Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i behandling og samhandling ved mottak av traumepasient ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Saksnummer: XXXXXX

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Postboks 100 Langnes

9038 TROMSØ

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

ØRES REF: YOUR REF:	VÅR REF/OUR REF:	DATO/DATE:
	2015/XXXXXX	4. april 2017

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke har fått forsvarlig helsehjelp og at Universitetssykehuset Nord-Norge HF ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf helsepersonelloven § 4 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har heller ikke varslet saken til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter en alvorlig hendelse, knyttet til den helsehjelp XXXXXXXX født XXXXXX, død XXXXXX fikk den [redacted] 2013 ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Saken ble oversendt fra Fylkesmannen i Troms 9. februar 2015 etter at de opprettet tilsynssak etter anmodning fra pårørende.

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

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Det foreligger brudd på Universitetssykehuset Nord-Norge HF sin plikt til å tilrettelegge sine tjenester slik at helsepersonell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter til å yte forsvarlige helsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4 og internkontrollforskrift i helse- og omsorgstjenesten. Det foreligger videre brudd på plikten til å varsle om alvorlige hendelser etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF om hvordan hendelsen er vurdert etter at tilsynet har utarbeidet foreløpig og endelig rapport.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of Health Supervision
Org.nr.: 974 761 394

Postadresse / *Postal address:*
Pb 8128 Dep,
N0-0032 OSLO, Norway
Besøksadresse / *Street address:*
Calmeyers gate 1

Fakturaadresse / *Invoice address:*
Statens helsetilsyn
Fakturamottak ØFØ
Pb 4104, 2307 Hamar
EHF-format - adresse 974761394

U. I Tel.: (+47) 21 52 99 00
Faks/ Fax: (+47) 2152 9999
E-post / *E-mail:*
postmottak@helsetilsynet.no
Internett: www.helsetilsynet.no

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF innen tre måneder fra mottagelsen av dette brevet og rapporten. Vi ber om at kopi også sendes til pårørende.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi etter fullmakt	XXXXXX
assisterende direktør	seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi:
Fylkesmannen i Troms
XXXXXX
XXXXXX

Helsefaglige saksbehandlere:
XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX

Juridisk saksbehandler: XXXXXX

1 Innledning 7
2 Gjennomføringen av tilsynet 7
3 Opplysningene i saken – saksforholdet 8
3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen 8
3.2 Rettsmedisinsk rapport 14
3.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende 15
3.4 Usikkerhetsmomenter i saksfremstillingen 16
3.5 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn 16
3.6 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis 17
3.7 Foretakets interne gjennomgang og oppfølging av hendelsen 23
3.8 Ekstern revisjon av traumatologisk virksomhet ved UNN Tromsø 25
4 Aktuelt regelverk 27
4.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp 27
4.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 27
4.3 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser 27
4.4 Plikt til å informere pasienten og de pårørende 28
4.5 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat 28
5 Statens helsetilsyns vurderinger 28
5.1 Ga helsepersonellet ved UNN Tromsø pasienten forsvarlig helsehjelp ved innleggelsen [redacted] 2013? 29
5.2 Ble pårørende i den aktuelle saken ivaretatt, informert og fulgt opp på en forsvarlig måte? 43
5.3 Sikret UNN HF i 2013 forsvarlig akuttbehandling av alvorlig skadde pasienter ved UNN Tromsø? 46
5.4 Hadde UNN HF i 2013 rutiner som sikret ivaretakelse og videre oppfølging av pårørende til alvorlig syke eller skadde pasienter som døde i akuttmottaket på UNN Tromsø? 50
5.5 Har UNN HF fulgt opp hendelsen med tanke på kvalitetsforbedring, læring og varsling tilsynsmyndigheten? 51
5.6 Har UNN HF informert de pårørende om hvilke kvalitetsforbedrende tiltak de har iverksatt/vil iverksette etter hendelsen? 53
5.7 Øvrige bemerkninger 54
6 Konklusjon og oppfølging i foretaket 54
6.1 Statens helsetilsyns konklusjon 54
6.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding 55
7 Tilrådinger fra Statens helsetilsyn 55
8 Vedlegg 56

Sammendrag

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn det stedlige tilsynet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, (heretter UNN HF) 7. oktober og 2.- 4. november 2015. Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse ved Universitetssykehuset i Tromsø (heretter UNN Tromsø) [redacted] 2013, da [redacted] ble brakt inn til akuttmottaket med [redacted] Pasienten døde etter kort tids behandling i akuttmottaket og på operasjonsstua på sykehuset i Tromsø.

[redacted]

Helsepersonellet oppfattet situasjonen som kritisk, [redacted]. Det ble derfor gjort en nødoperasjon [redacted]

[redacted]

[redacted]

Samhandlingen i traumeteamet (helsepersonellet som var tilkalt) fungerte dårlig. Det var ingen tydelig ledelse, uklare ansvarsforhold og ineffektiv kommunikasjon. Overfor Statens helsetilsyn ga de fleste deltagerne i traumeteamet uttrykk for at situasjonen hadde vært uoversiktlig, og at beskjeder ble gitt ut i løse luften. [redacted]

Da pårørende ankom akuttmottaket, ble de henvist til den kommunale legevakten. De fikk ingen informasjon fra personell på sykehuset. Da de på eget initiativ forøkte å skaffe informasjon ved å oppsøke sykehuset, [redacted]

Vedkommende som ga informasjonen, var på dette tidspunktet ikke kjent med det som senere har fremkommet, om dårlig samhandling i teamet og tvil om behandlingen var god nok. Pårørende ble derfor kun informert om at pasienten var død. Det ble gitt tilbud om at pårørende kunne ta kontakt igjen ved behov.

Da saken etter hvert ble et tema for diskusjon og spekulasjoner innad i sykehuset, fikk pårørende ingen informasjon om dette fra sykehusets side. Da de likevel fikk kjennskap til at det var stilt spørsmål ved både den medisinske behandlingen og samhandlingen i teamet, klaget de til fylkesmannen. Pårørende har i ettertid gitt uttrykk for at de oppfatter den manglende oppfølgingen fra sykehusets side som et forsøk på å skjule feil og mangler ved behandlingen.

UNN Tromsø fant ikke grunn til å iverksette kvalitetsforbedrende tiltak som følge av hendelsen. Det er iverksatt forbedringstiltak i ettertid, men disse har ifølge ledelsen ved UNN HF skjedd som følge av kontinuerlig forbedringsarbeid, og ikke som følge av den aktuelle hendelsen. En revisjon av traumevirksomheten i regi av Kompetansetjenesten for traumatologi, avdekket likevel svakheter ved traumeorganiseringen så sent som i 2015.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, og at helseforetaket ikke hadde lagt godt nok til rette for at alvorlig skadde pasienter skulle få forsvarlig helsehjelp. Det vil si at UNN HF ikke oppfylte lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. UNN HF har heller ikke varslet om saken til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.

1 Innledning

Statens helsetilsyn ble ved Fylkesmannen i Troms sitt brev 9. februar 2015 informert om en alvorlig hendelse ved UNN HF i Tromsø [redacted] 2013. Fylkesmannen i Troms ble kjent med hendelsen i juni 2014 og valgte å oversende saken til Statens helsetilsyn.

Saken gjelder den helsehjelpen [redacted] født [redacted] død [redacted] (heretter omtalt som pasienten), fikk ved UNN Tromsø. Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i Troms å gjennomføre et stedlig tilsyn ved UNN Tromsø i denne saken fordi det var spørsmål om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp etter ankomst akuttmottaket, herunder om traumeteamet var organisert og gjennomførte helsehjelp på en forsvarlig måte, og om pasienten skulle vært overflyttet operasjonsavdelingen på et tidligere tidspunkt. Med traume forstås i denne rapporten fysisk skade, og traumatologi er læren om fysisk skadde pasienter.

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

2 Gjennomføringen av tilsynet

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

- Fylkesmannen i Troms mottok 21. juni 2014 en klage på behandling i forbindelse med en akutt hendelse ved UNN Tromsø [redacted] 2013.
- Fylkesmannen i Troms varslet i brev av 24. juni 2014 UNN HF om at de opprettet tilsynssak med hjemmel i helsetilsynsloven § 2, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-2.
- Fylkesmannen i Troms innhentet informasjon i saken i tidsrommet 24. juni 2014 til 9. februar 2015.
- Statens helsetilsyn mottok i brev av 9. februar 2015 fra Fylkesmannen i Troms opplysninger om den alvorlige hendelsen ved UNN Tromsø [redacted] 2013, og om klagen de hadde mottatt.
- Statens helsetilsyn besluttet å gjennomføre stedlig tilsyn ved UNN Tromsø. Foretaket ble varslet i brev av 29. mai 2015. Tidspunkt for gjennomføring av stedlig tilsyn ble i samråd med foretaket satt til 6.-7. oktober 2015.
- Statens helsetilsyn gjennomførte samtale med pårørende 17. juni 2015.
- Statens helsetilsyn mottok 21. september 2015 henvendelse fra foretaket om at de var ute av stand til å gjennomføre det stedlige tilsynet som avtalt.
- Statens helsetilsyn ved direktør Jan Fredrik Andresen informerte i brev av 23. september 2015 UNN HF ved administrerende direktør Tor Ingebrigtsen om at tilsynet ville bli gjennomført 3.-4. november 2015. Senere viste det seg at enkelte intervjuer likevel måtte gjennomføres som opprinnelig planlagt 7. oktober av hensyn til de som skulle intervjues.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved UNN Tromsø 7. oktober og 2.-4. november 2015 (se vedlegg for oversikt over hvem vi snakket med).
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig tilsynsrapport.
- Den foreløpige rapporten ble på forespørsel fra Statens helsetilsyn gjennomgått og kommentert av avdelingsoverlege/-leder Guttorm Brattebø, ved akuttmedisinsk avdeling, Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, og avdelingsoverlege/-

leder, Christine Gaarder, avdeling for traumatologi, Oslo Universitetssykehus HF. Deres innspill er innarbeidet i rapporten.

- Statens helsetilsyn oversendte den foreløpige tilsynsrapporten til helseforetaket og de pårørende 26. april 2016.
- Statens helsetilsyn hadde møte med et involvert helsepersonell 30. mai 2016.
- Statens helsetilsyn mottok kommentarer til foreløpig rapport fra foretaket 20. juni og 20. september 2016, og fra de pårørende 17. juni 2016.
- Det ble også avholdt et møte om foreløpig rapport mellom foretaket og representanter fra Statens helsetilsyn 22. august 2016.
- Statens helsetilsyn har vurdert alle innspill og innarbeidet de relevante kommentarene i den endelige tilsynsrapporten.

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

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

3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen

[redacted]

3.1.1 Aktuell sykehistorie

[redacted]

3.1.2 Prehospitalt tidsforløp

Kl. [redacted] AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) mottok nødmelding
Kl. AMK varslet ambulansen.
Kl. Ambulansen rykket ut.
Kl. Ambulansen var framme.
Kl. Legevaktslege ble varslet, men valgte ikke å dra ut.
Kl. Akuttmottaket på UNN Tromsø ble varslet.
Kl. Traumealarm ble utløst på UNN Tromsø.
Kl. Pasienten ankom akuttmottaket på UNN Tromsø.

3.1.3 Aktivering av traumeteam

Traumeteamet som ble aktivert da den aktuelle pasienten ble meldt til sykehuset, bestod innledningsvis av

- kirurgisk primærvakt 1 som var lege i spesialisering (LIS) i kirurgi og leder av traumeteamet, heretter kalt traumeleder
- to LIS'er i anestesiologi, heretter kalt henholdsvis LIS 1 og LIS 2 anestesiologi
- anestesisykepleier(e)
- to radiologer, en av dem overlege
- en LIS i ortopedi
- to sykepleiere fra akuttmottaket
- en bioingeniør
- to radiografer
- en portør.

To operasjonssykepleiere ble også varslet, men i henhold til sykehusets dagjeldende retningslinjer møtte de ikke opp i akuttmottaket før de ble bedt om det noe seinere. En overlege som hadde bakvakt i anestesiologi (heretter bakvakt anestesiologi) hørte traumeoppkallet og møtte opp i akuttmottaket før pasienten kom.

En overlege og spesialist i thoraxkirurgi (heretter kalt bakvakt traume) ble varslet like etter primær melding fra AMK, men møtte ikke opp før han ble tilkalt noe tid etter at pasienten var ankommet. Også to anestesisykepleiere i tillegg til den anestesisykepleieren som inngikk i traumeteamet, og en mottakssykepleier til ble tilkalt etter at pasienten var ankommet. I tillegg var ambulansepersonellet og et ukjent antall observatører tilstede. Statens helsetilsyn har fått opplyst at det totale antallet tilstede på traumerommet var et sted mellom 20 og 30 personer.

Det redegjøres nærmere for organiseringen av traumeteamet i 2013 under punkt 3.6.1. Her er kun tatt med det som er nødvendig for å forstå den videre beskrivelsen av forløpet.

Da traumelederen fikk varsel om hendelsen, var han initialt usikker på hvor alvorlig situasjonen var, og han gikk derfor straks til AMK for å få flere opplysninger om hva som hadde skjedd. Det ble klart at situasjonen var svært alvorlig. Traumeleder, LIS 1 og 2 anestesiologi samt bakvakt anestesiologi møttes på traumerommet i akuttmottaket og diskuterte om pasienten skulle tas imot der, eller bringes direkte til operasjonsstua to etasjer over. Det foregikk på tidspunktet for hendelsen ombygginger på UNN Tromsø, og veien fra ambulanseinngangen til akuttmottaket gikk forbi heisene til operasjonsstua. LIS 2 anestesiologi tilbød seg derfor å gå til ambulanseinngangen for å gjøre en første vurdering, men før han rakk det, kom pasienten på båre inn døra til traumerommet. [redacted]

3.1.4 Ankomst akuttmottaket

Mens legene diskuterte om pasienten skulle fraktes rett til operasjonsstua, ble [redacted] flyttet fra ambulansebåra til sengen i akuttmottaket. [redacted]

Ved ankomst på UNN Tromsø [redacted]

[redacted]

[redacted]

Bakvakt anestesiologi og LIS 2 anestesiologi opplyser at de mente det at det var behov for nødkirurgi og iverksatte alarm for dette. Nødkirurgialarm innebærer at koordinator på operasjonsstua kontaktes telefonisk med beskjed om at øyeblikkelig operasjon er nødvendig, og at adekvat personell må tilkalles umiddelbart. Det skal alltid være en operasjonsstue tilgjengelig for nødkirurgi på UNN Tromsø. Til tross for at nødkirurgialarm ble utløst, ble pasienten på dette tidspunktet ikke flyttet til operasjonsstua som lå to etasjer over, men behandling ble startet i akuttmottaket.

3.1.5 Intravenøse tilganger

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[1] VF = ventrikkelflimmer, hjerteflimmer

[redacted]

3.1.6 Respirasjon og kontroll av luftveier

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

3.1.7 [redacted]

[redacted]

[redacted]

3.1.8 [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

3.1.9 *Flytting til operasjonsstua og* [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

3.1.10 [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

3.1.11 Samhandling og dokumentasjon

Journalnotatene etter hendelsen inneholder ikke opplysninger om samhandling i traumeteamet. Flere av deltagerne i traumeteamet opplyser imidlertid i skriftlige redegjørelser til fylkesmannen og i samtaler med Statens helsetilsyn, at traumemottaket var preget av utydelig ledelse og mangelfull kommunikasjon. Det ble tatt en beslutning om å flytte pasienten til operasjonsstua, men dette ble ikke utført. Det var mye lyd, og beskjeder ble gitt «ut i luften» uten at noen sjekket at de ble effektuert. Flere opplyste at det var så mange til stede at det var vanskelig å få utført egne oppgaver, og ingen synes å ha oversikt over situasjonen.

Sykepleieren som hadde ansvar for den fortløpende dokumentasjonen under behandlingsforløpet i akuttmottaket, har beskrevet at det var «kaotiske forhold» og utydelig ledelse. Hun sier at dette medvirket til at dokumentasjonen i denne perioden er mangelfull.

Utydelig ledelse bekreftes av anestesilegene, anestesisykepleierne og ambulansepersonellet, både i redegjørelser og i samtaler med Statens helsetilsyn.

Bioingeniøren som var tilstede for å ta blodprøver, skriver imidlertid i sin redegjørelse at alle som var til stede fremsto fokuserte og at legene gjorde en god jobb med å administrere alle de fremmøtte. Det beskrives videre at bioingeniørene vanligvis står litt bak i teamet ved mottak av traumer og følger med på når og hvor de kan få tatt prøver av pasienten, men i dette tilfellet var det så viktig å få blod inn i pasienten at alle med ledige hender, også bioingeniøren, ble satt til denne oppgaven. [redacted]

Tre operasjonssykepleiere på dagvakt var i øyeblikkelig-hjelp-teamet. De tre fikk beskjed på calling da traumealarmen gikk. I henhold til sykehusets retningslinjer skal de ikke møte i akuttmottaket når det kommer traumer, men avvente nærmere beskjed. Kort etter fikk de beskjed om å møte i akuttmottaket. To av dem løp ned, mens den tredje gikk for å klargjøre en operasjonsstue dersom det skulle bli bruk for det. En operasjonssykepleier har skrevet en redegjørelse for sin deltagelse i hendelsen der hun opplyser at hun henvendte seg til bakvakt traume og spurte om hva han trengte av utstyr og assistanse. Hun fikk beskjed om at pasienten skulle opp på operasjonsstua, og løp derfor opp igjen for å forberede seg til å ta imot pasienten der. I sin redegjørelse bemerker hun at det var mange mennesker på traumerommet.

