

## Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Forsinket behandling av pasient med hjerneblødning ved overflytting

og

Saksnummer 18/526

**HELSETILSYNET**

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





# HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

[REDACTED] ved direktør  
[REDACTED] ved direktør

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

2018/526 4 [REDACTED]

[REDACTED] 2020

## Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse. Varselet var knyttet til helsehjelpen gitt [REDACTED] (heretter pasienten) ved [REDACTED] og [REDACTED].

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til pasientens pårørende. Statens helsetilsyn beklager at det har tatt lengre tid å utarbeide den endelige rapporten enn det som først ble forutsatt.

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, og at det foreligger svikt i helsetjenesten både ved [REDACTED] og [REDACTED]. Gjennomgangen av hendelsen har vist at helseforetakene ikke har sørget for at pasienter med spontan hjerneblødning sikres forsvarlige helsetjenester ved behov for overflytting. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a, samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg foreligger det brudd på helseforetakenes 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 andre punktum.

Statens helsetilsyn har gjennomgått helseforetakenes tilbakemeldinger til vår foreløpige rapport. Tilbakemeldingene viser at det hovedsakelig er enighet om saksforholdet og vår vurdering av helsehjelpen som ble gitt. Vi kommer imidlertid tilbake til enkelte innsigelser fra [REDACTED] i rapporten under punkt 8.2.1, blant annet angående betydningen av at det var et komplisert pasienttilfelle. Vi har merket oss de tiltak det er redegjort for. Tiltakene anses relevante i forhold til den avdekkede svikten. Vi ber imidlertid om at endelig rapport gjennomgås med tanke på behov for ytterligere tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Vi ønsker dessuten at virksomhetene redegjør for hvordan ledelsen skal sikre at forbedringstiltakene gjennomføres, samt hvordan ledelsen skal følge opp at tiltakene får den tilsiktede effekt for bedret pasientsikkerhet ved overflytting av pasienter.

Vi ber også om at ledelsen i de involverte helseforetakene informerer pasientens pårørende om tiltakene som skal sikre at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding på vår endelige rapport fra [redacted] og [redacted] innen [redacted] 2020.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi etter fullmakt  
ass. direktør

[redacted]  
seniorrådgiver

*Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift*

Vedlegg: Rapport av dags dato

Kopi til:  
Fylkesmannen i [redacted]  
pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:

seniorrådgiver [redacted]  
seniorrådgiver [redacted]  
fagdirektør [redacted]

Juridisk saksbehandler: seniorrådgiver [redacted]

## **Innhold**

<b>1</b>	<b>Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Tilsynets tema og omfang .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Aktuelt lovgrunnlag .....</b>	<b>7</b>
3.1	Forsvarlig helsehjelp .....	8
3.2	Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	8
<b>4</b>	<b>Forventninger til praksis ved vurdering og beslutning om overflytting og mottak av pasienter med akutt hjerneblødning.....</b>	<b>9</b>
4.1	God praksis ved vurdering av pasienter med hjerneblødning .....	9
4.2	Forventninger til virksomheten ved håndtering av pasienter med alvorlig hjerneblødning .....	10
<b>5</b>	<b>Organisatoriske forhold i virksomhetene .....</b>	<b>11</b>
5.1	.....	11
5.2	.....	12
<b>6</b>	<b>Hendelsen/pasientbehandlingen .....</b>	<b>13</b>
6.1	Pasientbehandlingen .....	13
6.2	Oppfølgingen av pasienten ved .....	14
6.3	Forhold ved ..... knyttet til spørsmålet om overflytting av pasienten, herunder kommunikasjonen mellom AMK, luftambulansen og nevrokirurgisk avdeling ved ..... og nevrologisk avdeling ved .....	15
6.4	Informasjon fra pårørende.....	17
6.5	Tilbakemeldinger fra virksomhetene.....	17
<b>7</b>	<b>Hendelses- og årsaksanalyse .....</b>	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>Statens helsetilsyns vurderinger.....</b>	<b>20</b>
8.1	Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp? .....	21
8.2	Har virksomhetene lagt til rette for forsvarlige helsetjenester til pasienter med akutt hjerneblødning? .....	23
8.3	Har virksomhetene iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen? .....	27
<b>9</b>	<b>Konklusjon og oppfølging.....</b>	<b>30</b>
9.1	Statens helsetilsyns konklusjon.....	30
9.2	Videre tilsynsmessig oppfølging .....	30
<b>10</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>31</b>

