege 2 vurderte ikke å legge inn pasienten ved seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus. Hun har opplyst til Statens helsetilsyn i ettertid at hun høsten 2014 mottok en e-post fra barneavdelingen om at anestesilege kunne tilkalles for å stabilisere barn og forberede transport. Det hadde imidlertid ikke vært implementert noen rutiner i legevakten, som gjør at syke barn kunne innlegges på seksjon for intensiv. Siden hun ikke oppfattet pasienten som kritisk syk, var konsekvensen at det var uaktuelt å tilkalle anestesilege for å forberede pasienten til transport.

Det ble ikke gjort noen ytterligere diagnostikk eller behandling under oppholdet ved legevakten. Det er journalført av legevaktslegen: «*Velger å avvente med tiltak allerede igangsatt av dr. XXXXXX. Smertestillende paracetamol + kodein- 3/4 tbl kl. 03. om ikke barnet har falt til ro. Hyppigere saltvannsinhalasjoner og økt dose Flutide?*».

Mor og pasienten ble sendt hjem med pulsoksymeter for måling av oksygenmetningen. Mor hentet de ordinerte legemidlene (paracetamol med kodein) på akuttmottaket, slik hun hadde avtalt med legevaktlege 1. Pasienten fikk imidlertid ikke legemidlene da han etter hvert sovnet.

Legevaktlege 2 har i politiavhør opplyst at hun i ettertid har tenkt på at hun vurderte luftambulansetransport natten før. Da forvakten i Ålesund heller ikke anså dette som nødvendig, tenkte hun at det ikke forelå noe støtte for å få luftambulansetransport til å transportere pasienten. Hun har også opplyst at pasienten ville ha blitt innlagt på Kristiansund sjukehus dersom barne- og ungdomsavdelinga hadde vært åpen.

3.1.6 Tredje legevaktkonsultasjon søndag XXXXXX

Legevaktlege 1 hadde legevakt igjen fra kl. 10.00 til kl. 22.00. Hun var bekymret for pasienten og sendte en SMS til mor kl. 09.42, men hun fikk ikke svar. Legevaktlege 1 kontaktet derfor igjen mor med en ny SMS kl. 11.03, og hun fikk svar fra mor kl. 11.22 der det fremgikk at pasienten var blek og sliten, og at han hadde kastet opp om morgenen.

Legevaktlege 1 sendte da en drosje som fraktet mor og pasienten til legevakten. Legevaktlege 1 rettet samtidig en forespørsel til AMK Møre og Romsdal kl. 12.32 om mulighetene for å få luftambulansetransport til overflytting av et sykt barn. AMK Møre og Romsdal, som nettopp hadde måttet avvise et annet oppdrag på grunn av værforholdene i Ålesund, sa at det sannsynligvis var umulig på det daværende tidspunktet. AMK Møre og Romsdal så varseltrekanten i AMIS og at barnet hadde «åpen retur» til barneavdelingen, og satte legevaktlege 1 i konferanse med AMK-legen/luftambulanseselegen. De to legene var de samme som hadde hatt vakt natt til lørdag.

Ulike alternative transportmåter ble diskutert. De ble enige om at legevaktlege 1, som ennå ikke hadde sett barnet, skulle vurdere tilstanden før endelig avgjørelse om innleggelse og transport.

Før pasienten ankom legevakten informerte legevaktlege 1 sykepleierne på seksjon for intensiv, og hun forsikret seg om at pasienten kunne få plass der i påvente av transport videre, dersom dette var nødvendig.

Pasienten kom til legevakten sammen med mor ca. kl. 12.30. Far kom litt senere. Pasienten ble tatt imot av legevaktlege 1 og to sykepleiere. Han virket sliten og var blek, sutret og hadde hatt lite urinproduksjon. Han var surklete i pusten med forlenget ekspirium og respirasjonsfrekvensen var 50/min. Puls ble målt til 140/min, perifer oksygenmetning 95 % og blodtrykket var 110/70 mmHg. Kapillærfyllingstiden var forlenget (3 sekunder sentralt). Tilstanden ble oppfattet å være betydelig forverret siden fredag 20. februar da legevaktlege 1 sist så pasienten.

Pasienten falt kort tid etter i oksygenmetning til 60-70 %. Han fikk oksygentilførsel og inhalasjon med racemisk adrenalin. Det ble også lagt inn perifer venekanyler og gitt intravenøs væske. Venøs blodgass viste pH 7,23, pCO₂ 10,5kPa og laktat 3,1mmol/L (respiratorisk acidose med forhøyet laktat). Behandlingen med racemisk adrenalin hadde noe effekt på respirasjonsproblemer, men pasienten var fortsatt oksygenkrevende.

3.1.7 Andre kontakt med AMK Møre og Romsdal søndag XXXXXX

Legevaktlege 1 ringte igjen til AMK Møre og Romsdal kl. 13.17, og bestilte luftambulansetransport til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus. AMK Møre og Romsdal ga beskjed om at luftambulansen ikke kunne komme på grunn av dårlig flyvær, men ville gi beskjed så snart de visste noe mer om vær-situasjonen.

Legevaktlege 1 besluttet da å legge inn barnet på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus i påvente av luftambulansetransport.

Luftambulansen i Ålesund bekreftet at de ikke kunne ta oppdraget på grunn av værforholdene. På dette tidspunktet ble det gjort forsøk på å avklare om et ambulansefly som var i området kunne ta transporten. Dette flyet var på det tidspunktet opptatt med kuvøsetransport. Det er uklart om dette flyet faktisk ble forespurt, men AMK-legen/luftambulanselegen og AMK Møre og Romsdal konkluderte med at det ikke var mulighet for rask respons verken med ambulansefly eller luftambulanse fra Ålesund. Andre muligheter ble ikke vurdert på dette tidspunktet.

En sykepleier på legevakten spurte legevaktlege 1 om hvorfor ikke redningshelikopter var blitt vurdert. Siden legevaktlege 1 heller ikke hadde tenkt på dette tidligere, kontaktet legevaktlege 1 AMK Møre og Romsdal på nytt kl. 13.35 med spørsmål om de kunne sende redningshelikopter i stedet.

AMK Møre og Romsdal drøftet forslaget med AMK-legen/luftambulanselegen, som var enig i at dette var et alternativ. AMK Møre og Romsdal kontaktet deretter AMK Sør-Trøndelag for å rekvirere redningshelikopteret. Redningshelikopteret (Sea King-helikopteret), Ørland ble varslet kl. 13.49, og AMK Møre og Romsdal fikk kl. 13.55 beskjed om at de tok oppdraget.

På dette tidspunktet opphørte forbindelsen mellom redningshelikopteret og AMK Møre og Romsdal. Det var AMK Sør-Trøndelag som holdt kontakt med redningshelikopteret under håndteringen av oppdraget. AMK Møre og Romsdal fikk ingen nærmere informasjon om det videre forløpet, men hadde telefonisk kontakt med AMK-legen/luftambulanselegen og forvakt i Ålesund, som ventet på pasienten. I tillegg fikk de informasjon fra luftambulansen i Trondheim om at de var blitt bedt om å fly en barneanestesiolog til Kristiansund sjukehus. I den forbindelse fikk AMK Møre og Romsdal etter hvert vite at barnet hadde fått akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans, og at resuscitering pågikk. AMK Møre og Romsdal snakket deretter med barnelegen ved Ålesund sjukehus, og forsikret seg også om at barnelegen ved St. Olavs hospital var informert.

3.1.8 Oppholdet på seksjon for intensiv og videre involvering av redningshelikopter med anestesilege (Sea King) søndag XXXXXX

Oppholdet på seksjon for intensiv

Bakvakt ved legevakten ble tilkalt, slik at legevaktlege 1 kunne følge opp pasienten.

Kl. 13.30 ble pasienten flyttet til seksjon for intensiv der legevaktlege 1 ville overvåke og behandle ham sammen med vakthavende anestesilege og de øvrige helsepersonell ved seksjonen, i påvente av luftambulansetransport. Intravenøs væsketilførsel og oksygentilførsel ble kontinuert. Inhalasjoner av racemisk adrenalin ble forordnet hver time.

Under inhalasjonsbehandlingen falt pasienten i oksygenmetning, men kom seg raskt før han ifølge legevaktlege 1 fikk en kortvarig respirasjonsstans ca. kl. 14.00. Anestesilegen ventilerte pasienten på bag («*bagget ham*»), og han kom seg i løpet av et minuttstid. Anestesilegen kunne ikke bekrefte at pasienten hadde respirasjonsstans, men bekreftet at han hadde bagget ham, og mente at pasienten var lett å ventilere på maske. I løpet av denne tiden fikk pasienten 0,1 mg adrenalin subkutant og 50 mg hydrokortison (Solu-Cortef) intravenøst. Han fikk deretter pustestøtte med Neopuff som kan brukes som CPAP (continuous positive airway pressure) med mulighet for ekstra inspirasjonsstøtte med for eksempel 20 cm H₂O over PEEP.

Pasienten var blek, kald perifert og besværet i pusten, og trengte 100 % oksygen for å holde metningen. Han virket stiv og litt fjern, og på mistanke om at det kunne være «*noe epileptisk*» fikk han 0,5 mg midazolam intravenøst.

Varsling av redningshelikopteret

Redningshelikopteret iverksatte oppdraget kl. 14.05. Vakthavende anestesilege (heretter helikopterlegen) hadde da fått informasjon om tidligere sykehistorie, og at barnet hadde vært sykt i tre-fire dager med gastroenteritt. Han var blitt tiltagende dårlig siste døgn, og var blek og utslitt med perifer oksygenmetning 60 % etter å ha fått inhalasjoner og væskestøt. Det ble gitt tilleggsinformasjon om at han var svært vanskelig å intubere.

Opplysningene indikerte at barnet var svært dårlig. Helikopterlegen vurderte å ta med flere ressurser, for eksempel barneanestesilege fra St. Olavs hospital, men beregnet at dette ville føre til minst en times forsinkelse før redningshelikopteret ville ankomme Kristiansund sjukehus. Han vurderte situasjonen som så akutt at dette ikke var forsvarlig.

Under flyvingen var det dårlig vær og tilløp til ising på redningshelikopteret. Kl. 14.55 var de framme ved Kristiansund sjukehus, og anestesilegen og redningsmannen gikk direkte til intensiv.

Klargjøring før transport

Akuttsekk, Propaq overvåkingsenhet og medikamentveske, ble tatt med fra redningshelikopteret. Begge foreldrene var til stede da helikoptermannskapet ankom. Pasienten var slapp, blek og kald og ga lite kontakt. Kapillærfyllingen var forsinket (3-4 sekunder). Respirasjonsfrekvensen var ca. 30/min, og respirasjonen var surklete med inndragninger og inspiratorisk stridor. Det var svake auskultasjonslyder over venstre lunge, lite på høyre side, og vanskelig å se om brystkassen hevet seg ved inspirasjon. Bleiene hadde vært tørre siden natten før.

Helikopterlegen oppfattet at barnet var svært dårlig. Overflytting ble vurdert som nødvendig på vital indikasjon. Han opplyste at han vanligvis ville ha intubert et så dårlig barn før helikoptertransport, men legevaktlege 1, anestesilegen og helikopterlegen vurderte sammen, på bakgrunn av tidligere sykehistorie og kjente intubasjonsvansker, at intubasjon uten særskilt kompetanse og utstyr var svært risikabelt. De besluttet derfor at de ikke skulle forsøke å intubere pasienten før helikoptertransporten. Anestesilegen kunne opplyse om at pasienten var lett å ventilere. Konklusjonen ble derfor at de hadde så god kontroll på luftveiene som mulig i denne situasjonen, og at de ville gjøre et forsøk på å transportere barnet til St. Olavs hospital med CPAP med Neopuff. Maske/bag, barnelaryngoskop og tuber nr. 3 og 4 med mandreng ble gjort klart før de forlot seksjon for intensiv.

Barnet ble så flyttet over på helikopterbåren og koplet til Propaq-overvåkingsapparat. Det lot seg ikke gjøre å monitorere perifer oksygenmetning på overvåkingsapparatet med barnesensoren. De fikk derfor låne en transportabel oksygenmetningsmåler fra sykehuset.

Det fremgår av journalen at pasienten ble mer ustabil etter at han ble flyttet over på båren, og at han fikk et fall i perifer oksygenmetning ned mot 75 %. Han responderte imidlertid godt på noen ventilasjoner med Neopuff, og fikk igjen metning på 100 %. Samtidig falt blodtrykket ned mot 60 mmHg systolisk og pulsen til 90/min. Han fikk derfor også en væskebolus og 0,1 mg adrenalin subkutant. Pulsen steg igjen til 100/minutt og systolisk blodtrykk til 90 mmHg.

Helikopterlegen opplyser at han informerte foreldrene om at situasjonen var svært alvorlig, og at han ikke var sikker på at de vil klare å få pasienten fram til Trondheim i live. Han så imidlertid ingen annen løsning enn å forsøke, og håpet at dette var det lille tidsvinduet de hadde, i en kritisk situasjon.

Oppholdet i redningshelikopteret

Kl. 15.35 forlot pasienten, foreldrene og helikopterlegen seksjon for intensiv. Ute på helikopterpaden fikk pasienten et nytt metningsfall til ca. 80 %, men kom seg igjen etter noen ventilasjoner med Neopuff. Redningshelikoptret, som hele tiden hadde stått med rotoren i gang på grunn av fare for ising, tok av kl. 15.52. Umiddelbart etter at de tok av ristet det ganske mye i redningshelikopteret, noe som er normalt. Dette gjorde at monitoravledningene ble forstyrret. Da ristingen ga seg, ca. 90 sekunder senere, viste transportmonitoren fra sykehuset verken oksygenmetning eller puls. Pulsen registrert på Propaq-apparatet, falt fra 90/min til 60/min.

Helikopterlegen mente at pasienten sannsynligvis var i ferd med å få akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans, og ga beskjed om at redningshelikopteret straks måtte returnere til Kristiansund sjukehus. Under landing pustet pasienten så dårlig at helikopterlegen startet ventilasjon med Neopuff. Pasienten hadde fortsatt hjerteaksjon på skopet, men pulsen var langsam.

Redningshelikopteret landet igjen kl. 15.56, og pasienten ble raskt lastet ut. De ble møtt av legevaktlege 1 i døren inn til sykehuset. Straks etter kom også anestesilegen fra Kristiansund sjukehus. Begge hadde hørt at redningshelikopteret returnerte.

Resuscitering

Legevaktlege 1 mente hun kjente palpabel lyskepuls da hun møtte pasienten i døren, men denne forsvant etter kort tid, og hjerte-lunge-redning (HLR) ble startet under transporten tilbake til seksjon for intensiv. Det ble gitt adrenalin intravenøst og gjort to mislykkede intubasjonsforsøk, først av helikopterlegen og senere også av vakthavende anestesilege. Ved laryngoskopi kunne de ikke se kjente strukturer. Larynksmasker i barnestørrelser ble også forsøkt uten at det fungerte. Det var etter hvert vanskelig å se om thorax hevet seg ved ventilasjon.

De fortsatte med hjertekompresjoner og innblåsing (5:2 på grunn av sannsynlig hypoksi-utløst stans), og ga 0,1 mg adrenalin intravenøst hvert tredje minutt. Pasienten fikk en kort periode hørbare hjertetoner, hjerterefrekvens på ca. 60/min på skopet og perifer oksygenmetning på 80 %, men etter hvert oppstod igjen asystoli (manglende puls), og HLR fortsatte.

Under resusciteringen ble også seksjonsoverlegen på anesthesiavdelingen tilkalt. Han bodde like ved sykehuset, men hadde ikke vakt. Etter litt diskusjon ble legene enige om å gjøre et forsøk på å etablere en kirurgisk luftvei, noe som den tilkalt seksjonsoverlegen gjorde. Han fikk på plass en 3,0 tube, og legene mente å høre respirasjonslyder på venstre side, men ingen respirasjonslyd på høyre side. Det ble også forsøkt å aspirere eventuell luft fra ventrikkelen gjennom gastrostomien, og far medvirket til dette.

Avslutning av behandling

Det ble konferert med barneanestesiolog fra St. Olavs hospital ca. kl. 16.45. Han mente at han ikke kunne tilføre noe i den situasjonen som var. Legene ble enige om at HLR som på dette tidspunktet hadde pågått i ca. 45 minutter uten effekt, burde avsluttes.

Det ble tatt en venøs blodgass som viste pH 6,4 og pCO₂ ca. 30 kPa. Legevaktlege 1 og de tre tilstedeværende anestesilegene besluttet da å avslutte behandlingen kl. 16.55, og pasienten ble erklært død.

Mor og far var til stede under hele behandlingsperioden, inkludert resusciteringen og avslutning av behandlingen. Etter avsluttet behandling ble politiet og Statens helsetilsyn varslet om hendelsen. Politiet besluttet at det skulle foretas en rettsmedisinsk likundersøkelse.

3.1.9 Rettsmedisinsk obduksjon og rapport fra rettsoppnevnt sakkyndig

Det fremgår av den endelige rapporten etter rettsmedisinsk likundersøkelse datert 23. juli 2015 fra St. Olavs hospital at dødsårsaken sannsynligvis var flerorgansvikt på grunn av infeksjon med adenovirus og norovirus. Utvikling av bronkittlungebetennelse førte til dårlig oksygenering og til slutt sirkulasjonsstans hos et allerede svekket barn med dårlig hjerte- og lungefunksjon.

XXXXXX

3.1.10 Sakkyndigerklæringer

Nordmøre tingsrett har to ganger oppnevnt egen sakkyndig spesialist i barnesykdommer i straffesaken mot Helse Møre og Romsdal HF. Den rettsmedisinske kommisjon fant det nødvendig å få utarbeidet en ny sakkyndig rapport som skulle besvare oppdragsgivers mandat tydeligere og mer konkret. Rapporten fra den første sakkyndige spesialisten vil derfor ikke bli omtalt nærmere i denne rapporten.

3.2 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn hadde ved det stedlige tilsynet i Kristiansund et eget møte med pasientens foreldre. Foreldrene var særlig opptatt av følgende hovedpunkter:

- generelt om oppfølgingen pasienten fikk på legevakten og av Helse Møre og Romsdal HF i løpet av tidsrommet fra XXXXXX. til XXXXXX
- behandlingen og oppfølgingen av pasienten på intensivavdelingen og i forbindelse med transport med redningshelikopter (Sea-King)
- om redningshelikopteret hadde tilstrekkelig teknisk utstyr
- oppfølgingen av pasientens hjerte etter hjerteoperasjonen på OUS, Rikshospitalet i XXXXXX
- hvilke forberedelser og kompensierende tiltak som ble gjort i forkant av helgestengning av barne- og ungdomsavdelinga ved Kristiansund sjukehus

Pasientens mor fortalte til Statens helsetilsyn at hun hadde håndtert mye av oppfølgingen av ham hjemme, også i perioder da han var mye dårlig. Hun ga imidlertid klart uttrykk for at hun overfor legene sa hva hun så og tenkte, og beskrev hvordan pasienten hadde det. I samtalen la hun vekt på at det var legene som måtte vurdere tilstanden til pasienten, og hvilke tiltak som skulle iverksettes. Hun presiserte at hun oppsøkte lege nettopp fordi hun mente det var behov for en medisinsk faglig vurdering. I ettertid stiller hun spørsmål ved om det var forsvarlig å sende pasienten hjem både fredag XXXXXX. og lørdag XXXXXX, og dermed legge ansvar for overvåking og oppfølging på de pårørende i en situasjon der de hadde bedt om hjelp.

Legevaktslege 1 hadde funnet indikasjon for innleggelse (fredag) og transport av pasienten i bilambulansse ble ansett å innebære for stor risiko. Mor opplevde det belastende å bli involvert i diskusjonen om transportform, og gjentatte ganger måtte argumentere mot bruk av bilambulansse.

Foreldrene opplyser at de ikke var klar over hvor alvorlig situasjonen var da pasienten ble hentet med Sea-King helikopteret, og at de ikke kjenner seg igjen i helikopterlegens utsagn om at han hadde informert dem om at situasjonen var kritisk, og at det ikke var sikkert barnet ville overleve transporten. Foreldrene gir uttrykk for at de ikke skjønnte hvor alvorlig situasjonen var.

Pasientens far har i flere samtaler med Statens helsetilsyn og i politiavhør stilt spørsmål knyttet til sine opplevelse under HLR søndag XXXXXX. Far har i ettertid gitt uttrykk for at det var belastende å være til stede, og at han særlig reagerte på situasjonen der han medvirket til å tømme magesekken for luft. Han stilte også spørsmål om hvorfor *«overvåkingsutstyret i redningshelikopteret ikke fungerte»*.

Far har i politiavhør gitt uttrykk for at han synes det tok lang tid før det ble startet HLR, og at den var hardhendt utført. Han har videre gitt uttrykk for at han syntes det var *«uryddig»* at legevaktlege 1 var til stede under siste del av behandlingen, og at legene diskuterte seg imellom hvem som hadde ansvaret for pasienten. Han opplevde at legevaktlege 1 løp frem og tilbake mellom legevakten og intensivavdelingen, og at hun var følelsesmessig berørt av situasjonen. Han viser til at hun vekslet mellom å trøste foreldrene og å delta i gjenopplivningen av barnet. I ettertid har far også opplyst til Statens helsetilsyn at situasjonen for ham virket kaotisk. Han har tenkt mye på hvem som hadde det egentlige ansvaret for pasienten under oppholdet på seksjon for intensiv.

Foreldrene gir også i ettertid uttrykk for at de er kritiske til at det ikke var utarbeidet planer for hvordan en plutselig forverring i pasientens tilstand som for eksempel pustestans eller ufrie luftveier, skulle håndteres når dette var en kjent utfordring i forhold til barnets tilstand. Like etter hendelsen uttrykte de at de var takknemlige for barnelegens engasjement for pasienten, men ved nærmere ettertanke senere mener de at pasientens barnelege ikke i tilstrekkelig grad involverte andre behandlere i oppfølgingen av pasienten, og at hun fungerte som en *«flaskehals»* når det gjaldt å få til et tverrfaglig samarbeid rundt pasienten. Etter at ansvaret ble overført til barnelegen følte foreldrene at deres bekymring rundt pasientens hjertesitasjonen og flere virusinfeksjoner ikke ble tatt på alvor.

Foreldrene gir også uttrykk for at de ikke har følt seg ivaretatt av foretaket etter hendelsen. De har fått tilbud om å komme til avdelingen og snakke med de involverte, men sier at de ikke har ønsket det fordi de *«har følt det som rart og ubekvemt all den tid de var kjent med politiets etterforskning av situasjonen»*.

I møte mellom pårørende, pårørendes advokat og Statens helsetilsyn XXXXXX gjentok pårørende sine synspunkter i saken. De informerte om at de hadde fått råd fra sin tidligere advokat om å holde tilbake vurderinger som kunne sette barnelegen og oppfølgingen barnet hadde fått fra Kristiansund sjukehus i et negativt lys. Pårørende erkjente at de oppfattet barnelegens oppfølging annerledes i ettertid, og at de i økende grad opplevde at barnelegen hadde brukt barnet og hans sykehistorie/dødsfall i sin kamp for å bevare barneavdelingen i Kristiansund. De ga uttrykk for at de i all hovedsak sluttet seg Helse Møre og Romsdal sin uttalelse til foreløpig rapport. De så det ikke som nødvendig å gi en egen uttalelse.

De ga uttrykk for at de hadde skyldfølelse for at de ikke hadde gjort det de kunne for å hjelpe barnet, og at de trodde at utfallet kunne blitt annerledes dersom de hadde stått på mer.

4 Forhold ved virksomhetene, rutiner og praksis

4.1 Organisering av Kristiansund og omegn legevakt

4.1.1 Organisering og bemanning

Kristiansund og omegn legevakt er en interkommunal legevakt som er lokalisert inne i akuttmottaket på Kristiansund sjukehus. Legevakten skal benyttes utenfor fastlegens kontortid ved akutt behov for legehjelp. Nye leger starter med en halv dags opplæringsvakt sammen med bakvakt, der rutiner og prosedyrer gjennomgås. Legevaktlegene er selvstendig næringsdrivende og har ansvaret for de pasientene de behandler. Legevakten leier lokaler og sykehuspersonell av Kristiansund sjukehus. De leier også personell fra sykehuset til å håndtere telefonhenvendelser. Det foreligger en egen avtale mellom legevakten og sykehuset om bistand fra sykehuspersonell når legevakten trenger det.

Bakvaksordningen er et resultat av omfattende analyse forut for etableringen av den interkommunale legevakten. Legevakten skal ha bakvakt tilgjengelig i deler av åpningstiden. Bakvakt er tilgjengelig på hverdager fra kl. 17.00 til kl. 23.00. Lørdag/søndag og helligdager er det tilgjengelig bakvakt kl. 12.00 til kl. 23.00. Bakvakt tilkalles dersom det er mange eller spesielt kompliserte tilstander, eller legevaktlegen må rykke ut i sykebesøk. Om natten er det bare én legevaktlege på vakt. I utgangspunktet er det vakthavende legevaktlege som vurderer behovet for utkalling av bakvakt. Erfaren legevaktoperatør har allikevel myndighet til å kalle ut bakvakt på eget initiativ når det er opplagt at situasjonen tilsier det.

Det er fortrinnsvis erfarne allmennleger og sykehusleger som tar helgevaktene. Etter omorganiseringen av barne- og ungdomsavdelinga med helgestenging, oppleves vaktene som mer belastende. Det ble formidlet at det generelt var stor travelhet, en del transportproblemer og kompliserte transportvurderinger.

4.1.2 Varsel om bekymring etter omleggingen til femdøgnspost

I et brev av XXXXXX fra legevaktleger ved Kristiansund og omegn legevakt til Helse Møre og Romsdal HF ble det varslet om at situasjonen var uholdbar etter omleggingen til femdøgnspost på barneavdelingen. Legevaktlegene mente at det ikke ble foretatt en tilfredsstillende risikoanalyse og forsvarlighetsvurdering i forbindelse med omleggingen. Det ble videre pekt på at det ikke ble iverksatt risikoreducerende og kompenserende tiltak da omleggingen ble iverksatt. Det påpekes spesielt at det ikke finnes «*skriftlig prosedyre på værfaeste barn som krever innleggelse i barneavdeling*». Det ble pekt på risikoen ved at Kristiansund sjukehus allerede mangler radiolog og kirurg på vakt, samt at anestesilege har hjemmevakt. Videre ble det påpekt at det er stor risiko for manglende transportkapasitet med bilambulans og luftambulans når både barn, kirurgiske pasienter og psykiatriske pasienter skal fraktes til Molde og Ålesund sjukehus i helgene. Legevaktlegene mener at helgestengt barneavdeling medfører at helsehjelpen som tilbys fra spesialisthelsetjenesten til barna på Nordmøre er uforsvarlig, og krever i brevet at barneavdelingen i Kristiansund blir gjenåpnet i helgene.