3.1.12 Ekstern varsling og melding

Saken ble meldt telefonisk av bakvakt traume til politiet samme dag på grunn av [redacted] Statens helsetilsyn legger til grunn at det med dette menes [redacted], ikke helsehjelpen, prehospitalt. Bakvakt traume skriver i sin redegjørelse at det ikke ble funnet grunn til å melde internt avvik eller sende varsel til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 a.

3.2 Rettsmedisinsk rapport

[redacted]

[redacted]

Statens helsetilsyns mandat omfatter ikke tilsyn med rettsmedisinsk virksomhet. Den rettsmedisinske likundersøkelsen og rapporten vil derfor ikke bli vurdert nærmere. Vi viser imidlertid til vår bemerkning om dette avslutningsvis i rapporten.

3.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

[redacted] kom til akuttmottaket kort tid etter at pasienten var brakt inn. [redacted] opplyste til Statens helsetilsyn at [redacted] ba om å få vite hvor [redacted] var. [redacted] fikk etter noe venting beskjed om å gå til den kommunale legevakten som er lokalisert like ved. [redacted]

[redacted] opplyste videre at i løpet av den tiden [redacted] var i akuttmottaket fikk [redacted] ingen informasjon om [redacted] tilstand eller hvilken behandling som ble gitt [redacted] Heller ikke etter at [redacted] var kommet til en kommunale legevakten, mottok [redacted] noe informasjon. Traumeleder tok aldri kontakt med [redacted]

Ca. kl. [redacted] tok [redacted] derfor selv telefonkontakt med [redacted] som er lege på sykehuset, men han var ikke på sykehuset og hadde ikke kjennskap til saken. Han ringte imidlertid til sin leder, avdelingslederen på hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling, som også hadde og har det øverste ansvaret for traumevirksomheten ved UNN Tromsø. Deretter ringte han tilbake til [redacted] og sa at [redacted] måtte ta kontakt med avdelingslederen.

[redacted], og gikk selv over til sykehuset der [redacted] først traff bakvakt traume. Av ham fikk [redacted] vite at [redacted] var død til tross for at de hadde gjort alt de kunne for å redde livet [redacted] Deretter gikk [redacted] til avdelingsleder på hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling. Avdelingslederen og sykehuspresten ble med [redacted] tilbake til den kommunale legevakten for å fortelle [redacted] at [redacted] var død. Før avdelingslederen forlot legevakten, tilbød han familien å ta kontakt ved behov, men ingen oppfølgingssamtale ble avtalt.

[redacted]

Fra sykehusets side er det opplyst at det ikke var ressurser i akuttmottaket til å ta seg av de pårørende i den aktuelle situasjonen. En av AMK-operatørene som hadde håndtert hendelsen, tok kl. [redacted] kontakt med den kommunale legevakten med oppfordring om at de skulle ta imot pårørende. AMK-operatøren er usikker på om noen ga henne beskjed om å gjøre det, men sier at hun tror hun gjorde det på bakgrunn av det hun visste om lokale rutiner for krisehåndtering og oppfølging av pårørende i krisesituasjoner. Hun visste blant annet at legevakten hadde en kommunalt ansatt psykolog som blant annet hadde til oppgave å følge opp pårørende [redacted]. AMK ligger vegg-i-vegg med akuttmottaket, slik at AMK og akuttmottaket har nær kontakt i akutte situasjoner, men det er ikke klart om AMK og akuttmottaket kommuniserte om ivaretakelsen av pårørende i denne situasjonen.

I tiden etter at pasienten hadde kommet til akuttmottaket, tok AMK flere ganger ny kontakt med legevakten både for å forsikre seg om at pårørende var blitt tatt vare på av helsepersonell, og for å gi utfyllende opplysninger. Dette er dokumentert i AMIS.

3.4 Usikkerhetsmomenter i saksfremstillingen

Til tross for gjennomgang av alle sakens dokumenter og samtale med et flertall av de involverte, kan følgende punkter i saksfremstillingen ikke fastslås med sikkerhet:

- [redacted]

3.5 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn

3.5.1 Opplysninger om hendelsesforløpet og om ivaretakelsen av pårørende.

Statens helsetilsyn hadde møte med pasientens [redacted] og [redacted], 17. juni 2015.

Den aktuelle dagen ble pasienten [redacted] og [redacted] ble varslet. [redacted] De videre opplysningene fra de pårørende om hendelsesforløpet, er integrert i beskrivelsen under punkt 3.3.

I juni 2014, rett før klagen på behandlingen sendt til fylkesmannen, ble [redacted] informert om hendelsen av [redacted]. Frem til dette visste [redacted] ikke noe om behandlingen [redacted] hadde fått, eller mangler ved denne.

Sykehuset skrev et brev til pårørende i februar 2015, etter at saken var oversendt fylkesmannen. Sykehuset tilbød et møte med pårørende, noe pårørende ikke ønsket på dette tidspunktet. Grunnen til det var at saken var kommet så langt at den var oversendt fylkesmannen.

[redacted] mener at UNN Tromsø ikke viste interesse for saken, og at det heller ikke har vært noen form for oppfølging av [redacted] i etterkant. Det har vært en stor påkjenning for [redacted]. [redacted] har opplevd at UNN Tromsø ikke har håndtert saken på en god måte.

[redacted]

3.5.2 Pårørendes ankepunkter i saken.

Pasientens [redacted] og [redacted] mener at det er flere, dels graverende forhold, som bør vurderes nærmere. I brev fra deres advokat til Statens helsetilsyn datert 9. juli 2015 summeres dette opp og begrunnes i fem hovedpunkter:

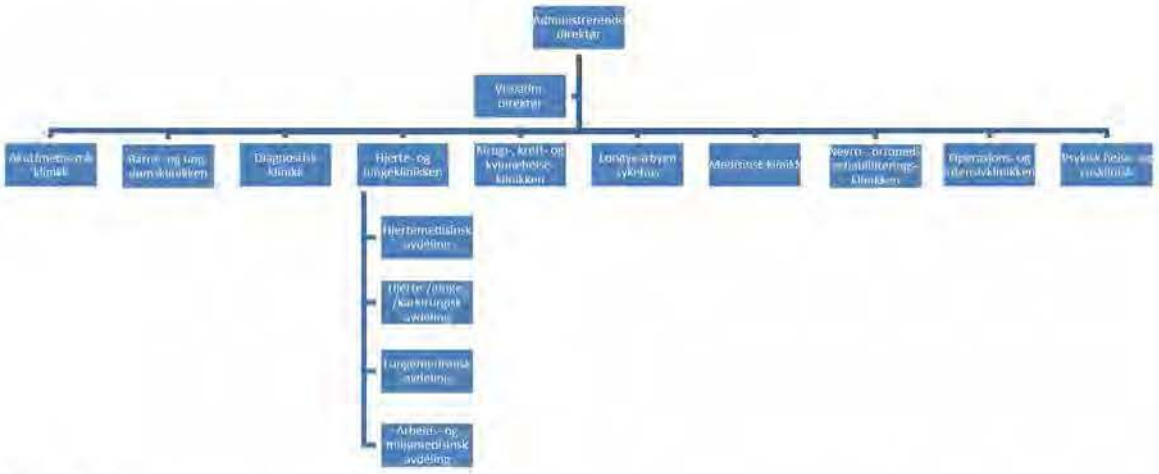
- systemsvikt/mangel på ledelse
- medisinske feil ved den akutte behandlingen
- mangelfull dokumentasjon
- ikke overholdt meldeplikter
- mangelfull informasjon og ivaretakelse av pårørende.

De ulike momentene vil inngå i grunnlaget for Statens helsetilsyns vurderinger i saken.

3.6 Forhold ved virksomheten, rutiner og praksis

3.6.1 Organisering av avdelingen og/eller helseforetaket

UNN HF er organisert i ti klinikker (figur 1) og fire sentere for henholdsvis drift og eiendom, fag og forskning, samhandling og telemedisin og stab (ikke vist i figuren). Klinikksjefen for Hjerte- og lungeklinikken har det overordnede ansvaret for traumevirksomheten ved UNN Tromsø og rapporterer direkte til administrerende direktør.



Figur 1. Organisasjonskart

Vi velger i det videre å konsentrere oss om den delen av organiseringen av UNN Tromsø som vi anser for å være relevant for den aktuelle saken, det vil si organiseringen av den traumatologiske virksomheten ved sykehuset.

3.6.1.1 Organisering av traumevirksomheten ved UNN Tromsø

Hjerte- og lungeklinikken består av fire avdelinger, hjertemedisinsk avdeling, hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling, lungemedisinsk avdeling og arbeids- og miljømedisinsk avdeling. I 2013 var organiseringen slik at den som var primærvakt 1 i det generellkirurgiske primærvaktsjiktet felles for Hjerte- og lungeklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, det vil si en LIS med to års erfaring eller mer, skulle lede traumeteamet. Resten av traumeteamet bestod av ortopedisk primærvakt, anestesilege primærvakt 2 (i den aktuelle saken: LIS 2), anestesisykepleier, radiolog primærvakt, radiograf, sykepleier fra akuttmottak, bioingeniør og portør.

Primærvakt 2 kirurgi og primærvakt 1 anestesi ble inkludert i traumealarmen og deltok i traumeteamet dersom de ikke hadde samtidighetskonflikter. To operasjonssykepleiere ble også varslet, men møtte ikke rutinemessig i akuttmottaket.

Både traumeleder og LIS anestesiologi hadde bakvakter tilgjengelig. En erfaren thoraxkirurg var bakvakt for traumeleder, og en overlege og spesialist i anestesiologi var bakvakt for LIS anestesiologi. Begge hørte traumealarmen på sine callinger når den ble utløst, men de møtte vanligvis ikke i akuttmottaket før de ble tilkalt. Ved den aktuelle hendelsen var imidlertid bakvakt anestesiologi tilstede i akuttmottaket fra første stund.

De ulike teammedlemmenes oppgaver fremgår av nedenstående retningslinjer (se pkt. 3.6.2).

3.6.1.2 Opplæring og kompetansebygging.
I regi av hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling hadde traumelederne møter en gang pr. måned der aktuelle tema fra behandlingen av traumepasienter ble diskutert. Her møtte også en representant fra Akuttmedisinsk klinikk, men ifølge de opplysningene Statens helsetilsyn fikk under det stedlige tilsynet, deltok ingen andre medlemmer av traumeteamene på disse møtene.

Klinikksjefen ved Hjerte- og lungeklinikken opplyste at UNN Tromsø har erfaring med mottak av ustabile, hardt tilskadekomne pasienter, men volumet av slike pasienter er ikke høyt. En vesentlig del av teamets kompetanse bygges derfor på erfaringer med andre kategorier akuttkirurgiske pasienter og på øvelser. Akuttmottaket har ansvaret for månedlige traumeteam-treninger (BEST-øvelser, Bedre og Systematisk Teamtrening) og en årlig katastrofeøvelse i samarbeid med Universitetet i Tromsø.

UNN HF gjennomfører videre fire årlige kurs i hemostatisk nødkirurgi for helsepersonell i hele Helse-Nord RHF. Noen av disse kursene gjennomføres ved Nordlandssykehuset. Sykepleiere fra Operasjons- og intensivklinikken og Akuttmedisinsk klinikk arrangerer kurs i traumesykepleie for ulike sykepleiergrupper ved UNN HF fire ganger i året. Akuttmedisinsk klinikk arrangerer hvert år Akuttmedisinsk forum som er en kongress for personell i hele den akuttmedisinsk kjeden.

3.6.2 Rutiner og prosedyrer
Statens helsetilsyn har fått opplyst at UNN Tromsø hadde nedsatt en arbeidsgruppe som skulle revidere retningslinjer for traumemottak ca. seks måneder før den aktuelle hendelsen. Arbeidet fortsatte etter hendelsen, og nye, reviderte retningslinjer trådte i kraft i september 2014. Ifølge det vi fikk opplyst, fikk hendelsen ingen direkte konsekvenser for arbeidet med retningslinjene, men avdelingsoverlegen i akuttmottaket opplyste at «den aktuelle hendelsen har, sammen med andre alvorlig hendelser, bidratt til at de nye retningslinjene i større grad enn tidligere er utformet for å håndtere hardt skadde pasienter». Nedenfor gjør vi rede for retningslinjene for mottak av traumer ved UNN Tromsø slik de var på hendelsestidspunktet (punkt 3.6.2.1) og de viktigste endringene i den reviderte retningslinjen som kom i 2014 (punkt 3.6.2.2).

3.6.2.1 Retningslinje fra 2013: «Traumemottak ved UNN - organisering, ansvar, oppgavefordeling» (Dokumentnummer PR 13206, versjon 2.13, udatert)
Dette var dagjeldende retningslinje for mottak av traumer ved UNN Tromsø. Statens helsetilsyn har imidlertid fått opplyst at det var innført en ny organisering av anestesiteamet ved mottak av traumer høsten 2013. Dagjeldende retningslinje er som det framgår, udatert. Det er derfor uklart for Statens helsetilsyn om det med ny organisering menes at ovenstående

retningslinje var ny på hendelsestidspunktet, eller om det var innført endringer i forhold til den. Ifølge de opplysningene vi har fått, innebar endringene blant annet at LIS 2 anestesiologi skulle ha hovedplassering ved pasientens hode, og selv ta ansvar for luftveier og ventilasjon av pasienten.

Nedenfor gjengir vi hovedpunktene i det vi har fått oppgitt var dagjeldende retningslinje for mottak av alvorlig skadde pasienter på UNN Tromsø.

Når traumealarmen gikk, skulle traumeteamet umiddelbart møte i AMK eller på akuttrommet.

Teamets medlemmer og deres oppgaver
Kirurgisk primærvakt 1 var traumeleder med overordnet pasientansvar. Vedkommende skulle lede arbeidet i akuttmottaket. Traumelederes oppgaver var blant annet:

- søke nødvendig forhåndsinformasjon.
- planlegge mottak og eventuelt kommunisere med prehospitalt personell.
- avklare arbeidsdeling i akuttmottaket.
- vurdere behov for personell i tillegg til traumeteamet.
- vurdere skader i brysthulen, bukhulen, kar og nervesystemet, og besørge eventuell etablering av kirurgisk luftvei, innleggelse av thoraxdren og blottlegging av vene.
- informere anestesilegen som koordinerer øyeblikkelig-hjelp-kirurgi om forhold som har innvirkning på operasjonsavdelingens ressurser.
- sikre at ansvar under transport internt i sykehuset er ivaretatt.
- innkalle bakvakt ved behov for seniorkirurg i lederfunksjon eller ytterligere kompetanse.

Bakvakt traume (erfaren thoraxkirurg) skulle innkalles ved behov for bistand i lederfunksjonen, for å håndtere en uklar tilstand og/eller prioritere mellom flere tilskadekomne. Det stod uttrykkelig i prosedyren at «bakvakt traumeleder skal IKKE fungere som primær leder av traumemottaket». Ifølge opplysninger Statens helsetilsyn har mottatt fra foretaket i ettertid, skulle dette tolkes som at traume bakvakt ikke skulle tilkalles istedenfor, men i tillegg til, kirurgisk primærvakt 1. Primærvakt 1 skulle alltid være leder for mottaket fra starten av, men lederfunksjonen skulle overføres til bakvakt ved behov. At ansvaret kunne forskyves på denne måten, fremgikk imidlertid ikke av prosedyren. Det fremgikk heller ikke hvordan en slik ansvarsforskyvning skulle foregå, og hvordan den skulle formidles til resten av teamet.

LIS ortopedi skulle vurdere skjelettskader og iverksette nødvendig akuttbehandling av disse. For øvrig ble aktuelle kirurgiske seksjonsbakvakter (gastrokirurg, nevrokirurg osv.) innkalt ved behov for faglig ekspertise utover det kirurgisk primærvakt hadde.

LIS 2 anestesiologi og anestesisykepleier skulle sikre luftveier og respirasjon, etablere intravenøse innganger, bidra til stabilisering av sirkulasjonen, smertelindring og iverksette tiltak mot hypotermi. LIS 1 anestesiologi skulle prioritere andre oppgaver, men deltok i traumemottaket hvis kapasiteten tillot det. Bakvakt anestesiologi ble tilkalt ved behov.