## 1 Sammendrag

Statens helsetilsyn vil i denne rapporten oppsummere våre funn og vurderinger etter stedlig tilsyn etter varsel om en alvorlig hendelse. Hendelsen er knyttet til overflytting av en pasient med akutt hjerneblødning mellom [REDAKTERT] og [REDAKTERT].

Hovedtema i tilsynssaken har vært å undersøke og vurdere de involverte virksomhetenes styring og organisering av tjenestene i forbindelse med spørsmålet om overflytting av pasienter. Når tidsfaktoren kan ha betydning for behandlingsutfallet, og der pasienter har behov for overflytting mellom lokalsykehus til spesialisert tjenestetilbud for ytterligere behandling, er det særlig avgjørende med gode rutiner og systemer for samhandling. Under dette er det også sentralt med nødvendig kompetanse og rutiner for overflytting av pasienter, samt gode kanaler for sikker kommunikasjon.

Det tok ca. fem timer fra pasienten kom til [REDAKTERT] til [REDAKTERT] ble overført til [REDAKTERT] for operasjon. I mellomtiden var det flere kontakter mellom virksomhetene om pasienten, og det ble tatt ulike beslutninger i spørsmålet om mottak av pasienten av de to nevrokirurgiske vaktlagene ved [REDAKTERT] (ved [REDAKTERT] og [REDAKTERT]). Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten fikk forsinket helsehjelp, og mener årsaken til at dette skjedde er en kjede av hendelser som innebar svikt internt i sykehusene, og i samhandlingen mellom sykehusene.

[REDAKTERT] henvendte seg både til [REDAKTERT] og [REDAKTERT], med spørsmål om overflytting. Det ble i denne forbindelse gitt ulike svar. [REDAKTERT] sa nei til å motta pasienten, mens [REDAKTERT] sa ja. Svikt i kommunikasjonen mellom de involverte sykehusene, og under dette også manglende kommunikasjon dem imellom, bidro til at det oppsto uklarhet om overflytting av pasienten. Videre ble beskjedet om at [REDAKTERT] ville ta imot pasienten ikke formidlet videre fra AMK til luftambulansen/lokalsykehuset før etter noe tid, noe som også bidro til forsinkelse i helsehjelpen.

Gjennomgangen av saken har avdekket utfordringer og risiko for svikt knyttet til utredning og overflytting av pasienter med akutt hjerneblødning fra lokalsykehus til høyere omsorgsnivå. Gjennomgangen har videre tydeliggjort behovet for klare kommunikasjonslinjer og tydelig ansvarsfordeling både internt i virksomhetene, og ved samhandlingen om pasientene mellom sykehus.

[REDAKTERT] har ikke sikret nødvendig kompetanse ved vurdering og overflytting av pasienter med akutt hjerneblødning. Det manglet faglig kompetanse og involvert helsepersonell hadde utilstrekkelig språkkompetanse. Saken har avdekket at det forelå uklarhet internt i organisasjonen om hvor pasienten skulle henvises, og at rutiner for kontakt med [REDAKTERT] ikke ble fulgt. I tillegg bidro det til situasjonen at flere helsepersonell var involvert i kommunikasjonen om pasienten, og at flere av samtalene om pasienten gikk dels parallelt mellom ulike aktører. Dette førte til at ingen fikk det helhetlige bildet, og at beslutninger om behandlingsvalg ikke ble fanget opp.

