



Svikt ved oppfølging av pasient med sprukket hovedpulsåre

Oslo universitetssykehus HF (OUS) brøt spesialisthelsetjenesteloven under oppfølgingen av en pasient med sprukket hovedpulsåre. Pasienten ble kun overfladisk undersøkt ved OUS, Rikshospitalet. Det ble ikke sørget for at pasienten deretter raskt ble overført til OUS, Ullevål for nærmere avklaring. Det ble gitt knappe og mangelfulle opplysninger ved overføringen av pasienten til OUS, Ullevål. Summen av de ulike forholdene medvirket til at denne pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

Hva skjedde?

En mann i slutten av 60-årene kontaktet, sammen med en venn, legevakten Aker ca. kl. 09.50 på grunn av magesmerter, brystsmerter, smerter i ryggen og bevissthetstap. Han ble umiddelbart sendt i ambulanse til akuttmottaket ved OUS, Ullevål (heretter omtalt som Ullevål), der han ble tilsett av turnuslege ca. kl. 10.15. Han ble raskt sendt videre til OUS, Rikshospitalet (heretter omtalt som Rikshospitalet), med spørsmål om rumpert abdominalt aortaaneurisme (forkortet: rAAA) (sprukket hovedpulsåre i buken).

Ved ankomst akuttmottaket på Rikshospitalet kl. 10.35 ble han undersøkt av thoraxkirurgisk forvakt. Det ble tatt en ultralydundersøkelse som avkreftet mistanke om rAAA. Pasienten hadde vedvarende smerter, var uvel og hadde oppkast og diaré. Forvakten mistenkte gastroenteritt (omgangssyke) og besluttet å returnere pasienten til Ullevål. Han tok ikke kontakt med vakthavende lege på Ullevål i forkant av overføringen på grunn av en samtidighetskonflikt. Manglende ambulanskapasitet gjorde at pasienten ble værende i akuttmottaket på Rikshospitalet i over tre timer før ambulansen kjørte ham til Ullevål. Et kort håndskrevet notat fulgte pasienten til Ullevål. Forvakten dikterte et kort journalnotat som ble skrevet inn i pasientjournalen to dager senere.

Pasienten ble undersøkt av lege like etter ankomst Ullevål, og det ble bestilt CT-undersøkelse for nærmere avklaring av de store blodkarene. CT-undersøkelsen ble ikke bestilt som øyeblikkelig hjelp. I påvente av CT-undersøkelsen fikk pasienten akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans. Han fikk avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) i 40 minutter før han ble erklært død.

Rettslig likundersøkelse viste veggspaltning i hele livpulsårens lengde med rift i øvre del og ansamling av 600 ml blod i hjerteposen. Døden antas å skyldes

blodansamlingen i hjerteposen fra den sprukne livpulsåreveggen, såkalt thorakal aortadisseksjon (A-disseksjon) med ruptur og blødning til perikard (hjerteposen).

Organisatoriske forhold og funksjonsfordeling ved Oslo universitetssykehus HF på hendelsestidspunktet

Funksjonsdelingen mellom sykehusene i Oslo universitetssykehus HF er slik at pasienter med kjent AAA (avgrenset utvidelse av åreveggen i hovedpulsåren) og symptomer på ruptur eller truende ruptur, og pasienter med mistanke om akutt aortaaneurisme, skal innlegges direkte ved Rikshospitalet. Av dette følger at uavklarte pasienter med mistanke om rAAA skal innlegges direkte ved Rikshospitalet for utredning og eventuell operasjon, dersom diagnosen bekreftes. For en stor andel av pasientene med mistanke om rAAA, blir diagnosen avkreftet ved undersøkelsen på sykehuset. I følge foretakets egen rutine skal denne pasientgruppen deretter raskt sendes videre til Ullevål, eventuelt til pasientens lokalsykehus.

Det var på tidspunktet for hendelsen ikke laget retningslinjer i samarbeid med AMK og ambulansetjenesten som gjaldt videre transport når rAAA var avkreftet. Av kapasitetshensyn var det praksis å be om at ambulansen ventet til pasientens tilstand var avklart, slik at ambulansen kunne ta pasienten raskt med seg ved avkreftet diagnose. Dersom dette ikke ble gjort, hadde ambulansetransport til annet sykehus lav prioritet, og pasienter kunne bli liggende unødige lenge i akuttmottaket ved Rikshospitalet med en uavklart tilstand.