Sykepleier i akuttmottaket hadde ansvar for at aktuelt utstyr var klargjort, og for iverksettelse av aktuelle prosedyrer som rekvisisjon av røntgenundersøkelse og blodprøver. Sykepleieren hadde også ansvaret for at den primære kontakten med pårørende ble ivaretatt, [redacted]

Tre operasjonssykepleiere mottok varsel om traume på sine callinger, men skulle kun møte i akuttmottaket hvis de ble særskilt tilkalt.

I traumeteamet inngikk også en bioingeniør som tok blodprøver, og radiolog og radiograf som tok røntgenbilder og gjorde ultralydundersøkelser ved behov. En portør skulle bistå traumeledelsen.

Ved behov for nødkirurgi i forbindelse med traumemottak (på akuttrom, operasjonsstua eller røntgenlaboratorium), skulle traumeleder og teamleder anestesiologi avklare pasienten og be øyeblikkelig-hjelp-koordinator på operasjonsstua utløse nødkirurgialarm. Dette innebar at et komplett nødhjelpsteam inkludert anestesi bakvakt ble varslet om pasienten, planlagt prosedyre, utstyrsbehov og lokalisasjon.

Dokumentasjon
Ansvar for dokumentasjon var delt på flere:

- Innkomstjournal skulle dikteres av primærvakt ved den avdelingen pasienten ble lagt inn.
- Traumeleder skulle diktere oppsummerende journalnotat og hadde ansvar for at traumeregistreringsskjemaet var komplett utfylt.
- Andre involverte leger skulle dokumentere egne observasjoner, undersøkelser og tiltak.
- Anestesisykepleier skulle føre traumeregistreringsskjema. Hvis pasienten fikk generell anestesi, skulle anestesisykepleier føre anestesiskjema på vanlig måte.
- Sykepleier fra akuttmottak skulle dokumentere egne tiltak.
- AMK-sykepleier skulle dokumentere prehospital informasjon.

3.6.2.2 Revidert retningslinje fra 2014: «Traumemottak ved UNN – organisering, ansvar, oppgavefordeling» (Dokumentnummer PR 13206, versjon 3, udatert)

Rutinene for mottak av traumer er endret etter at hendelsen fant sted, men angivelig ikke som følge av denne. Revisjon av traumemanualen var påbegynt før hendelsen, og fortsatte etterpå. Statens helsetilsyn har fått opplyst at reviderte retningslinjer ble implementert høsten 2014. De viktigste endringene er:

- Styrking av traumeteamet: To kirurgiske LIS'er er nå faste deltakere i traumeteamet. I tillegg møter operasjonssykepleier i akuttmottaket.
- Tydeliggjøring av teammedlemmenes roller:
  - Teamet ledes av kirurgisk primærvakt 1 som har tittel traumeleder.
  - Anestesiologisk primærvakt 2 er teamleder anestesi.
  - Plassering av teammedlemmene fremgår av en plakat som henger på veggen (figur 2).
- Tydeliggjøring av traumelederes oppgaver under traumemottaket:
  - Traumeleder skal prioritere oversikt framfor direkte engasjement i praktiske gjøremål.
  - Traumelederrollen er skilt fra rollen som undersøkende kirurg, det vil si at den andre kirurgen i teamet gjennomfører selve undersøkelsen av pasienten.
  - Traumeleder har pasientansvar inntil avdelingstilhørighet er bestemt.
- Tydeliggjøring av oppgavefordeling blant anestesipersonellet
- Uniformering av teamet: Samtlige medlemmer av traumeteamet bærer merkelapper som tydelig kommuniserer deres rolle i teamet. Traumeleder bærer gul vest merket «Traumeleder».

- Undersøkelsesmetodikk: UNN's retningslinjer for traumemottak bygger på ABCDE[2]-prinsippene slik de undervises på ATLS[3]-kurs og KITS[4]-kurs.
- Traumeleders oppgaver etter avsluttet traumemottak er tydeliggjort:
    - informere bakvakt traume om skadeomfang og hvilken avdeling som har hovedansvaret for pasienten.
    - sikre at pårørende tas hånd om og får informasjon
    - hvis mulig: delta på og lede debriefing av traumeteamet
    - journalføre mottaket og rapportere på morgenmøtet til legene på hjerte-, lunge- karkirurgisk avdeling påfølgende virkedag.
- Begrenset tilgang til traumerommet: Den ene sykepleieren fra akuttmottaket skal i samråd med traumeleder be personell som ikke er tilkalt, om å forlate traumerommet.
- Presisering av hvilke pasienter som kan tas direkte til operasjonsstua:
    - hypoterme pasienter med eller uten egen sirkulasjon med antatt overlevelsespotensiale
    - druknete (sirkulasjonsløs) pasienter med overlevelsespotensiale (ung alder, druknet i vann med temperatur < 6 ºC, hodet under vann i < 90 minutter)
    - pasienter med potensielt livstruende penetrerende skader
    - pasienter med stumpt traume, sirkulasjonssvikt og positiv FAST prehospitalt
    - gravide med påvirket sirkulasjon etter stumpt eller penetrerende traume og foster > 24 uker.
- Generelle prinsipper for traumemottak er presisert: I prosedyrens avsnitt om generelle prinsipper for traumemottak, heter det: «Å være deltaker i et traumeteam innebærer å være lagspiller. Traumeleders rolle skal respekteres, og enhver skal innordne seg sin rolle og følge sekvensen i traumemottaket. Beskjeder som blir gitt skal gis slik at hele teamet hører, og mottaker av beskjeden, skal kvittere. Unødig prat må unngås. Samtidig skal alle i traumeteamet kunne gi og motta gode råd.» Videre fremgår det at «alle medlemmer av traumeteamet er ansvarlige for å opptre vennlig og støttende overfor øvrige teammedlemmer».

Debriefing og evaluering

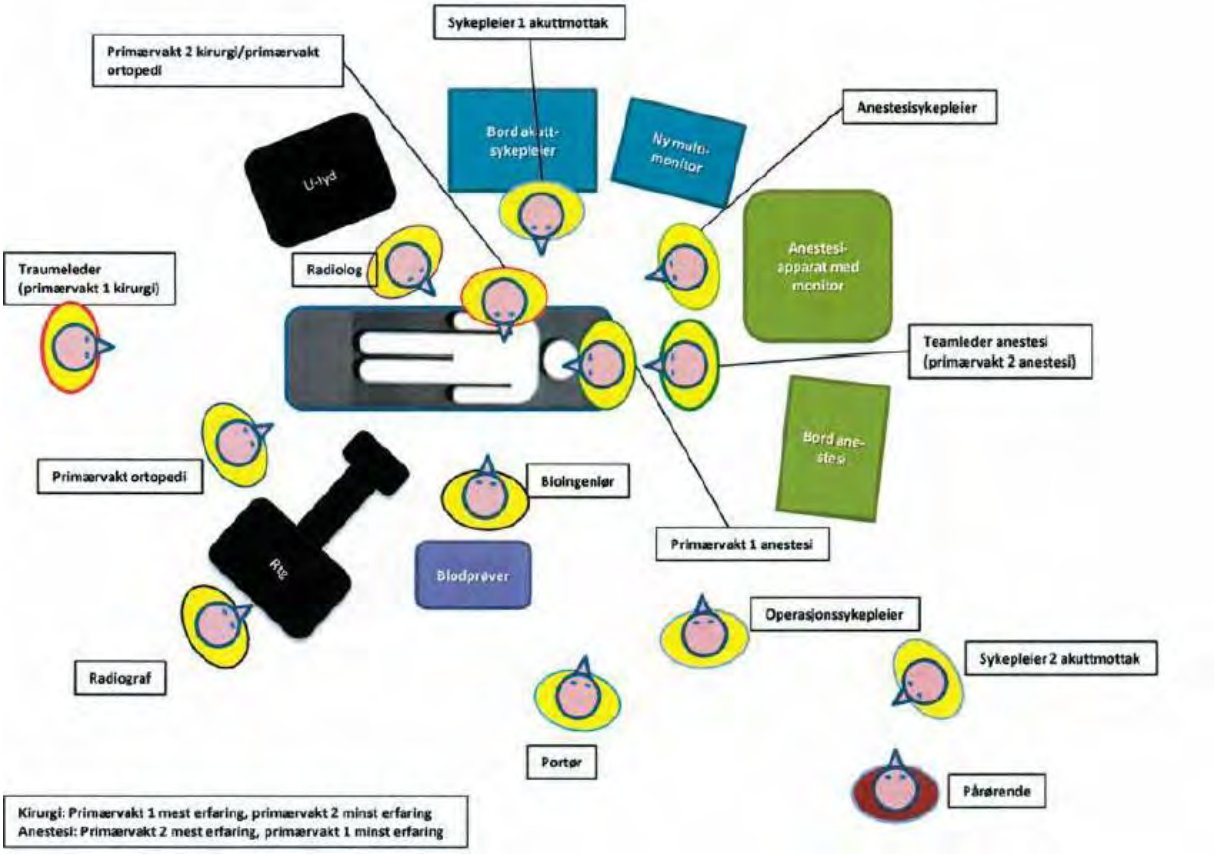
De i teamet som ikke er opptatt med klinisk arbeid, skal samles på pauserommet i akuttmottaket for en kort strukturert oppsummering umiddelbart etter traumemottaket. Hovedhensikten med oppsummeringen er teambygging. Ved krevende og/eller ekstraordinære traumemottak eller tydelig misnøye eller samarbeidsproblemer i teamet, skal linjeleder varsles med tanke på videre oppfølging.

Systematisk evaluering av traumemottakene skal gjøres på de månedlige traumeledermøtene i regi av hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling.

[2] A= Airway (frie luftveier), B=Breathing (respirasjon), C=Circulation (sirkulasjon), D=Disability (bevissthet, nevrologi), E=Expose/Environment (oversikt og omgivelser)

[3] ATLS = Advanced Trauma Life Support, moderne evidensbaserte retningslinjer for traumebehandling utviklet av American College of Surgeons, Committee on Trauma

[4] KITS = Kurs i traumesykepleie



Figur 2. Organisering av personell ved traumemottak på UNN Tromsø i henhold til reviderte retningslinjer for mottak av alvorlig skadde pasienter.

3.6.3 Kompetansekrav til traumeleder

3.6.3.1 Traumeleders kompetanse.

Foretaket opplyser at hardt skadde pasienter med svært ustabil respirasjon og/eller sirkulasjon og med behov for umiddelbar nødkirurgi, mottas såpass sjelden ved UNN Tromsø at traumelederne ikke får utstrakt erfaring med dette. Det kompenseres delvis med kurs og øvelser, og dels ved forsterkning av traumeteamet med erfarne kirurger og anestesileger ved behov.

Høsten 2013 la en arbeidsgruppe nedsatt av traumekomiteen ved UNN Tromsø fram en rapport som beskrev forslag til kompetansekrav til traumeleder. Disse kravene er tatt med i retningslinjen «Kompetansekrav til traumeteamleder UNN Tromsø» (Dokumentnummer PR34767, versjon 4, udatert), der det står at traumeleder skal kjenne indikasjoner og prinsipper for hemostatisk nødkirurgi og ha minst tre års kirurgisk erfaring. Videre skal traumeleder ha gjennomført kurs i hemostatisk nødkirurgi, krigskirurgi eller Definitive Surgical Trauma Care (DTSC) de siste fem år, vedkommende skal ha bestått ATLS-kurs og delta på trening i traumemottak minimum en gang årlig. Han/hun skal ha minst to måneder tjenestetid lokalt ved kirurgisk eller ortopedisk avdeling og regelmessig delta på traumeledermøte. Videre skal han/hun kjenne

- prosedyren for mottak av alvorlig skadde pasienter ved UNN Tromsø

- sammensetningen av traumeteamet og personellets rolle
- traumemanualen for UNN Tromsø
- norsk indeks for medisinsk nødhjelp
- prosedyrene for dokumentasjon av initial diagnostikk og behandling (elektronisk pasientjournal, BEST-skjema) og rekvisisjonsrutiner ved UNN Tromsø.

Traumeleder skal også ha kjennskap til traumesystemet, det vil si

- traumesenterets diagnostiske og terapeutiske repertoar
- retningslinjene for kommunikasjon, transport og overflytting av alvorlig skadde pasienter i Nord-Norge
- prehospitale akuttmedisinske ressurser i landsdelen
- tilgjengelig akuttmedisinsk og intensivmedisinsk kompetanse, kapasitet og beredskap på regionens sykehus.

Spesifikke kompetansekrav til ledende anestesilege i traumeteamet ble innført 1. november 2015 («Kompetansekrav til ledende anestesilege i traumeteam, UNN Tromsø», dok.nr. PR37142). For øvrig har Statens helsetilsyn ikke mottatt informasjon om eventuelle kompetansekrav som stilles til andre i traumeteamet. Foretaket opplyste at de heller ikke hadde oversikt over hvem som hadde deltatt på kurs og trening i traumemottak.

3.7 Foretakets interne gjennomgang og oppfølging av hendelsen

3.7.1 Tverrfaglig gjennomgang og oppfølging

Det ble ikke gjort noen felles tverrfaglig gjennomgang av hendelsen med det helsepersonellet som hadde vært involvert i behandlingen av pasienten. Pasientforløpet ble gjennomgått i et møte mellom ledelsen ved hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling og ledelsene ved Akuttmedisinsk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken. Klinikkleder i Hjerte- og lungeklinikken konkluderte etter dette med at det aktuelle pasientforløpet i seg selv ikke tilsa spesifikke kvalitetsforbedrende tiltak, men at de prosesser som allerede var i gang for å styrke traumeorganiseringen og -kompetansen, skulle videreføres.

3.7.2 Gjennomgang og oppfølging i hjerte-lungeklinikken

Nåværende klinikkleder i Hjerte- og lungeklinikken som på hendelsestidspunktet var avdelingsleder ved hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling, opplyser at han hadde en-til-en-samtaler med kirurgene i traumeteamet. Formålet med samtalene var både oppfølging av personell som hadde stått i en kritisk situasjon, og kartlegging av om etablerte rutiner var fulgt, og om pasientforløpet burde føre til endringer av rutinene.

Traumeleder og bakvakt traume opplyste at mottaket av den aktuelle pasienten også ble gjennomgått på et av de månedlige traumeledermøtene i regi av Hjerte- og lungeklinikken. Statens helsetilsyn har ikke fått opplyst når dette møtet ble avholdt. Vi har heller ingen opplysninger som tyder på at denne gjennomgangen fikk noen konsekvenser for mottak av alvorlige traumer ved UNN Tromsø. Klinikklederen i Hjerte- og lungeklinikken opplyser i en redegjørelse til Fylkesmannen i Troms datert 28. januar 2015 at alle alvorlige hendelser inngår i helsepersonellets og sykehusets erfaringsgrunnlag, og i varierende grad preger arbeidet med prosedyreutvikling og fastsetting av kompetansekrav. Utviklingsarbeidet er imidlertid i liten grad et resultat av enkelthendelser, og han kan ikke peke på spesifikke prosedyreendringer som er foranlediget av den aktuelle saken. Han anser heller ikke at det aktuelle pasientforløpet representerer et utfall som er uventet i forhold til påregnelig risiko.

3.7.3 Gjennomgang og oppfølging i anestesi- og operasjonsavdelingen

29. januar 2014 ble det avholdt et møte mellom de involverte anestesilegene og deres ledere (leder for legene i anestesi- og operasjonsavdelingen og avdelingsleder i Operasjons- og intensivklinikken). Ifølge referatet fra møtet var hensikten «å snakke om mottak av traumepasient.... som ble behandlet i akuttmottaket og på operasjonsstuen [redacted] 2013». Av referatet framgår det videre blant annet at

- [redacted]
- Det var kaotiske forhold i akuttmottaket, vanskelig å kommunisere i teamet og vanskelig å få hjelp til det man trengte hjelp til.
- Det var veldig mange observatører tilstede.
- Massiv transfusjonspakke ble etterspurt, men det er ikke klart om det ble bestilt.
- Det tok lang tid å kople opp transfusjonssettet. Enklere sett etterspørres.
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

Leder for legetjenesten i anestesi- og operasjonsavdelingen var på det tidspunktet møtet ble gjennomført, ganske nylig ansatt som leder. Derfor var også hennes mer erfarne leder, leder for anestesi- og operasjonsavdelingen, med på møtet. Leder for legetjenesten opplyste i samtale med Statens helsetilsyn at hun på det tidspunktet ikke klarte å konkludere om tubeplasseringen fordi det ville innebære at hun beskyldte en eller flere av kollegene for å snakke usant. Hun ønsket ikke en videre diskusjon da hun mente dette ikke ville føre noe godt med seg, men bare føre til konflikter i avdelingen. Hennes leder, avdelingslederen, hadde ingen innvendinger mot denne håndteringen av saken. Både LIS 2 anestesiologi og thoraxanestesiologen ga imidlertid overfor Statens helsetilsyn uttrykk for at de opplevde det som svært vanskelig å gå videre uten en avklaring av hva som faktisk hadde skjedd.