4.2 Organisering av Helse Møre og Romsdal HF

4.2.1 Ledelsesstruktur og overordnet organisering

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for sykehus og spesialisthelsetjenesten for Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Mange av de overordnede strategiske oppgave- og funksjonsdelinger ved Helse Midt-Norge RHF er delt mellom de ulike foretakene, først og fremst mellom St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal HF. Det foreligger et vedtak om at Ålesund sjukehus skal være hovedsykehus i Helse Møre og Romsdal HF, i tillegg til å være lokalsykehus for sitt område. Videre skal det være lokalsykehus i Molde, Kristiansund og Volda.

Helse Møre og Romsdal HF ble opprettet i mars 2011, som resultat av en sammenslåing av tidligere Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal. Den kirurgiske virksomheten er organisert i tre ulike klinikker, en for hvert av sykehusene i Kristiansund, Molde og Ålesund. Seksjon for anestesi og seksjon for intensiv i Kristiansund, ligger under klinikk for kirurgi, Kristiansund. Anestesilegene ved seksjonen går i fem-delt vakt. Hverdager har de hjemmevakt fra kl. 22.00 til kl. 08.00, og i helgene har de hjemmevakt etter kl. 20.00.

Anestesiavdelingen ved Ålesund sjukehus er en del av klinikk for kirurgi ved samme sykehus. Avdelingen tilbyr høyspesialiserte tjenester knyttet til blant annet anestesi, undersøkelser og intensivmedisin. AMK Møre og Romsdal og legetjenesten på ambulansflyet og luftambulanshelikopteret er organisert i ulike seksjoner i anesthesiavdelingen. Ledelsen i AMK består av seksjonsoverlege og seksjonsleder. Seksjonsoverlegen har det medisinskfaglige ansvaret for tjenesten. Anestesilegen som har vakt på luftambulansen i Ålesund, fungerer også som vakthavende AMK-lege. Ambulansetjenesten i Møre og Romsdal er organisert under prehospital klinikk.

Tidligere var det to AMK-sentraler i fylket, henholdsvis i Molde og Ålesund, men disse ble 1. januar 2015 slått sammen til AMK Helse Møre og Romsdal og lokalisert i Ålesund. Samtidig skjedde det en tilbakeføring av ambulansetjenestene til de lokale helseforetakene, etter at dette hadde vært tilknyttet et eget selskap felles for hele Helse Midt-Norge RHF. AMK Møre og Romsdal har, foruten å betjene nødnummeret 113, koordineringsfunksjon for ambulansetjenesten, og for luftambulansen og flyambulansen som er stasjonert i Ålesund.

Helse Møre og Romsdal HF har organisert sine tjenester til barn og unge i én klinikk; klinikk for barn og unge. Denne klinikken omfatter tjenester både innen somatikk, habilitering og psykisk helsevern. Klinikken består av følgende fire avdelinger:

- Barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund
- Barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund
- Avdeling for habilitering av barn og unge
- Avdeling for psykisk helsevern for barn og unge

Det er forskjell mellom barneavdelingene i Kristiansund og Ålesund i faglig bredde og spisskompetanse. De sykeste barna skal til Ålesund, Trondheim eller Oslo, uavhengig av om barneavdelingen i Kristiansund er åpen eller ikke.

4.2.2 Nærmere om barneavdelingen ved Ålesund sjukehus

Barneavdelinga i Ålesund er en barnemedisinsk avdeling med ansvar for blant annet nyfødttmedisin, barnekardiologi, barneonkologi og diabetes mellitus i hele fylket. Avdelingen er delt i tre seksjoner, neonatalseksjonen, poliklinikk/dagbehandling og felles sengepost. Det

er 18 normerte plasser på felles sengepost. Disse skal dekke alle somatiske pasienter i alderen 0-18 år.

4.2.3 Nærmere om barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus

Barneavdelingen i Kristiansund har 8 sengeplasser på hverdager. Avdelingen tar imot både medisinske og kirurgiske pasienter i alderen 0-18 år. I tillegg har avdelingen egen poliklinikk.

Avdelingen behandler barn med de fleste barnemedisinske problemstillinger unntatt spesialisert barnekardiologi. Ved barnekardiologiske problemstillinger blir pasienter henvist til Ålesund sjukehus. Pasienter med behov for intensivbehandling over tid blir overflyttet til barneintensiv ved St. Olavs hospital.

4.2.4 Nærmere om seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus

Seksjon for intensiv i Kristiansund ligger under klinikk for kirurgi, Kristiansund. Seksjonen har ikke spesialkompetanse når det gjelder behandling av barn, men har likevel som oppgave å stabilisere/behandle alvorlig syke barn i akutte situasjoner mens de venter på overflytting til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus eller St. Olavs hospital.

4.2.5 Nærmere om organisering av AMK-sentralen

I styrevedtak av 12. desember 2013 i Helse Midt-Norge ble det bestemt at det skulle være tre AMK-sentraler i regionen. Dette innebar lokalisering ved Ålesund sjukehus, St. Olavs hospital og Sykehuset Namsos. Det ble bestemt at AMK-sentralen i Møre og Romsdal skulle være i drift fra 1. januar 2015, og at AMK-sentralen i Molde skulle avvikles.

I en arbeids/prosjektbesvarelse av 1. mai 2014 «*Sikre overgangen fra to til en AMK sentral i Møre og Romsdal frå 1.1 2015*», er det utarbeidet handlingsplan for å sikre nødvendig personell med rett kompetanse for drift av AMK Møre og Romsdal. Risiko- og sårbarhetsanalyse framgår i rapporten «*Faglig forsvarlig etablering og drift ved AMK Møre og Romsdal*». Videre er det utarbeidet aktuelle rutiner/prosedyrer for drift av AMK Møre og Romsdal. Det fremgår av prosjektbesvarelsen av 1. mai 2014 at den nye sentralen må kunne håndtere større og flere hendelser samtidig, og at den bemanningsnøkkelen som var skissert i mandatet for arbeidsgruppen ikke var tilstrekkelig for å kunne drifte den nye AMK-sentralen i Møre og Romsdal på en forsvarlig måte.

4.3 Drift ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus – historikk

4.3.1 Overgang til femdøgnspost

I styrevedtak 2013/10 fikk administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF klarsignal til å starte opp en omfattende prosess med gjennomgang og vurdering av funksjonsfordelingen i foretaket. Det ble i etterkant av dette styremøte utarbeidet en rapport/prosjektbok fra arbeidsgruppe om tjenestetilbudet til barn og unge i Helse Møre og Romsdal HF (*Prosjektbok. Arbeidsgruppe: Klinikk for barn og unge*), der ulike modeller for videre organisering er beskrevet.

Det ble også den 15. september 2013 utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse (RoS-analyse) av de ulike modellene som er beskrevet i prosjektboken. RoS-analysen var en del av foretakets krav til omstillingsprosesser. RoS-analysen ble ledet i to runder i henholdsvis 2012 og i 2013. RoS-analysen ble deretter endelig tiltrådt av fagdirektør i Helse Møre og Romsdal HF.

I prosjektboka gjennomgås tre ulike forslag til modeller for videre organisering av det barnemedisinske tilbudet i Møre og Romsdal, inkludert blant annet beskrivelse av utfordringer, faglige gevinster/tap og økonomiske beregninger.

- I modell A foreslås fortsatt døgntilbud for barn både ved Ålesund sjukehus og Kristiansund sjukehus.
- I modell B foreslås et utvidet dagtilbud på hverdager i Kristiansund, men uten døgntilbud i Kristiansund og uendret tilbud i Ålesund.
- I modell C foreslås en mellomløsning mellom modell A og B med utvidet dagtilbud og døgntilbud i en femdøgnspost i Kristiansund.

Tjenestetilbudet til barn og unge i Helse Møre og Romsdal HF ble styrebehandlet i oktober 2013 (styresak 2013-63), hvor den ovennevnte prosjektboken og RoS-analysen var vedlagt.

I saksframlegg til styremøte Helse Møre og Romsdal HF 11. juni 2014 (styresak 2014-42) skrev tidligere direktør Astrid Eidsvik følgende:

«Klinikk for barn og unge hadde ved årsstart manglende tiltak i drifta på til saman 12 mill. kr. Klinikken har sett på ulike tiltak for å kome i balanse. I 2013 vart det gjort eit arbeid i klinikken med eiga arbeidsgruppe der ein vurderte ulike alternativ for drift av det barnemedisinske tilbodet i føretaket. Som innan dei fleste andre fagområde, er det ei klar dreining av verksemda frå inneliggjande til dag- og poliklinisk behandling.»

«Dette ser vi skjer innan fagområdet og beleggsprosenten i begge dei to barneavdelingane viser dette tydeleg. Vi ser at snittbelegget for sengepostane ligg rundt 50 % i begge avdelingane (då tel ein kirurgiske barn med i Kristiansund, medan desse er halde utanfor i statistikken i Ålesund). I følgje SINTEF/HOD er tilrådd beleggsprosent i barne- og ungdomsavdelingar for sengepost 75 %. St. Olavs Hospital har ein beleggsprosent innan barnemedisin på 85 %.»

«I dei interne debattane som har vore i klinikken, har ein sett på ulike alternativ. Ein har teke fram att arbeidet frå 2013 samstundes som ein også har gått gjennom kostnadane knytt til prematur/neonatal intensivtilbodet ved Ålesund sjukehuset.[..] Det andre alternativet klinikken har vurdert, er knytt til sengepostdrifta. Ut frå dei prosessane ein har hatt internt i avdelinga, har ein konkludert med at det beste alternativet er å etablere ein 5-døgnpost ved barneavdelinga i Kristiansund. Denne omlegginga vil ikkje resultere i auka kostnadar ved sengeposten i Ålesund. Med vidare omlegging av drifta frå inneliggjande til poliklinikk og dagtilbod, reknar ein med at det vil vere ca. 100 born pr. år som må reise til Ålesund som følgje av slik omlegging med dagens innleggingspraksis. Det er ei målsetting å redusere antall innleggingar ved å auke tilbodet på dagtid ved Kristiansund. Styrking av dagtilbodet vil ein få til med slik omlegging. Prosedyre er utarbeidd for å tydeleggjere ansvaret i pasientforløpet som eit ledd i oppfølging av kritiske punkt i ROS-analysen.»

Som grunnlag for avgjørelsen om omlegging til femdøgnspost viser helseforetaket til «Strategi 2010» og «Strategi 2020», som er styrebehandlet i Helse Midt-Norge RHF. Disse strategidokumentene gir styringssignaler fra RHF-et til de fylkesvise helseforetakene, hvor sentrale momenter er flytting av aktivitet fra døgn- til dagbehandling, og utredning av femdøgnsposter. I det aktuelle styremøtet i juni 2014 vedtok styret i Helse Møre og Romsdal HF helgestenging av barne- og ungdomsavdelinga ved Kristiansund sjukehus.

Helgestengingen ble iverksatt fra 17. oktober 2014. Helseforetaket planla halvårsevaluering i april 2015, og en mer omfattende evaluering i oktober/november 2015.

4.3.2 Ordning med «åpen innleggelse» og informasjon i forbindelse med helgestengingen

Før innføring av helgestengningen var det en etablert ordning der kronisk syke barn i Kristiansund hadde «åpen innleggelse» ved barne- og ungdomsavdelinga ved Kristiansund sjukehus. Det var utarbeidet en egen liste over 18 barn som hadde «åpen innleggelse». Da barneavdelingen i Kristiansund ble helgestengt i oktober 2014, ble det lagt opp til en ordning der foreldrene i tillegg til å bruke legevakten, selv kunne kontakte barneavdelingen ved Ålesund sjukehus direkte, når barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus var stengt. Det var lagt opp til at foreldrene til disse 18 barna skulle bli informert om omleggingen av «sin» barnelege ved Kristiansund sjukehus. Barne- og ungdomsavdelinga utarbeidet også et eget informasjonsbrev (standardbrev) datert 7. oktober 2014 til foreldrene til de 18 barna med åpen innleggelse, der det ble opplyst om ordningen. Det fremgikk av informasjonsbrevet at barna fortrinnsvis skulle undersøkes på legevakten før transport for å sikre at dette skjedde med rett prioritet og at eventuell akuttbehandling ikke ble unødig forsinket.

Det var også utarbeidet et åpent standardbrev av samme dato fra ledelsen om den nye ordningen med omlegging til femdøgnsdrift. Det står her at innleggende lege i samarbeid med vakthavende lege ved mottaksavdelingen skal vurdere om transporten kan skje med privatbil/drosje, eller om det er behov for bilambulans eller ambulansfly/luftambulans. Brevet ble den 7. oktober 2014 sendt til alle fastlegekontor og legevaktsentraler i opptaksområdet; herunder Kristiansund og omegn legevakt. Det ble også sendt til barne- og ungdomsavdelinga ved Kristiansund sjukehus, Ålesund sjukehus, barne- og ungdomsklinikken på St. Olavs hospital og daværende AMK-sentral i Molde. AMK Møre og Romsdal, lokalisert i Ålesund, ble orientert om endringene i tilbudet til barna en stund etter omlegging til en felles sentral 1. januar 2015.

I tillegg til de aktuelle eksterne informasjonsbrevene, var det flere allmøter på sykehuset, samarbeidsmøter mellom legevakten og Helse Møre og Romsdal HF og e-poster for å informere om den planlagte omleggingen av tilbudet ved barneavdelingen.

Ved overflytting av små barn under ett år fra Kristiansund sjukehus til Ålesund sjukehus på fredager, var det etablert en praksis for at barn med ustabile luftveier skulle overflyttes med luftambulans. Begrunnelsen for dette var lang reisevei, og at personalet i ambulansen ikke hadde kompetanse nok for slike oppdrag.

Helseforetaket har i sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten opplyst at listen på 18 barn med åpen innleggelse, senere ble redusert til fem etter diskusjon mellom avdelingslederne på barneavdelingene i Kristiansund og Ålesund. Det fremgår ikke i tilbakemeldingen om den aktuelle pasienten var blant disse fem pasientene og om det også gjaldt innleggelse ved barneavdelingen i Ålesund. Det fremgår heller ikke om denne informasjonen om at listen var redusert til fem pasienter, var nådd fram til pårørende, fast- og legevaktleger, barneavdelingen i Ålesund og på St. Olavs hospital. Statens helsetilsyn har i ettertid fått opplyst fra ledelsen i AMK og anestesivdelingen ved Ålesund sjukehus (som har ansvar for legetjenesten ved luftambulansen i Ålesund), at oversikten over aktuelle pasienter var ukjent for AMK og luftambulanslegene. Derimot var AMIS-journalen for den aktuelle pasienten merket med et varsel om at pasienten var «multisyk», hadde åpen innleggelse til barneavdelingen og at han bare skulle ha narkose på Rikshospitalet.

4.3.3 Bruk av seksjon for intensiv i påvente av overflytting

Vurdering og beslutning om innleggelse ved seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus gjøres av vakthavende anestesilege som eventuelt overflytter andre intensivpasienter til sengepost, slik at det blir plass til nye pasienter med større behov.

Retningslinje/flytskjema ID 23077 (15/10-14), «*Akutt sykt barn/ungdom*» gjelder barn som trenger innleggelse i perioder når barnelege ikke er tilgjengelig eller når barneavdelingen ikke er åpen. Retningslinjen ble utarbeidet i tilknytningen til helgestengt barneavdeling og utfyller prosedyre ID 17836, som er omtalt nedenfor. Retningslinjen var på hendelsestidspunktet ukjent for AMK Møre og Romsdal.

Akutt syke barn kan innlegges på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus i påvente av transport til barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund eller til St. Olavs hospital. Prosedyren skal sikre rett handling ved stengt avdeling uansett kompetanse hos legevakslege. Vakhavende anestesilege ved Kristiansund sjukehus skal da være ansvarlig for behandling, dokumentasjon og overføring til annet sykehus. Seksjon for intensiv har utstyr for å kunne observere/behandle barn, selv om seksjonen er primært tilpasset behandling av voksne.

Prosedyre ID 17836 (10.02.14) «*Behandlingssted for barn med behov for intensiv behandling etter nyfødtp perioden*», skal sikre at alvorlig syke barn kommer til avdeling ved sykehus som kan gi adekvat behandling og overvåking. Det er her listet opp noen definerte tilstander, som blant annet sirkulasjonssvikt og alvorlig respirasjonsproblem, som kan indikere innleggelse ved Ålesund eller andre sykehus.

4.4 Feriestengning ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus

Barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus har i flere år vært stengt fire uker på sommeren. Fra 2012 ble perioden med sommerstenging utvidet til to måneder, i tillegg til at avdelingen ble stengt i påsken. Fra sommeren 2013 har anestesilege hatt tilsyn ved akutt situasjoner for nyfødte når barnelege ikke har vakt. Det framgår ikke at denne ordningen er evaluert. Statens helsetilsyn kan heller ikke se at det framgår av RoS-analyse at erfaringer fra perioder med stengt avdeling er tatt inn i vurderingen som er gjort i forhold til omlegging til femdøgnspost.

4.5 Erfaringer med transport av pasienter

Flere helsepersonell ved Kristiansund sjukehus opplyste at deres erfaringer med transport mellom sykehusene i forbindelse med helgestengingen, var at bilambulanse ikke var egnet for barn under ett år med uavklarte tilstander, og heller ikke for barn med luftveisproblemer. Disse syke små barna kan fort bli kritisk dårlige under transport, og det trengs ofte mer kompetanse enn det ambulanspersonell og eventuelt innhentede anestesisykepleiere har. Det er begrenset med tilgjengelige anestesileger og anestesisykepleiere som kan bistå ved transport mellom Kristiansund og Ålesund, og det kan derfor være vanskelig å få organisert følge av kvalifisert personell når situasjonen krever det.

Ledelsen i Helse Møre og Romsdal HF fremhevet at retningslinjen «*Transport av kritisk syke/skadde pasienter i forbindelse med vaksamarbeid*» (ID 17359), skal sikre forsvarlig transport av kritisk syke pasienter mellom sykehusene i foretaket. Denne retningslinjen sier at følge av anestesilege fra Molde sjukehus kan rekvireres ved transport med bilambulanse dersom dette er nødvendig. For ambulansetransport som ikke krever følge av anestesilege, men som likevel krever høyere beredskap enn normal ambulansbemannning, kan vakhavende anestesilege rekvirere nødvendig følge av anestesisykepleier eller intensivsykepleier. Den nevnte retningslinjen var imidlertid laget for transport av kirurgiske pasienter fra Kristiansund til Molde sjukehus når det ikke er kirurgisk vaktberedskap i Kristiansund. Det er ikke utarbeidet særskilt prosedyre om følgetjeneste verken ved transport av barn eller voksne fra Kristiansund til Ålesund sjukehus. Det kommer ikke tydelig fram i prosedyren at personell fra

Molde sjukehus skal dra til Kristiansund for å følge pasienter tilbake igjen forbi Molde til Ålesund. Retningslinjen var på hendelsestidspunktet ukjent for AMK Møre og Romsdal.

4.6 Innleggelse av barn ved Ålesund sjukehus

Legene fra begge sykehusene ga uttrykk for at terskelen for å legge inn barn fra Kristiansund på barneavdelingen i Ålesund sjukehus måtte ligge lavere enn tidligere på grunn av den lange transporten. Fra legene i Kristiansund ble det påpekt at dette spesielt måtte gjelde for de barna som hadde «åpen innleggelse». Informasjonen om disse barna med særlige behov var tilgjengelig på en papirliste som fysisk lå på barneavdelingen ved Ålesund sjukehus. Informasjonen om «åpen innleggelse» var ikke angitt under «kritisk informasjon» på forsiden av pasientjournalen i den elektroniske journalen Doculive.

Barneavdelingen ved Ålesund sjukehus informerte, blant annet etter klager fra Kristiansund og omegn legevakt, sine ansatte om at de måtte være oppmerksomme på problemet med lang transporttid, og ikke diskutere unødige med den som ønsket å legge inn et barn fra Kristiansund. Det ble i denne forbindelse sendt en e-post fra klinikkjefen fredag 20. februar kl. 15.19, altså rett før den aktuelle helgen, hvor det ble presisert at barnelegene måtte ha lav terskel for å ta imot barn fra Kristiansund. Dette framgår også av flere andre e-poster Statens helsetilsyn har fått tilgang til.

Det var utover dette ikke gjort andre tiltak for å sikre bedre praksis ved for eksempel å trekke inn bakvakt ved Kristiansund og omegn legevakt i vurderingen av innleggelse og transport av barn fra Kristiansund. I e-postkommunikasjon innad i ledelsen i barneavdelingen i Ålesund, framgår det entydig at det er legevaktlege som har ansvar for å vurdere behovet for sykehusinnleggelse, og at indikasjon for innleggelse kun skal diskuteres dersom legevaktlegen spør om råd.

4.7 Situasjonen ved AMK Møre og Romsdal etter omlegging til femdøgnspost

I samtalene med helsepersonell på AMK fremgikk det at de ikke fikk informasjon om omlegging til femdøgns barnepost med helgestenging i Kristiansund sjukehus før ordningen var iverksatt. AMK Møre og Romsdal ble heller ikke involvert i prosessen i forkant av stengningen. Det var først på nyåret i 2015 at AMK-ansatte selv oppdaget endringen fordi det kom så mange ambulansebestillinger knyttet til overflytting av barn med luftveisproblemer fra Kristiansund til Ålesund sjukehus. Dette dreide seg om små barn med RS-virusbronkiolitt, som utgjør en stor del av de innlagte pasientene i noen vintermånedene. Disse barna har ofte respirasjonsproblemer, og transport krever kompetanse som ambulanspersonell ikke har. Av denne grunn, og fordi overføringene gikk utover kapasiteten for andre akutte situasjoner, sendte noen av AMK-operatørene en bekymringsmelding til leder for AMK Møre og Romsdal i januar/februar 2015.

Etter at AMK ble omorganisert 1. januar 2015, har spesielt bilambulansene merket større press. Ved omleggingen til femdøgnspost ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus opplevde personellet på AMK at situasjonen ble ytterligere forverret fordi ledelsen ikke hadde tatt tilstrekkelig hensyn til behovet for ambulansetransport mellom sykehusene når avdelingen i Kristiansund stengte for helgen. Det var heller ikke tatt med i beregningen at det for småbarn var stor sesongvariasjon med flest overflyttinger i vintermånedene.

4.8 Nærmere om relevante prosedyrer og retningslinjer

Nedenfor presenteres relevante prosedyrer som Statens helsetilsyn har mottatt fra Helse Møre og Romsdal HF i forbindelse med tilsynet. I ettertid har vi fått opplysninger om at det

eksisterer ytterligere en relevant prosedyre som gjelder for AMK Møre og Romsdal og som omhandler kriterier for varsling av luftambulansse (ID 24198). Statens helsetilsyn kan ikke se at vi tidligere har mottatt denne fra foretaket.

4.8.1 Vakhavende AMK-leges rolle og ansvar

Retningslinjen ID 21305 (11/11-13) «*Vakhavende AMK-lege, AMK Møre og Romsdal*», beskriver at vakhavende luftambulansselege også er AMK-lege. Vedkommende skal bistå AMK-personellet med rådgivning, veiledning, koordinering og prioritering, og ta medisinsk beslutninger ved behov, det vil si når AMK-operatøren ikke anser seg kompetent til å håndtere problemstillingen. AMK-legen skal dokumentere råd og tiltak, fortrinnsvis i AMK sitt dataregistreringssystem AMIS. AMK-legen skal kjenne prehospitale systemer inkludert AMK sin systembeskrivelse og prosedyrer, og beredskapsplaner i eget område. For å sikre at AMK-legen har den nødvendige kompetanse, må vedkommende gjennomgå eget utsjekksprogram.

4.8.2 Transport av kritisk syke/skadde pasienter i forbindelse med vaksamarbeid mellom sykehusene i Helse Møre og Romsdal

Det finnes ingen egen prosedyre for følgetjeneste ved akutte ambulansetransporter av barn til Ålesund sjukehus som følge av at barneavdelingen i Kristiansund sjukehus ble stengt i helgene. I forbindelse med innføring av vaksamarbeid i gastroenterologisk kirurgi og ortopedisk kirurgi mellom Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus, der Kristiansund sjukehus ikke hadde vaktberedskap av spesialist i generell kirurgi og Molde sjukehus ikke hadde spesialist i ortopedisk kirurgi i helgen, ble det i februar 2012 utarbeidet en egen retningslinje for å sikre forsvarlig transport av kritisk syke og skadde mellom de to sykehusene, ID 17359 (2/2-12), «*Transport av kritisk syke/skadde pasienter i forbindelse med vaksamarbeid*».

Retningslinjen gjelder i tidsrommet fredag fra kl. 16.00 til mandag kl. 08.00, og er adressert til vakhavende leger i avdeling for kirurgi og akuttmedisin og anestesisykepleiere, Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus. Videre gjelder retningslinjen for AMK-operatører i AMK Møre og Romsdal, luftambulanssetjenesten, prehospitale tjenester og Kristiansund og omegn legevakt. Retningslinjen sier at det primært skal brukes luftambulansse til disse transportene, sekundært bilambulansse. Det er vakhavende lege som definerer behovet, og rekvirerer transport gjennom AMK Møre og Romsdal. I de tilfellene luftambulansse ikke er tilgjengelig, rekvireres vanlig bilambulansse. Det må da etableres følgetjeneste av anestesilege til denne transporten. Primært skal anestesileger ved Molde sjukehus ledsage ved slike transporten. I de tilfeller hvor anestesilegene ved Molde sjukehus ikke kan ta oppgaven på grunn av ressurs- eller kompetansemangel eller samtidighetskonflikter, skal en ekstra anestesilege fra det sykehuset som sender pasienten, beordres til å følge transporten.

Ved Kristiansund sjukehus må en av de totalt fire anestesilegene eventuelt beordres inn på fritid, ettersom sykehuset kun har én anestesilege på vakt, og vedkommende dermed ikke kan forlate sykehuset for å følge en transport. Vakhavende anestesilege kan også rekvirere anesthesi- eller intensivsykepleier fra eget sykehus til følgetjeneste dersom det ikke er nødvendig med følge av anestesilege.