Helsetilsynets vurdering av virksomhetens behandling av pasienten

Undersøkelsenheten gjennomførte stedlig tilsyn ved Oslo universitetssykehus HF, og kartla behandlingsforløpet og organisatoriske forhold.

Etter Statens helsetilsyns vurdering måtte den mangelfulle oppfølgingen av pasienten sees i sammenheng med hvordan virksomheten var organisert, og hvilke rutiner som var etablert. Etter vår vurdering sørget ikke virksomheten for å ha på plass rutiner som sikret pasienten en forsvarlig avklaring av differensialdiagnoser i eller utenfor egen enhet. Statens helsetilsyn kom til at pasienten ikke fikk forsvarlig behandling ved OUS, og at det forelå brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Manglende rutiner gav uforsvarlig helsehjelp

Statens helsetilsyn kom til at summen av ulike forhold rundt håndteringen av denne type pasienter, som rutiner for oppfølging av uavklarte pasienter med mistanke om rAAA og overflytning av uavklarte pasienter, medvirket til at denne pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp.

Pasienten døde etter å ha blitt undersøkt av flere leger, både ved Legevakt Aker, Ullevål og Rikshospitalet. Hendelsesforløpet strakk seg til sammen over åtte timer, uten at tilstanden ble diagnostisert. Pasienten døde av en tilstand som foretaket selv har besluttet at kun skal behandles ved Rikshospitalet. Han ble imidlertid sendt videre fra thoraxkirurgisk avdeling ved Rikshospitalet, uten at den thorakale aortadisseksjon ble erkjent. Sammen med den lange ventetiden i akuttmottaket på Rikshospitalet for å få ambulansetransport, bidro dette til at den videre undersøkelsen av pasienten ble forsinket. I tillegg skulle vakthavende lege i følge helseforetakets egne rutiner ta kontakt med mottakende avdeling før pasienten ble overflyttet fra Rikshospitalet, men dette ble ikke gjort på grunn av samtidighetskonflikt.

Rutiner for sikring av ambulansetransport mellom sykehus når en alvorlig sykdomstilstand er uavklart

Når funksjonene er fordelt på ulike sykehus i OUS, vil foretaket være avhengig av at transport mellom sykehusene er organisert på en måte som sikrer at pasienter får forsvarlig behandling. Pasienten var i dette tilfelle innlagt med mistanke om en alvorlig tilstand som fortsatt var uavklart etter at rAAA var avkreftet med en ultralydundersøkelse av buken. Det ble ikke fastsatt adekvat hastegrad for videre transport av pasienten, selv om tilstanden var uavklart og dermed hadde ukjent hastegrad. I dette tilfellet burde pasienten vært vurdert for rask avklaring av tilstanden, inkludert rask transport videre. På hendelsestidspunktet var det ingen omforente rutiner med ambulansetjenesten som sikret overflytting av pasienter og hastegraden av oppdraget.

Saken illustrerer etter Statens helsetilsyns vurdering nødvendigheten av å avklare mulige risikoområder når virksomhetene velger å organisere et pasientforløp som bryter med den vanlige organiseringen av akuttkjeden, fra breddekompetanse til spisskompetanse. Det er av stor viktighet at virksomheten forsikrer seg om at de uavklarte pasientene blir raskt transportert videre, og at det er god informasjonsflyt mellom de vakthavende legene ved sykehusene.

Hva har virksomheten gjort i etterkant av hendelsen?

OUS har i ettertid innført en rutine der alle pasienter som meldes som rAAA skal utredes med CT innen 30 minutter.

OUS igangsatte raskt et arbeid med å se på rutinene som innebærer involvering av AMK i forbindelse med overføring av pasienter til annet sykehus. Ny rutine vil innebære at så snart aortasykdom/karsykdom er avkreftet, vil transport videre til annet sykehus bli prioritert.

Det er presisert i ny prosedyre at overflytting til annet sykehus skal meldes telefonisk. Det er i dag innført felles elektronisk journalsystem for OUS, noe som generelt vil bedre tilgjengeligheten på informasjon mellom lokalisasjonene innen OUS.