3.7.4 Gjennomgang og oppfølging i akuttmottaket

Også akuttmottaket hadde en avdelingsintern gjennomgang av hendelsen der sykepleierne som var involvert i mottaket av den aktuelle pasienten, sykepleierledelsen og avdelingsoverlegen deltok. I tillegg var klinikklederen i Akuttmedisinsk klinikk til stede. En ikke ubetydelig del av dette møtet ble brukt til å diskutere ett av teammedlemmenes oppførsel, [redacted]. Vedkommende var ikke tilstede på møtet. Etter møtet ble et brev datert 6. januar 2014 sendt til avdelingsleder ved anestesi- og operasjonsavdelingen med klage på det aktuelle helsepersonellet sin oppførsel under traumemottaket. Saken ble senere avsluttet uten noen konsekvens for det aktuelle helsepersonellet som var påklaget.

3.8 Ekstern revisjon av traumatologisk virksomhet ved UNN Tromsø

3.8.1 Nasjonal traumeplan

I 2007 vedtok fagdirektørene i de regionale helseforetakene en plan for traumebehandling i og utenfor sykehus i Norge: «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem» (heretter kalt traumerapporten). Traumerapporten var utarbeidet av en gruppe nedsatt av de regionale helseforetakene i 2005, og hadde bred representasjon fra relevante fagmiljøer. Målsetningen var å oppnå så stor grad av samordning mellom traumesystemene i Norge som mulig, og dermed et likeverdig tilbud til befolkningen uavhengig av geografi, kjønn og alder.

Traumerapporten beskrev et traumesystem med to sykehusnivåer, traumesenter og akuttsykehus med traumefunksjon, og med ett traumesenter per region. Den beskrev i generelle vendinger krav til begge nivåer både med hensyn til infrastruktur og kompetanse. Alvorlig skadde pasienter skulle som hovedregel behandles på traumesenter, enten etter prehospital triage med direkte transport til traumesenteret, eller via lokalsykehus. Helse Nord RHF besluttet i 2010 at traumesystemet skulle implementeres i deres region.

3.8.2 Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi

Ett av punktene i traumerapporten var forslag om opprettelse av et nasjonalt kompetansesenter for traumatologi. Kompetansesenteret skulle bidra til å sikre en likeverdig, høy kvalitet på behandlingen av alvorlig skadde pasienter i hele landet gjennom utarbeidelse av nasjonale standarder og retningslinjer for traumebehandling, utdanning, forskning og kvalitetskontroll samt oppfølging av kvalitetssikring ved sykehusene.

I 2013 ble derfor Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi opprettet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Tjenesten bygger på et nettverk av regionale traumekoordinatorer og traumeansvarlige leger ved alle landets traumesentre.
På oppdrag fra fagdirektørene i de regionale helseforetakene fikk Nasjonal kompetansetjeneste i traumatologi i oppdrag å lede en revisjon av traumesystemet i hele landet basert på traumerapporten som ble vedtatt i 2007. Den reviderte utgaven av «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem» ble levert i 2015 og er for tiden på høring i organisasjonene. Denne rapporten omtales ikke videre her.

3.8.3 Revisjon av landets traumesentre

Som ledd i kompetansetjenestens arbeid, ble det i 2014-2015 gjennomført en revisjon av landets traumesentre med utgangspunkt i rapporten fra 2007. Hensikten var å sikre enhetlig praksis og lære av hverandre. Kravene til traumesenterfunksjon var imidlertid svært lite konkrete både i traumerapporten og i de senere vedtakene i helseforetakene. Kompetansetjenesten tok derfor initiativ til å utarbeide et policydokumentet som beskrev krav til traumesenterfunksjon i større detalj. Policydokumentet bygget på utenlandsk standard for

traumebehandling og norsk konsensus i tillegg til traumerapporten, og inneholdt en bekreftelse fra foretakenes ledelser på at sentrene ville innfri kravene til å være regionale traumesentre, det vil si sørge for

- en traumeorganisering med dedikerte personellmessige ressurser
- et kvalitetssikringsprogram med kontinuerlig evaluering og monitorering av behandlingsresultater
- undervisning i traumatologi (ATLS, BEST, KITS og annen traumeundervisning)
- traumerelatert forskning
- implementering av regionalt traumesystem i det enkelte regionale helseforetaket.

I tillegg inneholdt policydokumentet en beskrivelse av organisasjonen i det enkelte traumesenter som grunnlag både for egenkontroll og revisjon fra de øvrige traumesentrene.

Policydokumentet ble brukt som utgangspunkt for revisjonen av alle traumesentrene.

3.8.4 Revisjon av traumevirksomheten ved UNN Tromsø

Revisjonen ved UNN Tromsø ble gjennomført av traumeansvarlige leger og traumekoordinatorer fra de tre andre traumesentrene i landet den 4. februar 2015. Revisjonen viste at UNN Tromsø ikke hadde en tydelig traumeorganisasjon som anbefalt i policydokumentet. Ifølge revisjonsrapporten manglet UNN Tromsø tilstrekkelige dedikerte legeressurser og traumekoordinatorer lokalt, og revisjonsgruppa så et umiddelbart behov for å styrke kompetansen blant traumelederne. UNN Tromsø opererte med lavere kompetansekrav til sine traumeledere enn de mindre sykehusene de hadde traumesenterfunksjon for. I tillegg manglet ifølge revisjonsrapporten et dedikert og (traume-)kompetent sjikt av overleger i bakvakt bak traumelederne.

I revisjonsrapporten er det ytterligere bemerket følgende:

- Hvis flere traumepasienter kommer inn samtidig, vil pasient nummer to bli mottatt av en enda mindre erfaren LIS.
- Oppfølgingen og ansvaret for pasienter med lettere skader virket formelt avklart, men framsto i praksis som dårlig fungerende.
- Regelmessige tverrfaglige «morbidity & mortality» -møter for alle medlemmene av teamene burde innføres slik at lærings- og forbedringstiltak blir en integrert del av traumeomsorgen ved sykehuset.
- Kvalitetskontrollen av traumebehandlingen var suboptimal idet pasienter som viste seg å ha alvorlige skader, men ikke fikk utløst traumealarm, ikke inngikk i registreringen. Denne gruppen pasienter er viktige for kvalitetskontrollen fordi de er et mål på undertriage.
- Dødeligheten for alvorlig og kritisk skadde ved UNN Tromsø var på nivå med resultatene for OUS før innføring av dedikert traumeorganisering i 2005, og tydet på at sykehuset hadde et betydelig forbedringspotensiale når det gjaldt behandling av denne typen pasienter.

De regionale traumekoordinatorene i Helse Nord RHF avga den 25. mars 2015 en uttalelse som i all hovedsak bekreftet revisjonsfunnene. Så langt Statens helsetilsyn har fått informasjon om, har UNN HF ikke gitt noen egen kommentar til revisjonsrapporten.

I UNN HF sin tilbakemelding til Statens helsetilsyn på foreløpig rapport understrekes at deres ordning over flere år er at thoraxkirurgisk mellomvakt er traume bakvakt. Vaktsjiktet er satt sammen av både overleger og LIS. Alle skal ha betydelig kompetanse, og pr. 20. juni 2016

var tre av seks spesialister i generell kirurgi, karkirurgi og thoraxkirurgi. De øvrige var nær ved å fullføre sin medisinske spesialisering.

4 Aktuelt regelverk

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

4.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

4.1.1 Nærmere om forsvarlighetskravet

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

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

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

4.1.2 Nærmere om internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet, kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet, jf. helsetilsynsloven § 3 og internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4 (se vedlegg). Internkontrollforskriften, som gjaldt på tidspunktet for hendelsen, er nå erstattet med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1. januar 2017. I denne saken vurderer vi hendelsen etter dagjeldende bestemmelse i internkontrollforskriften.

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

4.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

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

4.3 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser

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

4.4 Plikt til å informere pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 har helseforetakene plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Pasientens nærmeste pårørende har også rett til å få informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd (se vedlegg).

4.5 Helsetilsynsloven og Statens helsetilsyns mandat

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

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.

5 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten har fått forsvarlig helsehjelp under oppholdet i akuttmottaket og på operasjonsstua ved UNN Tromsø, og om UNN HF sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner. Vi har vurdert følgende:

- **Ga helsepersonellet ved UNN Tromsø pasienten forsvarlig helsehjelp ved innleggelsen [redacted] 2013?**
  Som en del av denne vurderingen har vi sett nærmere på disse vurderingstemaene:
  - Ble pasientens luftveier (primærundersøkelse punkt A og B, se punkt 5.1.1) håndtert på forsvarlig måte?
  - Ble pasientens sirkulatoriske problemer (primærundersøkelse punkt C, se punkt 5.1.1) håndtert på forsvarlig måte?
  - Var det faglig forsvarlig å behandle pasienten i akuttmottaket istedenfor å ta [redacted] rett til operasjonsstua da [redacted] ble innlagt?
  - Var samhandlingen mellom det involverte helsepersonellet forsvarlig?

- **Ble pårørende i den aktuelle saken ivaretatt, informert og fulgt opp på en forsvarlig måte ?**
  Som en del av denne vurderingen har vi sett nærmere på disse vurderingstemaene:
  - Sikret foretaket at pårørende fikk god oppfølging og informasjon i akuttsituasjonen?
  - Sikret foretaket at pårørende fikk oppfølging og informasjon umiddelbart etter dødsfallet?
  - Sikret foretaket at pårørende ble gitt informasjon og fulgt opp på en omsorgsfull måte etter hendelsen, [redacted]

- **Sikret UNN HF i 2013 forsvarlig akuttbehandling av alvorlig skadde pasienter ved UNN Tromsø?**
  Som en del av denne vurderingen har vi sett nærmere på dette vurderingstemaet:

- Sikret foretaket i 2013 tilstrekkelig opplæring og trening av helsepersonell som skulle delta i behandling av akutte traumer ved UNN Tromsø?

- **Hadde UNN HF i 2013 rutiner som sikret ivaretakelse og videre oppfølging av pårørende til alvorlig syke eller skadde pasienter som døde i akuttmottaket på UNN Tromsø?**

- **Har UNN HF fulgt opp hendelsen med tanke på kvalitetsforbedring, læring og varsling til tilsynsmyndigheten?**

- **Har UNN HF informert de pårørende om hvilke kvalitetsforbedrende tiltak de har iverksatt/vil iverksette etter hendelsen?**

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

5.1 Ga helsepersonellet ved UNN Tromsø pasienten forsvarlig helsehjelp ved innleggelsen [redacted] 2013?

Statens helsetilsyn har i sin vurdering kommet fram til at helsepersonellet ved UNN Tromsø ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp da [redacted] ble innlagt med alvorlige skader den [redacted] 2013. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

5.1.1 Generelt om god praksis ved traumebehandling

Ved alvorlige personskader er både overlevelsesmuligheter og grad av senfølger avhengig av optimal innsats i de første timene etter skaden. The American College of Surgeons har utviklet et konsept for systematisk tilnærming til behandling av alvorlige personskader ATLS, som er i bruk over store deler av verden og læres bort til leger gjennom egne kurs. Behandlingen bygger på enkle evidensbaserte behandlingsprinsipper med fokus på den første timen etter skaden.

I Norge er det Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi som administrerer kursene. Kompetansetjenesten skal gi sentralisert høykompetanse og distriktsmessig erfaring gjennom et nettverk av regionale traumekoordinatorer. Hensikten er å sikre best mulig traumekompetanse på alle nivåer i helsetjenesten. I Norge er det også utviklet et kurs tilpasset sykepleiere som jobber med mottak av traumepasienter, Kurs i traumesykepleie (KITS), som bygger på ATLS-prinsippene. I det videre vil vi legge ATLS-prinsippene for håndtering av alvorlige traumer til grunn for vår normering og vurdering i den aktuelle saken.

Tid er viktig ved behandling av pasienter med alvorlige skader. Rask og systematisk undersøkelse og igangsetting av livreddende behandling er avgjørende for videre forløp.

Første fase i undersøkelses- og behandlingsprosessen omfatter

- ***Forberedelser*** til mottak av pasienten:
    - Koordinering og kommunikasjon mellom prehospitale tjenester og mottakende personell i sykehuset.

  - Aktivering av traumeteam der medlemmene har klare roller i undersøkelses- og behandlingsprosessen.
  - Klargjøring av medikamenter, infusjoner og utstyr.
- ***Triage:*** «Sortering» av pasienter basert på antatt behov for behandling og tilgjengelige ressurser.
- ***Primærundersøkelse (primary survey) og iverksetting av livreddende tiltak:*** Pasientene vurderes og behandlingen prioriteres på bakgrunn av pasientens skader, vitale parametre og skademekanisme. Vitale funksjoner må vurderes og sikres så raskt og effektivt som mulig. Det gjøres derfor først en rask primærundersøkelse for å avdekke livstruende skader. Behandling av disse skjer parallelt med undersøkelsen. Prinsippene for primærundersøkelsen er i prioritert rekkefølge
  1. A = Airway, frie luftveier
  2. B = Breathing, respirasjon
  3. C = Circulation, sirkulasjon
  4. D = Disability, funksjonsnedsettelse/andre skader, grov nevrologisk status
  5. E = Exposure/Environtmental control, dvs. avdekking og undersøkelse av hele pasienten (uten å påføre pasienten hypotermi).

  Hjelpemidler i denne fasen er blant annet monitorering av oksygenering, respirasjonsfrekvens og – dybde, hjerterytme og –frekvens, kapillærfylningstid, blodtrykk, diurese og temperatur. Ofte tas blodprøver samt røntgen thorax og bekken dersom dette er tilgjengelig uten å flytte pasienten og ikke forsinker livreddende behandling.
- ***Sekundærundersøkelse (secondary survey)*** gjøres først når pasientens vitale funksjoner er sikret, og innebærer en somatisk undersøkelse av pasienten «fra topp til tå» med reevaluering av vitale parametre. Innhenting av sykehistorie og eventuelle andre opplysninger om pasientene gjøres også i denne fasen. Supplerende undersøkelser, for eksempel CT-undersøkelser, gjennomføres når pasienten er stabil nok til dette.
- Videre monitorering og oppfølging.

Det er viktig å hele tiden revurdere situasjonen og pasientens tilstand. Dersom utviklingen ikke er som ønsket og/eller forventet eller tilstanden forverres, må legene på et hvilket som helst tidspunkt gå ett eller flere trinn tilbake i prosessen og gjøre ny primærundersøkelse.

5.1.2 Ble pasientens luftveier (primærundersøkelse punkt A og B) håndtert på forsvarlig måte?

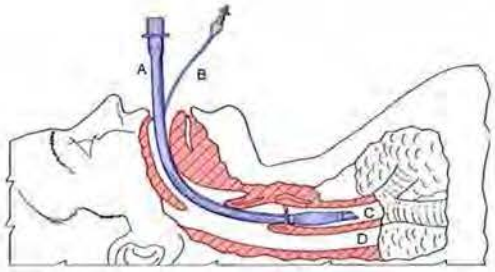
God praksis

Utilstrekkelig tilførsel av oksygenert blod til hjerne og hjerte er det som raskest medfører død hos traumatiserte pasienter. Frie luftveier, evne til å beskytte luftveiene og god pusteevne er en forutsetning for å unngå hypoksemi, og sikring av dette har prioritet foran alt annet i traumebehandling. Pasienter med nedsatt bevissthet og/eller [redacted] er særlig utsatt for luftveisproblemer. Luftveisproblemer kan oppstå brått eller snikende, hindre respirasjonen delvis eller totalt, eller de kan være progressive og tilbakevendende. Takypnè kan være tegn på angst og smerte, men kan også være et tidlig tegn på respirasjonssvikt. Tidlig vurdering og hyppige revurderinger av luftveier og pusteevne er livsviktig for pasienten.

Dersom pasienten ikke har frie luftveier eller puster tilstrekkelig godt selv, må helsepersonellet ta kontroll over pasientens luftveier umiddelbart. Hvis mulig, intuberes

pasienten, og respiratorbehandling iverksettes. Sirkulatorisk kollaps med behov for akutt livreddende kirurgi eller uro og agitasjon som umuliggjør tilstrekkelig undersøkelse og behandling, kan også være indikasjon for intubasjon i en akutt situasjon.

Ved intubasjon av ikke-fastende pasient skal pasienten ideelt sett først preoksygeneres, det vil si puste 100 % oksygen på tett maske i ca. tre minutter før [redacted] legges i narkose og intuberes. I de tilfellene der pasienten ikke samarbeider, må man av og til fravike denne praksisen på vital indikasjon. Etter preoksygenering gis et narkosemiddel (i en traumesituasjon oftest ketamin) slik at pasienten sovner og får smertelindring, umiddelbart etterfulgt av et hurtigvirkende muskellammende middel (for eksempel suksametonium). Dette gjør det mulig å intubere pasienten uten å ventilere i tidsrommet fra pasientens egenrespirasjon opphører til [redacted] er intubert. Årsaken til at pasienten ikke skal ventileres i dette tidsrommet, er muligheten for at man kan blåse oksygen ned i magen til en ikke-fastende pasient, noe som øker risikoen for aspirasjon av mageinnhold til luftveiene. Dersom pasientens oksygenering er svært dårlig, må legen likevel av og til, på vital indikasjon, fravike vanlig praksis og ventilere pasienten, vel vitende om risikoen. Tuben føres ned i trachea under synets veiledning ved hjelp av et laryngoskop som løfter tungeroten og gir innsyn til stemmespalten.