Ledelsen i Helse Møre og Romsdal opplyste at retningslinjen også skal gjelde for transport av alvorlig syke barn fra Kristiansund til Ålesund sjukehus når barne- og ungdomsavdelinga ved Kristiansund sjukehus er stengt i helgene. Dette fremgår imidlertid ikke klart av retningslinjen. Mange av intervjuobjektene kjente ikke til den, eller var usikre på om retningslinjen også gjaldt transport av syke barn fra Kristiansund til Ålesund.

I sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten opplyser anestesivdelingen at verken «*Akutt sykt barn/ungdom*» (ID 23077), «*Transport av kritisk syke pasienter i forbindelse med vaksamarbeid*» (ID 17359), eller «*Rekvirering av luftambulans*e» (ID 10830) var kjent for AMK Møre og Romsdal.

4.8.3 Retningslinje for mottak av akutt sykt barn/ungdom ved Kristiansund sjukehus (flytskjema)

Retningslinjen ID 23077 (15/10-14), «*Akutt sykt barn/ungdom*» skal sikre at barn og ungdom med akutt medisinsk sykdom får behandling på rett nivå, og gjelder ansvarsfordelingen mellom legevakt og sykehus når avdeling for barn og unge ved Kristiansund sjukehus er stengt. Retningslinjen gjelder for sykepleiere i mottagelsen/legevaktssentral, AMK, barneleger, anestesileger og legevaktleger ved Kristiansund sjukehus.

Retningslinjen sier at barnet skal bringes rett til akuttmottaket når medisinske grunner tilsier det. Sykepleier i akuttmottaket kontakter vakthavende anestesilege dersom barnet har akutt alvorlig sykdom. Barnelege eller anestesilege er ansvarlig for behandling, dokumentasjon og eventuelt overføring til annet sykehus. Barnet kan henvises til legevakt/fastlege når dette er medisinsk forsvarlig.

Legevaktlegen skal kontakte barnelege ved Kristiansund sjukehus eller Ålesund sjukehus dersom det er behov for innleggelse. Ved forverring før transport skal anestesilege kontaktes. Vakthavende anestesilege er ansvarlig for behandling/dokumentasjon og eventuelt for overføring til annet sykehus dersom barnelege ikke er tilgjengelig. Ved barnekardiologiske problemstillinger er Ålesund sjukehus å foretrekke og ved behov for intensivbehandling over tid overflyttes barna til St. Olavs hospital.

4.8.4 Behandlingssted for barn med behov for intensivbehandling etter nyfødtp perioden

Retningslinjen ID 17836 (10.02.14) «*Behandlingssted for barn med behov for intensivbehandling etter nyfødtp perioden*» skal sikre at barn med behov for intensivbehandling får behandling på rett sted/overflyttes til rett sykehus med minst mulig forsinkelser, og redusere kommunikasjonsproblemer mellom nivåene ved overflytting av alvorlig syke barn der det er behov for intensivbehandling. Alvorlig syke barn skal sendes snarest mulig til rett avdeling ved sykehus som kan gi tilfredsstillende behandling og overvåking. Som hovedregel skal akutt syke barn med behov for intensivbehandling innlegges i Ålesund og stabiliseres før eventuell videre transport til andre sykehus.

Retningslinjen er å anse som en anbefaling, og gjelder for alt personale som mottar og har ansvar for barn med behov for intensivbehandling i Møre og Romsdal. Grunner til å fravike retningslinjen kan være pasientspesifikke problemer som størrelse, andre sykdommer som krever spesielle hensyn og tilstandens alvorlighetsgrad, avdelingsspesifikke problemer som tilstedeværelse av spesialkompetanse, ferieavvikling, full avdeling eller behov for spesialutstyr, og andre forhold som vær- og føreforhold, tilgang på helikopter/fly inkludert personale eller spesielle ønsker pga. bosted.

4.9 Helseforetakets endringer i etterkant av hendelsen

Det ble på ordinært styremøte i Helse Møre og Romsdal HF XXXXXX, besluttet å innføre tiltak med tilstedeværelse av barnelege i helgene ved Kristiansund sjukehus, samt å etablere økt tilgang på bilambulans.

5 Aktuelt regelverk

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

5.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder for både virksomheter og for det enkelte helsepersonell. Virksomhetene skal legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 16. Helsepersonell har også en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette følger av helsepersonelloven § 4. Se for øvrig vedlegg med nærmere angivelse av de aktuelle bestemmelsene.

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 samfunnsetiske normer. Det innebærer at innholdet bestemmes med utgangspunkt i normer utenfor loven og endrer seg med fagutviklingen og endringer i verdioppfatninger. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går.

Forsvarlighetsvurderingen av helsepersonells handlinger skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Forsvarlighetsstandarder tar utgangspunkt i hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, men må også vurderes i lys av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. 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.

Yrkesutøvelsen må tilpasses etter faglige kvalifikasjoner. Dette forutsetter at man kjenner sine faglige begrensninger og aktivt vurderer om pasientens tilstand tilsier at hjelp fra personell med andre kvalifikasjoner innhentes såfremt det er mulig. Plikten til forsvarlighet vil i tilfelle være oppfylt ved at helsepersonell på andre måter bidrar til at pasienten får forsvarlig helsehjelp. Det kan omfatte blant annet henvisning av pasienten, eller innhenting av bistand for samarbeid om pasienten.

Virksomhetens plikter etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 må ses i sammenheng med helsepersonelloven § 4, som stiller krav til helsepersonell om å utøve sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har imidlertid et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven. Når virksomheten organiserer sin virksomhet, må det sikres at alt tilsatt helsepersonell kan utøve sitt arbeid i samsvar med forsvarlighetskravet. I dette ligger blant annet at det gjennomføres organisatoriske og systemiske tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Dette medfører at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene er i samsvar med god praksis. Virksomheten må blant annet sørge

for 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.

5.2 Krav til internkontroll i helsetjenesten

Gjennom internkontroll skal helseforetaket sikre kravet til forsvarlighet i virksomhetene. 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. Dette følger av forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten) og lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven).

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet. Internkontroll er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Det krever at helseforetakene arbeider systematisk med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser i pasientbehandlingen, og at de utarbeider gode rutiner på områder med særlig fare for svikt. Det er ledelsens oppgave å sørge for at rutinene følges, og at rutinene er hensiktsmessige og tilstrekkelige.

5.3 Barn innlagt på sykehus

Helseinstitusjoner har særlige plikter i forhold til barn som oppholder seg i institusjon (spesialisthelsetjenesteloven § 3-6 og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon). Formålet med bestemmelsene er å ivareta barns rettigheter under behandling i spesialisthelsetjenesten.

Den nevnte forskriften stiller krav til trygge og sosiale rammer for barn som er innlagt på sykehus, og utfyller bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6, som omhandler barns rettigheter i helseinstitusjon. Det angis i forskriften § 2 annet ledd at skifte av helseinstitusjon eller avdeling bare skal skje når det er medisinsk nødvendig eller av andre grunner vil være best for barnet. Det angis i samme forskrift § 5 at barn fortrinnsvis skal tas hånd om av det samme personalet.

Bestemmelsene i ovennevnte forskrift supplerer de generelle kravene til forsvarlig behandling i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven, og må også ses i sammenheng med disse kravene.

5.4 Samhandling og samarbeid

Det regionale helseforetaket har plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven. Dette fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Dette innebærer at det regionale helseforetaket har en plikt til å legge til rette for samhandling. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalene må tilpasses lokale forhold og behov.

5.5 Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helsepersonell som er ansatt i spesialisthelsetjenesten skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet

for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

5.6 Plikt til å informere pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetakene plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Pasientens nærmeste pårørende har etter pasient- og brukerrettighetsloven 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. samme lov §§ 3-3 tredje ledd og 3-2 fjerde og femte ledd.

5.7 Statens helsetilsyns mandat

Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn skal behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og bidra til at tilsynet raskt identifiserer uforsvarlige forhold. Det vises til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a og helsetilsynsloven § 2.

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

6 Statens helsetilsyns vurdering av helsehjelpen pasienten fikk

Statens helsetilsyn har i denne saken først vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp fra Helse Møre og Romsdal HF fra de overtok ansvaret for oppfølgingen av barnet fra OUS våren XXXXXX frem til XXXXXX. Vi har deretter vurdert den helsehjelpen pasienten fikk ved Kristiansund og omegn legevakt, Helse Møre og Romsdal HF og av Norsk luftambulans AS (redningstjenesten), i perioden fra fredag XXXXXX. til søndag XXXXXX.

Statens helsetilsyn har kommet til at det sentrale i denne saken er Helse Møre og Romsdal HF sitt ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp. Vi har imidlertid valgt å avslutte saken med å skrive egen avslutningsbrev til legene som hadde legevaktstjeneste den aktuelle helgen, AMK-legen og til OUS, se vedlegg.

Vi har vurdert følgende vurderingstemaer knyttet til den helsehjelpen pasienten mottok:

Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp fra Helse Møre og Romsdal HF etter at de overtok ansvaret for oppfølging av barnet, og særlig de siste tre ukene i forkant av helgen XXXXXX. til XXXXXX?

Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Kristiansund og omegn legevakt?

Som en del av denne vurderingen har vi sett nærmere på følgende vurderingstemaer:

- Fikk pasienten forsvarlig utredning, behandling og oppfølging ved første legevaktbesøk fredag kveld/natt til lørdag?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved andre legevaktbesøk natt til søndag?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved tredje legevaktbesøk dagtid søndag?

Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Helse Møre og Romsdal HF?

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

- Ble første gangs henvendelse fra legevakten til AMK Møre og Romsdal fredag kveld/natt til lørdag forsvarlig håndtert?

- Ble andre gangs henvendelse fra legevakten til AMK Møre og Romsdal dagtid søndag forsvarlig håndtert?
- Ble henvendelsen fra legevakten til barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund natt til søndag forsvarlig håndtert?
- Fikk pasienten forsvarlig behandling og oppfølging ved seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus dagtid søndag?

Fikk pasienten forsvarlig behandling fra Helse Møre og Romsdal HF og Norsk luftambulans AS/330 Skvadron Ørland i tidsrommet fra redningshelikopterets ankomst og frem til pasienten døde?

- Fikk pasienten forsvarlig overvåking i forbindelse med helikoptertransporten søndag XXXXXX?
- Var det forsvarlig å avbryte helikoptertransporten og returnere til Kristiansund sjukehus?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp under resusciteringen søndag XXXXXX?
- Var det forsvarlig at pårørende var til stede under resusciteringsforsøket?

6.1 Fikk pasienten forsvarlig oppfølging av Helse Møre og Romsdal HF etter at de overtok ansvaret for oppfølging av barnet, og særlig de siste tre ukene i forkant av XXXXXX. til XXXXXX?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at Helse Møre og Romsdal HF ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp i perioden fra våren XXXXXX frem til XXXXXX. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Vi vil nedenfor redegjøre for våre vurderinger av den oppfølgingen pasienten fikk av Helse Møre og Romsdal i denne perioden.

Barnet var kronisk sykt med en alvorlig grunnlidelse, og det hadde vært flere alvorlige hendelser med pustebevis og respirasjonsstans. Pasienten var de siste tre ukene før den aktuelle hendelsen spesielt mye plaget av blant annet oppkast og pustebevis, og han hadde vært innlagt ved Kristiansund sjukehus to ganger. Vi vil nedenfor vurdere Helse Møre og Romsdal HF sin oppfølging av pasienten fra våren XXXXXX og frem til helgen XXXXXX. – XXXXXX. Vi vil særlig vurdere oppfølgingen pasienten fikk de siste tre ukene før hendelsen.

God praksis

Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer systematisk arbeid med å avdekke situasjoner der det har oppstått eller kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser. Virksomheten må ved sine rutiner spesielt tilrettelegge for at pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, blir sikret nødvendig helsehjelp og oppfølging, og om nødvendig tverrfaglig samordning på tvers av- og innad i helseforetaket. Dette innebærer at foretaket må samarbeide med andre tjenesteytere om å bidra til et helhetlig tilbud til pasientene.

Nesten alle små barn er hjemme med familien sin, selv de som har betydelige funksjonshemninger og alvorlige kroniske sykdommer. De må ha lett tilgang på kontakt med kompetent helsepersonell, aller helst med kontinuitet. Det må legges en plan for hvert enkelt barn når det gjelder oppfølging av barnet ved forverring eller en akutt situasjon. Terskelen for innleggelse i sykehus bør blant annet angis nærmere. Informasjonen må koordineres slik at de aktuelle avdelingene innad i foretaket, kommunen (legevaktjenesten) og pårørende har lett tilgang til kritisk informasjon og behandlingsplan. Slike opplysninger må også være lett tilgjengelig for andre sykehus som følger opp pasienten.

RS virus kan gi alvorlig luftveissykdom hos små barn med svekket lungefunksjon og hjertefeil. Gjentatte infeksjonstilstander hos kronisk syke barn kan føre til ytterligere nedsatt reservekapasitet ved nye infeksjoner og gi økt risiko for sirkulasjons- og respirasjonsproblemer. Ved gjentatte virusinfeksjoner må derfor barnet undersøkes på sykehus med bred barnemedisinsk kompetanse. Det er viktig at de ulike behandlingseenhetene og samarbeidspartnere har lett tilgang på kritisk informasjon om pasienten, og at det er lagt en plan for hva som skal til ved forverring, gjentatte infeksjoner og i akutte situasjoner.

Når det er kjent at en pasient er vanskelig å intubere, og det må forventes at livstruende respirasjonsproblemer kan oppstå akutt, må det i en stabil fase også legges en plan for hvordan en akutt situasjon skal kunne håndteres. Det må blant annet vurderes om det skal foretas inngrep/tiltak hos pasienten, som kan lette håndteringen i en akutt situasjon. Det gjelder spesielt når pasienten er et lite barn og iverksetting av tiltak krever ulike typer spesialkompetanse.

Vurdering

På grunn av sine medfødte misdannelser og kroniske luftveis- og ernæringsproblemer ble pasienten fulgt opp ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus i samarbeid med hjertespesialist ved barneavdelingen i Ålesund og OUS. En erfaren barnelege ved Kristiansund sjukehus, her kalt legevaktlege 1, hadde hovedansvar for oppfølging av pasienten.

Det var ikke lagt en samlet og tverrfaglig plan for hvordan pasienten skulle følges opp for at han skulle fungere så godt som mulig. Det forelå heller ingen plan for håndtering av akutte situasjoner, selv om både sykehistorien og tilstanden i seg selv tilsa at det var svært høy risiko for at livstruende situasjoner kunne oppstå. For eksempel var det ikke lagt noen plan for hvordan akutte respirasjonsproblemer med behov for intubasjon skulle håndteres til tross for at det var kjent at pasienten var svært vanskelig å intubere. At slike planer ikke fantes, kan ha bidratt til manglende forståelse for hva slags omsorgsnivå pasienten trengte i ulike situasjoner. En samlet plan kunne ha gjort vurderingene ved hver henvendelse til legevakt og sykehus enklere. Det kunne ha senket terskelen for innleggelse og økt forståelsen for behov for luftambulansetransport hver gang barnets tilstand ble forverret.

Pasienten hadde i løpet av XXXXXX hatt flere episoder med pustebesvær og oppkast og det ble påvist virusinfeksjon. Pasienten ble ved to anledninger lagt inn ved barneavdelingen på Kristiansund sjukehus med henholdsvis RS-virusbronkiolitt og mage/tarminfeksjon. Etter behandling av de aktuelle symptomene ble pasienten hver gang sendt hjem uten nærmere undersøkelse på barneavdeling med mer spesialisert kompetanse. Det kan se ut som at hver innleggelse ble sett på som en enkeltstående episode uten at legene vurderte om det kunne være en sammenheng eller en utvikling i pasientens grunnlidelse. Foreldrene opplyste under første innleggelsen i februar at de mente at pasienten tydelig «strevde med slimet», at han hadde pustevansker og at de opplevde det som skremmende. Røntgen av lungene hadde vist betydelige fortetninger på høyre lunge. ProBNP var den XXXXXX forhøyet, 962 nanogr/L (tilsvarer 114 pmol/L), men til tross for dette ble pasienten utskrevet neste dag. Forhøyet proBNP hos denne pasienten kan ha vært uttrykk for en vedvarende belastning på hjertet eller utvikling av hjertesvikt, og dette burde vært vurdert eksplisitt og fulgt opp av det helsepersonellet som behandlet pasienten. I lys av pasientens marginale og komplekse tilstand var det risiko for rask forverring.

I en fase med gjentatte pusteproblemer, oppkast og virusinfeksjoner, burde pasienten sett i lys av sin grunnlidelse ha blitt vurdert fulgt opp på sykehus med bredere barnefaglig kompetanse, uavhengig av om barneavdelingen i Kristiansund var stengt eller ikke. Da kunne det vært foretatt en mer helhetlig vurdering av pasientens lunge- og hjertesituasjon. At det ikke ble vurdert oppfølging av pasienten på et høyere behandlingsnivå disse ukene, er etter Statens helsetilsyn vurdering utenfor god praksis for krav til oppfølging av et barn med denne grunnlidelsen.

Denne saken har vist at det flere ganger var problemer i kommunikasjonen mellom barneavdelingene i Kristiansund og Ålesund i forbindelse med spørsmål om innleggelse i Ålesund når barneavdelingen var stengt. Dette kan skyldes manglende kunnskap og forståelse for pasientens helhetlige situasjon, og at langvarig eller gjentatte infeksjoner kunne få alvorlige konsekvenser for denne pasienten spesielt. En samlet og tverrfaglig plan for oppfølging av pasienten kunne ha bidratt til en bedre forståelsen for hva slags omsorgsnivå pasienten trengte i ulike situasjoner.

Konklusjon

Manglende utarbeidelse av plan for- og tverrfaglig samarbeid rundt den aktuelle pasienten var utenfor god praksis. Den samlede helsehjelpen pasienten fikk de siste tre ukene før hendelsen fant sted var også utenfor god praksis for krav til oppfølging av en pasient med denne grunnlidelsen. Statens helsetilsyn har kommet til at avviket fra god praksis er så stort at vi vurderer Helse Møre og Romsdal HF sin oppfølging av pasienten i forkant av hendelsen, for uforsvarlig. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

6.2 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Kristiansund og omegn legevakt?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved Kristiansund og omegn legevakt ved første og andre legevaktbesøk, og det foreligger derfor brudd på helsepersonelloven § 4. Ved tredje legevaktsbesøk fikk han forsvarlig helsehjelp.

Nedenfor vurderes den konkrete helsehjelpen som ble gitt i forbindelse med de tre forskjellige legevaktbesøkene.

Under pkt. 6.2.1 følger først normen for god praksis ved oppfølging av syke barn på legevakt. Under pkt. 6.2.2 til 6.2.4 vurderes de tre legevaktbesøkene hver for seg.

På legevakten er helsepersonell selv ansvarlig for å utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet. Kommunen har liten påvirkningsmulighet når det gjelder helsehjelpen som blir gitt der og da. Kommunens ansvar handler om tilrettelegging av legevaktvirksomhet, og det er, slik Statens helsetilsyn har vurdert det, ikke avdekket forhold i denne saken som tyder på svikt rundt organiseringen og styringen av Kristiansund og omegn legevakt.

6.2.1 God praksis – om oppfølging av syke barn

Generell normering

En legevaktlege skal ta imot, vurdere og undersøke pasienter som henvender seg med spørsmål om akutt sykdom eller skade som ikke kan vente til påfølgende hverdag. Legen har plikt til å vurdere symptomer og alvorlighetsgrad, og til å iverksette adekvate tiltak i den aktuelle situasjonen. Legevaktlegen skal alltid vurdere hastegrad og behov for videre behandling og oppfølging, herunder rett overvåkingsnivå. Når pasienten ikke vurderes som alvorlig syk, kan en legevaktlege ofte sende pasienten hjem med råd til pårørende, for

eksempel om væskeinntak eller febernedsettende medisiner, om hvordan barnet skal observeres, og om at ny kontakt skal etableres dersom bedring uteblir eller tilstanden blir verre. Dersom pasient eller pårørende tar ny kontakt på grunn av forverring eller manglende bedring etter å ha blitt sendt hjem ved første henvendelse, kreves særlig aktpågivenhet fra legevaktlegens side. Terskelen for innleggelse bør da være lavere enn ved første besøk.

Det er ikke vanlig praksis at legevaktlege gir små, syke barn behandling med intravenøs væske eller langvarig observasjon i legevaktens lokaler. Dette er tiltak som normalt gjennomføres på sykehus.

Vurdering av allmenntilstanden er viktigere og vanskeligere jo yngre barnet er. I vurderingen av om innleggelse i sykehus er nødvendig, er det kliniske bildet viktig. Barn kan kompensere lenge, og observasjonene kan være normale, inntil barnet brått blir ustabil og kritisk dårlig.

Foreldrenes vurdering av barnet de kjenner godt, og innholdet i deres bekymring, må tas med i vurderingen av hva som er rett oppfølging. Foreldrenes evne til å håndtere ulike situasjoner kan også ha betydning for om et barn bør legges inn på sykehus.

Det generelle inntrykket og uspesifikke tegn er ofte avgjørende for å ta stilling til om et barn skal legges inn på sykehus eller ikke. Oppkast, diaré, lav diurese, utmattelse, redusert allmenntilstand, lite væskeinntak og unormalt respirasjonsmønster er viktige tegn.

Barn med betydelig nedsatt allmenntilstand må som hovedregel raskt innlegges i sykehus. Nedsatt allmenntilstand kan være det eneste tegnet på alvorlig sykdom. Det kan derfor også være god praksis å legge inn et barn med generelt redusert allmenntilstand, selv om man ikke kan påvise spesifikke funn/sikker diagnose.

Det er den legen som ser og undersøker barnet som har ansvaret for å vurdere om det er nødvendig å legge inn barnet. Ved behov må legen rådføre seg med annen kompetent lege, for eksempel vakthavende lege ved den avdelingen der det er aktuelt å legge inn pasienten. Den enkelte legevaktlege blir imidlertid ikke fritatt for sitt selvstendige ansvar for pasienten selv om han/hun konsulterer annen lege, men må uansett foreta en egen vurdering.

Spesielt om oppfølgingen av kronisk syke barn

Barn med kroniske sykdommer trenger tett oppfølging av helsetjenesten og tilhører en pasientkategori som ofte har «åpen innleggelse». Det vil si at pårørende kan ta direkte kontakt med barnelege og at barnet kan bli lagt inn uten å gå veien om legevakten. Foreldrene må ha lett tilgang til kontakt med helsepersonell, aller helst med helsepersonell som kjenner barnet.

Familiene er vant til å takle mange situasjoner, og unødvendig mange innleggelser kan være en påkjenning, da barnet og foreldrene allerede har tilbrakt mye tid på sykehus. Helsepersonell vil ofte strekke seg langt for å hjelpe dem slik at de kan få være hjemme mest mulig. På den annen side må helsepersonell ta ytterst alvorlig signaler fra familien om at barnet trenger mer hjelp enn det som kan gis hjemme.

Vurdering av behov for innleggelse i sykehus

Retningslinjen «Akutt sykt barn/ungdom» (ID 23077) skal sikre at barn og ungdom opp til 18 år med akutt medisinsk sykdom får vurdering og behandling på rett nivå ved Kristiansund og omegn legevakt og Kristiansund sjukehus.

Denne retningslinjen fastslår at når en medisinsk tilstand tilsier at det er behov for umiddelbar behandling i sykehus, skal pasienten bringes direkte til akuttmottaket på Kristiansund sjukehus. Når barnelege er tilgjengelig ved Kristiansund sjukehus, er vedkommende ansvarlig for videre behandling, dokumentasjon og eventuell overføring til annet sykehus. Hvis barnelege ikke er tilgjengelig ved Kristiansund sjukehus, er det vakthavende anestesilege som er ansvarlig for behandling, dokumentasjon og eventuell overføring til annet sykehus.

Dersom en pasient har behov for akuttmedisinsk overvåking eller behandling i påvente av transport, er praksis ved Kristiansund sjukehus at pasienten observeres og behandles ved seksjon for intensiv.

Rekvirering av transport

Når det er besluttet at pasienten skal legges inn på sykehus og transport i egen bil ikke er forsvarlig, er det legevaktpersonalet som er ansvarlig for å rekvirere transport til sykehus. Dette gjøres ved å kontakte AMK og bestille ambulansetransport. Der slik transport av ulike årsaker er forsinket eller umulig, er det nødvendig å vurdere/sikre akseptabelt overvåkingsnivå og nødvendig oppfølging i påvente av transport av barnet til sykehus.

6.2.2 Fikk pasienten forsvarlig utredning, behandling og oppfølging ved første legevaktbesøk fredag kveld/natt til lørdag?

Statens helsetilsyn har vurdert om legevaktlege 1 ga pasienten forsvarlig helsehjelp på legevakten fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX.

Vurdering

Pasienten hadde de siste dagene vært utilpass med feber, oppkast, diaré og respirasjonsbesvær. Da barnet kom til legevakten, hadde han kommet seg etter en episode samme dag hvor han hadde blitt fjern, blek og pustet dårlig hjemme. Han pustet fortsatt raskere enn det som var vanlig for ham, hadde feber, var blek og dehydrert som følge av oppkast og diare. Legevaktlege 1 vurderte at det var behov for å legge pasienten inn på sykehus, og barneavdelingen ved Ålesund sjukehus aksepterte hennes melding om innleggelse.

I påvente av luftambulansetransport startet legevaktlege 1 behandling med intravenøs væske. Dette var i tråd med god praksis hos et barn som er dehydrert og har feber. Hun overvåket pasienten og rekvirerte røntgen thorax der hun vurderte at bildene viste bedring fra tidligere undersøkelse XXXXXX.

Legevaktlege 1 var en erfaren barnelege som også hadde god kjennskap til pasienten og hans familie. Hun hadde hatt SMS-kontakt med moren i forkant av konsultasjonen, og var godt kjent med pasientens tilstand de siste dagene. Legevaktlege 1 var i utgangspunktet derfor godt kvalifisert til å vurdere akkurat denne pasientens tilstand.

Selv om pasienten hadde høy feber, så vurderte ikke legevaktlege 1 pasienten som vesentlig mer respirasjonspåvirket enn han pleide å være. Hun mente på dette tidspunktet at pasienten hadde gastroenteritt, men vurderte ham ikke som alvorlig syk. Hun presiserte likevel overfor AMK og AMK-legen/luftambulansелеgen at pasienten måtte innlegges på barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund, og at transporten måtte skje med helikopter. Hun var, slik det fremkommer av den aktuelle lydloggen, imidlertid ikke tydelig på hvor mye det hastet.