Figur 3. Intubasjon (Bilde Wikipedia)

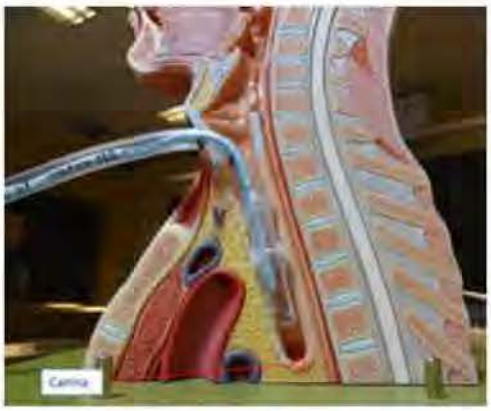
Figur 4. Korrekt plassering av tube ved intubasjon gjennom munnen (privat illustrasjon).

Etter intubasjonen må korrekt tubeleie verifiseres (figur 3,4). Det gjøres ved å se at thorax hever seg på begge sider, lytte etter respirasjonslyd over begge lungers sideflater (der det skal høres respirasjonslyd) og over magesekken (der det ikke skal høres respirasjonslyd), samt kontrollere at det er CO_2 i utåndingsluften med kapnografi.

Dersom kapnografen blir koplet til en tube som ligger i luftveiene, og pasienten ventilereres, vil den vise CO_2-innholdet i pusteluften ved slutten av utåndingen (endetidal CO_2) og/eller som en kontinuerlig kurve som varierer med respirasjonen. Verdiene faller når luft med lavt CO_2-innhold går inn i pasienten, og stiger når luft med høyere CO_2-innhold (normalt ca. 5 %) kommer ut av pasientens lunger. Dersom kapnografen blir koplet til en tube som ligger i spiserøret, kan det komme litt CO_2 ut etter de første innblåsningene fordi det kan være noe CO_2 i magesekken, men dette er som regel svært lite. Ettersom det ikke skjer noen gassutveksling i magesekken, luftes eventuell deponert CO_2 raskt ut, og CO_2 verdiene blir borte. Måling av CO_2 i utåndingsluften brukes derfor til å verifisere at tuben ligger i luftveiene og ikke i spiserøret. I tillegg er dugg på tuben også et tegn på at det kommer luft ut av lungene. Så snart som mulig tas et røntgenbilde av lungene for å bekrefte korrekt tubeleie. Dersom pasienten flyttes, eller det oppstår mistanke om at pasienten ikke ventileres tilfredsstillende, må tubeleiet umiddelbart sjekkes igjen.

Dersom intubasjon ikke er gjennomførbart på grunn av skader eller vanskelig luftvei av andre årsaker, må kirurgisk luftvei etableres omgående. Det kan gjøres enten ved en krikotyreotomi der trachea (luftrøret) åpnes ved en incisjon gjennom membranen mellom tyreoidbrusken og krikoidbrusken (se figur 5), eller ved en konvensjonell trakeotomi der incisjonen gjøres mellom andre og tredje trakealring. I en akuttsituasjon gjøres ofte en krikotyreotomi fordi dette er en raskere og teknisk enklere prosedyre som innebærer mindre risiko for blødning enn en konvensjonell trakeotomi. En vanlig endotrakealtube (lang, figur 6) eller en trakealkanyle (kortere) føres

Figur 5. Anatomisk modell som viser epiglottis (strupehodet), tyreoidbrusken, krikoidbrusken, stemmebånd og øsofagus (privat illustrasjon).



Figur 6. Korrekt plassert tube via krikotyreoidektomi (privat illustrasjon).

gjennom hullet i luftrøret. Den distale enden av tuben må ligge ovenfor det stedet luftrøret deler seg i en hovedgren til hver lunge (carina) for at begge lungene skal ventileres. Dersom en vanlig (lang) endotrakealtube benyttes, må legene være oppmerksomme på muligheten for at den kan bli skjøvet ned i en hovedgren (hovedbronkie) og dermed gi ventilasjon av bare en lunge (som oftest høyre på grunn av anatomiske forhold).

Vurdering

Indikasjon for intubering

[redacted]. Samlet sett vurderer derfor Statens helsetilsyn at det var indikasjon for å intubere pasienten.

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted] Vi vurderer derfor at prosedyren ikke ble gjennomført i henhold til god praksis.

Delkonklusjon

[redacted]

[redacted]

Statens helsetilsyn vurderer at håndteringen av pasientens luftveier samlet sett avviker i så stor grad fra god praksis at det var uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

5.1.3 Ble pasientens sirkulatoriske problemer (primærundersøkelse punkt C) håndtert på forsvarlig måte?

God praksis

For at oksygenert blod skal komme fram til vevet i hjerte, hjerne og resten av kroppen, må pasienten ha tilstrekkelig sirkulasjon. Dette forutsetter at hjertets pumpekraft er god nok, og at blodvolumet er stort nok. Blødning, og derav følgende nedsatt blodvolum, er den viktigste årsaken til dødsfall som kunne vært forhindret etter skader. Når forstyrrelser i det sirkulatoriske systemet forårsaker utilstrekkelig organperfusjon og vevsoksygenering, er pasienten i sjokk. Blødning er hyppigste årsak til sjokk hos traumatiserte pasienter. Diagnosen stilles klinisk. Dersom en traumatisert pasient har tegn på utilstrekkelig sirkulasjon (for eksempel forlenget kapillærfylningstid, bløt og rask puls, lavt blodtrykk eller nedsatt bevissthet), må helsepersonellet forutsette at årsaken er blødning inntil annen årsak eventuelt er påvist. Ekstern blødning skal identifiseres og stoppes under primærundersøkelsen.

Pasienten kan imidlertid ha en kritisk sirkulasjonsforstyrrelse uten å ha ytre blødning. Det er derfor livsviktig at hemodynamisk situasjon avklares og blødningskilde identifiseres umiddelbart ved mottak av alvorlig skadede pasienter.

Bedømmelse av sirkulatorisk status

Den raskeste måten å bedømme hemodynamisk status på, er å sjekke bevissthetsnivå (se under), hudfarge/-temperatur, kapillærfylningstid og puls (kvalitet, frekvens, regelmessighet) i hals- eller lårarterier. En normal pulsfrekvens betyr ikke nødvendigvis at pasienten har normalt blodvolum, men rask puls kan skyldes hypovolemi, uregelmessig puls kan tyde på at hjertet ikke fungerer optimalt, og ikke følbar puls på halsen eller i lyskene er indikasjon for umiddelbar iverksettelse av tiltak for å gjenopprette blodvolumet (væskeinfusjon, blodtransfusjon) og/eller hjertefunksjon. Pasienter med alvorlig hypovolemi har ofte svært blek eller «askegrå», hudfarge, kjølig og klam hud og kapillærfylningen er nedsatt (den tiden det tar før for eksempel fingertuppen fylles med blod etter avklemming, er lengre enn normalt, dvs. mer enn 1-2 sekunder).

Etablering av venevei og gjenopprettelse av sirkulerende blodvolum

Hvis pasienten er i sirkulatorisk sjokk, må eventuell blødning identifiseres og stoppes, mens intravaskulært volum gjenopprettes så raskt som mulig. Minst to venefloner med grovt kaliber må legges inn umiddelbart. Perifere venefloner i albuen foretrekkes, men dette kan ofte være vanskelig hvis pasienten er dårlig sirkulert. Da kan det være nødvendig å etablere infusjonsveier via sentrale vener (vena subclavia eller vena femoralis) eller via intraossøse kanyler (kanyler som settes inn i beinmargen i leggbeinet). Hvis helsepersonellet ikke lykkes med å legge inn perifere venefloner, er intraossøse kanyler den raskeste metoden og den med minst komplikasjoner, og foretrekkes derfor ofte som en første løsning hos pasienter med alvorlig traumer En intraossøs kanyle tillater imidlertid ikke infusjon av nødvendig volum for effektiv resuscitering, og er derfor bare en nødløsning inntil en annen inngang er etablert. Tidligere ble det også benyttet kirurgisk blottlegging av vener på ankelen, men denne metoden er nå de fleste steder forlatt i akutte situasjoner blant annet fordi den tar for lang tid, og fordi infusjonsveien ikke kan brukes ved større skader i underekstremitetene. Det er da høyst usikkert hvor det som blir infundert faktisk havner. Aggressiv og vedvarende tilførsel av blodprodukter kan være nødvendig i akutte situasjoner, men er ikke noen erstatning for definitiv kirurgisk blødningskontroll ved for eksempel direkte pakking av blødning i buk eller bekken, stabilisering av brudd, embolisering eller annen kirurgi.

Behandling av thoraxskader

Thoraxskader kan skape problemer både i forhold til respirasjon og sirkulasjon. [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]. Blødning i thorax er imidlertid ofte selvbegrensende, og krever sjelden kirurgi utover innleggelse av dren. Derfor behandles også hematothorax primært med drenasje via thoraxdren og eventuelt samtidig erstatning av det tapte blodet gjennom transfusjon. Hvis kirurgen mistenker hematothorax hos en pasient som ikke er i blødningssjokk, vil god praksis derfor være å legge inn et thoraxdren først, for så å gå videre med torakotomi hvis det tømmer seg mer enn ca. 1500 ml blod med en gang, og pasienten ikke responderer på behandlingen. Dersom en pasient med mistenkt hematothorax derimot er pulsløs og uten målbart trykk, vil det være god praksis å gjøre torakotomi umiddelbart uten forutgående innleggelse av thoraxdren.

[redacted]

Blødning fra arterier mellom ribbeina, kan også over noe tid påvirke sirkulasjonen og resultere i sjokk.

Nevrologisk status/bevissthetstilstand

Hvis blodvolumet reduseres, kan det gå utover gjennomblødningen, og dermed oksygentilførselen, til hjernen og føre til nedsatt bevissthet. Det er imidlertid viktig å være klar over at bevissthetsforstyrrelser også kan ha andre årsaker enn nedsatt perfusjon, for eksempel hodeskade, lavt blodsukker, inntak av medikamenter eller rusmidler og psykose. Samtidig er normalt bevissthetsnivå ikke noen garanti for at pasienten ikke har kritisk blødning.

Bevissthetstilstanden bedømmes enklest ved Glasgow coma scale (figur 6).

Glasgow Coma Scale - voksen		
Øyeåpning	4	Spontant
	3	Kun på oppfordring
	2	Kun ved smerte
	1	Ingen
Tale	5	Orientert tale
	4	Desorientert tale
	3	Kun med enkeltord
	2	Kun med lyder
	1	Ingen
Bevegelse	6	Normale bevegelser
	5	Målrettet avverge ved smerte
	4	Tilbaketrekking ved smerte
	3	Bøyebevegelse ved smerte
	2	Strekkebevegelse ved smerte
	1	Ingen

15 poeng: Fullt bevisst pasient
≤8 poeng: Comatøs, kan sannsynligvis ikke beskytte egne luftveier, indikasjon for intubasjon
≤3 poeng: Totalt uten respons, laveste mulige score

Figur 6. Glasgow coma scale for bedømmelse av bevissthetstilstand.

Vurdering

Ankomststatus

[redacted]

Etablering av venøs inngang og [redacted]

[redacted]

[redacted]

Vurdering og behandling av [redacted]

[redacted]

[redacted]

Når handlingene skal vurderes, må de bedømmes ut fra den situasjonen helsepersonellet var i der og da, ikke hva undersøkelser i rolig fase kan frambringe av informasjon. Statens helsetilsyn legger til grunn at bakvakt traume oppfattet pasientens tilstand som kritisk, og at han måtte gjøre [redacted] på vital indikasjon. Vi vurderer derfor at det ikke var uforsvarlig å

gjøre [redacted]

Bevissthet/nevrologisk status

[redacted]

Prioritering av tiltak

[redacted]

Delkonklusjon

[redacted]

og bidro sammen med betydelige kommunikasjonsproblemer i teamet til at pasienten ikke fikk narkose før intubasjon ble forsøkt og kirurgiske prosedyrer gjennomført. Statens helsetilsyn vurderer at dette gjenspeiler virksomhetens mangelfulle tilrettelegging, se punkt 5.3.2.

5.1.4 Var det faglig forsvarlig å behandle pasienten i akuttmottaket istedenfor å ta [redacted] rett til operasjonsstua da [redacted] ble innlagt?

God praksis

Hvor skal pasienter med åpenbart behov for akutt livreddende kirurgi tas imot, i akuttmottaket eller på operasjonsstua? Policydokumentet som omhandler krav til traumesentere i Norge, beskriver nødvendig infrastruktur, blant annet hvordan rom for mottak av traumer, akuttrom, bør utstyres. Akuttrommet skal ha utstyr for de viktigste nødprosedyrene, for eksempel utstyr for innleggelse av thoraxdren og utstyr for å gjennomføre nødtorakotomi og laparotomi. Det er altså ingenting i veien for å utføre nødkirurgi i akuttmottaket dersom lokalitetene er egnet,

og nødvendig utstyr og kompetent personell er tilgjengelig. Det viktigste må være at pasientene tas imot på et definert sted der infrastruktur og kompetanse er tilrettelagt spesielt for denne oppgaven.

Vurdering
I det aktuelle tilfellet mistenkte medlemmene av traumeteamet allerede før pasienten kom, at [redacted] kunne være i behov av akutt livreddende kirurgi. Det ble diskutert i teamet om [redacted] skulle bringes rett fra ambulansen til operasjonsstua, men det ble ikke tatt noen beslutning før pasienten kom. Anestesipersonellet opplyste at pasienten ble flyttet over fra ambulansebåren til traumebordet før diskusjonen var avklart, og at det da var mest hensiktsmessig å gjøre primærundersøkelsen på traumerommet.

[redacted] Retningslinjene ga imidlertid ingen veiledning med hensyn til hvilke pasienter som skulle tas imot i akuttmottaket og hvilke som skulle bringes direkte til operasjonsstua. Riktignok het det at traumeleder og anestesilegen i traumeteamet skulle avklare om pasienten trengte nødkirurgi, og eventuelt be koordinator på operasjonsstua utløse nødkirurgialarm, men det stod ingenting om hvilke kriterier som skulle legges til grunn for utløsning av denne alarmen.

Delkonklusjon
Statens helsetilsyn vurderer at nødkirurgi kan utføres i akuttmottaket dersom forholdene er lagt til rette for det, det vil si at lokalitetene må være egnet og at både nødvendig utstyr og kompetent personell må være tilgjengelig. I det aktuelle tilfellet vurderer vi at det ikke var uforsvarlig å ta imot pasienten i akuttmottaket.

5.1.5 Var samhandlingen mellom det involverte helsepersonellet forsvarlig?

God praksis
God traumebehandling er avhengig av god kommunikasjon, samhandling i og ledelse av teamet. Kommunikasjonen må være relevant, presis og effektiv. Den skal være direkte og tydelig, men foregå i høflig og rolig form. Beskjeder og/eller fordeling av arbeidsoppgaver må adresseres og svares ut («closed loop communication»). Rollene må være avklart på forhånd, og alle i teamet må være klar over og kjent med egne og andres oppgaver. En traumeleder må hele tiden ha overblikk og god situasjonsforståelse. Vedkommende har ansvar for å prioritere og fordele de løpende oppgavene planmessig, koordinere og overvåke teamets arbeid, sikre god og tydelig kommunikasjon og mobilisere tilgjengelige ressurser. Traumelederen må også ta inn og bearbeide informasjon som skaffes tilveie i prosessen, og kryssjekke tilgjengelige data for å kunne fatte nødvendige beslutninger med hensyn til videre utredning og behandling av pasienten.

Teammedlemmene på sin side har ansvar for å utføre sine oppgaver, formidle opplysninger om pasientens tilstand og utvikling av situasjonen til traumeleder samt bidra til at traumeleder får best mulig grunnlag for å fatte sine beslutninger. Eventuelle bekymringer med hensyn til utvikling av pasientens tilstand eller iverksettelse av tiltak, skal formidles til traumeleder på en tydelig, rolig og effektiv måte. Tildelte og utførte oppgaver kvitteres for i «closed loop communication». Unødig prat må unngås. Det må være aksept for og oppmuntring til å si fra dersom noen er usikre på om det er behov for fornyet vurdering, eventuelt andre tiltak.