Hennes begrunnelse for at transport med luftambulansetransport var nødvendig, var at pasienten hadde ustabile luftveier og problemer med å svelge. Det var risiko for at barnet kunne kaste opp,

aspirere til luftveiene og dermed få alvorlige pusteproblemer under transporten. I tillegg var det kjent at han var svært vanskelig å intubere. En anestesilege måtte i en slik situasjon derfor følge barnet under transporten. Hun anså risikoen for oppkast og pusteproblemer for å være større under en lang biltransport (3,5 timer inkludert en fergestrekning) enn under en kortere helikoptertransport. Statens helsetilsyn slutter seg til legevaktlege 1 sin vurdering og mener at det i den aktuelle situasjonen ville vært uforsvarlig å transportere pasienten med bilambulans fra Kristiansund til Ålesund Sjukehus.

Samtalen mellom AMK-legen/luftambulanslegen og legevaktlege 1 fremstår, slik det fremgår av lydloggen, noe ustrukturert, men inneholdt etter Statens helsetilsyns vurdering tilstrekkelig informasjon om pasientens sykehistorie, aktuelle symptomer og funn til å forsvare behovet for luftambulansetransport. Legevaktlege 1 snakket noe gebrokkent norsk og brukte en del upresise uttrykk for å beskrive pasientens medisinske tilstand («*ekkel*», «*småstivnet*» pustet «*rart*» og var fjern i blikket), men AMK-legen/luftambulanslegen uttrykte overfor Statens helsetilsyn og i politiavhør at han oppfattet legevaktslegen som «*veldig ryddig og kompetent*». Han godkjente da også oppdraget etter den første samtalen, men det fremgår av lydloggen at han likevel var tvilende til om det egentlig var behov for luftambulansetransport. Legevaktlege 1 ble aldri bedt om å utdype behovet for innleggelse og luftambulansetransport nærmere.

Etter at luftambulanslegen hadde godtatt oppdraget, trodde legevaktlege 1 at luftambulansen ville komme. Det tok imidlertid lang tid, og legevaktlege 1 brukte betydelig tid på å argumentere med AMK før de til slutt avlyste oppdraget to timer etter at luftambulans opprinnelig ble rekvirert. Omgjøring av oppdraget ble videreformidlet til legevaktlegen via AMK og ikke av AMK-legen/luftambulanslegen.

Legevaktlege 1 var alene med vaktansvaret for flere kommuner. Bakvaktordningen ved legevakten er ikke tilgjengelig om natten. Samtidig måtte hun bruke betydelig tid på gjentatte telefonsamtaler med AMK som til og med foreslo at hun selv skulle organisere anestesikyndig følge for transport med bilambulans, og finne skriftlig rekvisisjonskjema for eventuell ambulansflytransport. Hun hadde i alt åtte samtaler med AMK som strakk seg over ca. to timer, samtidig som hun måtte ta imot og behandle både den aktuelle pasienten og andre pasienter på legevakten.

Etter Statens helsetilsyns vurdering håndterte legevaktlege 1 kontakten med AMK og AMK-legen/luftambulanslegen i tråd med god praksis. Legevaktlegen formidlet nødvendig informasjon, og var tydelig i sin bestilling om at pasienten måtte legges inn på barneavdelingen i Ålesund, og at transporten måtte skje med luftambulans med kvalifisert overvåkning. AMK og AMK-legen/luftambulanslegens oppfølging av oppdraget blir nærmere vurdert under pkt. 6.3.

Det var praksis ved Kristiansund sjukehus at dårlige barn kunne legges inn på intensivavdelingen i påvente av transport til Ålesund sjukehus. Legevaktlege 1 hadde oppfattet at det var fullt på seksjon for intensiv, uten at hun henvendte seg direkte til anestesilegen som hadde hovedansvar for å skaffe plass, eller gjorde klart for sykepleier på seksjonen at hun trengte plass til et sykt barn. Legevaktlege 1 oppfattet imidlertid ikke tilstanden som så alvorlig at pasienten trengte intensivbehandling. I tillegg vurderte hun at hun hadde mer reell kompetanse i denne situasjonen enn vakthavende anestesilege, ikke minst fordi hun også kjente barnet godt fra tidligere. Anestesilegen som hadde ansvar for pasientene på intensivseksjonen, hadde ikke spesiell kompetanse på kronisk syke barn. Legevaktlege 1

har i ettertid også opplyst at hun var påvirket av at foreldrene skal ha hatt hadde dårlig erfaring med den samme anestesilegen fra et tidligere opphold på seksjon for intensiv. Legevaktlege 1 vurderte derfor at det beste for pasienten var at hun overvåket ham på legevakten i påvente av helikoptertransport.

Allmenntilstanden bedret seg etter at pasienten fikk intravenøs væskebehandling. Dette er ikke uvanlig for barn med gastroenteritt, selv om bedringen kan være midlertidig. Da luftambulansoppdraget ble avlyst, vurderte legevaktlege 1 at pasienten hadde kommet seg så mye at det var forsvarlig at han ble sendt hjem med mor. Innleggelse på seksjon for intensiv ble ikke vurdert som et alternativ. Pasientens tilstand var fremdeles uavklart, men legevaktlege 1 vurderte at pasienten var stabil og i bedring, og at det var forsvarlig å sende ham hjem. Hun viste til at foreldrene var vant til å håndtere pasienten i ulike og krevende situasjoner, og legevaktlege 1 gjorde avtale med mor om tett kontakt og oppfølging.

Mor har i samtale med Statens helsetilsyn sagt at hun aksepterte denne avtalen, da hun forsto at luftambulansetransport ikke var aktuelt. Hun har senere uttalt at hun var svært sliten etter å ha vugget sitt barn i nærmere fem timer ved legevakten, samtidig som hun reagerte på at hun ble involvert i diskusjonen om mulige transportmuligheter.

Pasientens alvorlige grunnsykdom og den uavklarte situasjonen med diffuse symptomer, dårlig allmenntilstand over flere dager, oppkast, diaré og feber, samt mors bekymring i forkant av konsultasjonen, tilsa etter Statens helsetilsyns vurdering at pasienten burde blitt lagt inn i Kristiansund sjukehus for videre overvåking og behandling når det ikke var mulig med luftambulansetransport til Ålesund sjukehus samme natt. De gjentatte episodene med oppkast og pustebesvær de siste tre ukene, tilsa også en særlig aktsomhet knyttet til behovet for innleggelse og nærmere undersøkelser på sykehus. Det vises også til at legevaktlege 1, i lys av at hun var pasientens faste barnelege, burde sett hen til at forhøyet proBNP kunne være uttrykk for en vedvarende belastning på hjertet eller utvikling av hjertesvikt.

Etter vår vurdering burde legevaktlege 1, med sin barnemedisinske kompetanse, tatt høyde for muligheten for at den aktuelle situasjonen, sett i sammenheng med de foregående uker og måneders problemer, kunne være et uttrykk for en forverring av pasientens grunntilstand med utvikling av hjerte- og eller lungesvikt. Med en periode med infeksjon og redusert væskeinntak så kunne en underliggende hjertesvikt bli maskert. Vi vurderer derfor at pasienten burde vært lagt inn på seksjon for intensiv, der helsepersonell hadde mulighet til å overvåke, avklare og eventuelt stabilisere pasienten kontinuerlig over tid, også neste dag hvis det var behov for det. Videre kunne kommunikasjonen om å finne andre transportmuligheter for pasienten til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus, ha blitt ivaretatt av sykehuset.

Etter Statens helsetilsyns vurdering var det utenfor god praksis ikke å legge inn pasienten på seksjon for intensiv for overvåking og eventuelt nærmere avklaring av pasientens tilstand i påvente av luftambulansetransport til Ålesund sjukehus. At mor var svært sliten tilsa også at hun ikke skulle sendes hjem med alt ansvaret alene.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at god praksis vil vært å legge pasienten inn på seksjon for intensiv i påvente av transport. Beslutningen om å sende pasienten hjem var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig og brudd på helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har for øvrig kommet til at den øvrige medisinske behandlingen pasienten fikk av legevaktlege 1 var i tråd med god praksis. Vi vurderer også at håndteringen ved henvendelsen til AMK var i tråd med god praksis.

6.2.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved andre legevaktbesøk natt til søndag?

Statens helsetilsyn har vurdert om legevaktlege 2 ga pasienten forsvarlig helsehjelp på legevakten natt til søndag XXXXXX.

Vurdering

Etter legevaktbesøket fredag kveld hadde pasienten kommet seg, men så blitt dårligere igjen lørdag kveld. Han hadde vært særlig sutrete fra kl. 19.00 om kvelden lørdag XXXXXX og fram til kl. 01.00. Mor var i telefon- og SMS-kontakt med legevaktlege 1 som da ikke hadde vakt, flere ganger i løpet av lørdagen. Ved 00.30-tiden var det igjen kontakt mellom mor og legevaktlege 1. Legevaktlege 1 likte ikke barnegråten hun hørte på telefonen, og foreslo at mor skulle dra til legevakten igjen. Hun kontaktet også vakthavende legevaktlege (legevaktlege 2) og uttrykte sin bekymring for pasienten. Legevaktlege 1 foreslo at legevaktlege 2 burde kontakte Rikshospitalet fordi tilstanden kanskje kunne ha sammenheng med pasientens hjerteproblemer. Legevaktlege 1 opplyste også om at det kunne oppstå respirasjonsproblemer ved eventuell bilambulansetransport og advarte mot dette.

Legevaktlege 2 undersøkte pasienten, og bemerket at pasienten var surklete i pusten, noe mor sa var nokså vanlig. Allmenntilstanden var redusert. Det framgikk av journalen at pasienten hadde vært innlagt to ganger de siste tre-fire ukene på grunn av diaré og oppkast. Han kastet også opp under legevaktkonsultasjonen, og ble da ekstra tett og dårlig respiratorisk. Legevaktlegen vurderte at det var behov for innleggelse i sykehus.

Legevaktlege 2 konsulterte deretter forvakten ved barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus for å diskutere innleggelse av pasienten som øyeblikkelig hjelp. Legevaktlege 2 presenterte sykehistorien, men opplevde at hun ikke fikk støtte for innleggelse. Forvakten på sin side oppfattet legevaktlege 2 som utydelig i sin kommunikasjon, og at de objektive funnene hun beskrev ikke var alarmerende. Forvakten presiserte imidlertid at det var legevaktlege 2 som så pasienten, og derfor hadde det endelige ansvaret for å vurdere om det var behov for innleggelse. Eventuell transportmåte ble også diskutert. Forvakten understreket at det primære spørsmålet var hvorvidt pasienten trengte innleggelse eller ikke, og at spørsmålet om transportmåte var sekundært. Han ga imidlertid uttrykk for at han ikke så behov for helikoptertransport dersom pasienten skulle innlegges.

Legevaktlege 2 regnet med at hun ikke ville få helikoptertransport til pasienten, siden legevaktlege 1 ikke hadde greid det natten før. Legevaktlege 2 valgte da å sende pasienten hjem og videreføre tiltakene med paracetamol og kodein som var ordinert av legevaktlege 1 samme natt. Legevaktlege 2 kontaktet imidlertid aldri selv AMK for å be om luftambulansetransport.

Legevaktlege 2 hadde et selvstendig ansvar for å vurdere pasienten. Da pasientens mor oppsøkte legevakten midt på natten fordi hun mente pasienten var alvorlig syk, var det grunn til å ta dette alvorlig. Pasienten hadde kastet opp flere ganger de siste dagene, og legevaktlege 2 observerte selv at han aspirerte og fikk pusteproblemer da han kastet opp på legevakten. Indikasjonen for øyeblikkelig-hjelpinnleggelse i sykehus var derfor helt klar. Legevaktlege 1 sin uttalte bekymring på dette tidspunkt, og det faktum at det dreide seg om andre gangs kontakt med legevakten på ett døgn, er faktorer som burde ført til ytterligere skjerpet

aktsomhet hos legevaktlege 2. At hun ikke kjente pasienten fra før og følte seg usikker, skulle tilsi et særlig behov for at pasienten ble undersøkt på høyere nivå.

Statens helsetilsyn vurderer at legevaktlege 2 ikke i tilstrekkelig grad klarte å formidle til forvakten ved barneavdelingen på Ålesund sjukehus hvorfor hun mente at pasienten skulle legges inn, og at det var risiko for livstruende luftveisproblemer. Det var legevaktlege 2 som så pasienten, og det var derfor hennes ansvar både å sørge for innleggelse når hun faktisk vurderte at dette var nødvendig, og å rekvirere den typen transport hun mente var nødvendig. Hun skulle derfor kontaktet AMK og bedt om luftambulansetransport. Dersom ikke dette lot seg gjøre, skulle hun lagt pasienten inn på seksjon for intensiv i Kristiansund i påvente av slik transport. Der hadde kompetent helsepersonell kunnet observere pasienten nærmere, og sette i gang eventuell nødvendig behandling i påvente av forsvarlig transport.

Delkonklusjon

Oppfølgingen pasienten fikk av legevaktlege 2 ved Kristiansund og omegn legevakt var ikke i tråd med god praksis. Pasientens sykehistorie de siste dagene og nedsatte allmenntilstand skulle tilsi rekvirering av øyeblikkelig hjelp innleggelse i barneavdeling, alternativt innleggelse på seksjon for intensiv. Avviket fra praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4. Selv om legevaktlegen var påvirket av diskusjonen med forvakten i Ålesund, hadde hun et selvstendig og endelig ansvar for å vurdere hvorvidt pasienten trengte innleggelse på sykehus.

6.2.4 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved tredje legevaktbesøk dagtid søndag?

Statens helsetilsyn har vurdert om legevaktlege 1 ga pasienten forsvarlig helsehjelp på legevakten dagtid søndag XXXXXX.

Vurdering

Legevaktlege 1, som også var pasientens faste barnelege, mistenkte etter telefonsamtalen med mor søndag morgen, at barnet var alvorlig sykt. Hun sendte derfor drosje for å hente mor og pasienten til legevakten. Da pasienten ankom, ble mistanken om at det forelå en alvorlig tilstand bekreftet. Tilstanden var betydelig forverret siden legevaktlege 1 sist så pasienten natt til lørdag, XXXXXX.

Kort etter ankomsten på legevakten falt pasientens oksygenmetning til 60–70 %. Han fikk umiddelbart oksygentilførsel, inhalasjon med racemisk adrenalin, væske intravenøst og ble midlertidig noe bedre.

Luftambulansetransport til barne- og ungdomsavdelinga ved Ålesund sjukehus var bestilt, men luftambulansen kunne ikke komme grunnet dårlig flyvær. Pasienten ble derfor i henhold til praksis ved Kristiansund sjukehus, flyttet til seksjon for intensiv for overvåking og behandling i påvente av luftambulansetransport. Legevaktlege 1 og vakthavende anestesilege samarbeidet om behandlingen av pasienten.

Statens helsetilsyn vurderer at legevaktlege 1 handlet i tråd med god praksis da hun tilkalte anestesilege og la inn pasienten på seksjon for intensiv i denne situasjonen.

På seksjon for intensiv fikk pasienten videre stabiliserende behandling av legevaktlege 1 og anestesilegen i samarbeid. Se nærmere under pkt. 6.3.

Statens helsetilsyn merker seg at legevaktlege 1 raskt erkjente at pasienten var alvorlig syk da han kom til legevakten søndag XXXXXX. Hun mobiliserte nødvendige ressurser, og tilkalte en bakvakt som kunne ta over legevaktsarbeidet, slik at hun som kjente pasienten godt kunne ta seg av pasienten. Samtidig varslet hun vakthavende anestesilege som skaffet plass på intensiv, og hun kontaktet AMK for å rekvirere luftambulansetransport.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn vurderer at den oppfølgingen pasienten fikk av legevaktlege 1 ved Kristiansund og omegn legevakt søndag XXXXXX, var i tråd med god praksis.

6.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Helse Møre og Romsdal HF?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at Helse Møre og Romsdal HF v/AMK Møre og Romsdal, ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Når det gjelder helsehjelpen som ble gitt av barneavdelingen ved Ålesund sjukehus og seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus, er vi kommet til at helsehjelpen var forsvarlig.

Vi vil nedenfor redegjøre for våre vurderinger av de ulike fasene av den helsehjelpen som ble gitt av Helse Møre og Romsdal HF. Dette innebærer en vurdering av helsehjelpen som ble gitt av AMK Møre og Romsdal, barneavdelingen ved Kristiansund og Ålesund sjukehus og intensivavdelingen ved Kristiansund sjukehus.

6.3.1 Ble første gangs henvendelse fra legevakten til AMK Møre og Romsdal fredag kveld/natt til lørdag forsvarlig håndtert?

Legevaktlege 1 brukte mye tid og ressurser på å få rekvirert luftambulanset fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX, noe hun ikke lyktes med. Vi vil nedenfor vurdere AMK sin håndtering av legevaktlege 1 sin henvendelse. Dette innebærer også en vurdering av den helsehjelpen som ble gitt av vakthavende AMK-lege/luftambulanslegen.

AMK sin håndtering av samtidighetskonflikten

God praksis

I spørsmålet om AMK sin håndtering av de ulike henvendelsene/oppdragene i det aktuelle tidsrommet er følgende spesielt relevant:

Retningslinjer fra Helseforetakenes Nasjonale Luftambulansetjeneste (ANS) 2009, «*Retningslinjer for bestilling av luftambulansetjeneste*», er gjeldende nasjonal retningslinje. Disse beskriver hva som er god faglig praksis ved bestilling av luftambulansetjeneste. Retningslinjene er primært ment for AMK-sentraler og annet helsepersonell som i kraft av sin stilling kan rekvirere luftambulansetjeneste. Det forutsettes i retningslinjen at AMK-sentralene skal utarbeide spesifikke prosedyrer for sine arbeidsområder. Foretakets egne prosedyrer skal med dette understøtte anbefalingene som er gitt i de nasjonale retningslinjene.

Det fremkommer av den nasjonale retningslinjen at luftambulansetjeneste kan brukes når det foreligger sykdom som krever rask og/eller spesialisert overvåking, akuttmedisinsk behandling og transport. Luftambulansetjeneste kan også brukes i situasjoner hvor tidsfaktoren ikke er avgjørende, men hvor bruk av bilambulansetjeneste eller ambulansetjeneste vurderes å representere en uakseptabel fysisk eller psykisk belastning for pasienten. Det anføres videre at dersom lege eller jordmor rekvirerer luftambulansetjeneste, skal oppdraget ikke avvises før luftambulansetjeneste- eller AMK-legen har konferert med denne.

Prosedyrene «*Rekvirering av luftambulanse*» (ID 10830) og «*Koordinering av ambulanshelikopter - AMK Sunnmøre*» (ID 21917) som Statens helsetilsyn mottok fra Helse Møre og Romsdal HF som gjeldende på hendelsestidspunktet, bygger på retningslinjene fra Luftambulansetjenesten ANS 2009.

Retningslinjene fra Luftambulansetjenesten ANS og Helse Møre og Romsdal HF, sier følgende om samtidighetskonflikter:

«Ved samtidighetskonflikter, usikkerhet om hvilket helikopter som er nærmest eller uenighet mellom helikoptertjenestene om hvem som skal utføre oppdraget, avgjør LA lege i konferansesamtale hvem som tar oppdraget. Alle parter som blir involvert skal så fremt som mulig og hensiktsmessig kobles opp i konferanse av AMK».

Når luftambulanse er rekvirert og oppdraget er akseptert, har AMK ansvar for å sørge for at oppdraget blir utført: *«Hvis rekvirerte helikopter er opptatt eller av annen grunn ikke kan ta oppdraget, har AMK ansvar for å rekvirere annen ressurs helst via konferansekopling».* I retningslinje for koordinering av ambulanshelikopter - AMK Sunnmøre (nå AMK Møre og Romsdal, ID 21917) tydeliggjøres dette ytterligere: *«Hvis LA Ålesund ikke er tilgjengelig er det AMK Sunnmøre (nå AMK Møre og Romsdal) sitt ansvar å skaffe annen luftambulanse».* Dette innebærer at det kan benyttes annen luftambulanse, som luftambulansen i Trondheim eller på Dombås. I tillegg kan luftambulansen i Førde, redningshelikopteret i Florø eller Ørland benyttes.

I følge ledelsen i Helse Møre og Romsdal HF gjelder retningslinjen «*Transport av kritisk syke/skadde pasienter i forbindelse med vakt samarbeid*» (ID 17359) også for transport av alvorlig syke barn fra Kristiansund og omegn legevakt til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus når barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus er stengt. Retningslinjen sier at det primært skal brukes luftambulanse til disse transportene, sekundært bilambulanse. Vakthavende sykehuslege/legevaktlege definerer behovet, og rekvirerer transport gjennom AMK Møre og Romsdal.

Vurdering

Statens helsetilsyn vurderer at det var i tråd med god praksis å bruke luftambulanse for å transportere et lite barn med en så kompleks tilstand fra Kristiansund til Ålesund sjukehus selv om barnet var stabilt før avreise. Pasientens hjerte-/lungeproblemer, sykehistorie med akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans og risiko for aspirasjon av mageinnhold til lungene, understøtter dette.

Da sykepleieren på legevakten rekvirerte helikopter kl. 23.00 fredag XXXXXX, ble legevaktlegen satt i konferanse med AMK-legen/luftambulanselegen ved AMK Møre og Romsdal. AMK-operatøren var i medlytt under samtalen. Etter at oppdraget var akseptert, ble imidlertid luftambulansen omdirigert til annet oppdrag med høyere hastegrad. Andre ressurser enn bilambulanse ble ikke tilbudt fra AMK Møre og Romsdal før ca. en time etter at oppdraget var mottatt. Da tok AMK-operatøren kontakt med legevaktlege 1, og spurte henne om hun syntes de skulle rekvirere luftambulanse fra Trondheim.

Det fremgår tydelig av retningslinjene at når luftambulanse er rekvirert og oppdraget er akseptert, så har AMK ansvar for å sørge for at oppdraget blir utført. Det vil si å aktivere en annen transporttjeneste dersom dette er mulig. Dette er altså AMK Møre og Romsdal sitt ansvar, ikke legevaktlegens. I det aktuelle tilfellet hadde AMK forberedt for bilambulansetransport, men tok ikke selv initiativ til å aktivere noen annen

luftambulansetjeneste til tross for at oppdraget var akseptert av luftambulansenlegen, og at legevaktlegen var svært tydelig på at biltransport ikke var forsvarlig for denne pasienten.

Det fantes flere luftambulansetjenester innenfor akseptabel avstand: luftambulansen på Dombås, luftambulansen i Trondheim og luftambulansen i Førde, samt redningshelikoptrene på Ørland flystasjon og Florø flystasjon. At disse ikke umiddelbart ble forespurt om å ta oppdraget da helikoptret stasjonert i Ålesund ble forhindret, var derfor etter Statens helsetilsyns vurdering ikke i tråd med god praksis. AMK opplyser i ettertid at de av kartsystemet kunne se at helikoptrene på Dombås og i Trondheim var opptatt. Dette fritar etter Statens helsetilsyns mening ikke AMK Møre og Romsdal for å kontakte disse luftambulansetjenestene ettersom AMK Møre og Romsdal ikke kunne vite hvilken prioritet disse oppdragene eventuelt hadde, eller hvor lenge helikoptrene ville bli opptatt.

Statens helsetilsyn vil imidlertid bemerke at AMK-operatørens arbeidssituasjon synes å ha blitt vanskeliggjort i betydelig grad av AMK-legen/luftambulansenlegens gjentatte beskjeder om at bilambulansetransport måtte iverksettes samtidig som legevaktlegen på den andre siden, var helt klar på at bilambulansetransport ikke var aktuelt for denne pasienten.

På forespørsel om mulighet for å bruke ambulansefly fikk legevaktlege 1 først beskjed fra AMK Møre og Romsdal om at hun måtte sende en skriftlig bestilling, men ble deretter satt i konferanse med flylegen. Først etter denne samtalen ble luftambulansen i Trondheim og luftambulansen på Dombås kontaktet.

På bakgrunn av at AMK Møre og Romsdal har koordineringsansvar for ambulanseflyet i Ålesund, burde de kjenne rutine for rekvirering av denne tjenesten. Skriftlig bestilling kan kanskje være aktuelt ved planlagte sekundæroppdrag, men ikke ved primæroppdrag ved øyeblikkelig hjelp. I henhold til nevnte retningslinje var det korrekt å sette legevaktlege 1 i konferanse med legen på ambulanseflyet.

Da luftambulansen på Dombås ble forespurt om å ta oppdraget, stod Ålesund-helikoptret i Ålesund, og det var en mulighet for at det kunne bli ledig i løpet av relativt kort tid. Luftambulansenlegen på Dombås fant derfor, etter å ha konferert med legevaktlege 1, at det av ressursmessige hensyn var mest hensiktsmessig å avvente en avklaring av status for Ålesund-helikoptret. I den aktuelle situasjonen var dette slik Statens helsetilsyn ser det, en korrekt beslutning.

Da status for Ålesund-helikoptret fremdeles ikke var avklart ca. 90 minutter etter at oppdraget ble mottatt, valgte AMK Møre og Romsdal å varsle AMK Oslo. AMK Oslo varslet deretter Dombås om at de måtte ta oppdraget. Legevaktlege 1 fikk beskjed om at luftambulansen ville komme.

AMK Oslo ønsket imidlertid å avvente situasjonen for Ålesund-helikoptret i ytterligere ca. 20 minutter. Beslutningen om dette ble tatt av AMK-operatørene i Oslo og Møre og Romsdal. AMK-leger/luftambulansereger var ikke involvert i denne vurderingen/beslutningen.

Statens helsetilsyn vurderer at dette var utenfor god praksis, men ikke uforsvarlig. Årsaken til det var at forsinkelsen var tidsavgrenset, og at legevaktlege 1 ved Kristiansund og omegn legevakt ga uttrykk for at pasienten var stabil og at hun hadde situasjonen under kontroll.

Omkring to timer etter at legevaktlege 1 rekvirerte luftambulansse, ble imidlertid luftambulansseoppdraget avlyst av AMK Møre og Romsdal. Årsaken fremgår ikke av lydloggen. Legevaktlege 1 fikk kun beskjed om at Dombås-helikopteret ikke kunne ta oppdraget. Deretter ringte AMK Møre og Romsdal til AMK Oslo og avbestilte luftambulansen fra Dombås under henvisning til at transporten ikke var nødvendig. Både legevaktlege 1 og AMK Oslo ble derfor feilinformert.

AMK-legen/luftambulansselegen var innom AMK Møre og Romsdal like før dette skjedde. Han ga beskjed om at det ikke var aktuelt for noen luftambulansse å ta oppdraget, fordi det ville forbruke mye flytid, og fordi han mente det ikke var nødvendig at oppdraget ble gjennomført med helikopter.

Statens helsetilsyn mener at AMK Møre og Romsdals håndtering av samtidighetskonflikten samlet sett ikke var i tråd med god praksis eller virksomhetens egne prosedyrer.

Da det oppstod en samtidighetskonflikt for luftambulansen, sørget AMK Møre og Romsdal ikke på eget initiativ for at alternative transportmuligheter ble utredet. I det aktuelle tilfellet ble AMK-operatørens arbeidssituasjon vanskeliggjort av AMK-legen/luftambulansselegens vurdering. Det er likevel AMK sitt ansvar å sørge for at et akseptert oppdrag blir utført, og å finne alternative løsninger ved samtidighetskonflikter. Oppdrag skal heller ikke avvises uten at AMK-legen/luftambulansselegen har konferert med rekvirerende lege. At AMK Møre og Romsdal feilinformerte AMK Oslo og legevaktlege 1 var kritikkverdig.

Anestesiavdelingen ved Ålesund sjukehus påpeker i ettertid at AMK og AMK-legens vurderinger ble vanskeliggjort av at legevaktlege 1 blandet sin rolle som legevaktlege og barnelege med særlig kjennskap til barnet. Statens helsetilsyn vil bemerke at i dette tilfellet burde det at legevaktlegen også var barnelege og kjente pasienten godt, ha ført til at AMK og AMK-legen lyttet *mer*, ikke mindre, til hennes vurdering.

Det er ikke utenfor god praksis at AMK bruker noe tid på å avklare hvilken ressurs som kan utføre oppdraget når det oppstår samtidighetskonflikter og pasienten er rimelig stabil. Det er imidlertid utenfor god praksis at ikke AMK på eget initiativ undersøker muligheten for å bruke et annet helikopter når oppdraget faktisk er akseptert i første omgang, og legevaktlegen mener dette er nødvendig. Det er også utenfor god praksis å avlyse et oppdrag når ressurs faktisk var tilgjengelig, og i tillegg gi rekvirenten uriktige opplysninger om årsaken til avlysningen.

Delkonklusjon

AMKs håndtering av samtidighetskonflikten var ikke i tråd med god praksis eller virksomhetens egne prosedyrer. Avvikene fra god praksis er samlet sett så store at Statens helsetilsyn vurderer håndteringen fra AMK fredag kveld/natt til lørdag XXXXXX som uforsvarlig.

AMK-legen/luftambulansselegens håndtering av første henvendelse fra legevakten til AMK

God praksis

I spørsmålet om AMK-legen/luftambulansselegens håndtering av oppdraget er følgende spesielt relevant:

I retningslinjene fra ANS for luftambulansetjenesten angis det følgende: «*Vakthavende lege ved luftambulansen har endelig beslutningsmyndighet for bruk. Dette skjer på grunnlag av medisinske vurderinger hvor også ressursituasjonen og forhold knyttet til forventet helsegevinst blir ivaretatt*». Litt senere i dokumentet fremkommer det at fartøysjefen (piloten) kan overprøve denne beslutningen av flyoperative årsaker. Ansvarsforholdene bekreftes i retningslinjer som Statens helsetilsyn har mottatt fra helse Møre og Romsdal HF: ID 10830 («*Rekvirering av luftambulanse*») og ID 21917, «*Koordinering av ambulanshelikopter – AMK Sunnmøre*») ID 21917.

Ved samtidigetskonflikt har AMK-legen/luftambulanselegen fortsatt ansvaret i forhold til det oppdraget som må avvises, idet han/hun skal bidra til at en annen luftambulanse aktiveres. Dette gjelder også dersom værforhold gjør at luftambulansen ett sted må avvise et oppdrag som andre muligens kunne overtatt.

Vurdering

Ut fra gjeldende retningslinjer er det altså luftambulanselegen som har det endelige ansvaret for å avgjøre om luftambulansen skal ta et oppdrag, unntatt dersom flyoperative forhold tilsier noe annet. Ved AMK Møre og Romsdal er vakthavende luftambulanselege også vakthavende lege på AMK. Det går ikke eksplisitt fram av retningslinjen «*Vakthavende AMK-lege, AMK Møre og Romsdal*» (ID 21305) at AMK-legen er overordnet AMK-operatør når det gjelder medisinske vurderinger og prioriteringer, men Statens helsetilsyn vurderer likevel at gjeldende retningslinjer til sammen understøtter at ansvarsforholdet er slik, og at både AMK-operatørene og AMK-legen burde være klar over dette.

AMK-legen/luftambulanselegen i AMK Møre og Romsdal var kjent med at barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus var helgestengt. Han visste derfor at barn som ble akutt syke i helgene måtte transporteres til Ålesund sjukehus. Han burde også vært kjent med helseforetakets retningslinje om transport (ID 17359) som sier at det primært skal brukes luftambulanse til disse transportene. Ettersom ledelsen i AMK opplyser til Statens helsetilsyn at denne retningslinjen ikke var kjent for AMK, kan det imidlertid heller ikke forutsettes at den var kjent for AMK-legen. Både AMK-legen og de medisinske operatørene forutsatte at legevaktlege 1 kunne skaffe kvalifisert følge til eventuell bilambulansetransport, hvilket de burde visst ikke var praktisk mulig selv om de ikke kjente til foretakets retningslinje om transport av kritisk syke/skadde pasienter.

AMK-legen/luftambulanselegen ville ikke gi noe tidspunkt for når luftambulansen kunne tenkes å bli ledig, men gjentok ved alle kontakter med AMK at de måtte iverksette biltransport til tross for at helikopteroppdraget var akseptert. Han syntes på et tidlig tidspunkt å ha bestemt seg for dette til tross for at han kjente sykehistorien og så varseltrekanten i AMIS, og til tross for at legevaktlege 1, som opplyste at hun kjente barnet godt som barnelege ved Kristiansund sjukehus, var tydelig på at bilambulanse ikke var aktuelt for denne pasienten. At AMK-legen/luftambulanselegen var negativ til bruk av annen luftambulanse, skapte utvilsomt en vanskelig situasjon, ikke bare for pasienten, pårørende og legevaktlege 1, men også for AMK-operatørene som skulle koordinere oppdraget.

Legevaktlege 1 på sin side betonet i samtalen med AMK-legen/luftambulanselegen at pasienten var stabil, og at hun hadde kontroll med situasjonen i øyeblikket. Dette kan ha skapt tvil om berettigelsen av å bruke luftambulanse, noe også AMK-legen/luftambulanselegen har bekreftet i politiavhør. Han ga imidlertid uttrykk for at han oppfattet legevaktlege 1 som «*meget ryddig og kompetent*» da de snakket sammen, og de opplysninger han fikk, tilsa etter

Statens helsetilsyns mening at luftambulansetransport var nødvendig. Legevaktlege 1 var også svært tydelig på at det var nødvendig med luftambulansetransport. Hun gjentok flere ganger at bilambulanse ikke var aktuelt for denne pasienten. AMK-legen/luftambulansen etter spurte ikke ytterligere opplysninger om hvorfor legevaktlegen mente bilambulanse var uaktuelt. På denne bakgrunnen burde AMK-legen/luftambulansen etter Statens helsetilsyns vurdering, ha akseptert at det forelå et reelt behov for lufttransport.

Det kan synes som om det var AMK-legen/luftambulansenes inngripen som til slutt hindret at luftambulansen på Dombås faktisk ble brukt. Han tok denne avgjørelsen uten å konferere med vakthavende luftambulansenlege på Dombås, og uten å konferere med legevaktlege 1. Dette er ikke i tråd med god praksis og heller ikke i henhold til foretakets egne retningslinjer.

AMK-legen/luftambulansen fulgte ikke Luftambulansetjenesten ANS sine retningslinjer for rekvirering og koordinering av luftambulanse. Han tok avgjørelser uten å konferere med legevaktlege 1 direkte, og satte med dette AMK-operatørene i en vanskelig arbeidssituasjon. AMK-legen/luftambulansen bidro på denne måten til at AMK Møre og Romsdal feilinformerte både legevaktlege 1 og AMK Oslo fredag XXXXXX.

Delkonklusjon

AMK-legen/luftambulansenes håndtering av oppdraget som gjaldt transport av et barn fra Kristiansund til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus, var ikke i tråd med god praksis. Avviket er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

6.3.2 Ble andre gangs henvendelse fra legevakten til AMK Møre og Romsdal dagtid søndag forsvarlig håndtert?

Søndag XXXXXX ble AMK Møre og Romsdal på ny kontaktet av legevaktlege 1, da pasientens tilstand var betydelig forverret. AMK-lege/luftambulansenlege var den samme som ved forrige henvendelse på fredagen. AMK ga beskjed om at de ikke kunne ta oppdraget på grunn av dårlig flyvær. Vi vil nedenfor vurdere om henvendelsen fra legevaktlege 1 ble forsvarlig håndtert av AMK søndag XXXXXX. Dette innebærer også en vurdering av den helsehjelpen som ble gitt av vakthavende AMK-lege/luftambulansen.

God praksis

I spørsmålet om AMK Møre og Romsdal sin håndtering av oppdraget søndag XXXXXX, er følgende spesielt relevant:

Når luftambulansen er rekvirert og oppdraget er akseptert, har AMK ansvar for å sørge for at oppdraget blir utført. Det følger av foretakets egne retningslinjer at dersom rekvirerte helikopter er opptatt eller av annen grunn ikke kan ta oppdraget, har AMK ansvar for å rekvirere annen ressurs. Det er AMK sin plikt å ha oversikt over hvilke ressurser som finnes, det vil si ambulanshelikoptre, ambulansfly, redningshelikoptre og bilambulanser, og å finne alternative løsninger ved samtidighetskonflikter og dårlige værforhold.

Vurdering

Søndag XXXXXX stod Ålesund-helikopteret på bakken i Ålesund på grunn av dårlig vær, og ambulansflyet var opptatt. Alternative transportmuligheter skulle da vært vurdert ved at annen luftambulansen eller redningshelikopter fra Ørland flystasjon eller Florø flystasjon ble forespurt om å ta oppdraget. Dette burde skjedd umiddelbart, og uten at helsepersonell utenfor AMK selv måtte ta initiativet ved å foreslå slik alternativ transport. AMK-legen/luftambulansen bidro heller ikke aktivt med å finne alternative løsninger for transport. Han har opplyst til Statens helsetilsyn at han umiddelbart etter samtalen med AMK

og legevaktlege 1 søndag formiddag tok kontakt med piloten på luftambulansen i Ålesund, som informerte om at været sannsynligvis ville bli bedre, og at transporten muligens kunne utføres i løpet av et par timer. Han informerte imidlertid ikke legevaktlegen om dette. Transportbehovet var på dette tidspunktet også akutt.

Delkonklusjon

AMK sin håndtering av oppdraget søndag XXXXXX, var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra god praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig.

AMK-legen/luftambulanselegens håndtering var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra god praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

6.3.3 Ble henvendelsen fra legevakten til barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund natt til søndag forsvarlig håndtert?

Legevaktlege 2 henvendte seg til forvakten ved barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund for å få råd i forbindelse med det andre legevaktbesøket natt til søndag. Dialogen mellom legevaktlege 2 og forvakten ved Ålesund sjukehus var derfor sentral for vurderingen av pasientens behov for videre oppfølging på barneavdeling. Nedenfor vil vi vurdere barneavdelingens håndtering av henvendelsen fra legevaktlege 2 natt til søndag XXXXXX.

God praksis

I spørsmålet om henvendelsen fra legevaktslege 2 ble forsvarlig håndtert er følgende spesielt relevant: I tilfeller der barn har en kronisk alvorlig sykdom, og der transportavstanden er lang, bør terskelen for å legge inn barnet være lavere enn i andre situasjoner der et barn blir akutt sykt. Det må derfor være lav terskel for innleggelse i Ålesund sjukehus for kronisk alvorlig syke barn som bor langt unna sykehuset.

Etter omleggingen til femdøgnsdrift var det lagt opp til at innleggende lege i samarbeid med vakthavende lege ved mottaksavdelingen skulle vurdere om transporten kunne skje med privatbil/drosje, eller om det var behov for bilambulanse eller ambulansefly/luftambulanse. Det var etablert praksis at små barn med ustabile luftveissituasjoner måtte overflyttes med luftambulanse der anestesilege er med.

Transport og overflytting mellom sykehus kan være krevende, og er kjente risikosituasjoner. Ofte vil avdelinger ha instruks om at bakvakt skal involveres i slike vurderinger, fordi de krever mer inngående kjennskap til lokale forhold og logistikk enn det man kan forvente av alle forvakter.

Vurdering

Forvakten ved Ålesund sjukehus kjente til barnet fra telefonkontakten natten før. Han hadde også lest pasientjournalen.

I lys av beskrivelsen fra legevaktlege 2 sammenholdt med at legevaktslege 1 hadde sendt pasienten hjem natten før, fant ikke forvakten det foruroligende at pasienten ikke ble lagt inn. Forvakten var imidlertid overfor legevaktlege 2 åpen for at barnet kunne komme til Ålesund sjukehus. Forvakten forsøkte å strukturere samtalen for å få klarhet i hvor alvorlig situasjonen var.

Av det som fremkommer av samtalene, journalnotatene og politiavhørene, kan det se ut som om de to legene har snakket forbi hverandre. Legevaktlege 2 og forvakten i Ålesund har oppfattet det som ble sagt i samtalen ulikt. Forvakten oppfattet at legevaktlegen bare var

opptatt av transporten, og ikke av å utdype sykehistorien og de kliniske funnene hos pasienten. Legevaktlegen oppfattet at forvakten avviste både innleggelse og luftambulansetransport for barnet.

Av pasientjournalen fremgikk det at dette var et lite barn med en sammensatt sykehistorie som hadde hatt flere alvorlige luftveiskomplikasjoner. Pasienten hadde en kjent komplisert medisinsk tilstand og ble på konfereringstidspunktet opplevd som så uavklart at legevaktlegen ønsket å legge inn pasienten. Forvakten hadde kunnskap om at pasienten var vurdert til å trenge innleggelse natten før. Etter Statens helsetilsyns vurdering burde forvakten i den aktuelle situasjonen gitt tydelig støtte i sin kommunikasjon med legevaktlege 2 for å få lagt inn pasienten.

Selv om ikke forvakten avviste innleggelsen, kan det virke som om dialogen mellom barnelegen og legevaktlege 2 om transportmåte bidro til å ta fokus bort fra spørsmålet om pasientens behov for videre oppfølging på barneavdeling. Selv om kommunikasjonen rundt pasientens tilstand var utydelig og vag, tilsa pasientens vedvarende uavklarte situasjon og tilbakevendende luftveisproblematikk at pasienten burde vært innlagt på barneavdelingen. Forvakten burde derfor ha satt seg bedre inn i de opplysningene som var journalført om pasienten.

Delkonklusjon

Håndteringen av telefonhenvendelsen til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus natt til XXXXXX var ikke i tråd med god praksis. Avviket fra praksis er imidlertid ikke så stort at vi vurderer håndteringen som uforsvarlig. Vi har lagt vekt på at forvakten ikke direkte avviste innleggelsen, og at han ifølge eget journalnotat presiserte at det var legevaktlege 2, som så pasienten, som måtte ta den endelige avgjørelsen.

6.3.4 Fikk pasienten forsvarlig behandling og oppfølging på seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus dagtid søndag, før helikoptertransporten?

Pasienten ble innlagt på seksjon for intensiv søndag XXXXXX kl. 13.30. Pasienten hadde først blitt undersøkt på legevakten, og var på forhånd blitt meldt til seksjon for intensiv av legevaktlege 1. Vi vil nedenfor vurdere om pasienten fikk forsvarlig behandling og oppfølging på intensivavdelingen søndag XXXXXX, før helikoptertransporten.

God praksis

I spørsmålet om overvåkingen og oppfølgingen ved Kristiansund sjukehus i det aktuelle tidsrommet er følgende spesielt relevant:

Dersom en pasient har behov for akuttmedisinsk overvåking eller behandling i påvente av transport, er praksis ved Kristiansund sjukehus at pasienten observeres og behandles på intensivavdelingen. Retningslinjen skal sikre at barn og ungdom opp til 18 år med akutt medisinsk sykdom får vurdering og behandling på rett nivå ved Kristiansund og omegn legevakt og Kristiansund sjukehus.

Før enhver transport er det viktig å stabilisere pasienten for å unngå at det tilkommer komplikasjoner under transporten. Dersom det ikke er kontraindikasjoner, vil det generelt være lav terskel for intubasjon av pasienter med respirasjonssvikt før lufttransport. Ved symptomer på respirasjonssvikt, spesielt hos barn, vil «*føre var prinsippet*» som regel gjelde, ettersom det er betydelig vanskeligere å intubere pasienter i et helikopter under transport enn i sykehus. Den enkelte lege må likevel i hvert enkelt tilfelle vurdere risikoen ved å intubere og

legge pasienten på respirator før transport, mot risikoen ved å gjennomføre transporten uten full kontroll over luftveiene.

Vurdering

Pasienten ble flyttet til seksjon for intensiv for overvåking og behandling i samarbeid mellom legevaktlege 1 og vakthavende anestesilege i påvente av transport.

På seksjon for intensiv fikk pasienten stabiliserende behandling av legevaktlege 1 og anestesilegen i samarbeid. Under oppholdet på intensiv fikk pasienten økende respirasjons- og sirkulasjonsproblemer. Han ble kortvarig ventilert med bag/maske og fikk senere ventilasjonsstøtte med CPAP på Neopuff. Oksygentilførselen måtte økes til 100 %. I tillegg fikk han adrenalin og steroider intravenøst. Pasienten virket stiv og fjern, og fikk også midazolam intravenøst på mistanke om at det kunne skyldes «*noe epileptisk*».

Opplysninger om tidligere intubasjonsproblemer hos pasienten medførte at terskelen for å forsøke og intubere pasienten i Kristiansund var svært høy. På det aktuelle tidspunktet pustet pasienten selv med noe støtte av Neopuff. Det forelå også opplysninger om at han var lett å ventilere. Sannsynligheten for at legene skulle lykkes med intubasjon hos denne pasienten uten spesialutstyr og rett kompetanse, var svært liten. Intubasjon av barnet før avreise kunne i dette tilfelle også medføre fare for pasientens liv.

Beslutningen om å unnlate å intubere barnet før transport, var etter Statens helsetilsyns vurdering forsvarlig i den aktuelle situasjonen. At helikopterlegen likevel gjorde to forsøk da pasienten fikk akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans, var etter vår vurdering korrekt. På dette tidspunktet var situasjonen svært kritisk, og det var da riktig å likevel forsøke intubasjon.

Når en pasient har et alvorlig luftveisproblem, og det er kjent at vedkommende er vanskelig å intubere, må det forventes at livstruende respirasjonsproblemer kan oppstå akutt. Det bør da legges en plan for hvordan en akutt situasjon skal håndteres mens pasienten er i rolig fase, det vil si før problemene oppstår. Det gjelder spesielt når pasienten er et lite barn. I det aktuelle tilfellet kunne legene ha vurdert å gjøre en forebyggende trakeotomi (innleggelse av kanyle gjennom åpning i luftrøret). Da kunne pasienten fått umiddelbar pustestøtte ved hjelp av bag eller respirator via kanylen i luftrøret, og legen ville unngått problemet med intubasjon hos denne pasienten. En slik prosedyre krever narkose og må utføres av leger med kirurgisk og anesthesiologisk spesialkompetanse på luftveier hos små barn. Slik kompetanse finnes stort sett bare på universitetssykehusene. Dessuten er heller ikke denne prosedyren komplikasjonsfri.

Det kunne derfor ikke forventes at legene som behandlet pasienten i Kristiansund skulle utføre en slik prosedyre før helikoptertransporten. At de likevel prøvde som en siste utvei etter at pasienten hadde fått akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans, har Statens helsetilsyn kommet til at var forsvarlig.

Legevaktlege 1 eller anestesilegen kunne vurdert å legge inn en arteriekanyle for invasiv blodtrykksmonitorering mens de ventet på redningshelikopteret. De var imidlertid hele tiden opptatt av å behandle pasientens respirasjonsproblemer slik at etablering av invasiv monitorering ikke ble prioritert. Statens helsetilsyn slutter seg til denne prioriteringen.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn vurderer at beslutningen om å transportere barnet uten å intubere ham først, men med non-invasiv ventilasjonsstøtte med Neopuff, var forsvarlig i den aktuelle situasjonen.

Oppfølgingen pasienten fikk ved intensivavdelingen på Kristiansund sjukehus søndag XXXXXX fram til helikoptertransporten, var, gitt de eksisterende forholdene, i tråd med god praksis og gjeldende retningslinjer. Se pkt. 6.4 nedenfor om den videre oppfølgingen av pasienten.

6.4 Fikk pasienten forsvarlig behandling fra Helse Møre og Romsdal HF og Norsk luftambulans AS/330 Skvadron Ørland i tidsrommet fra redningshelikopterets ankomst og frem til pasienten døde?

Statens helsetilsyn har i sin konklusjon kommet fram til at helsepersonellet på intensivavdelingen ved Kristiansund sjukehus og Norsk luftambulans AS/330 Skvadron Ørland, ga forsvarlig helsehjelp i forbindelse med helsehjelpen som ble gitt etter redningshelikopterets ankomst. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

Alle de tilstedeværende helsepersonell (anestesilegene, barnelegen og sykepleierne) samarbeidet om den helsehjelpen som ble gitt pasienten i dette kritiske tidsrommet. Nedenfor vil vi vurdere den helsehjelpen som ble gitt av helsepersonell før under og etter helikoptertransporten søndag XXXXXX. Handlingene til alle involverte helsepersonell vil inngå i denne vurderingen.

6.4.1 Fikk pasienten forsvarlig overvåking i forbindelse med helikoptertransporten søndag XXXXXX?

God praksis

Hensikten med overvåking av alvorlig syke pasienter er å sikre livsviktige funksjoner. Aller viktigst er overvåking av respirasjon og sirkulasjon. Overvåkingen er derfor først og fremst rettet inn mot å følge med på disse funksjonene slik at helsepersonell kan gripe inn med korrigerende tiltak hvis nødvendig. Det er også viktig å kunne følge med på effekten av de tiltakene som blir iverksatt. Klinisk observasjon av pasienten er grunnleggende i all overvåking, men som oftest og spesielt under transport, er dette ikke nok. Dårlig lys, støy og risting kan gjøre observasjon av hudfarge, respirasjonsfrekvens og respirasjonslyd umulig. Helsepersonell må derfor bruke mer avanserte overvåkingsmetoder. Perifer oksygenmetning, hjerterytme og frekvens er standard hvis pasienten er selvpustende. På grunn av risting og bevegelser i helikopteret, er blodtrykksmåling ofte vanskelig å få til i et helikopter med mindre man har lagt inn en intraarteriell kanyler og måler blodtrykk via denne. Slik invasiv blodtrykksmonitorering brukes oftest hos pasienter på respirator.

Luftambulansetjenesten ANS, som er ansvarlig for all luftambulansetjeneste i Norge og eies av de regionale helseforetakene, er fullfinansiert av det offentlige og har retningslinjer for godkjenning av medisinsk teknisk utstyr til bruk i luftambulansetjenesten i Norge.

Medisinsk teknisk utstyr som ikke er godkjent av Luftambulansetjenesten ANS benyttes ikke om bord i helikopteret. Selskapet eier og godkjenner alt medisinsk teknisk utstyr som brukes i luftambulanshelikoptrene i Norge. For å bli godkjent, må utstyret være egnet til bruk om bord i helikopter, det vil si:

- fungere under forhold med risting, støy etc.
- ha en hensiktsmessig utforming

- aksepteres av operatøren, det vil si ikke forstyrre radioutstyr eller annet utstyr/innretninger i helikopteret

Redningshelikoptrene har samme utstyr som de sivile luftambulansene.

Luftambulansetjenesten ANS har imidlertid opplyst til Statens helsetilsyn at Forsvaret, som opererer redningshelikoptrene, ikke har vært like konsekvent med tilsvarende godkjenning av medisinsk teknisk utstyr. I en akutt krisesituasjon er det alltid fartøysjefen (piloten) som har det endelige ansvar for hva som tillates brukt av utstyr om bord.

Vurdering

Etter at redningshelikopteret ankom Kristiansund sjukehus kl. 14.55 ble pasienten forberedt for transport. Dette var en ekstrem situasjon, der det var åpenbart for det involverte helsepersonellet at pasienten hadde små muligheter for å overleve hvis han ble værende i Kristiansund, og at det hastet med å få ham fram til et sykehus med spesialkompetanse. På den andre siden var det like klart at transporten var svært risikabel for pasienten.

For å gjennomføre transporten var det viktig med så god overvåking som mulig. Generelt skal helsepersonell ikke bruke annet enn godkjent medisinsk teknisk utstyr i luftambulansetjenesten, men i den aktuelle, kritiske situasjonen var det viktigere å ha overvåkingsutstyr som fungerte på pasienten, enn å benytte det utstyret som var godkjent for bruk i redningshelikopter, men som ikke ville fungere på denne pasienten.

Pasienten ble overvåket med pulsoksymeter som var lånt fra Kristiansund sjukehus, og 3-avlednings-EKG. Årsaken til at helsepersonellet på redningshelikopteret ikke kunne måle perifer oksygenmetning med utstyret fra redningshelikopteret, var sannsynligvis pasientens dårlige sirkulasjon. Ulike typer sensorer kan være ulikt følsomme for sirkulasjonsforstyrrelser. Dessuten er sensorene laget for måling på ulike steder på kroppen som for eksempel finger, øreflipp og panne, som kan være ulikt sirkulert. Hvis én sensor ikke gir gode målinger, er det derfor helt korrekt å prøve en annen, som kan gi bedre målinger.