Vanlige barrierer mot effektiv samhandling er:

- faglig usikkerhet
- sinne, frustrasjon og emosjonelle reaksjoner
- at pasienten er barn, voldsoffer, gravid eller kjent for behandlerne
- sterke synsinntrykk, lukt og blødning
- prosedyrefokusering og tunnelsyn
- støy og avbrytelser
- feilprioritering og skråsikkerhet
- uvante omgivelser
- uklare ansvarsforhold
- språkproblemer.

Vurdering

Ved traumealarm på UNN Tromsø gikk det ut oppkall til både for- og bakvakter på thoraxkirurgisk avdeling og anestesiavdelingen. Bakvaktene skulle vite om oppkallet, men skulle, ifølge dagjeldende retningslinjer, ikke møte i mottak før de ble tilkalt. Kirurgisk primærvakt 1 skulle være traumeleder, og LIS 2 på anestesiavdelingen var leder for den anestesiologiske virksomheten.

I det aktuelle tilfellet møtte også bakvakt anestesiologi (overlege) opp i akuttmottaket da traumealarmen ble utløst, og tok rollen som leder for den anestesiologiske virksomheten. Han fordelte arbeidsoppgavene mellom de tre anestesilegene slik at LIS 1 anestesiologi fikk ansvar for luftveiene, og LIS 2 anestesiologi fikk oppgaven med å skaffe venøse tilganger. Bakvakt anestesiologi skulle bistå begge LIS'ene ved behov. Denne arbeidsdelingen var ikke i tråd med retningslinjene, og kan ha bidratt til forvirring om rollene i teamet.

Bakvakt traume ble tilkalt etter noe tid i akuttmottaket. I dagjeldende retningslinjer for traumemottak ved UNN Tromsø stod det uttrykkelig at bakvakt traume ikke skulle overta som traumeleder, selv om han/hun ble tilkalt. Ifølge opplysninger Statens helsetilsyn har mottatt fra foretaket i ettertid, skulle dette tolkes som at bakvakt traume ikke skulle tilkalles istedenfor, men i tillegg til, kirurgisk primærvakt 1. Primærvakt 1 skulle være leder for mottaket fra starten av, men lederfunksjonen skulle overføres til bakvakt ved behov. At ansvaret kunne forskyves på denne måten, fremgikk imidlertid ikke av prosedyren. Det fremgikk heller ikke hvordan en slik ansvarsforskyvning skulle foregå, og hvordan den skulle formidles til resten av teamet. I samtaler med Statens helsetilsyn framkom det at bakvakt traume og deler av teamet mente at bakvakten overtok som traumeleder da han ankom, mens andre i teamet mente kirurgisk primærvakt 1 eller LIS 2 anestesiologi var traumeleder hele tiden.

Samtidig går det tydelig fram av de opplysninger Statens helsetilsyn har mottatt, at traumeleder i den aktuelle situasjonen ikke fungerte optimalt. Blant resten av teamet var det flere som uttrykte at de ikke visste, eller var i tvil om, hvem som egentlig var traumeleder. Traumeleder tok ikke i tilstrekkelig grad ledelsen i den aktuelle situasjonen, men ble opptatt med kirurgiske prosedyrer ([redacted]) på bekostning av sin lederfunksjon. Dette åpnet for usikkerhet i teamet, og for at andre, for eksempel LIS 2 anestesiologi, forsøkte å ta ledelsen uten at dette var forankret verken i retningslinjer eller i legitimitet i teamet.

Flertallet av de Statens helsetilsyn snakket med under tilsynet, ga uttrykk for at mottaket av den aktuelle pasienten var svært uoversiktlig. Det har vært umulig for oss å få full klarhet i

hvem som gjorde hva, og i hvilken rekkefølge. Noe av årsaken til at enkeltpersoner ikke kunne gjøre rede for hva de selv gjorde, kan skyldes at det var gått lang tid siden hendelsen. På den andre siden blir så dramatiske hendelser ofte «etset inn» i hukommelsen til helsepersonellet, slik at de husker detaljene lenge etterpå. I den aktuelle saken er det derfor naturlig å anta at helsepersonellets vanskeligheter med å gjøre rede hva de faktisk gjorde, langt på vei må tilskrives uoversiktlige forhold i akuttmottaket.

Statens helsetilsyn finner at kommunikasjonen i teamet var uklar, beskjeder ble gitt ut i «løse luften», og ingen visste om de ble effektuert, jf. at pasienten ikke fikk anestesimidlene før intubasjonsforsøket. Ett teammedlem stilte berettigede, gjentatte og svært viktige spørsmål om tubeplasseringen var korrekt, uten at dette ble tilstrekkelig tatt hensyn til. Under oppholdet i akuttmottaket ble det gjentatte ganger, av flere personer, sagt at pasienten måtte flyttes til operasjonsstua for nødkirurgi, men det ble ikke tatt noen beslutning, og flyttingen ble ikke gjennomført før etter ca. en halv time. Dette må tilskrives mangelfull ledelse. Slik Statens helsetilsyn oppfatter det, hadde traumeleder ikke oversikt over situasjonen, han klarte ikke å ta inn og bearbeide den informasjon han fikk, og tok ikke nødvendige beslutninger.

[redacted] Sammen med mye støy og uklare ansvarsforhold kan dette ha bidratt til å vanskeliggjøre kommunikasjonen i teamet. En slik situasjon krever i enda større grad enn et vanlig traumemottak en systematisk tilnærming, en klar, forhåndsbestemt oppgavefordeling og en tydelig og erfaren ledelse. Det ville derfor kunne forsvares om erfarne bakvakter overtok som ledere av både den anestesiologiske virksomheten og selve traumemottaket. Dette forutsetter imidlertid at bakvaktene er trent i å lede traumeteamet, og har grunnleggende kompetanse som beskrevet for traumelederrollen. Å fravike etablerte retningslinjer i en akutt, kritisk situasjon forutsetter også at dette kommuniseres svært tydelig til resten av teamet.

Delkonklusjon
Statens helsetilsyn finner at fordelingen av roller og arbeidsoppgaver ved det aktuelle traumemottaket var uklar, og at den ikke var i tråd med verken sykehusets egne retningslinjer eller god praksis. Vi legger til grunn at mottaket var preget av manglende oversikt og styring, og vurderer at heller ikke kommunikasjon og ledelse av traumeteamet var i henhold til god praksis. Teamet lyktes ikke med «closed loop communication». Samlet sett mener vi at avvikene fra god praksis var så store at samhandlingen mellom det involverte helsepersonellet og dermed helsehjelpen pasienten fikk var uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

5.2 Ble pårørende i den aktuelle saken ivaretatt, informert og fulgt opp på en forsvarlig måte?

Statens helsetilsyn har i sin vurdering kommet fram til at UNN Tromsø ikke fulgte opp, informerte og ivaretok pårørende i tråd med regelverket og på en omsorgsfull måte da pasienten ble innlagt med alvorlige skader den [redacted] 2013. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

God praksis
I akutte situasjoner vil pårørende ha behov for omsorgsfull ivaretagelse og informasjon om det som skjer. I akutte situasjoner som ender med dødsfall er god informasjon ekstra viktig.

Dette gjelder uansett om det kan stilles spørsmål ved om pasienten har fått optimal behandling eller ikke. Informasjonsplikten vedvarer i tiden etter dødsfallet, dersom det kommer til nye opplysninger som de pårørende bør få kjennskap til. Det vil blant annet kunne være kunnskap som er sentral for å fremme en sak overfor Norsk pasientskadeerstatning eller fylkesmannen.

Etter alvorlige hendelser der pasienten dør, har foretakene dessuten plikt til å informere pårørende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 andre ledd som lyder: «Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har plikt til å sørge for at det gis slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.»

I det tidligere Kunnskapssenterets publikasjon «God håndtering av alvorlige, uønskede hendelser i helsetjenesten», november 2014 (originalartikkel fra Institute for Healthcare Improvement) heter det at negative hendelser ikke nødvendigvis bryter ned tilliten til en organisasjon, men måten organisasjonen responderer på etter en alvorlig hendelse, kan gjøre det. Informasjon om hva som skjedde, og hvorfor det skjedde, må gis åpent og i en objektiv form.

Vurdering

Ble pårørende ivaretatt på en god måte og fikk de den informasjon de hadde krav på i akuttsituasjonen/akuttmottaket?

UNN Tromsø hadde rutiner som tilsa at det var sykepleier i akuttmottaket som skulle ivareta pårørende. Det fantes et eget rom som pårørende skulle henvises til, og hvor de kunne motta fortløpende informasjon. At psykologen på den kommunale legevakten ble aktivert i akuttfasen for å ta seg av de pårørende til en [redacted] pasient, var ikke vanlig rutine ved UNN Tromsø. Så langt Statens helsetilsyn har fått opplyst, skjedde aktiveringen av psykologen på AMK-operatørens eget initiativ. AMK-operatøren visste at akuttmottakets ressurser sannsynligvis ville trenges i pasientbehandlingen, og det var i utgangpunktet både godt tenkt og ment å involvere legevaktens ressurser i ivaretakelsen av de pårørende. AMK-operatøren tok for øvrig flere ganger ny kontakt med den kommunale legevakten både for å forsikre seg om at pårørende var blitt tatt vare på av helsepersonell, og for å gi utfyllende opplysninger.

Da de pårørende ankom akuttmottaket opplevde de at ingen sto klar for å ta imot dem, og ingen i mottaket tok initiativ til å vise dem til pårørenderommet, slik rutinen tilsa. De mottok heller ingen informasjon om pasienten. At rutinen i akuttmottaket ikke ble fulgt, var egnet til å gi pårørende en opplevelse av avvisning. Statens helsetilsyn har ikke lyktes i å identifisere hvordan kommunikasjonen mellom AMK og akuttmottaket foregikk, men det er på det rene at noen i akuttmottaket fikk kjennskap til avtalen med den kommunale legevakten, og etter en stund henviste pårørende til dit.

Dette fikk imidlertid utilsiktede konsekvenser idet ingen tok ansvar for eller foretok seg noe for å informere pårørende om hva som skjedde, og hvordan det gikk med pasienten. Statens helsetilsyn vurderer at sykehuset samlet sett ikke lyktes å ivareta de pårørende og gi informasjon i denne fasen.

Ble pårørende ivaretatt på en god måte og fikk de den informasjon de hadde krav på umiddelbart etter dødsfallet?
Verken [redacted] fikk noen informasjon om hva som hadde skjedd med pasienten før [redacted] ca. to timer etter at pasienten var kommet inn, og en time etter at [redacted] var erklært død, selv gikk opp til Hjerte-lungeklinikken for å snakke med avdelingssjefen på hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling. På dette tidspunktet hadde ingen fra sykehuset informert eller snakket med de pårørende.

Da [redacted] kom til Hjerte-lungeklinikken, traff [redacted] først bakvakt traume, som fortalte [redacted] at pasienten var død til tross for at de hadde gjort alt de kunne for å redde livet [redacted] Det ble ikke sagt noe om problemer i behandlingsforløpet. Deretter snakket [redacted] med avdelingslederen på hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling som ga inntrykk av at [redacted] Avdelingslederen ble med [redacted] tilbake til den kommunale legevakten for å fortelle [redacted] var død. På dette tidspunktet var allerede sykehuspresten tilstede sammen med [redacted] og psykologen. Før avdelingslederen forlot legevakten, tilbød han familien å ta kontakt ved behov, men ingen oppfølgingssamtale ble avtalt. Sykehuspresten ble igjen på legevakten da avdelingslederen forlot stedet. Noe tid senere ringte avdelingslederen tilbake til sykehuspresten for å be ham formidle spørsmål om obduksjon til [redacted]. Spørsmålet ble av sykehuspresten stilt i påhør av [redacted] motsatte seg obduksjon av pasienten, noe [redacted] senere har gitt uttrykk for at [redacted] gjorde dette på grunn at situasjonen ble vanskelig.

Statens helsetilsyn finner det kritikkverdig at spørsmål om obduksjon stilles i påhør av [redacted]. Det er etter vår mening heller ikke god praksis å ta opp så følsomme spørsmål per telefon, selv om spørsmålet i dette tilfellet ble formidlet via en tredje person som ikke var helsepersonell.

Statens helsetilsyn vurderer også at det var utenfor god praksis at [redacted] selv måtte oppsøke helsepersonell for å få informasjon om hva som var skjedd. Ifølge sykehusets rutiner var det traumeleder som hadde hovedansvaret for å sikre at de pårørende skulle bli ivaretatt og få informasjon etter hendelsen. Traumeleder tok imidlertid ikke kontakt med pårørende. I denne saken var også bakvakt traume tilkalt. Statens helsetilsyn legger til grunn at rollefordelingen mellom traumeleder og bakvakt traume i den aktuelle situasjonen var uklar (se punkt 5.1.5). Dette kan ha ført til at begge trodde den andre ville informere pårørende, mens virkeligheten var at ingen gjorde det. At pårørende var henvist til den kommunale legevakten, kan også ha bidratt til uklarheter med hensyn til hvem som skulle sørge for at de fikk nødvendig informasjon. Resultatet var at pårørende ikke fikk informasjon fra foretakets side før [redacted] selv gikk fra den kommunale legevakten til sykehuset for å spørre hvordan det gikk. Statens helsetilsyn vurderer at sykehuset ikke ivaretok sin oppgave med følge opp og å informere og ivareta de pårørende umiddelbart etter traumemottaket og pasientens død.

Fikk pårørende den informasjon de hadde krav på, og ble de fulgt opp på en omsorgsfull måte i tiden etter hendelsen?
Sykehusets egen gjennomgang av hendelsen førte ikke til konklusjon om svikt i behandlingen. I fagmiljøene var det imidlertid flere som mente pasienten ikke hadde fått adekvat behandling.

Via [redacted] fikk [redacted] utpå [redacted] 2014 kjennskap til detaljene i hendelsesforløpet etter at pasienten kom til UNN Tromsø. [redacted] skjønte at det hadde vært betydelige problemer både med samhandlingen i traumeteamet og med den medisinske behandlingen pasienten hadde fått i akuttmottaket, uten at [redacted] var blitt informert om det. [redacted] fikk også kjennskap til at flere av

helsepersonellet som var tilstede, mente det var svikt i helsehjelpen pasienten hadde fått, og reagerte meget sterkt på at sykehuset ikke på noe tidspunkt hadde tatt dette opp med [redacted]

Statens helsetilsyn vurderer det som kritikkverdig at ikke sykehuset selv tok initiativ til å informere pårørende om spørsmålene som var kommet opp i etterkant av hendelsen. Den nærmeste pårørende burde etter Statens helsetilsyns vurdering ha vært informert da det ble reist spørsmål om pasienten hadde fått adekvat behandling. Dette er informasjon pårørende har krav på. [redacted] Vi vurderer at det ga ansvarlige ledere ved sykehuset et særskilt ansvar for å sikre at pårørende fikk informasjon om dette på ryddig måte i en tidlig fase, og ikke ble klar over det ved tilfeldigheter. Pårørende burde på et tidlig tidspunkt [redacted] 2014 blitt innkalt til et møte for å få informasjon om de spørsmålene som var stilt.

Delkonklusjon
UNN Tromsø har i denne saken ikke oppfylt sin lovpålagte plikt til ivaretakelse av og informasjon til de pårørende. Familien fikk ingen informasjon om hvordan det gikk med pasienten etter at [redacted] kom inn på sykehuset, og [redacted] måtte selv ta konkrete skritt for å få vite at [redacted] var død. De fikk heller ikke på noe senere tidspunkt informasjon fra sykehuset om at det hadde vært, eller kunne ha vært, problemer med samhandlingen i teamet og gjennomføringen av den medisinske behandlingen, og at dette kunne ha vært bidragende til [redacted] død. Pårørende fikk tvert imot inntrykk av at alt som kunne gjøres var gjort, og at [redacted]

Statens helsetilsyn vurderer at UNN Tromsø i varierende grad har oppfylt den opplysningsplikten de har overfor pårørende. I de situasjonene hvor de har gitt opplysninger til pårørende har dette ikke skjedd på eget initiativ, dette gjaldt særlig [redacted] i 2014. Det representerer et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.

5.3 Sikret UNN HF i 2013 forsvarlig akuttbehandling av alvorlig skadde pasienter ved UNN Tromsø?

Statens helsetilsyn har i sin vurdering kommet fram til at UNN HF ikke hadde iverksatt tiltak som sikret forsvarlig mottak og behandling av pasienter med alvorlige traumer. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

5.3.1 Generelt om ledelsens ansvar

Ledelsen har ansvar for at foretaket organiseres slik at kravet til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 og øvrige krav fastsatt i lov og forskrift, innfris. Dette innebærer at virksomheten må organiseres slik at helsepersonellet kan yte faglig forsvarlig helsehjelp og overholde sine plikter etter lov og forskrift jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16. Videre er det en forutsetning at sykehusene er organisert slik at de kan ivareta sine oppgaver på en effektiv og kvalitativt god måte i samsvar med god faglig praksis.