Etter at helikopteret kom, var det viktig ikke å forsinke transporten ytterligere. At blodtrykket ikke ble målt underveis, er etter Statens helsetilsyns vurdering ikke av avgjørende betydning for det videre hendelsesforløpet. Blodtrykksfall er et seint tegn på at barnet er i en livstruende tilstand. Helikopterlegen kunne kontinuerlig følge med på puls, perifer oksygenmetning og hjerterytme. Så lenge puls og perifer oksygenmetning kunne måles, visste helsepersonellet at pasienten hadde sirkulasjon nok til å føre oksygen til vevene, hvilket var det viktigste i den aktuelle situasjonen.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at det i den aktuelle situasjonen var forsvarlig å transportere pasienten under kontinuerlig overvåking av puls, perifer oksygenmetning og hjerterytme, selv om blodtrykket ikke kunne monitoreres. Statens helsetilsyn vurderer også at det i den aktuelle situasjonen var nødvendig og forsvarlig å benytte lånt utstyr i redningshelikopteret til tross for at dette utstyret ikke var spesielt godkjent for bruk under slik transport.

6.4.2 Var det forsvarlig å avbryte helikoptertransporten og returnere til Kristiansund sjukehus søndag XXXXXX?

God praksis

Det er ikke mulig å gi en absolutt norm for når en luftambulansetransport må avbrytes og helikopteret skal returnere på grunn av at en pasient sin tilstand blir forverret under

transporten. Under en slik transport er helikopterlegen og en redningsmann, som ofte er sykepleier med spesialkompetanse, alene om overvåkingen og behandlingen. Når pasienten trenger respiratorisk støtte, men ikke ligger på respirator, vil enten helikopterlegen eller redningsmannen stort sett være opptatt med å gi pasienten pustehjelp. Den andre må da stå for all annen behandling av pasienten under arbeidsforhold som er mye vanskeligere enn inne på sykehuset (mørke, støy, risting). De to, legen og redningsmannen, er alene om å behandle pasienten, i motsetning til inne på sykehuset hvor det nesten alltid er mer personell og flere hender tilgjengelige hvis det virkelig er nødvendig. Dersom en kritisk situasjon oppstår under transport, og helikopteret er nær avreisesykehuset, kan det derfor være helt korrekt å vende tilbake for å gi pasienten best mulig behandling.

For at det skal være forsvarlig å gjennomføre en transport av en kritisk syk pasient, er helikopterlegen også avhengig av at overvåkingsutstyret fungerer. Dersom pasientens tilstand blir forverret under transporten, må helikopterlegen i det enkelte tilfellet vurdere om transporten skal fortsette, eller om man skal avbryte transporten og lande på nærmeste sted der man kan få mere kvalifisert hjelp.

Vurdering

Under «takeoff» rister redningshelikopteret ganske kraftig. Det gjør all monitorering tilnærmet umulig i den korte perioden det pågår. I det aktuelle tilfellet var det ikke mulig å måle pasientens perifere oksygenmetning. Samtidig observerte legen at pulsfrekvensen falt. Pasienten pustet også dårligere. Legen oppfattet det som et tegn på at pasienten var i ferd med å kollapse, det vil si at hans vitale funksjoner (respirasjon og sirkulasjon) sviktet. Statens helsetilsyn har ikke opplysninger som tyder på at utstyret i helikopteret ikke fungerte. Det er sannsynlig at den manglende registreringen av overvåkingsparametre skyldtes pasientens alvorlige tilstand.

Helikopterlegen valgte da å returnere til Kristiansund sjukehus fordi både tilgang på personell, utstyr for resuscitering og tilgjengelighet til pasienten var bedre på sykehuset enn i redningshelikopteret. Statens helsetilsyn vurderer at beslutningen om å returnere til Kristiansund sjukehus var korrekt i den aktuelle situasjonen.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at det var riktig å returnere til Kristiansund sjukehus da pasientens tilstand forverret seg umiddelbart etter at redningshelikopteret hadde tatt av.

6.4.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp under resusciteringen søndag XXXXXX?

God praksis

ABC gjelder alltid i kritiske medisinske situasjoner. Det vil si at man først skal sørge for frie luftveier (A=airway) og at pasienten får luft (B=breathing), og deretter sørge for at sirkulasjonen (C=circulation) er god nok til at oksygenet fra luften kan bringes ut til vevene.

God praksis ved resuscitering av barn baseres på retningslinjene fra Norsk Resuscitasjonsråd. Hjertestans hos barn skyldes oftest oksygenmangel, og algoritmen for hjerte-lunge-redning hos barn sier derfor at man ved sirkulasjonsstans umiddelbart skal blåse luft i pasienten fem ganger. Deretter startes brystkompresjoner og innblåsinger i forholdet 15:2 (når HLR utføres av kompetent helsepersonell). Hvis nødvendig tilkalles mer hjelp. Defibrillator tilkoples så snart som mulig, uten å avbryte HLR. Hvis pasienten har sjokkbar hjerterytme (ventrikkelflimmer eller ventrikkeltakykardi), utløses sjokk. Hvis pasienten ikke har sjokkbar

hjerterytme, det vil si asystoli eller pulsløs elektrisk aktivitet, gis adrenalin 10 µg/kg (= 0,1 mg/10kg) intravenøst. Hjerterytmen sjekkes. HLR fortsettes og adrenalin i samme dose gis hvert tredje minutt så lenge barnet ikke har fått tilbake egen sirkulasjon (return of spontaneous circulation, ROSC).

Intubasjon skal bare gjøres hvis man er trent til dette, hvis ikke, fortsettes ventilasjon med maske/bag («*bagging*»). Bruk av kapnograf som måler CO₂ i ekspirasjonsluften anbefales. Avansert HLR fortsettes til barnet viser sikre tegn til liv (beveger seg, hoster, starter å puste normalt eller får følbart puls), eller til man av medisinske grunner er overbevist om at gjenopplivingsforsøket ikke vil føre fram. Optimal gjennomføring av HLR hos et lite barn krever tilstrekkelig kompetanse og trening hos helsepersonellet, nødvendig utstyr og at teamet er trent i samarbeid. Omstendigheten rundt resusciteringen og graden av dramatikk og uforutsigbarhet vil nødvendigvis påvirke hvor stressende og krevende situasjonen oppleves av de involverte.

Vurdering

Under landing da helikopteret returnerte, pustet pasienten så dårlig at helikopterlegen startet ventilasjon med Neopuff. Pasienten hadde fortsatt hjerteaksjon, men var bradykard (langsom). Han ble raskt fraktet ut av redningshelikopteret. Legevaktlege 1, og straks etter anestesilegen fra Kristiansund sjukehus, møtte dem i døren inn til sykehuset. Legevaktlegen mente at hun kjente puls i lysken, men denne forsvant etter kort tid. Det er vanskelig å kjenne puls i en resusciteringssituasjon, særlig hos små barn. Legene valgte derfor å starte hjertekompresjoner da de ikke lenger var sikre på at pasienten hadde pulsgivende hjerterytme. Statens helsetilsyn vurderer at beslutningen om å starte både ventilasjon og hjertekompresjon av pasienten under transporten inn i sykehuset (til intensivavdelingen), var korrekt.

Helikopterlegen forsøkte å intubere pasienten uten å lykkes, så han fortsatte å ventilere med maske/Neopuff. Etter hvert ble det vanskeligere å ventilere pasienten, og legene var usikre på om de fikk luft i ham. Pasienten pustet ikke lenger selv. Anestesilegen på sykehuset forsøkte også å intubere pasienten uten å lykkes. I en slik kritisk situasjon må man som anestesilege forsøke intubasjon, selv om man vet at det sannsynligvis er svært vanskelig. Intubasjonsforsøk i denne situasjonen var derfor i tråd med god praksis.

Legene valgte i dette tilfellet å gjøre innblåsing og brystkompresjoner i forholdet 5:2 (gammel algoritme) på grunn av at de oppfattet hypoksi (lav surstoffmetning) som hovedproblemet. De mente derfor at det var aller mest viktig å få oksygen inn i pasienten. Det hjelper imidlertid ikke å få oksygen inn i lungene til pasienten hvis det ikke samtidig blir pumpet ut til vevet i kroppen.

Den gamle 5:2 algoritmen er erstattet av 15:2 nettopp av denne årsak, det vil si for at blodet som har fått tilført oksygen i lungene, skal bli pumpet ut til resten av kroppen. Valg av 5:2 algoritme var derfor ikke i henhold til gjeldende retningslinjer, men det er ikke grunnlag for å fastslå at dette har påvirket utfallet.

Legevaktlege 1 mente hun hørte hjertelyder en kort stund under resusciteringen, men de ble borte igjen, og overvåkingsapparatet viste asystoli (hjerrestans) hele tiden. Pasienten fikk aldri sjokkbar hjerterytme. HLR ble fortsatt i ytterligere 20-25 minutter uten effekt. Sannsynligheten for et godt utfall var etter hvert minimal. En tilkalt anestesilege fra Kristiansund sjukehus gjorde et siste forsøk på å få bedre kontroll over luftveiene via en

nødtrakeotomi. Han lyktes med dette, men spontan sirkulasjon lot seg ikke gjenopprette. Etter konferanse med barneanestesiolog ved St. Olavs hospital ble resusciteringen avsluttet.

Situasjonen etter at redningshelikopteret returnerte var svært alvorlig. Pasienten hadde akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans. Samtidig visste helsepersonellet at intubasjon sannsynligvis var umulig, hvilket påfølgende forsøk bekreftet. Sannsynligheten for et vellykket resultat av gjenoppliving var derfor svært liten.

Statens helsetilsyn vurderer likevel at det som kunne gjøres i denne situasjonen, ble gjort, og at nødvendige tiltak ble gjennomført til tross for den vanskelige situasjonen.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at resusciteringsforsøket av pasienten ble gjennomført på forsvarlig måte.

6.4.4 Var det forsvarlig at pårørendes fikk være til stede under resusciteringsforsøket?

God praksis

Tidligere var det ikke vanlig at pårørende var til stede under gjenopplivingsforsøk eller i andre akutte situasjoner, heller ikke når pasienten var barn. Helsepersonell mente det var dramatisk og skremmende for de pårørende, og at deres tilstedeværelse også kunne forstyrre arbeidet. I tråd med ønsket og kravet om større grad av åpenhet og bedre samhandling og ivaretagelse av de pårørende, har det blitt vanligere at pårørende også er til stede i resusciteringssituasjoner, spesielt når pasienter er barn. Tanken bak tilstedeværelse av foreldre i akutte situasjoner som involverer barn, har vært at det kan gjøre det lettere for dem å takle situasjonen i etterkant av hendelsen. Forutsetningen er imidlertid at forholdene praktisk ligger til rette for dette, og at de pårørende ønsker å være til stede.

I virkeligheten vet helsepersonellet ofte ikke hva de pårørende ønsker, og når den akutte situasjonen først inntreffer, er deres fokus først og fremst pasienten og ikke de pårørende. Dermed kan det skje at pårørende som ikke ønsker å være til stede i en akutt, dramatisk situasjon, likevel overværer hendelsen fordi helsepersonellet der og da ikke har fokus på å ta seg av dem. Risikoen for at det skal skje, er størst på tidspunkter og steder der bemanningen er begrenset.

Selv om pårørende er til stede i akutte situasjoner, kreves det at teamet likevel kan arbeide rimelig uforstyrret med de tekniske sidene av behandlingen. Hvis mulig, er det derfor formålstjenlig at et dedikert helsepersonell særlig ivaretar pårørende og deres situasjon inne på rommet der behandlingen foregår. Fortløpende informasjon fra behandlingsteamet til de pårørende er viktig for at de skal kunne følge med i hva som skjer, og hvilke tiltak som settes i verk. Ved resuscitering av akutt syke barn vil belastningen kunne være stor for foreldre som er til stede.

Helsepersonellet må ofte veksle mellom ulike roller ved å delta i de tekniske elementene i resusciteringen, få oversikt og vurdere den totale situasjonen og fortløpende informere de pårørende om tilstanden til pasienten, eventuelt også om antatt prognose. Slike situasjoner vil som regel oppleves som svært dramatiske både for de pårørende og for det involverte helsepersonellet, og særlig gjelder det når små barn resusciteres på avdelinger som sjelden behandler så små pasienter. På en barneintensivavdeling vil helsepersonellet ha mer erfaring med resuscitering. Helsepersonellets evne til å opptre med ro og oversikt vil blant annet være

avhengig av det generelle erfaringsgrunnlaget de har og den treningen de har hatt i lignende situasjoner.

Foreldre som er til stede ved gjenoppliving av sitt barn vil oppleve dette som svært dramatisk og riktig utført resuscitering kan se brutalt og hardhendt ut. Det kan være krevende å takle dette både i selve situasjonen og i etterkant av hendelsen. Situasjonen vil på den annen side også være krevende å forholde seg til dersom foreldrene ikke tilbys å være til stede. Fravær av tilstedeværelse kan være svært tungt og kan bli en ytterligere belastning for foreldrene i ettertid.

Vurdering

Foreldrene var til stede under resusciteringen, og far hadde en aktiv rolle der han bidro med blant annet å tømme ventrikkelen til pasienten. Tilstedeværelse av de pårørende i en slik situasjon er forenlig med moderne tankegang om involvering og ivaretagelse av de pårørende, også i hyperakutte situasjoner. Hvorvidt de pårørende skal være til stede og eventuelt også bidra aktivt i tekniske prosedyrer underveis, må vurderes i den enkelte situasjonen.

Helikopterlegen opplyste at han hadde informert foreldrene om at transporten innebar en stor risiko for pasienten, og at det ikke var sikkert at han ville overleve transporten. Da helikopteret måtte returnere var alle de tilstedeværende legene klar over at det var liten sjanse for at barnet skulle overleve. At foreldrene fikk være til stede da, er i tråd med gjeldende prinsipper og praksis selv om situasjonen kan være svært dramatisk og stressnivået høyt blant det involverte helsepersonellet. Det hadde imidlertid vært en fordel om annet helsepersonell hadde blitt tilkalt for å ta seg av foreldrene i den vanskelige situasjonen, og gi dem fortløpende informasjon både under og etter gjenopplivingen.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at det var forsvarlig at foreldre som sto i fare for å miste sitt barn, fikk være sammen med barnet også under resusciteringsforsøket. I slike tilfeller bør helsepersonellet tilstrebe å oppnevne en dedikert person som kan ta seg av foreldrene mens behandlingen pågår.

7 Statens helsetilsyns vurdering av Helse Møre og Romsdal HF sin organisering og tilrettelegging for helsehjelp til barn som skulle innlegges på sykehus i helgene

Statens helsetilsyn har kommet fram til at Helse Møre og Romsdal HF ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig oppfølging av syke barn i helgene, og at foretaket ikke tilrettela for forsvarlig oppfølging av denne pasientgruppen i forkant av endringen til femdøgnspost. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Et av de sentrale spørsmålene i denne saken er hvorvidt Helse Møre og Romsdal HF sikret et forsvarlig behandlingstilbud i forbindelse med innføring av helgestenging av barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund.

Helse Møre og Romsdal HF står fritt til å velge ulike organisatoriske løsninger, forutsatt at tilbudet til pasientene er forsvarlig. Vi vil derfor ikke vurdere den organisatoriske løsningen som sådan, men vurdere om helseforetaket i forkant av organisasjonsendringen la til rette for forsvarlig helsehjelp til barn fra Kristiansund og omegn som trengte innleggelse på sykehus i

helgene. Dette innebærer også en vurdering av om foretaket hadde rutiner som sikret forsvarlig koordinering og bruk av ressurser ved AMK.

I pkt. 7.1 angir vi først hvilke generelle krav som stilles til virksomheten om forsvarlig styring og ledelse. I pkt. 7.2 drøfter vi betydningen av «*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*». I pkt. 7.3 gjennomgår vi de områdene der vi har funnet særlig risiko for svikt i helsetjenestene til akutt syke barn.

7.1 Generelle krav til virksomheten

Gjennom sitt styringssystem og internkontroll skal helseforetaket sikre at de helsetjenester som tilbys eller ytes er forsvarlige. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i alle ledd i organisasjonen, slik at alle er kjent med hvilke oppgaver de selv og andre har. Ledelsen har også et ansvar for at sykehusets ressurser brukes på best måte og ivaretar alle pasienter og pasientgrupper.

Risikoanalyser er sentralt i alt systematisk arbeid med pasientsikkerhet. Risikoanalyser er særlig viktige i prosesser ved planlegging av nye aktiviteter, og ved endring av en etablert organisering av virksomheten. Risikostyring skal identifisere situasjoner med fare for svikt, slik at virksomheten kan planlegge kompensierende tiltak og virkemidler for å kunne gi forsvarlige helsetjenester. Det skal planlegges hvordan risiko kan minimaliseres, og det bør særlig legges vekt på å avdekke risikofaktorer forbundet med samhandling både internt og eksternt.

I rundskriv I-2/2013 fra Helse- og omsorgsdepartementet om «*Ledelse i sykehus*» presiseres det at ledelsen skal sørge for at virksomheten identifiserer områder der det er fare for svikt, eller mangler som kan medføre uønskede hendelser i pasientbehandlingen. Det er også ledelsens ansvar at det utarbeides gode rutiner på de aktuelle områdene. Overganger mellom ulike nivåer, ulike profesjoner og ulike tjenester, er områder som er særlig utsatt for svikt. Ledelsen skal også sørge for nødvendig kompetanse, kulturbygging og holdningsskapende arbeid for å skape god kvalitet i behandlingen og gode pasientforløp.

Selv om den praktiske gjennomføringen av pasientbehandlingen påligger det enkelte helsepersonell, er det ledelsen som har ansvaret for, og som må forsikre seg om, at rutinene er gode nok. Retningslinjer, rutiner og arbeidsinstruksjoner må være kjent, forstått og etterlevd. Ledelsen har videre et ansvar for å avklare eventuelt sviktende samarbeid mellom enheter innen helseforetaket som kan påvirke utøvelsen av helsehjelpen.

Når virksomheter er organisert ved ulike geografiske lokalisasjoner, vil det ved større omstillinger og endringsprosesser kunne oppstå forhold som gir forhøyet risiko for svikt i tjenestene. Det er da viktig å kartlegge det totale risikobildet en slik organisasjonsendring vil kunne gi.

7.2 Om organisering av tilbud til barn i helseinstitusjoner

Før og etter at den alvorlige hendelsen fant sted, har det vært stilt spørsmål om det var forsvarlig å stenge barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus i helgene. Advokaten som tidligere representerte pårørende i denne aktuelle saken, rettet på grunn av dette en henvendelse til Helsedirektoratet der de ble anmodet om en fortolkning av bestemmelsene i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Det har særlig vært stilt spørsmål ved om innføring av helgestengt avdeling er i strid med forskriftens § 2 siste ledd, som lyder: «*Skifte*

av helseinstitusjon eller avdeling skal bare skje når det er medisinsk nødvendig eller det av andre grunner vil være best for barnet». Det følger av merknadene til bestemmelsen at bortsett fra når det er medisinsk nødvendig, skal barnet bare flyttes dersom det da vil få det bedre. Det har også vært stilt spørsmål om fortolkningen av samme forskrift § 5 første ledd, som lyder: «Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet».

Av Helsedirektoratets svar fremgår det at en naturlig språklig forståelse av ordlyden i § 2 siste ledd, supplert med det generelle forsvarlighetskravet, tilsier at det må foretas en konkret vurdering av hva som vil være best for barnet. Helsedirektoratet kommenterer videre at begrepet «barnet» i denne bestemmelsen tilsier etter deres vurdering at det er situasjonen for det enkelte barnet som skal vurderes. Etter Helsedirektoratets vurdering av samme forskrift § 5 første ledd, er dette en mer veiledende bestemmelse, og må forstås slik at barn helst skal tas hånd om av det samme personalet dersom dette er mulig.

Den organiseringen Helse Møre og Romsdal HF har lagt opp til, kan være bra for noen barn, men medføre tilleggsbelastninger og uforutsigbarhet for andre. Særlig de barna som er kronisk syke og trenger hyppige, akutte innleggelser i barneavdeling, har behov for forutsigbarhet i tjenestene. Ved valg av organisasjonsmodell må det vurderes hva som totalt sett vil være den beste løsningen for alle barna i regionen. Dette kan innebære avveininger av blant annet pasientenes behov for nærhet til sykehus, og behovet for forutsigbare løsninger uten skifte av behandlere og endret behandlingsansvar.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon er ment å regulere spesialisthelsetjenestens plikter om ivaretagelse av inneliggende barns rettigheter. Det må her foretas en konkret vurdering av hva som vil være best for det enkelte barnet. Forskriften er slik Statens helsetilsyn vurderer det, ikke ment å regulere spørsmål rundt foretakets valg av organisasjonsmodell for helsetilbudet til barn og unge direkte. Den supplerer de generelle kravene som gjelder om at de helsetjenester som tilbys i spesialisthelsetjenesten skal være forsvarlige, og at virksomheten skal tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Hva som er til barnets beste, måtte dermed være ett av de sentrale spørsmålene ved planleggingen og forberedelsene mot en forsvarlig omlegging til femdøgnsdrift.

I våre vurderinger nedenfor, har vi derfor med utgangspunkt i organiseringen som gjaldt på hendelsestidspunktet, med femdøgnsdrift av barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund, vurdert om foretaket i tilstrekkelig grad hadde planlagt for forsvarlig behandlingstilbud og transport for barn og unge i helgene.

7.3 Om foretaket hadde gjennomført forsvarlige forberedelser før beslutning og iverksettelse av helgestengt barne- og ungdomsavdeling i Kristiansund

Et av de sentrale spørsmålene i denne saken er hvorvidt Helse Møre og Romsdal HF sikret et forsvarlig behandlingstilbud i forbindelse med innføring av helgestengt barne- og ungdomsavdeling i Kristiansund. Dette innebærer en vurdering av om helseforetaket i forkant av omleggingen la til rette for en forsvarlig og omsorgsfull oppfølging av akutt syke barn når barne- og ungdomsavdelinga var stengt. Videre om helseforetaket sikret forsvarlig koordinering av transportkapasiteter og ressurser ved AMK da omleggingen ble iverksatt.

Før endelig beslutning i styremøtet til Helse Møre og Romsdal HF i juni 2014, hadde prosjektet/arbeidsboken/grunnlaget for beslutningen om å opprette en femdøgnspost vært gjennom ulike prosesser i helseforetaket.

Vi vil i det følgende gjennomgå og vurdere det Statens helsetilsyn oppfatter er beslutningsgrunnlaget for helgestengingen. Vi vil vurdere de forholdene vi mener denne tilsynssaken belyser og omhandler, og som har betydning for organiseringen av tilbudet til akutt syke barn i opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal HF.

Vi vil se nærmere på følgende forhold:

- særlige utfordringer knyttet til femdøgnsdrift av barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund
- samhandlingen mellom barne- og ungdomsavdelingene i Kristiansund og Ålesund.
- samhandlingen mellom helseforetaket og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- informasjon til pårørende og andre aktører om endringene
- rutiner for transport av barn
- koordinering av transportressurser ved AMK
- innføring av andre samtidige organisasjonsendringer

7.3.1 Særlige utfordringer knyttet til femdøgnsdrift av barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund

Da styret ved Helse Møre og Romsdal HF besluttet å endre tilbudet til barn og unge i sitt opptaksområde, valgte foretaket en delt løsning av driften ved barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund. Helseforetaket innførte helgestengt avdeling i Kristiansund, samtidig som de bygget ut sykehusets dagtilbud på hverdager. Dette innebar at allerede inneliggende barn og andre barn med akutt behov for innleggelse i barneavdeling i helgene, måtte sendes fra Nordmøre til barneavdelingen i Ålesund.

I styresak 2013/10 om tjenestetilbudet til barn og unge i Helse Møre og Romsdal HF ble det nedsatt en prosjektgruppe som gjennomgikk ulike modeller for framtidig organisering av tilbudet til barn og unge. De ulike alternativene for videre drift av barneavdelingen i Helse Møre og Romsdal HF er drøftet i «*Prosjektbok. Arbeidsgruppe: Klinikk for barn og unge*», og i den medfølgende RoS-analysen slik det er omtalt i kapittel 3.

Endringer i det generelle risikobildet som kan oppstå ved organisering av tilbudet som en femdøgnspost er, slik Statens helsetilsyn ser det, imidlertid i liten grad gjennomgått i RoS-analysen. Helseforetaket fremhever selv i prosjektboken at femdøgnsdrift av en sengepost først og fremst er egnet ved elektiv drift. Ved elektiv drift kan belegget planlegges godt, og pasientene vil kun unntaksvis ha behov for ytterligere innleggelse i sykehus når sengeposten stenger fredag ettermiddag.

Barn kan imidlertid bli akutt syke og trenge sykehusinnleggelse 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Dette vil gi helt andre utfordringer i tjenestetilbudet enn det som kan ytes gjennom en elektiv femdøgnspost alene.

Statens helsetilsyn er ikke kjent med at det er andre helseforetak som har valgt en organisasjonsmodell med helgestenging av barneavdeling. Helse Møre og Romsdal HF har imidlertid flere års erfaringer med påske- og sommerstenging av barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund.

I denne saken ble pasienten som hadde en kronisk tilstand, akutt syk i tilknytning til en helg, og han hadde behov for rask og trygg transport til sykehus der helsepersonell kunne vurdere og håndtere hans kompliserte helsetilstand. Pasienten var derfor avhengig av at de løsninger

foretaket hadde etablert for å sikre et forsvarlig tilbud i helgene til akutt syke barn fra Nordmøre, fungerte.

Statens helsetilsyn vil i det følgende vurdere om foretaket i tilstrekkelig grad har kompensert for det reduserte helsetilbudet til akutt syke barn i Kristiansund i helgene, gjennom å planlegge for en helhetlig og forsvarlig oppfølging av disse barna. Problemstillingen gjelder alle barn med behov for innleggelse på sykehus i helgene, og er særlig knyttet til spørsmål om forutsigbarhet i tjenestetilbudet, samhandling, kapasitet og transport.

I de neste punktene vil vi gjennomgå våre vurderinger av planleggingen og omleggingen til femdøgnspost.

7.3.2 Samhandling mellom barneavdelingene i Kristiansund og Ålesund

Femdøgnsdrift stiller store krav til god samhandling mellom de to barneavdelingene i Kristiansund og Ålesund. Dette gjelder både for å skape et godt faglig fellesskap på tvers av ulike geografiske lokalisasjoner, men også for å sikre god samhandling ved innleggelser og overflyttinger av pasientene når den ene avdelingen er stengt.

Vi vil i det følgende peke på noen hovedutfordringer ved samhandlingen, og redegjøre for hvorfor vi mener mangelfulle prosesser i forkant av organisasjonsendringene ga for høy grad av risiko ved den valgte organisasjonsmodellen.

Veksling mellom åpen og stengt barneavdeling

Vekslingen mellom døgndrift med akuttfunksjon mandag til fredag og stengt barneavdeling i helgene kan skape utrygghet og uforutsigbarhet for foreldre og barn. For samarbeidsparter både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten innebærer det utfordringer rundt beslutningsprosesser og iverksetting av helsehjelp. Lange transportavstander mellom sykehusene når barneavdelingen stenger fredag ettermiddag vil også bidra til å skape usikkerhet, særlig overfor foreldre og barn som trenger innleggelse. Manglende forutsigbarhet for hvilke tjenester befolkningen tilbys, kan føre til at helsetjenestene ikke framstår som forutsigbare og trygge.

Statens helsetilsyn vil påpeke at Helse Møre og Romsdal HF valgte en utfordrende organisasjonsmodell med drift av en ikke-elektiv femdøgnspost, en løsning der det er lite erfaringer å hente på nasjonalt nivå. Dette setter derfor særlige krav til virksomheten både i planleggings- og gjennomføringsfasen for å sikre at alle sidene ved den valgte driftsformen blir styrt og ledet slik at tjenestene er forsvarlige og fremstår som trygge og gode.

Om håndtering av barn med kroniske lidelser

Barn med kroniske lidelser vil som regel trenge tett oppfølging av kompetent helsepersonell, og de vil ofte ha behov for åpen innleggelse til sykehus når tilstanden forverres. Slike barn har et særlig behov for forutsigbarhet og kontinuitet i den helsehjelpen som tilbys, og de må sikres tilgang til barnemedisinsk kompetanse når de trenger det. Hvilken type barnemedisinsk kompetanse som er nødvendig for å kunne gi et forsvarlig tilbud til barn med kroniske tilstander, må vurderes og avgjøres individuelt ut fra det enkelte barns spesielle behov.

Det er viktig å avklare hvor de mest alvorlig syke barna med kroniske lidelser skal følges opp innen et helseforetak, både ved behov for akutte innleggelser og ved generell oppfølging. Vi vil her påpeke at barneavdelingen i Ålesund er større og har mere faglig spisskompetanse enn barneavdelingen i Kristiansund. Tilgang til tilstrekkelig kompetanse for å håndtere særlig

krevende tilstander er avgjørende for å kunne gi et godt tjenestetilbud til denne pasientgruppen. Kort reisevei og kontinuitet i oppfølgingen er imidlertid også av betydning for barn med kroniske sykdommer.

Helseforetaket har i sin planlegging ikke tatt stilling til om det fantes nødvendig kompetanse ved barneavdelingen i Kristiansund til å ta seg av oppfølgingen av barn med alvorlig kronisk sykdom slik som barnet i denne saken. Statens helsetilsyn mener at helseforetaket burde sørget for et nærmere samarbeid mellom de ulike enhetene i Helse Møre og Romsdal HF. For dette barnet burde det i tillegg ha vært etablert et samarbeid med St. Olavs hospital og OUS Rikshospitalet for å sikre god oppfølging, sett i lys av den kompliserte tilstanden barnet hadde.

Barnet hadde videre en medisinsk tilstand der det kunne forventes at det ville oppstå behov for akutte innleggelser i sykehus på grunn av respirasjonsproblemer. Det kunne også forventes at barnet ville trenge akutt respiratorbehandling. Det var kjent at barnet var svært vanskelig å intubere, også i rolig fase.

Statens helsetilsyn kan ikke se at det var laget noen plan for hvordan slike situasjoner skulle forebygges eller håndteres. Vi vurderer, i likhet med den ene av de rettsoppnevnte sakkyndige, at dette var uforsvarlig. Det som stod i journalen, at han kun skulle intuberes på OUS, Rikshospitalet, var til liten hjelp hvis en akutt situasjon oppstod i Kristiansund. Statens helsetilsyn mener imidlertid at en del av ansvaret for planleggingen og tilretteleggingen rundt barnet også må tillegges OUS, Rikshospitalet. Dette punktet vil nærmere bli oppsummert og vurdert i forbindelse med tilsynssaken mot OUS.

Den aktuelle pasienten var blant de 18 barna med kronisk sykdom fra Kristiansund som hadde «åpen innleggelse» til barneavdelingen. Den rettsoppnevnte sakkyndige kritiserer at det ikke forelå en klar plan for hvem som skulle ta seg av disse pasientene hvis de fikk akutt forverring når barneavdelingen i Kristiansund var stengt. Ansvaret ble overlatt til Kristiansund og omegn legevakt. Det fremgår imidlertid av brev fra avdelingsleder ved barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund datert 7. oktober 2014 til barnas foreldre, at de i tillegg til å bruke legevakten, selv kunne kontakte barneavdelingen ved Ålesund sjukehus direkte, når avdelingen i Kristiansund var stengt. Også fast- og legevaktleger og barneavdelingen i Ålesund, på St. Olavs hospital og daværende AMK-sentral i Molde, fikk tilsvarende informasjon. Det fremgikk av brevet at barna fortrinnsvis skulle undersøkes på legevakten før transport for å sikre at dette skjedde med rett prioritet, og at eventuell akuttbehandling ikke ble unødig forsinket. Innleggende lege skulle, i samarbeid med vakthavende lege ved mottaksavdelingen, vurdere hvordan transporten skulle skje. Det var imidlertid ikke lagt spesielle planer for transport av de enkelte pasientene med særskilte problemer og behov.

I tillegg til de aktuelle eksterne informasjonsbrevne, var det flere allmøter på sykehuset, samarbeidsmøter mellom legevakten og Helse Møre og Romsdal HF og e-poster for å informere om den planlagte omleggingen av tilbudet ved barneavdelingen. Likevel var denne informasjonen, slik Statens helsetilsyn har oppfattet det gjennom samtaler med helsepersonell ved Ålesund sjukehus, ikke tilstrekkelig forstått og etterlevd ved barneavdelingen i Ålesund.

Til tross for at det ikke forelå spesielle planer for transport av de enkelte pasientene i akutte situasjoner, var det etablert en praksis for at barn under ett år med ustabile luftveier som måtte flyttes fra Kristiansund til Ålesund på fredager, skulle transporteres med luftambulansse.

Begrunnelsen for dette var lang reisevei, og at personalet i bilambulansen ikke hadde kompetanse nok for slike oppdrag.

Helse Møre og Romsdal HF gjennomførte for øvrig noen tiltak for å sikre ivaretagelse av de kronisk syke barna i forbindelse med omleggingen av driften til femdøgnspost. Det ble blant annet gjort individuelle avtaler med den enkelte familie for å skape forutsigbarhet i oppfølgingen av barn med kroniske lidelser.

Statens helsetilsyn har likevel vurdert at helseforetaket ikke sørget for at alle aktørene hadde en omforent oppfatning om hvordan tilbudet til de alvorlig kronisk syke barna skulle være i helgene. Det ble ikke erkjent at ulik innleggelsespraksis kunne slå særlig uheldig ut for barna med kroniske lidelser, og transportproblemene ble ikke tilstrekkelig vektlagt. Vi vil understreke at terskelen for innleggelse av barn med kroniske tilstander må settes lavt ved lange transportavstander for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud. Det må tas høyde for at tilstanden til noen av barna kan bli forverret under transport. Vi har vurdert at hensynet til barn med kroniske lidelser ikke i tilstrekkelig grad ble ivaretatt ved omlegging til femdøgnspost.

Ulik praksis for øyeblikkelig hjelp innleggelse ved de to avdelingene

Under det stedlige tilsynet ble vi gjort kjent med at det har vært en diskusjon om forskjellen i innleggelsesprosenten av barn ved de to barneavdelingene.

Statens helsetilsyn går ikke nærmere inn på årsaker til forskjeller i innleggelsespraksis. Vi vil imidlertid påpeke at ulike vurderinger og erfaringer for når akutt syke barn trenger innleggelse i sykehus, vil kunne skape utfordringer når kliniske miljøer må avklare behovet for akutte innleggelser, spesielt når dette også inkluderer ressurskrevende transporter.

Statens helsetilsyn mener at helseforetaket i forkant av endringen av tilbudet burde vurdert og tatt høyde for den risikoen ulik innleggelsespraksis medførte. Dette fikk ikke tilstrekkelig oppmerksomhet i forkant av organisasjonsendringen. Vi har vurdert at sannsynligheten for at det ville oppstå krevende situasjoner med ulike vurderinger av behovet for akuttinnleggelse var stor. Risikoen for dette kunne vært redusert dersom problemstillingen rundt ulik innleggelsespraksis hadde vært avklart i forkant.

Helsepersonell ved barneavdelingen ved Kristiansund sjukehus og ved Kristiansund og omegn legevakt opplyste under det stedlige tilsynet at de opplevde at det fra oktober 2014 hadde vært utfordringer knyttet til å få lagt inn barn ved barneavdelingen i Ålesund. Dette var særlig i perioden fra fredag til mandag morgen, når leger i Kristiansund fant indikasjon for sykehusinnleggelse.

Av denne grunn sendte leger ved Kristiansund og omegn legevakt en bekymringsmelding til styret i Helse Møre og Romsdal HF rett i forkant av den aktuelle hendelsen 18. februar 2015. I brevet fremgikk det at legene mente at helgestengt barneavdeling i Kristiansund medførte et uforsvarlig tilbudet til barna på Nordmøre. De påpekte blant annet at den forhøyede terskelen for innleggelse i Ålesund som legevaktslegene opplevde og lang transportvei med begrenset transportkapasitet, var en risiko i behandlingstilbudet til barna. Det ble nevnt spesielt at det ikke var på plass skriftlig prosedyre for «*værfaste barn*» som krevde innleggelse i barneavdeling. Legene begrunnet den forhøyede risikoen i behandlingstilbudet til barna med at det ikke var etablert risikoreducerende og kompensierende tiltak. I bekymringsmeldingen krevde de at barneavdelingen i Kristiansund umiddelbart gjenåpnes i helgene, og de ba om at

bekymringsmeldingen ble behandlet på styremøte i Helse Møre og Romsdal HF påfølgende XXXXXX.

Klinikkleder ved klinikk for barn og unge i Helse Møre og Romsdal HF og flere av barnelegene ved Ålesund sjukehus, presiserte imidlertid under det stedlige tilsynet at rutinen var at barneavdelingen i Ålesund skulle ta imot barn fra Kristiansund, dersom det kom forespørsel om innleggelse fra lege i Kristiansund. Det ble understreket at dette flere ganger var kommunisert til legene ved barneavdelingen i Ålesund. Det framgår også av flere e-poster Statens helsetilsyn har fått tilgang til, inkludert i e-post som ble sendt til alle barnelegene i Ålesund rett i forkant av den aktuelle helgen da den alvorlige hendelsen skjedde.

Det er videre beskrevet fra ledelsen ved barneavdelingen i Ålesund at det ikke har vært avviksmeldinger eller andre konkrete eksempler på at barn ikke har blitt innlagt i Ålesund, men at det generelt i media, i opinionen og på sosiale medier har blitt skapt et bilde av at barn nektes øyeblikkelig hjelp innleggelse i Ålesund. I e-postkommunikasjon fra ledelsen av barneavdelingen i Ålesund framgår det entydig at det er legevaktlege som har ansvar for å vurdere behovet for sykehusinnleggelse, og at indikasjon for innleggelse kun skal diskuteres dersom legevaktlegen spør om råd.

Helseforetaket hadde i forkant av organisasjonsendringen vurdert at det ikke var nødvendig å øke kapasiteten ved Ålesund sjukehus for å håndtere det økte antall innleggelser av barn fra Nordmøre i helgene. På barneavdelinger er det svært store sesongvariasjoner. utfordringer i forbindelse med mange helgeoverflyttinger og eventuelle forsøk på å unngå sykehusinnleggelser, vil bli tydeligst i de månedene der trykket på innleggelser er stort, slik som i februar, når mange små barn har luftveisinfeksjoner. Det kan også være utfordringer i kommunikasjonen som gjør at det kan være utydelig om legevaktlege/fastlege ringer for å spørre om råd eller hjelp med en konkret vurdering av et barn, eller om henvendelsen kun gjelder at barnet skal innlegges.

Statens helsetilsyn legger til grunn at det før omgjøringen til femdøgnspost var ulike innleggelsesprosent ved de to barneavdelingene, og at det etter driftsomleggingen var ulike erfaringer vedrørende om terskelen var for høy for innleggelse i helgene av barn fra Nordmøre til barneavdelingen i Ålesund.

Slik Statens helsetilsyn ser det, er det en forutsetning at terskelen for innleggelse av barn fra Nordmøre til barneavdelingen i Ålesund ikke må være for høy. Dette gjelder særlig av hensyn til den lange transportveien, og den medfølgende risikoen for ikke å få fulgt opp uavklarte pasienter tidsnok. Statens helsetilsyn mener at ledelsen i forkant av omleggingen langt tydeligere burde ha erkjent og kommunisert at terskelen for innleggelse av akutt syke barn må være lav når transportavstandene er lange. Dette burde vært tydeligere gjenspeilet i rutinene og praksis for samhandling mellom de to barne- og ungdomsavdelingene og med den interkommunale legevakten.

Statens helsetilsyn vil videre understreke at både helsepersonellens og befolkningens bekymring om barn faktisk vil bli innlagt i barneavdeling i helgene, vil kunne bidra til å skape usikkerhet om kvaliteten av det eksisterende tilbudet. Dette kan i neste omgang føre til manglende tillit til at barn har tilgang til forsvarlige helsetjenester når det oppstår behov for akutte innleggelser i barneavdelingen i helgene.

Oppsummering

Statens helsetilsyn har vurdert at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad erkjente at en ikke-elektiv femdøgnspost ville gi særlige utfordringer når det gjelder kravet til forutsigbare og trygge tjenester. Med bakgrunn i kunnskapen om at det før omleggingen var ulik innleggelsespraksis i de to barneavdelingene, burde helseforetaket ha erkjent dette som et risikoområde, og fått på plass rutiner for omforent praksis for innleggelse av akutt syke barn i helgene. Helseforetaket burde også ha erkjent at det kunne oppstå særlige utfordringer knyttet til innleggelse av barn med kroniske lidelser, og sørget for gode rutiner for innleggelse og transport som også tok høyde for en lengre transportvei.

Statens helsetilsyn har merket seg at foretaket selv har gjort en evaluering av ordningen med femdøgns akuttpost. Foretaket ser at en slik organisering er en krevende driftsform, og at planlegging og informasjon til alle berørte parter burde vært bedre. De konkluderer med at overflytting mellom sykehusene i forkant av helgestenging har ført til mer diskusjon og større belastninger for pasientene enn forventet – og mer enn nødvendig. Tilbakemeldingene foretaket har fått, tyder på at perioden fra innleggelse er bestemt til pasienten blir hentet, er krevende for avleverende instans. Foretaket vil arbeide videre med styrking av ambulanseteamene ved krevende transporter. Samtidig understreker de at samarbeidsvilje og oppslutning om vedtatt organisering er nødvendig for å lykkes.

7.3.3 Samhandling mellom helseforetaket og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det har, både i forkant av omorganiseringen og etter innføringen av helgestengt barneavdeling fra oktober 2013, vært kontakt og samarbeid mellom helseforetaket og legevaktstjenesten. Hensikten har vært å få på plass et godt tilbud til barna ved overgang til femdøgnspost ved avdelingen i Kristiansund. Helseforetaket hadde videre planlagt evalueringer av driften i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i løpet av det første driftsåret.

I prosjektboken som ble framlagt for styret i Helse Møre og Romsdal HF i oktober 2013 fremkommer det i et vedlegg en redegjørelse, der kommunehelsetjenestens bekymring rundt håndtering av akutt syke barn ved nedleggelse eller omlegging av barneavdelingen i Kristiansund er drøftet. Kristiansund og omegn legevakt ga både i denne redegjørelsen og i møter med Helse Møre og Romsdal HF, uttrykk for at de mente en femdøgnspost var en uegnet driftsform for en akuttavdeling.

Helseforetaket hadde ved omleggingen til femdøgnspost besluttet at seksjon for intensiv ved Kristiansund sjukehus og sykehusets vakthavende anestesilege skulle ha beredskap for å kunne ivareta akutt syke barn i påvente av transport til Ålesund. Seksjon for intensiv hadde skaffet til veie nødvendig utstyr for å kunne håndtere akutt syke barn.

Helseforetaket la til grunn at det ikke skulle skje endringer i oppgave- og ansvarsfordeling mellom foretaket og kommunehelsetjenesten som tilsa behov for endring av kompetanse hos legevaktstlegene i forbindelse med omleggingen til femdøgnspost. Legevaktstlegene hadde som tidligere et ansvar for å kunne vurdere akutt syke barn før innleggelse, og der de før kunne legge pasientene rett inn i barneavdelingen i Kristiansund, kunne de nå legge pasienten inn ved seksjon for intensiv i påvente av transport til Ålesund. Det innebar imidlertid tilleggsoppgaver knyttet til å organisere transporter, konferering med anestesilege og vurdere behov for midlertidig innleggelse i seksjon for intensiv.

Foretaket må organisere sin virksomhet slik at helsepersonellet kan ivareta ansvaret for å veilede den kommunale helse- og omsorgstjenesten for at de skal kunne løse sine oppgaver

etter lov og forskrift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Også sett i lys av samhandlingsreformen, der økte kompetansekrav for kommunehelsetjenesten er gitt særlig oppmerksomhet, mener Statens helsetilsyn at kommunehelsetjenestens beskrivelse av behov for økt kompetanse i legevaktjenesten og innspillene fra prosjektboken, burde vært vurdert i RoS-analysen, og fulgt opp. Gjennom å håndtere denne problemstillingen kunne ansvarslinjer blitt klarere og samhandlingen blitt bedre.

I legevaktens bekymringsmelding rett før den aktuelle hendelsen påpeker legevaktlegene også bekymring for at det ikke er tilstedevakt i Kristiansund for kirurg, radiolog og anestesilege gjennom hele døgnet, og at reduksjon i tilbudet ved barneavdelingen gir et ytterligere svekket tilbud.

Statens helsetilsyn vurderer at helseforetaket i sin RoS-analyse og i den videre planleggingen av driftsendringen, ikke i tilstrekkelig grad bidro til å avklare endringer i legevaktens oppgaver og behov for kompetanse for å sikre forsvarlig oppfølging av akutt syke barn i påvente av transport til barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund. Selv om ansvaret for oppfølging i påvente av transport kunne håndteres av helseforetaket ved innleggelse på seksjon for intensiv på Kristiansund sjukehus, fikk omleggingen betydning for legevakten.

7.3.4 Informasjon til de pårørende og andre aktører om endringene

Helseforetaket igangsatte flere tiltak for å informere ulike aktører om at barneavdelingen i Kristiansund skulle helgestenges fra 1. oktober 2014. Det ble blant annet sendt et eget informasjonsskriv til alle foreldre med kronisk syke barn som hadde behov for åpen innleggelse til barneavdeling. Det ble videre gjort individuelt tilpassede avtaler mellom de ulike barnelegene og familiene og sendt et brev til ulike samarbeidende instanser der endringene ble omtalt. I tillegg ble det blant annet gjennomført interne informasjonsmøter, samarbeidsmøter med legevakten og sendt e-poster for å informere internt.

Vi har tidligere omtalt at AMK i Ålesund først ble orientert på et senere tidspunkt, primo januar 2015. I omstillingsprosesser er det viktig å nå alle med tilstrekkelig informasjon. Statens helsetilsyn har vurdert at mye av informasjonsarbeidet helseforetaket iverksatte overfor pårørende og andre samarbeidsaktører var tilstrekkelig, men at det var mangelfull informasjon til de ulike samarbeidsaktørene når det gjaldt valg av transport ved behov for overflytting mellom barneavdelingene.

7.3.5 Rutiner for transport av barn ved helgestengt barneavdeling

Som det fremgår i saken, var det ikke på plass entydige rutiner for bruk av følgetjeneste til ambulanse når dette var nødvendig, og det var heller ikke omforente rutiner for transport av små barn med respirasjonsproblemer. Statens helsetilsyn mener at små barn med respirasjonsproblemer og lang reisevei ikke bør transporteres med bilambulanse uten følge av kompetent personell når innleggende lege vurderer det som uforsvarlig. Barna bør hvis mulig transporteres med luftambulanse, der kompetent personell følger barnet, og transporten gir kortest mulig reisetid.

I helseforetakets gjennomgang av de ulike alternativene for omlegging er det vektlagt at transportkapasiteten i området i utgangspunktet er god, også når det gjelder tilgang til luftambulanse, eventuelt redningshelikopter eller ambulansefly. Helseforetakets gjennomganger omtaler ikke de sesongavhengige utfordringene som særlig omfatter vinterhalvåret med økt forekomst av alvorlige luftveisinfeksjoner, inkludert RS-bronkiolitter hos de minste barna. Dette faller sammen med sesongen for dårlig vær og vanskelige flyforhold. Det påpekes i risikovurderingen at det ikke alltid vil være flyvær, men

konsekvensen av dette håndteres imidlertid ikke videre. Det er for eksempel ikke spesielt omtalt hvilke handlingsalternativer som er tilgjengelig når det ikke er flyvær, og barn likevel har behov for innleggelse i barneavdeling.

I den aktuelle saken vurderte AMK-lege/luftambulansenlegen at barnet kunne fraktes med bilambulanse, mens legevaktlegen mente bilambulansetransport var uforsvarlig. Statens helsetilsyn vurderer at innleggende leges vurdering må tillegges størst vekt i denne situasjonen. Det var innleggende lege som kjente pasienten, og som faktisk var tilstede og kunne vurdere pasientens tilstand. Det skal svært mye til at en annen lege som ikke selv ser pasienten, kan overprøve tilstedeværende leges vurdering.

Lederne som Statens helsetilsyn hadde samtaler med etter hendelsen hadde ikke en entydig oppfatning av hvordan slike situasjoner burde håndteres. Foretaket hadde heller ikke omforente, implementerte retningslinjer for hvordan transport av akutt syke barn skulle håndteres. Sett i lys av den alvorlige hendelsen og de mangelfulle retningslinjene, har Statens helsetilsyn på denne bakgrunnen vurdert at det ikke var på plass entydige rutiner for hvordan akutt syke små barn skulle transporteres mellom Kristiansund sjukehus og Ålesund sjukehus når det var behov for innleggelse i barneavdeling. Det var heller ikke rutiner for hvordan dette skulle håndteres ved manglende flyvær.

Statens helsetilsyn har vurdert at utfordringsbildet ved transport av akutt syke små barn ikke var tilstrekkelig kommunisert i prosjektfasen eller vektlagt da styret fattet sin beslutning om femdøgnspost. Problemstillingen ble heller ikke tilstrekkelig gjennomgått i etterkant av beslutningen om helgestenging av barneavdelingen i Kristiansund. Det ble derfor ikke implementert entydige rutiner og omforent praksis for transport av barn med akutt livstruende sykdom, eller rutiner for transport ved manglende flyvær. Helseforetakets mangelfulle styring og ledelse gjorde at helsepersonell ikke ble satt i stand til å kunne yte forsvarlige helsetjenester når barn hadde behov for akuttinnleggelse i sykehus i helgene.

7.3.6 Koordinering av transportressurser ved AMK

De regionale helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at tjenesten er samordnet med de øvrige nødetatene, herunder hovedredningssentralene som koordinerer redningshelikoptrene. Akuttmedisinsk beredskap ivaretas av et stort antall aktører med forskjellige oppgaver og organisatorisk tilhørighet. For å sikre best mulig samhandling, må det etableres klare ansvarsforhold, og tjenestene må kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser ved behov.

Forventninger til god praksis ved AMK fremgår av foretakets egne retningslinjer «*Akutt sykt barn/ungdom*» (ID 23077), «*Behandlingssted for barn med behov for intensivbehandling etter nyfødtp perioden*» (ID 17836), «*Transport av kritisk syke pasienter i forbindelse med vaksamarbeid*» (ID 17359), «*Rekvirering av luftambulanse*» (ID 10830) og «*Koordinering av ambulanshelikopter-AMK Sunnmøre*» (ID 21917). De to sistnevnte bygger i stor grad på Retningslinjer for bruk av luftambulanse utarbeidet av «*Helseforetakenes Nasjonale Luftambulanse 2009*». Det er ledelsens ansvar å sikre at retningslinjene er kjent, forstått og etterlevd.

Retningslinjene er tydelige både på AMK sine oppgaver og de enkelte operatørens rolle. Ansvar og myndighet for AMK-legen, en rolle som innehas av vakthavende luftambulansenlege, er beskrevet. Det fremgår tydelig når luftambulanse kan brukes, og

hvordan man skal håndtere samtidighetskonflikter. Også samarbeid med andre luftambulansebaser, flyambulans og redningshelikoptertjenesten er beskrevet.

Flere av retningslinjene var imidlertid ikke kjent for AMK Møre og Romsdal på tidspunktet for hendelsen. AMK's ledelse har selv påpekt at flere av de sentrale retningslinjene som omhandler transport av kritisk syke pasienter gjaldt før sammenslåingen av AMK-sentralene, men gjaldt ikke for AMK Møre og Romsdal. Den sentrale retningslinjen knyttet til akutt sykt barn/ungdom som ble utarbeidet av barneavdelingen i Kristiansund i oktober 2014, var heller ikke kjent for AMK Møre og Romsdal. Retningslinjene var med andre ord verken kjent, forstått eller etterlevd i foretaket.

Retningslinjene er også uklare når det gjelder bakketransport av pasienter som trenger mer kompetent overvåking og behandling under transporten enn ambulanspersonellet kan gi. De retningslinjene som eksisterer, ble laget for transport av pasienter mellom Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus ved vakt samarbeid mellom de to sykehusene da gastroenterologisk kirurgi og ortopedisk kirurgi ble funksjonsfordelt. Det framgår ikke av retningslinjene at disse også gjelder for transport mellom de to nevnte sykehusene og Ålesund sjukehus, og det er heller ikke umiddelbart innlysende at anestesipersonell fra Molde sjukehus skal reise til Kristiansund sjukehus for å følge pasienter derfra til Ålesund sjukehus.

Etter Statens helsetilsyns vurdering viser denne saken at praksis ikke var i tråd med de retningslinjene ledelsen i foretaket mente skulle gjelde. I tillegg opplyser AMK-personellet at informasjonen om helgestenging av barneavdeling i Kristiansund, og hvordan AMK skulle håndtere situasjonen med økt transportbehov som måtte oppstå, var mangelfull. Det er ledelsens ansvar å sørge for at gjeldende retningslinjer blir implementert, og at organisatoriske endringer og deres konsekvenser blir formidlet til de ansatte slik at de kan løse sine oppgaver på en forsvarlig måte. Vi finner at Helse Møre og Romsdal HF ikke i tilstrekkelig grad har tilrettelagt for nødvendig koordinering og bruk av ressurser ved AMK.