5.3.2 Innledende bemerkninger om traumeorganiseringen ved UNN Tromsø

På begynnelsen av 2000-tallet ble ATLS-prinsippene for systematisk traumebehandling innført i Norge. Gjennomført ATLS-kurs ble etter hvert obligatorisk i utdanningen i kirurgi. Det er også utviklet et eget konsept for tverrfaglig teamtrening i mottak av traumer kalt BEST. Traumemiljøene i Norge utarbeidet en nasjonal traumeplan, «Organisering av

behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem» (heretter kalt traumerapporten), som beskrev et traumesystem med to sykehusnivåer, traumesenter og akuttsykehus med traumefunksjon, og med ett traumesenter per region. Den beskrev i generelle vendinger krav til begge nivåer både med hensyn til infrastruktur og kompetanse. De fire regionale helseforetakene ga sin tilslutning til planen i 2007, og det ble vedtatt at planen skulle implementeres i Helse Nord RHF i 2010.

De generelle kravene i traumerapporten ble senere utdypet og konkretisert i et policydokument som bygget på internasjonal standard for traumebehandling og nasjonal konsensus mellom traumemiljøene ved de regionale foretakene. Policydokumentet inneholdt også en bekreftelse fra de regionale foretakenes ledelse på at det aktuelle sykehuset ville innfri kravene til et regionalt traumesenter. Innholdet i den nasjonale traumeplanen og policydokumentet er beskrevet mer detaljert under punkt 3.8.

Statens helsetilsyn legger til grunn at policydokumentet er en operasjonalisering av kravene om organisering av traumemottak i den nasjonale traumeplanen, som ble vedtatt implementert i Helse Nord RHF i 2010.

UNN Tromsø hadde i 2013 en egen traumeplan, «Traumemottak ved UNN-organisering, ansvar, oppgavefordeling» (Dokumentnummer PR 13206, versjon 2.13, udatert). Denne er nærmere beskrevet under punkt 3.6.2. Ifølge denne skulle kirurgisk primærvakt 1 være traumeleder med overordnet pasient- og beslutningsansvar. Vedkommende skulle lede arbeidet i akuttmottaket. Bakvakt traume (erfaren thoraxkirurg) skulle innkalles ved behov for bistand i lederfunksjonen, for å håndtere en uklar tilstand og/eller prioritere mellom flere tilskadekomne. Det stod imidlertid uttrykkelig i prosedyren at «bakvakt traumeleder skal IKKE fungere som primær leder av traumemottaket». Statens helsetilsyn fikk opplyst at det var innført en ny organisering av anestesiteamet ved mottak av traumepasienter på UNN Tromsø høsten 2013, men da ovenstående retningslinje er udatert, er det uklart om det med dette menes at denne retningslinjen var ny på hendelsestidspunktet, eller om det var gjort endringer i den.

Ifølge rapporten etter den gjensidige revisjonen som ble gjennomført av de andre regionale helseforetakene i 2015, hadde UNN Tromsø ikke en tydelig traumeorganisasjon med tilstrekkelige lege- og sykepleierressurser (lokale traumekoordinatorer). Statens helsetilsyn legger til grunn at det ikke hadde vært vesentlige endringer i organiseringen av traumemottaket mellom 2013 og 2015. Foretaket hadde ikke regelmessige tverrfaglige møter med gjennomgang av hendelsene for de som deltok i traumemottakene. Slike tverrfaglige møter er viktige for at læring og forbedring skal kunne bli en integrert del av traumeomsorgen ved sykehuset. Det ble riktignok gjennomført månedlige møter for traumelederne, men der deltok ikke resten av traumeteamene. Læringsmulighetene var dermed betydelig begrenset både for den enkelte og for teamene samlet. Kvalitetskontrollen av traumebehandlingen var også mangelfull. Pasienter som kom inn uten at det ble utløst traumealarm, men som seinere viste seg å ha alvorlige skader, inngikk ikke i registreringen. Dermed mistet foretaket en viktig kilde til informasjon og kvalitetskontroll.

I retningslinjen «Traumemottak ved UNN- organisering, ansvar, oppgavefordeling» står det: «bakvakt traumeleder skal IKKE fungere som primær leder av traumemottaket». Ifølge opplysninger fra ledelsen ved UNN Tromsø skal dette tolkes slik at bakvakt traume ikke skal innkalles istedenfor, men i tillegg til, kirurgisk primærvakt 1. Primærvakt 1 skal alltid være traumeleder fra starten av, men lederfunksjonen skal overføres til bakvakt ved behov. Ifølge

ledelsen ved UNN Tromsø er dette en rutine som er godt innarbeidet, og som det ikke har vært misforståelser omkring. Dette er ikke i overensstemmelse med de opplysninger Statens helsetilsyn fikk i samtaler med medlemmene av traumeteamet. Kirurgisk primærvakt 1 opplyste at han var traumeleder under hele mottaket. Bakvakt traume opplyste på sin side at han overtok som traumeleder fra det tidspunkt han kom til. Flere andre medlemmer av teamet, både leger og sykepleiere, ga uttrykk for at de under hele det aktuelle traumemottaket var usikre på hvem som egentlig var traumeleder. Statens helsetilsyns legger derfor til grunn at bestemmelsene om arbeids- og ansvarsfordeling ved traumemottak i UNN Tromsø sin retningslinje ikke var forstått eller etterlevd av helsepersonellet. Heller ikke i anestesiteamet forholdt helsepersonellet seg til sykehusets retningslinje med hensyn til organisering. Ledelsen ble dermed utydelig. Dette skapte rom for at andre enn traumeleder kunne fremstå som uformelle ledere, og forvirringen ble enda større. Nødvendige beslutninger, blant annet om forflytning til operasjonsstua, ble forsinket. Beskjeder ble gitt ut i «løse luften», og ingen kontrollerte om de faktisk ble effektuert. Ingen hadde tilsynelatende oversikt over hvem som gjorde hva og i hvilken rekkefølge. Det var svært mange mennesker tilstede, også personer som ikke hadde noen oppgave i traumeteamet. Opplysningene Statens helsetilsyn har fått gjennom samtaler med de involverte, peker nesten entydig i retning av dårlig organisering og manglende ledelse av traumemottaket. Etter vår mening kan dette ikke lastes enkeltpersoner, men må ses som en følge av mangelfullt oppbygget infrastruktur for å ta imot traumepasienter, manglende implementering av retningslinjer, manglende trening og manglende kvalitetssikring og kontroll av virksomheten.

Sykepleierne i akuttmottaket hadde ansvar for klargjøring av traumerommet i forbindelse med det enkelte traumemottak. Det fremgår imidlertid ikke av dagjeldende retningslinje «Traumemottak ved UNN- organisering, ansvar, oppgavefordeling» (Dokumentnummer PR 13206, versjon 2.13, udatert) hvem som hadde det overordnede ansvaret for at nødvendig utstyr var på plass og lett tilgjengelig. Manglende eller ikke-funksjonelt utstyr kan i en akutt situasjon få alvorlige konsekvenser for livsviktig behandling av pasientene.

5.3.3 Sikret foretaket i 2013 tilstrekkelig opplæring og trening av helsepersonell som skulle delta i behandling av akutte traumer ved universitetssykehuset i Tromsø?

God praksis

Foretaksledelsen skal sørge for at medarbeiderne på alle nivåer har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor sitt aktuelle fagfelt til å kunne gi pasientene forsvarlig helsehjelp. Medarbeidere med nødvendig kompetanse skal sikre god kvalitet i behandlingen og gode pasientforløp med utgangspunkt i pasientenes behov. Kompetanse kan defineres som kunnskaper, ferdigheter og holdninger som har brukerverdi i arbeidslivet, og er knyttet til en bestemt type arbeidsoppgaver og situasjoner. Kompetanse må utvikles i forhold til disse, og er derfor også knyttet til erfaring. Det er et lederansvar å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, og at de uerfarne får tilstrekkelig oppfølging til at pasientbehandlingen blir trygg og sikker.

<u>Kompetansekrav til traumeleder</u>

Ifølge de operasjonaliserte kravene i nasjonal traumeplan (2007), som fremkommer i policydokumentet, må traumesenteret forplikte seg til å etablere en dedikert traumeinfrastruktur, herunder en traumeseksjon. Denne traumeseksjonen skal ha ansvar for utarbeiding av formelle kompetansekrav til traumeleder, og følge opp at disse blir innfridd. Kompetansekravene bør omfatte krav til

- erfaring med arbeid i traumeteam uten traumelederansvar
- generell kirurgisk erfaring (minimum fire år)

- gjennomgått lokalt opplæringsprogram
- gjennomgått ATLS-kurs og kurs i nødkirurgiske prosedyrer
- personlig egnethet

Kompetansekrav til resten av traumeteamet
Den nasjonale traumeplanen og policydokumentet stiller også krav til resten av teamets kompetanse. Anestesiolog med minimum fire års erfaring og gjennomgått ATLS-kurs skal alltid være tilstede ved mottak av alvorlig skadde pasienter. Spesifikk traumekirurgisk overlegevakt bør innføres. Traumeseksjonen skal for øvrig bidra til opplæring av resten av teamet gjennom deltagelse for ulike personellgrupper i ATLS-kurs, KITS-kurs, kurs i hemostatisk nødkirurgi, BEST-øvelser, DSTC (Definitive Surgical Trauma Care)-kurs og E-læringsprogrammer for opplæring.

Vurdering
Innfrielse av kompetansekrav
Den lokale traumeplanen, «Traumemottak ved UNN - organisering, ansvar, oppgavefordeling», inneholdt ikke spesifikke krav til kompetanse for traumelederne utover at den kirurgiske primærvakten som hadde mest erfaring (primærvakt 1) skulle være traumeleder, og den anestesiologiske primærvakten med mest erfaring (anestesi primærvakt 2) skulle lede det anestesiologiske arbeidet.

I den reviderte traumemanualen for UNN Tromsø som ble ferdig høsten 2015, finnes retningslinjen «Kompetansekrav til traumeteamleder UNN Tromsø» (Dokumentnummer PR34767, versjon 4, udatert). Denne retningslinjen er imidlertid udatert, og så langt Statens helsetilsyn kan lese ut av referatene fra traumekomiteen på UNN Tromsø, var den verken vedtatt eller implementert i 2013. Retningslinjen (nærmere beskrevet under punkt 3.6.3) beskriver at traumeleder skal ha minst 3 års kirurgisk erfaring. Det er uklart hva kravet til tjeneste i generell kirurgi for traumeledere var ved UNN Tromsø i 2013, men kravet i nasjonal traumeplan (2010) var 4 år. Traumeleder ved den aktuelle hendelsen, hadde 2 år og 11 måneders erfaring som LIS i generell kirurgi i tillegg til ett års gynekologisk tjeneste.

Den aktuelle traumelederen hadde gjennomført ATLS-kurs. Hvorvidt han oppfylte ytterligere kompetansekrav (gjennomført kurs i DTSC, hemostatisk nødkirurgi, trening i traumemottak kjenne prosedyre for mottak av alvorlig skadde pasienter ved UNN Tromsø, sammensetningen av traumeteamet og personellets rolle, traumemanualen for UNN Tromsø, norsk indeks for medisinsk nødhjelp, prosedyrene for dokumentasjon av initial diagnostikk og behandling (elektronisk pasientjournal, BEST-skjema) og rekvisisjonsrutiner ved UNN Tromsø) er ikke dokumentert. Samlet sett vurderer Statens helsetilsyn at foretaket ikke hadde sikret at traumeleder hadde tilstrekkelig kompetanse og erfaring.

Opplæringstiltak
Statens helsetilsyn har fått opplyst at akuttmottaket ved UNN Tromsø organiserer BEST-treninger for deltagere i traumeteamet en gang hver måned. Det er imidlertid tilfeldig hvem som deltar i disse øvelsene, det vil si hvem som er deltagere i traumeteamet den dagen øvelsen arrangeres, og det kan gå lang tid mellom hver gang den enkelte får anledning til å delta. Fire ganger per år holder UNN HF kurs i hemostatisk nødkirurgi for helsepersonell i hele Helse-Nord regionen. Sykepleiere fra Operasjons- og intensivklinikken og Akuttmedisinsk klinikk arrangerer også fire årlige kurs i traumesykepleie (KITS) for ulike sykepleiergrupper ved UNN HF. Det er uvisst hvilke opplæringstiltak som var implementert i

2013. Ledelsen førte ikke oversikt over hvem som hadde deltatt på hvilke øvelser eller hvor mange øvelser den enkelte hadde deltatt på.

Delkonklusjon
Samlet sett vurderer Statens helsetilsyn at foretaket i 2013 ikke hadde sikret at traumeleder hadde tilstrekkelig kompetanse og erfaring. Ledelsen hadde ikke oversikt over hvilke opplæringstiltak den enkelte hadde deltatt i. Statens helsetilsyn finner at UNN HF, til tross for at de i 2010 hadde vedtatt å implementere nasjonal traumeplan (fra 2007), fremdeles ikke innfridde kravene til kompetanse og opplæring verken for traumeleder eller de andre deltagerne i traumeteamene ved UNN Tromsø 2013. Etter Statens helsetilsyns vurdering er avvikene fra kompetansekravene i den nasjonale traumeplanen så stort at vi mener de er uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

5.4 Hadde UNN HF i 2013 rutiner som sikret ivaretakelse og videre oppfølging av pårørende til alvorlig syke eller skadde pasienter som døde i akuttmottaket på UNN Tromsø?

Statens helsetilsyn har i sin vurdering kommet fram til at UNN Tromsø i 2013 hadde rutiner for ivaretakelse og oppfølging av pårørende til pasienter med alvorlige skader som døde i akuttmottaket, men at de ikke ble fulgt i denne saken. Det foreligger dermed ikke brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

God praksis
Det vises til punkt 5.2 for generelle krav til oppfølging av pårørende til alvorlig syke eller skadde pasienter.

Vurdering
I retningslinjen «Traumemottak ved UNN - organisering, ansvar, oppgavefordeling» (Dokumentnummer PR 13206, versjon 2.13, udatert) heter det at sykepleieren fra akuttmottaket har ansvaret for at den primære kontakten med pårørende ble ivaretatt. I samme retningslinje står det at traumeleder etter traumemottaket skal sikre at pårørende tas hånd om og får informasjon. Ledelsen ved UNN Tromsø mener retningslinjen skal forstås slik at traumelederfunksjonen kan overføres fra en person til en annen under traumemottaket,. Dette kan føre til uklarhet om hvem som i praksis har informasjonsansvaret, og dermed gjøre at pårørende ikke får den informasjonen de har krav på. Utover dette hadde UNN Tromsø etter det Statens helsetilsyn har fått opplyst, ingen retningslinjer eller rutiner som omhandlet ivaretakelse av pårørende.

Avdelingsoverlegen i akuttmottaket opplyser imidlertid i en redegjørelse til Fylkesmannen i Troms at «ivaretakelse av pårørende i akuttfasen er integrert i vanlig drift i akuttmottaket. I AMK vil operatør tidligst mulig ta kontakt med det kommunale hjelpeapparatet. I de tilfeller der de pårørende kommer til akuttmottaket blir de tatt hånd om av en sykepleier i akuttmottaket og plassert på et eget pårørenderom. Det benyttes skjema som tar sikte på å sikre at lokalt nettverk og kommunens hjelpeapparat varsles. Pårørende vil ved behov få samtale med annet helsepersonell, f.eks. leger, og med prestetjeneste.»

Videre heter det: «Akuttmedisinsk klinikk har ingen etablert praksis for ivaretakelse av pårørende på lang sikt. Imidlertid vil sykepleiere og leger tilknyttet klinikken alltid bistå med

informasjon og støtte til pårørende som henvender seg til akuttmottaket, også lang tid etter at hendelsen har funnet sted.»

Statens helsetilsyn vurderer at ovenstående er tilstrekkelig til at UNN Tromsø oppfyller lovens krav til ivaretakelse og oppfølging av pårørende til pasienter som dør i akuttmottaket. UNN Tromsø hadde gode retningslinjer for ivaretakelse av pårørende i akuttfasen, og praksis for overføring til kommunalt hjelpeapparat og videre oppfølging der dette var nødvendig.

Delkonklusjon
Statens helsetilsyn vurderer at de rutinene UNN Tromsø hadde i 2013 for ivaretakelse og oppfølging av pårørende til alvorlig syke eller skadde pasienter som døde i akuttmottaket, var gode, men at de dessverre ikke ble fulgt i den aktuelle saken. Vi viser i denne sammenheng også til vår drøftelse på side 45.

5.5 Har UNN HF fulgt opp hendelsen med tanke på kvalitetsforbedring, læring og varsling tilsynsmyndigheten?

Statens helsetilsyn har i sin vurdering kommet til at UNN HF ikke har iverksatt nødvendige tiltak for å forbedre kvaliteten og forhindre at lignende hendelser skal skje igjen. Det foreligger i denne saken brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Videre har vi kommet frem til at UNN HF ikke overholdt sin varslingsplikt til Statens helsetilsyn i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger.

God praksis
Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet. Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Sykehuset skal således gjennom sin internkontroll sikre kravet til forsvarlighet i tjenesten.

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

I policydokumentet som beskriver krav til traumesentere i Norge, understrekes det at «robuste kvalitetssikringsprogrammer innenfor traumatologi reduserer mortalitet». Det sies videre at alle avdelinger som er involvert i traumebehandling, forventes å kvalitetssikre sin egen virksomhet. Etter Statens helsetilsyns vurdering vil nødvendige elementer i et kvalitetssikringsprogram som er basert på internasjonale standarder, være:

- tverrfaglige «morbidity & mortality»-møter
- tverrfaglige traumemøter
- skriftlige retningslinjer (traumemanual)
- intern utsjekk og oppfølging av traumeledere inklusive gjentatte praktiske øvelser i kirurgiske nødprosedyrer
- tverrfaglig teamtrening gjennom simulering
- eventuelt videoopptak av traumemottak i opplæringsøyemed.

Traumesentrene må også ha en plan for å videreutvikle og sikre regelmessighet av de ulike elementene i kvalitetssikringsprogrammet.

Dersom det identifiseres en alvorlig hendelse ved pasientbehandlingen som har ført til alvorlig skade eller dødsfall, og som anses som uventet i forhold til en påregnelig risiko, skal hendelsen straks varsles til Statens helsetilsyn.

Vurdering

Tverrfaglig gjennomgang av hendelsen

Hendelsen ble gjennomgått på et traumeledermøte, men foretaket kan ikke opplyse når dette møtet ble avholdt, hvem som hadde ansvar for gjennomgangen av hendelsen og hva konklusjonen eventuelt ble. På traumeledermøtet deltar i hovedsak kirurger med traumelederfunksjon og leger fra hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling, det vil si den avdelingen som var ansvarlig for traumatologi ved UNN Tromsø. Ledelsen ved UNN Tromsø har opplyst at også radiologer, anestesileger fra akuttmottaket og nevrokirurger deltar regelmessig på dette møtet. Ifølge de opplysningene Statens helsetilsyn fikk under tilsynet, ble det imidlertid ikke avholdt noen tverrfaglig gjennomgang etter den aktuelle hendelsen.

Statens helsetilsyn har videre fått opplyst at pasientforløpet i den aktuelle saken ble gjennomgått i et møte mellom ledelsen ved anestesi- og operasjonsavdelingen, Akuttmedisinsk klinikk og hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling for å avklare eventuelle behov for videre oppfølging og for å identifisere eventuelle læringspunkter. Det ble ikke ført referat fra dette møtet. Både avdelingsoverlegen i akuttmottaket og daværende avdelingsleder i hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling, opplyser imidlertid at konklusjonen var at det aktuelle pasientforløpet i seg selv ikke tilsa spesifikke kvalitetsforbedrende tiltak, men at de prosesser som allerede pågikk for å styrke traumeorganiseringen, ville bli videreført.

Avdelingsoverlegen i akuttmottaket uttrykte i en redegjørelse til Fylkesmannen i Troms at den aktuelle hendelsen, sammen med andre alvorlige hendelser, har bidratt til at de nye retningslinjene i større grad enn før er utformet for å håndtere hardt skadde pasienter.

Avdelingsvis gjennomgang av hendelsen

Det ble avholdt møter mellom de involverte legene og deres ledere ved hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling og legeseksjonen ved anestesi- og operasjonsavdelingen. Møtet på hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling var, slik Statens helsetilsyn oppfatter det, et rent debriefingmøte for psykososial ivaretakelse av de involverte kirurgene, ikke en faglig gjennomgang av det som skjedde med fokus på forbedring og kvalitetssikring.

På møtet mellom anestesilegene og deres ledere kom det fram at det var betydelige motsetninger mellom deltagerne i teamet med hensyn til hvordan de oppfattet hva som hadde skjedd og hvordan traumemottaket hadde forløpt. Dette beskrevet i referat datert 29. januar 2014. Lederen for legetjenesten i anestesi- og operasjonsavdelingen var på det tidspunktet møtet ble gjennomført, nytilsatt. Derfor var også hennes mer erfarne leder, leder for anestesi- og operasjonsavdelingen, med på møtet. Leder for legetjenesten opplyste i samtale med Statens helsetilsyn at hun på det tidspunktet ikke klarte å konkludere med hensyn til tubeplasseringen fordi det ville innebære at hun beskyldte en eller flere av kollegene for å lyve. Hun opplyste at hun ikke ønsket en videre diskusjon da hun mente dette ikke ville føre noe godt med seg, men bare føre til konflikter i avdelingen. Hennes mer erfarne leder, avdelingslederen, hadde heller ingen innvendinger mot denne håndteringen av saken.

Statens helsetilsyn finner dette svært uheldig. Det er ledelsens ansvar å sørge for en åpenhet rundt mistanke om svikt og bidra til å skape en organisasjon der det forventes og oppfattes som positivt at teammedlemmer sier fra hvis de ser noe som kan være galt. Det er videre svært viktig at ledelsen synliggjør hvordan situasjonsoppfatningen kan være ulik etter pressede situasjoner, og på denne måten bidra til en forståelse og aksept for det, snarere enn å hevde at noen forteller usant om noe. Også med ulik situasjonsoppfatning kan en lykkes i å samles videre etter en mulig uheldig hendelse, ved å anerkjenne de ulike oppfatningene, bruke de til å sette sammen et helhetlig bilde, og sammen analysere hva som kan ha skjedd. Dersom ledelsen derimot ikke ønsker å gå nærmere inn i en enkeltsak som er løftet, risikerer virksomheten å påvirke åpenhetskultur og læringskultur svært negativt.

Statens helsetilsyn vurderer at en samlet ledelse burde tatt tak i motsetningene, fått frem hva som hadde skjedd og sørget for en grundig gjennomgang av hendelsen slik at de involverte kunne få visshet om at saken var gjennomgått så grundig som overhodet mulig, at de hadde bidratt til at alle læringspunkter var identifisert og at nødvendige tiltak ville bli iverksatt.

Avviksmelding og varsel til Statens helsetilsyn

Den aktuelle hendelsen ble aldri meldt som internt avvik ved UNN HF eller varslet i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. De opplysninger Statens helsetilsyn har om at deler av ledelsen ble orientert om en mulig feil under behandlingen, samt en oppfordring fra enkeltpersonell om å sikre data fra maskiner brukt under behandlingen, tilsier at hendelsen skulle vært meldt både internt og varslet til Statens helsetilsyn. Det ble gjort en gjennomgang i anestesi- og operasjonsavdelingen, og Statens helsetilsyn mener at manglende evne og vilje til å håndtere ulike syn etter hendelsen og manglende vilje til å gjennomgå saken i læringsøyemed, førte til at den ikke fikk den oppfølgingen den skulle hatt.

Delkonklusjon

Statens helsetilsyn konstaterer at til tross for at

- traumemottaket av den aktuelle pasienten var uoversiktlig og preget av dårlig kommunikasjon og mangelfull ledelse
- [redacted]
- det er motstridende oppfatninger mellom helsepersonellet med hensyn til
  - hvor pasienten skulle vært tatt imot, i akuttmottaket eller på operasjonsstua
  - hvordan situasjonen fortløpende ble bedømt,
  - hva som faktisk ble iverksatt av tiltak og i hvilken rekkefølge de ble utført,

så har UNN HF ikke sett grunn til å analysere hendelsen og eventuelt iverksette forbedringstiltak.

Statens helsetilsyn vurderer derfor at UNN HF ikke iverksatte nødvendige og relevante forbedringstiltak etter hendelsen. Dette er brudd på kravet om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det foreligger også brudd på plikten til å varsle etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.

5.6 Har UNN HF informert de pårørende om hvilke kvalitetsforbedrende tiltak de har iverksatt/vil iverksette etter hendelsen?

Statens helsetilsyn har i sin vurdering kommet til at foretaket ikke har overholdt sin lovpålagte plikt til å informere de pårørende om hvilke kvalitetsforbedrende tiltak de har iverksatt etter hendelsen. Dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, femte ledd. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger.

God praksis
Enhver som yter helsetjenester, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I dette arbeidet inngår det også at virksomheten skal gi god informasjon til de pårørende. Ved hendelser som avdekker behov for tiltak for å forhindre at tilsvarende skal skje igjen, skal pårørende informeres om dette.

Vurdering
Som følge av at UNN HF ikke anså at hendelsen tilsa behov for spesifikke kvalitetsforbedrende tiltak, har foretaket heller ikke iverksatt slike. Følgelig har de heller ikke informert pårørende om forbedringstiltak. Statens helsetilsyn finner imidlertid at opplysninger som tilkom ledelsen ved UNN Tromsø på nyåret 2014, tilsa at saken burde vært gjennomgått systematisk for å se om det fantes læringspunkter.

I brev til Fylkesmannen i Troms, datert 13. september 2014, opplyser imidlertid klinikksjefen ved hjerte- og lungeklinikken (tidligere avdelingsleder ved hjerte-, lunge-, karkirurgisk avdeling) at obduksjonsrapporten i avidentifisert form vil bli brukt til internt kvalitetssikringsarbeid dersom generelle læringsmomenter avdekkes. [redacted] har opplyst til tilsynet at [redacted] opplever det som problematisk at rapporten skal brukes uten [redacted] samtykke.

Statens helsetilsyn vil bemerke at sykehuset på et generelt grunnlag ikke har plikt til å be om samtykke fra pårørende for å bruke anonymiserte pasienthistorier i læringsøyemed. [redacted]

[redacted]

Delkonklusjon
Fordi UNN HF ikke i tilstrekkelig grad anerkjente at hendelsen hadde avdekket mulig svikt, iverksatte de heller ikke forbedringstiltak eller informerte pårørende om dette. Statens helsetilsyn vurderer at UNN HF ikke har iverksatt tiltak eller informert pårørende i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, femte ledd.

5.7 Øvrige bemerkninger
Statens helsetilsyn vil bemerke at rettsmedisinere i forbindelse med rettsmedisinsk likundersøkelse ikke har anledning til å lese pasientens journal direkte uten at den er innhentet av politiet, jf. Helsedirektoratet lovfortolkning datert 7. juli 2015 (ref. 15/6378-2) av helsepersonelloven § 24. Dette kan føre til at den rettsmedisinske undersøkelsen bygger på feilaktige eller mangelfulle opplysninger fra politiet som kunne vært avdekket dersom rettsmedisinerne selv hadde hatt adgang til å lese pasientjournalen. Dersom den informasjonen som legges til grunn ikke er korrekt eller tilstrekkelig utfyllende medisinsk, kan det gjøre at rettsmedisinerne ikke oppfatter hva som er problemstillingen, og dermed heller ikke finner fyllestgjørende svar. Slik reglene er i dag, må rettsmedisinerne be politiet innhente journal når dette anses nødvendig for at de skal få tilstrekkelig informasjon til å gjøre en god rettsmedisinsk undersøkelse, det vil si fastslå dødsårsak og gi en vurdering av skader og eventuelle sykelige forandringer opp mot et hendelsesforløp.

6 Konklusjon og oppfølging i foretaket
6.1 Statens helsetilsyns konklusjon
Statens helsetilsyn har kommet fram til at UNN HF i 2013 ikke oppfylte kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Årsaken til dette er at virksomheten ikke hadde lagt til rette for at

helsepersonellet kunne yte forsvarlig helsehjelp ved mottak av alvorlig skadde pasienter. Mangelfulle rutiner og mangelfull tilrettelegging fikk konsekvenser for helsepersonellets behandling av den aktuelle pasienten, samhandlingen i traumeteamet, og ivaretakelse av og informasjon til pårørende.

Vi merker oss at foretaket har innført nye/reviderte retningslinjer for mottak av alvorlig skadde pasienter etter at hendelsen skjedde, men at en revisjon av traumevirksomheten i regi av Kompetansetjenesten for traumatologi, fremdeles avdekket svakheter ved traumeorganiseringen så sent som i 2015.

Statens helsetilsyn vurderer at UNN Tromsø i varierende grad har oppfylt den opplysningsplikten de har overfor pårørende. I de situasjonene hvor de har gitt opplysninger til pårørende har dette ikke skjedd på eget initiativ, dette gjaldt særlig [redacted] i 2014. Det representerer et brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3. Statens helsetilsyn vurderer at de rutinene UNN Tromsø hadde i 2013 for ivaretakelse og oppfølging av pårørende til alvorlig syke eller skadde pasienter som døde i akuttmottaket, var gode, men at de dessverre ikke ble fulgt i den aktuelle saken.

Statens helsetilsyn vurderer derfor at UNN HF ikke iverksatte nødvendige og relevante forbedringstiltak etter hendelsen. Dette er brudd på kravet om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det foreligger også brudd på plikten til å varsle etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Fordi UNN HF ikke i tilstrekkelig grad anerkjente at hendelsen hadde avdekket mulig svikt, iverksatte de heller ikke forbedringstiltak eller informerte pårørende om dette. Statens helsetilsyn vurderer at UNN HF ikke har iverksatt tiltak eller informert om pårørende i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, femte ledd.

6.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn forutsetter

- at de ansvarlige for virksomheten går gjennom saken for å se på hvordan de kan redusere risikoen for at liknende hendelser skjer igjen, herunder hvordan UNN jobber for god pasientsikkerhets- og meldekultur
- at vi får en tilbakemelding innen tre måneder fra dags dato med hensyn til hvordan UNN organiserer virksomheten på bakgrunn av den nasjonale traumeplanen og tilsynsrapporten, herunder hvordan UNN sikrer nødvendig kompetanse ved mottak av traumepasienter
- at dere også sender kopi til Fylkesmannen i Troms

7 Tilrådinger fra Statens helsetilsyn

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 både det foretaket der hendelsen skjedde og som er tilsynsmessig vurdert, og andre virksomheter kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv.

7.1.1 Tilrådinger til UNN Tromsø

Vi ber helseforetaket merke seg de punktene i tilsynssaken der Statens helsetilsyn har kommet til at det foreligger et klart forbedringspotensial, og bruke dette i det interne kvalitetsarbeidet. Dette gjelder særlig følgende områder:

- Bedre og mer tverrfaglig trening i mottak av alvorlig syke/skadde pasienter med særlig vekt på rollefordeling, samhandling og kommunikasjon.
- Mer trening på livreddende kirurgiske og anestesiologiske prosedyrer som akutt trakeotomi og innleggelse av intraossøse kanyler.
- Etablere og implementere gode rutiner for sikring av at nødvendig, komplett og funksjonelt utstyr til enhver tid er tilgjengelig på traumerommet.
- Etablere og implementere gode rutiner for hvilke pasienter som skal tas imot i akuttmottaket og hvilke som skal tas imot på operasjonsstua.
- Sikre at traumeledere og traumebakvakter har tilstrekkelig kompetanse både som teamledere og undersøkende og behandlende kirurger i en akutt traumesituasjon.
- Sikre at alle kirurger er klar over hva rollene som henholdsvis traumeleder og undersøkende/behandlende kirurg innebærer, og at de forholder seg til sin rolle i en akuttsituasjon. Dersom rollebytte er nødvendig må dette kommuniseres tydelig til hele teamet.
- Implementere gode rutiner for ivaretakelse og oppfølging av pårørende.
- Utarbeide og implementere gode rutiner for debriefing av helsepersonellet etter alvorlige og/eller dramatiske hendelser.
- Sikre at lærings- og forbedringsarbeid blir en integrert del av traumeomsorgen på sykehuset. Dette inkluderer å utarbeide og implementere gode rutiner for tverrfaglig gjennomgang av alvorlige hendelser i lærings- og forbedringsøyemed, og å sikre at eventuelle konflikter i kjølvannet av en hendelse ikke blir «feid under teppet», men blir løftet fram i lyset og løst.

7.1.2 Tilrådinger til andre helseforetak

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

- Tverrfaglig trening i mottak av alvorlig syke/skadde pasienter med særlig vekt på rollefordeling, samhandling og kommunikasjon.
- Trening i livreddende kirurgiske og anestesiologiske prosedyrer som akutt trakeotomi og innleggelse av intraossøse kanyler.
- Kompetansekrav til traumeledere.
- God ivaretakelse og oppfølging av pårørende til alvorlig skadde.
- Debriefing av helsepersonell etter alvorlige og/eller dramatiske hendelser.
- Integrering av lærings- og forbedringsarbeid i foretakets traumeomsorg. Dette inkluderer å utarbeide og implementere gode rutiner for tverrfaglig gjennomgang av alvorlige hendelser i lærings- og forbedringsøyemed.
- Bedre pasientsikkerhetskultur, det vil si å skape en organisasjon der det forventes og oppfattes som positivt at teammedlemmer sier fra hvis de ser noe som kan være galt. Dette innebærer også å sikre at eventuelle konflikter i kjølvannet av en hendelse, blir løftet fram, fulgt opp og løst.

8 Vedlegg

- oversikt over hvem vi snakket med
- relevant regelverk