Helse Møre og Romsdal HF har retningslinjer for koordinering og bruk av ressurser ved AMK, men har ikke sikret at disse er oppdatert, kjent, forstått og etterlevd. Virksomheten har heller ikke gitt de ansatte tilfredsstillende informasjon om organisatoriske endringer som påvirker arbeidssituasjonen. Følgetjeneste ved bilambulansetransport er heller ikke organisert på forsvarlig måte. Statens helsetilsyn har vurdert at virksomheten ikke har tilrettelagt sine tjenester for koordinering og bruk av ressurser fra AMK slik at helsepersonell blir i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

7.3.7 Samtidige innføring av flere organisasjonsendringer som sentralisering av AMK, desentralisering av ambulansetjenesten og innføring av helgesteng barneavdeling

Da prosjektboka for klinikk for barn og unge med medfølgende RoS-analyse ble utarbeidet, var det ikke tatt hensyn til den senere beslutningen om sammenslåing av AMK i Molde og Ålesund til en felles sentral i Ålesund. Den felles sentralen i Ålesund skulle bli en av i alt tre sentraler i Helse Midt-Norge RHF. De to sentralene i Møre og Romsdal ble slått sammen 1. januar 2015, altså tre måneder etter helgestengingen av barne- og ungdomsavdelinga, og kort tid før den alvorlige hendelsen. Tidspunktet for sammenslåing av AMK var også sammenfallende med at ambulansetjenesten ble ført tilbake til Helse Møre og Romsdal HF. Ambulansetjenesten hadde tidligere vært organisert direkte under Helse Midt-Norge RHF.

Sammenslåingen av AMK-sentralene ble håndtert og gjennomført som et eget prosjekt i helseforetaket. Mandatet og prosessen framkommer i prosjektbesvarelsen «*Sikre overgangen fra to til en AMK sentral i Møre og Romsdal frå 1.1.2015*». I prosjektet gjennomførte også

helseforetaket en risikovurdering av de utfordringene som særlig gjaldt personell, kompetanse og opplæring. Dette framkommer i «*Faglig forsvarlighet etablering og drift ved AMK Møre og Romsdal*». Prosjektet omtaler imidlertid ikke spesielt utfordringene ved helgestenging av barneavdelingen i Kristiansund.

Statens helsetilsyn fikk under det stedlige tilsynet også opplyst fra flere medisinske operatører ved AMK Møre og Romsdal at de ikke hadde vært klar over at barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund ble helgestengt fra oktober 2014. De ble kjent med det ved at de plutselig erfarte at de fikk mange overføringer i forbindelse med stenging av barne- og ungdomsavdelinga i helgene.

Ved gjennomgang av dokumentasjonen i saken har ikke Statens helsetilsyn funnet det dokumentert at helseforetaket samlet har vurdert og utredet konsekvensene av de ulike omstillingene som foregikk samtidig.

Ved så store og samtidige endringer kan det oppstå forandringer i risikobildet der blant annet kravet til kommunikasjon og samhandling blir viktig å ivareta. Statens helsetilsyn vil understreke nødvendigheten av at helseforetaket skaffer seg et best mulig overblikk over prosesser som griper inn i hverandre. Det er bare gjennom en slik samlet oversikt at risikobildet tydeliggjøres og kan danne grunnlag for nødvendige kompenserende tiltak, for eksempel når det gjelder omforente rutiner og samhandling.

Statens helsetilsyn har vurdert at Helse Møre og Romsdal HF ikke skaffet seg den nødvendige oversikten over de ulike omstillingsprosjektene som foregikk parallelt, og at derfor heller ikke i tilstrekkelig grad vurderte de samlede konsekvensene av de ulike omstillingene som foregikk mer eller mindre samtidig. Mangelfull oversikt da samhandlingsrutinene mellom barneavdeling, legevakt og AMK ble utfordret, samtidig med sammenslåingen av AMK-sentralene og tilbakeføring av ambulansetjenesten til Helse Møre og Romsdal HF, gjorde at det ikke ble igangsatt tilstrekkelig kompenserende tiltak.

7.4 Konklusjon – om helseforetaket hadde gjennomført forsvarlig forberedelse før beslutning og iverksettelse av helgestengt barneavdeling ved Kristiansund sjukehus

Statens helsetilsyn har kommet til at helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad har synliggjort utfordringene og risikoområdene i forbindelse med omleggingen til helgestengt barne- og ungdomsavdeling i Kristiansund. Da vedtaket om helgestenging ble fattet, burde endringene i tjenestetilbudet, ulik innleggelsespraksis, og det totale utfordringsbildet i helseforetaket i vært en del av risikovurderingen.

Statens helsetilsyn vil påpeke at Helse Møre og Romsdal HF valgte en utfordrende organisasjonsmodell med drift av en ikke-elektiv femdøgnspost, og der det er lite erfaringer på nasjonalt nivå. Dette setter derfor særlige krav til virksomheten både i planleggings- og gjennomføringsfasen for å sikre at alle sidene ved den kompliserte driftsformen blir styrt og ledet slik at tjenestene er forsvarlige og fremstår som trygge og gode.

Videre burde tilstrekkelig kompenserende tiltak vært igangsatt, herunder tydelige rutiner for transport ved manglende flyvær, alternative løsninger ved samtidighetskonflikter og kompetent følgetjeneste ved bilambulansetransport mellom sykehusene. Beslutningene ble fattet av ulike instanser innen helseforetaket, inkludert av styret for Helse Møre og Romsdal

HF og i det regionale helseforetaket, uten at de ble godt nok kommunisert til alle berørte enheter i helseforetaket.

Vi vil særlig peke på følgende:

- Helse Møre og Romsdal HF fremhever selv i prosjektboken at femdøgnsdrift av en sengepost først og fremst er egnet ved elektiv drift. Ved elektiv drift kan belegget planlegges godt, og pasientene vil kun unntaksvis ha behov for ytterligere innleggelse i sykehus når sengeposten stenger fredag ettermiddag. Barn kan imidlertid bli akutt syke og trenge sykehusinnleggelse 24 timer i døgnet, sju dager i uken. Dette vil gi helt andre utfordringer i tjenestetilbudet enn det som kan ytes gjennom en elektiv femdøgnspost alene.
- Statens helsetilsyn vurderer at helseforetaket i sin RoS-analyse og i den videre planleggingen av driftsendringen, ikke i tilstrekkelig grad bidro til å avklare endringer i legevaktens oppgaver og behov for kompetanse for å sikre forsvarlig oppfølging av akutt syke barn i påvente av transport til barneavdelingen i Ålesund. Selv om ansvaret for barn kunne håndteres ved seksjon for intensiv på Kristiansund sjukehus, fikk omleggingen konsekvenser for legevakten.
- I omstillingsprosesser er det viktig å nå alle med tilstrekkelig informasjon. Statens helsetilsyn har vurdert at mye av informasjonsarbeidet helseforetaket iverksatte overfor pårørende og andre samarbeidsaktører var tilstrekkelig, men at det var mangelfull informasjon til de ulike samarbeidsaktørene når det gjaldt valg av transport ved behov for overflytting mellom barneavdelingene.
- Statens helsetilsyn har vurdert at utfordringsbildet ved transport av akutt syke små barn ikke var tilstrekkelig kommunisert i prosjektfasen eller vektlagt da styret fattet sin beslutning om femdøgnspost. Problemstillingen ble heller ikke tilstrekkelig gjennomgått i etterkant av at vedtaket om helgestengt barneavdeling. Det ble derfor ikke implementert entydige rutiner og omforent praksis for transport av barn med akutt livstruende sykdom, eller rutiner for transport ved manglende flyvær. Helseforetakets mangelfulle styring og ledelse gjorde at helsepersonell ikke ble satt i stand til å kunne yte forsvarlige helsetjenester når barn hadde behov for akuttinnleggelse i sykehus i helgene.
- Statens helsetilsyn har vurdert at Helse Møre og Romsdal HF ikke tok tilstrekkelig hensyn til de ulike omstillingsprosjektene som foregikk parallelt, slik at helseforetaket samlet kunne vurdere konsekvensene av de ulike omstillingene. Konsekvensen av den mangelfulle oversikten var da at samhandlingsrutinene mellom barneavdelingene, legevakt og AMK ble utfordret som følge av helgestengning av barneavdelingen.

Konklusjon

Etter Statens helsetilsyns vurdering hadde ikke Helse Møre og Romsdal HF gjennomført forsvarlige forberedelser før beslutning og iverksettelse av helgestengt barneavdeling i Kristiansund. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

8 Andre forhold

Statens helsetilsyn vil i dette punktet trekke fram noen områder der vi særlig ser at det kan være læringspunkter for virksomheten. Vi vil gjennomgå følgende forhold:

- samhandling ved helsehjelp til barn med kroniske lidelser
- dokumentasjon og plan for oppfølging av akutt syke barn
- bruk av paracetamol med kodein til barn

8.1 Samhandling ved helsehjelp til barn med kroniske lidelser

8.1.1 Om kommunikasjon og samhandling generelt

Helseforetakene er kompliserte organisasjoner som forutsetter et utstrakt samarbeid og samhandling mellom mange ulike aktører i en rekke forskjellige aktiviteter. Helseforetakets ledelse har det overordnede ansvaret for at styringen og ledelsen av virksomheten legger til rette for et slikt samarbeid. Det er sentralt å legge til rette for gode behandlingsskjer for den enkelte pasient, at helsepersonell kommuniserer og samarbeider for at pasienter skal ivaretas godt både faglig, men også med sikte på å ivareta menneskelige og sosiale aspekter. Involvering og ivaretagelse av pårørende inngår også i dette.

Det er mange elementer som kan fremme god kommunikasjon mellom ulike aktører. Tydelig og klart språk, trygge rammer for kommunikasjonen, budskap tilpasset mottakeren og kontroll av at informasjonen er oppfattet korrekt, vil kunne være viktige delementer i god kommunikasjon mellom helsepersonell. Tydelige og avklarte roller er imidlertid også av stor betydning for at den informasjonen som gis, oppfattes og tolkes korrekt av de ulike partene som inngår i teamet rundt en pasient. Tydelige og avklarte roller har igjen betydning for at ansvarlinjer er forutsigbare for de involverte, inkludert for pasienter og pårørende.

8.1.2 Særlige behov ved oppfølging av barn med kronisk sykdom

Det er viktig at helsetjenesten sørger for god og tett oppfølging av pasient og pårørende når et barn med en kronisk lidelse med spesielle oppfølgingsbehov oppholder seg i hjemmet. Det å ha en fast lege å forholde seg til i ulike faser av sykdommen, er av stor betydning for at barnets medisinske tilstand kan ivaretas også ved ulike svingninger i sykdomsforløpet. Målet må være at barnet kan være hjemme i kjente omgivelser så mye som mulig, og at oppfølgingen og samhandlingen med foreldrene er så tett at de kan føler seg trygge i ulike situasjoner.

Det kan være utfordrende å skape trygge rammer som ivaretar barnets medisinske tilstand på en best mulig måte, samtidig som foreldrenes behov for kontinuitet og oppfølging imøtekommes. En tett oppfølging av et barn med en kronisk sykdom tilsier vanligvis at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten får til et godt samarbeide som sikrer at tilbudet er tilstrekkelig robust, og at tilgjengeligheten til lege med nødvendig kompetanse oppleves som god.

Noen ganger er den medisinske tilstanden så komplisert at spesialisthelsetjenesten best kan ivareta oppfølgingen når barnet oppholder seg i hjemmet. Det bør da legges opp til hyppig og tett kontakt mellom foreldrene og sykehuset. I de fleste situasjoner vil foreldrene kunne få beskjed om å ta kontakt med legevaktlege, alternativt ta direkte kontakt med vakthavende barnelege, dersom det oppstår akutte behov for vurdering av lege. Kun i helt særskilte tilfeller vil legen strekke seg langt utover det ansvaret og de oppgavene som vanligvis tillegges en lege som er ansatt i en virksomhet, og stille seg tilgjengelig for barnet og foreldrene også på fritiden. Slike ordninger må være helt frivillige, og vil måtte bygge på et stort engasjement fra legens side.

8.1.3 Om ulike former for kommunikasjon og oppfølging

Kommunikasjon utenom arbeidstid gjennom bruk av for eksempel e-post og SMS øker tilgjengeligheten og muligheten for tett oppfølging av et sykt barn som oppholder seg i hjemmet. Dette er nye kommunikasjonsformer som tidligere ikke har vært en del av kommunikasjonen mellom pasient/pårørende og helsepersonell. Statens helsetilsyn vil påpeke at forventninger om tilgjengelighet og fleksibilitet vil kunne øke i slike situasjoner.

Bruk av e-post og SMS er i mange sammenhenger et supplement til øvrig kommunikasjon som tradisjonelt har vært konsultasjoner og telefonsamtaler. Fra et brukerperspektiv vil det være ønskelig å kunne kommunisere enklere med helsetjenesten, og mange pasienter og pårørende vil være svært tilfredse med å kunne være i kontakt med legen sin via e-post eller SMS. Denne type ikke-dokumentert informasjon vil imidlertid skape utfordringer når nye helsepersonell skal overta behandlingsansvaret i spesielle situasjoner. Relevant informasjon må uansett journalføres slik at helsepersonell som har kontakt med pasienten på et senere tidspunkt får oppdatert informasjon om pasienten.

Legen må finne den rette balansen mellom å være tilgjengelig for pasienter og pårørende, og å sikre forsvarlig samhandling med samarbeidende helsepersonell.

8.1.4 Om roller

En tett og nær relasjon mellom et kronisk sykt barn og foreldre på den ene siden og helsepersonell på den andre siden, vil nesten alltid være en stor fordel. Det er likevel nødvendig at helsepersonell som kjenner og følger pasienten opp i det daglige, opptrer på en måte som skaper forutsigbarhet i situasjoner som krever samhandling med annet helsepersonell.

Det er verdt å merke seg at det kan være krevende for helsepersonell som ikke kjenner pasienten, å overta behandlingsansvaret i en akutt situasjon og gjøre nye og selvstendige vurderinger av pasientens tilstand, dersom det ikke er tydelig hvilke roller de ulike aktørene har. Helsepersonell som veksler mellom ulike roller/funksjoner må være seg særlig bevisst hvilken rolle/funksjon de til enhver tid har, slik at kommunikasjon og samhandling blir tydelig for alle involverte, ikke minst i akutte situasjoner.

Statens helsetilsyn finner grunn til å påpeke at den aktuelle saken gir viktige læringsmomenter når det gjelder kommunikasjon, samhandling og rolleforståelse. Dette gjelder både mellom pårørende og helsetjenesten, mellom legevakten og spesialisthelsetjenesten, mellom små og store sykehusavdelinger og mellom ulike profesjoner.

8.2 Dokumentasjon og plan for oppfølging av akutt syke barn

Ved spørsmål om akuttinnleggelse eller øyeblikkelig hjelp til kronisk syke pasienter er det viktig at samarbeidende helsepersonell har tilgang til sentrale opplysninger og relevant sykehistorie. Det er spesielt viktig at denne informasjonen finnes på pasientens lokalsykehus, men også på annet sykehus som også følger opp pasienten. Pasientjournalen skal da fungere som et godt og hensiktsmessig arbeidsverktøy, noe som forutsetter koordinering av nødvendig informasjon om pasienten, slik at denne finnes i de ulike journalsystemene de respektive enhetene benytter seg av.

For gruppen av alvorlig kronisk syke barn med åpen innleggelse i klinikk for barn og unge i Helse Møre og Romsdal HF, er det spesielt viktig at de ulike barneavdelingene,

behandlingsenhetene og samarbeidspartnere har lett tilgang på kritisk informasjon om de barna det gjelder.

Denne saken viser at det var flere episoder der det ikke hadde lyktes helsepersonell å legge inn barn på barneavdelingen i Ålesund. Saken viser også at kritisk informasjon om pasienten ikke var lett tilgjengelig for de ulike aktørene innen Helse Møre og Romsdal HF, og ved Kristiansund og omegn legevakt. Når det er kjent at det hos et barn lett kan oppstå livstruende respirasjonsproblemer og at barnet er vanskelig å intubere, må det i en stabil fase legges en plan for hvordan forverring og andre akutte situasjoner skal håndteres. Det må også legges en plan for hvor barnet skal følges opp, herunder eventuell transport til sykehus.

Vi ber virksomheten merke seg våre synspunkter knyttet til nødvendigheten av plan for oppfølging av kroniske pasienter i en akutt situasjon, og formidling/koordinering av kritiske opplysninger som er påkrevet for at de ulike helsetjenestene i helseforetaket og i kommunen skal kunne løse sine oppgaver i forbindelse med pasientbehandling.

8.3 Bruk av paracetamol med kodein

Det ble per telefon ordinert tabletter med kombinasjon av paracetamol og kodein i forkant av det andre legevaktbesøket. Medikamentene ble imidlertid ikke gitt da barnet etter hvert ble roligere, og hadde derfor ingen innvirkning på det videre pasientforløpet.

Kodein har vært brukt ved moderate til sterke postoperative smerter. Kodein er ikke godkjent til bruk hos barn mindre enn tolv år på grunn av respiratorisk dempende effekt. Dette har vært gjort kjent i «*Nytt om legemidler (NYL)*» 2013 og 2014 (Legemiddelverket), og er også nedfelt i «*Generell veileder i pediatri*» fra oktober 2012 (Norsk barnelegeforening/Den norske legeforening). Hvis en lege velger å bruke et preparat utenfor godkjent indikasjon, må dette skje på bakgrunn av medisinsk skjønn og en nøye vurdering av de medisinske fordeler for pasienten, målt mot risiko for eventuelle bivirkninger.

Det ble i denne saken ordinert paracetamol med kodein per telefon fordi pasienten var vedvarende utilpass og smertepåvirket. Dette er utenfor vanlig indikasjonsområde for kodein og var ikke i tråd med foretakets instruks om at medikamentet kun skulle gis til inneliggende barn.

Å ordinere/anbefale så sterke smertestillende til en allerede dårlig pasient, er ikke i henhold til anbefalte retningslinjer fra fagmiljøet. Vi ber derfor helseforetaket merke seg våre synspunkter knyttet til bruk av paracetamol med kodein til små barn.

9 Virksomhetens oppfølging etter den alvorlige hendelsen

Helse Møre og Romsdal HF valgte kort tid etter den alvorlige hendelsen å gjenåpne barneavdelingen i Kristiansund med noe redusert kapasitet, for å sikre tilgang til barneavdeling og barnelege i helgene for barna som sogner til Kristiansund sjukehus.

Vi har i denne saken ikke nærmere vurdert tiltakene virksomheten har iverksatt etter hendelsen for å forbedre kvaliteten og forhindre at lignende hendelser skal skje igjen. Etter avtale med Fylkesmannen i Møre og Romsdal er det bestemt at de vil foreta den tilsynsmessige oppfølgingen av helseforetaket når det gjelder foretakets videre arbeid med tilrettelegging for forsvarlig organisering på dette området.

Statens helsetilsyn har merket seg at AMK Møre og Romsdal har foretatt en gjennomgang av egen håndtering av hendelsen i ettertid og at de skal ha forbedret bilambulansetjenesten.

10 Konklusjon og oppfølging

10.1 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp på Kristiansund og omegn legevakt fredag kveld/natt til lørdag og natt til søndag, og at det foreligger brudd på helsepersonelloven § 4.

Vi har videre kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke ga pasienten forsvarlig oppfølging i forkant av den aktuelle hendelsen og at foretaket v/AMK og vakthavende AMK-lege ikke handlet forsvarlig i forbindelse med håndtering av transportoppdrag natt til lørdag og søndag. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har også kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig oppfølging av syke barn i helgene, og at foretaket ikke tilrettela for forsvarlig oppfølging av denne pasientgruppen i forkant av endringen fra sjudøgnspost til femdøgnspost. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Ulik innleggelsespraksis, vekslingen i tjenestetilbudet i Kristiansund og det samlede utfordringsbildet for alle involverte aktører skulle vært tydelig løftet frem og diskutert i forkant av omleggingen; herunder oppfølgingen av kronisk syke barn. Videre skulle tilstrekkelig kompensierende tiltak vært igangsatt; herunder tydelige rutiner for transport ved manglende flyvær og alternative løsninger ved samtidighetskonflikter. De ulike beslutningene ble fattet av ulike instanser innen helseforetaket, inkludert av styret for Helse Møre og Romsdal HF og i det regionale helseforetaket, uten at de ble godt nok kommunisert til alle berørte enheter i helseforetaket. Foretaket hadde heller ikke sikret at retningslinjer for koordinering og bruk av ressurser ved AMK var oppdaterte og implementert.

10.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn ber om at

- dette brevet blir gjort kjent for alle de involverte
- de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen
- Statens helsetilsyn får en samlet, konkret tilbakemelding fra Helse Møre og Romsdal HF innen åtte -8- uker fra mottakelse av dette brevet. Vi ønsker at det redegjøres for hvordan hendelsen er fulgt opp, og hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på de aktuelle områdene. Statens helsetilsyn ber om en gjenpart av foretakets redegjørelse til fylkesmannen.

11 Sikkerhetstilrådinge og læringspunkter

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Statens helsetilsyn i 2013 om opprettelse av en undersøkelsesenhet skal Statens helsetilsyn som et ledd i å fremme læring lage en rapport i en form som kan offentliggjøres der læringsaspektet skal fremkomme. Statens helsetilsyn mener at gjennomgangen av denne saken har avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. Dette innebærer at andre

virksomheter også kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv.

Statens helsetilsyn har derfor i denne saken valgt å peke på utvalgte områder der andre virksomheter bør vurdere om det er nødvendig å iverksette tiltak.

Andre helseforetak bør vurdere følgende tiltak:

- Virksomhetene må tilrettelegge for at barn som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, får nødvendig helsehjelp og oppfølging. Dette innebærer blant annet at kontinuitet og sammenheng i behandlingsskjeden over tid og tverrfaglig samarbeid innad i helseforetaket og på tvers av nivåer i helsetjenesten må sikres.
- Det må legges en omforent plan for hvor og hvordan alvorlig syke barn med kroniske lidelser skal følges opp når akutte forverringer oppstår. Planen må utarbeides i rolig fase, og må være kjent forstått og etterlevd i alle ledd i behandlingsskjeden. Tilgang til spesialkompetanse for å håndtere særlig krevende tilstander må veies mot kort reisevei, lokalkunnskap og kontinuitet i oppfølgingen dersom avstandene er lange. Når transportavstanden til sykehus er lang, bør terskelen for å legge inn barnet være lavere enn i andre situasjoner der et barn blir akutt sykt.
- Transport og overflytting mellom sykehus kan være krevende, og er kjente risikosituasjoner. Virksomhetene bør vurdere om bakvakter skal involveres i slike vurderinger, fordi de kan kreve mer inngående kjennskap til lokale forhold og logistikk enn det man kan forvente av alle forvakter.
- Det er ledelsens ansvar å sikre at retningslinjer, rutiner og arbeidsinstruksjoner er kjent, forstått og etterlevd i hele foretaket.
- I omstillings- og endringsprosesser er det spesielt viktig å nå alle med tilstrekkelig informasjon. Det kan oppstå forhold som gir forhøyet risiko for svikt i tjenestene både innen foretaket selv og i forhold til samarbeidende instanser som for eksempel legevakt. Denne risikoen er spesielt høy når virksomheten er spredt på flere ulike lokalisasjoner. Det totale risikobildet organisasjonsendringen vil medføre må avklares og håndteres. Ledelsen har ansvar for å avklare eventuelt sviktende samarbeid som kan påvirke utøvelsen av helsehjelpen både innad i helseforetaket og utad i forhold til samarbeidende instanser.
- Veksling mellom ulike driftsformer innen et foretak, for eksempel døgndrift med akuttfunksjon mandag til fredag og stengt avdeling i helgene, kan føre til at helsetjenestene ikke framstår som forutsigbare og trygge for pasienter og pårørende. For samarbeidspartene både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten innebærer det utfordringer rundt beslutningsprosesser og iverksetting av helsehjelp.

Andre legevaktssentraler bør vurdere følgende tiltak:

- En legevaktlege skal alltid undersøke pasienten, vurdere symptomenes alvorlighetsgrad og behov for videre behandling og oppfølging. Dersom en pasient som blir sendt hjem ved første kontakt med legevakten, tar ny kontakt på grunn av forverring eller manglende bedring, kreves særlig aktpågivenhet fra legevaktlegens side.
- Det er den legen som ser og undersøker pasienten som har ansvaret for å vurdere om det er nødvendig å legge inn vedkommende. Legevaktlegen blir ikke fritatt for sitt selvstendige ansvar for å vurdere pasienten selv om han/hun konsulterer annen lege, for eksempel vakthavende lege ved det sykehuset der det er aktuelt å legge pasienten inn.

- Når pasienten er barn, må foreldrenes vurdering og innholdet i deres bekymring tas med i vurderingen av hva som er rett oppfølging.

Luftambulansetjenesten/ andre AMK-sentraler bør vurdere følgende tiltak:

- Når luftambulanse er rekvirert og oppdraget er akseptert, har AMK ansvar for å sørge for at oppdraget blir utført.
 - AMK må til enhver tid ha oversikt over tilgjengelige ressurser.
 - Dersom rekvirerte helikopter er opptatt eller av annen grunn ikke kan ta oppdraget, har AMK ansvar for å rekvirere annen ressurs.

Helsepersonell og deres ledere uavhengig av organisatorisk plassering, bør vurdere følgende tiltak:

- Foreldre som er til stede ved gjenoppliving av sitt barn vil oppleve dette som svært dramatisk. Det kan være krevende å takle både i selve situasjonen og i etterkant av hendelsen. Situasjonen vil på den annen side også være krevende å forholde seg til dersom foreldrene ikke tilbys å være til stede. Fravær av tilstedeværelse kan være svært tungt og kan bli en ytterligere belastning for foreldrene i ettertid. I den akutte situasjonen må hovedfokus være på pasienten, og det kan være begrensede muligheter for å ta hensyn til foreldrene. Det blir da ekstra viktig å sørge for god ivaretagelse av foreldrene i ettertid.
- Helsepersonell som veksler mellom ulike roller i helsetjenesten må være seg særlig bevisst hvilken rolle de til enhver tid har, slik at kommunikasjon og samhandling blir tydelig, ikke minst i akutte situasjoner. Relevant informasjon må alltid journalføres slik at alt helsepersonell som har kontakt med pasienten får oppdatert informasjon.