Det ble tatt ulik beslutning om behandling av pasienten av de to vaktlagene til nevrokirurgisk avdeling på [REDAKTERT] ved [REDAKTERT] og [REDAKTERT]. Det at et vanskelig medisinsk tilfelle vurderes ulikt av helsepersonell, utgjør i seg selv ikke en svikt i helsetjenesten. Dette er derfor ikke avgjørende for vår vurdering. Vi legger imidlertid til grunn at det ble tatt en beslutning om at pasienten skulle overføres fra [REDAKTERT] til [REDAKTERT] og pasienten ble operert der. Overføringen og behandlingen som ble gitt ble

forsinket. Gjennomgangen av saken har avdekket svikt i kommunikasjonen internt i nevrokirurgisk avdeling. Dette er blant annet knyttet til informasjonsoverføring i forbindelse med vurdering av pasienten.

Ved vurdering av hjerneblødning er billeddiagnostikk sentralt. Gjennomgangen har avdekket at helseforetaket ikke hadde gode nok løsninger for overføring av bilder. Videre ble beskjedent om at [REDACTED] ville motta pasienten for operasjon ikke gitt videre fra AMK til luftambulansen og [REDACTED]. [REDACTED] sikret ikke at AMK fanget opp dette.

Ved organiseringen som er valgt i helseforetaket, hvor nevrokirurgisk avdeling er inndelt i to vaktlag på to ulike sykehus, er det særlig viktig at helseforetaket sikrer kommunikasjonen om pasientene mellom vaktlagene og til samarbeidende sykehus. Selv om det kan vektlegges at [REDACTED] burde forholdt seg til den første vurderingen som ble gjort av vaktlaget ved [REDACTED] må [REDACTED] likevel sikre en organisering som kan håndtere tilfeller der begge vaktlag er involvert. Dette innebærer blant annet et styringssystem som sikrer at beslutninger tas på korrekt faktisk grunnlag, og der informasjon om beslutninger formidles videre internt og eksternt.

Svikten som er påvist i saken, representerer en fare for pasientsikkerheten, og skyldes etter vår vurdering mangler ved [REDACTED] og [REDACTED] sin styring og organisering av virksomhetene.

## 2 Tilsynets tema og omfang

Tilsynssaken er opprettet med bakgrunn i varsler til Statens helsetilsyn av [REDACTED] 2018 om en uventet alvorlig hendelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Varslene, som gjaldt samme pasienthendelse, kom fra [REDACTED] ved luftambulanseavdelingen og [REDACTED] ved nevrologisk avdeling. Varslene gjaldt helsehjelpen pasienten fikk ved [REDACTED] og [REDACTED] i forbindelse med spørsmål om overflytting [REDACTED] 2018. Det var på dette tidspunktet konstatert at pasienten hadde en stor hjerneblødning. Fra pasienten kom inn til [REDACTED] klokken [REDACTED] til [REDACTED] kom inn på operasjonsstuen ved [REDACTED], gikk det i overkant av fem og en halv time.

Saken reiser spørsmål ved om det har vært svikt i pasientbehandlingen. Spesielt gjelder dette spørsmålet om svikt i kommunikasjonen mellom dem som var involvert i vurderingene og beslutningene om overflytting, og om pasienten derfor kan ha fått forsinket helsehjelp. Tilsynets hovedtema er samhandlingen mellom helseforetakene ved spørsmål om overflytting og mottak av en pasient med alvorlig hjerneblødning. Vi vil imidlertid også kommentere interne forhold ved [REDACTED] og [REDACTED] som anses særlig relevante for vurdering av hendelsen.

Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn, [REDACTED] 2018 ved [REDACTED], nevrokirurgisk avdeling, og [REDACTED] 2018 ved [REDACTED], nevrologisk avdeling. Vi gjennomførte samtaler med involvert helsepersonell og ledelse, både for å kartlegge selve hendelsen samt for opplysninger om praksis og om hvordan helseforetakene sikrer forsvarlig overflytting og mottak av pasienter med alvorlig hjerneblødning.

Vi redegjør i det følgende for aktuelt lovgrunnlag for tilsynssaken, opplysninger om hendelsen og relevante organisatoriske forhold ved [REDACTED] og [REDACTED]. Vi gir deretter vår analyse av hva som kan være mulige årsaker til at hendelsen kunne skje. Til slutt følger våre vurderinger, konklusjoner og forventninger til [REDACTED] og [REDACTED], knyttet til videre oppfølging.

## 3 Aktuelt lovgrunnlag

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, og skal i saker som gjelder varsel om alvorlige hendelser foreta stedlig tilsyn dersom dette anses nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst. Dette fremgår av ny helsetilsynslov § 6 andre ledd (tilsvarende gjaldt før 1. juli 2019 i tidligere helsetilsynslov § 2), jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

Det er virksomheten selv som har ansvaret for at tjenestene som tilbys til enhver tid er forsvarlige, og at virksomheten drives i samsvar med de krav som er fastsatt i lov og forskrift. Tilsyn er ett av flere virkemidler for å påse at intensjonene i lovverket etterleveres. Et tilsyn er kontroll av om helsehjelpen og virksomhetens styring er i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser.

Vurderingstema i saken er blant annet om [REDACTED] og [REDACTED] har organisert sin virksomhet slik at pasienter med akutt hjerneblødning får forsvarlig helsehjelp ved spørsmål om overflytting og mottak for behandling. Vi vil både se på interne forhold ved virksomhetene og særlige forhold knyttet til samhandlingen om pasienten. Vi vil også se på om virksomhetene har tilrettelagt sine tjenester slik at helsepersonell involvert i pasientbehandlingen kan gi forsvarlig helsehjelp. Aktuelle lovbestemmelser som saken vurderes etter er spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2, 3-4 a og 3-8 nr. 1 og 2 jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16.

### **3.1 Forsvarlig helsehjelp**

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som tilbys eller ytes er forsvarlig. Forsvarlighetskravet gjelder både for virksomheter og for det enkelte helsepersonell. Samtidig som helsepersonell har en selvstendig plikt til å utøve sitt arbeid i tråd med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, har spesialisthelsetjenesten plikt til å legge til rette for at helsetjenestene som tilbys er forsvarlige. Virksomhetene har større muligheter enn enkeltpersonell til å identifisere og iverksette tiltak som kan bidra til å redusere risiko for svikt. Virksomhetene har derfor et mer omfattende ansvar enn det enkelte helsepersonell for at helsetjenestene er forsvarlige. Det stilles krav til at virksomheten må styre sin virksomhet slik at tjenestene til enhver tid ivaretar pasientsikkerhet og kvalitet. Virksomheten må som ledd i dette sikre forsvarlig samhandling med andre virksomheter der dette er nødvendig, for at den enkelte pasient skal gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Det stilles krav til at virksomheten må styre sin virksomhet med siktemål om at tjenestene til enhver tid ivaretar pasientsikkerhet og kvalitet. Virksomheten skal tilrettelegge for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter. Virksomhetens plikt innebærer blant annet en plikt til forsvarlig organisering og oppgavefordeling. I dette ligger blant annet krav til at det gjennomføres organisatoriske og systematiske tiltak som sikrer tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner og tilstrekkelig adekvat utstyr. I tillegg skal virksomheten ha oversikt over områder i virksomheten med risiko for svikt, og planlegge hvordan risiko kan minimeres for eksempel gjennom å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner.

Ved fastlegging av innholdet i kravet til forsvarlige helsetjenester, må det tas utgangspunkt i hva som til enhver tid anses som god praksis på det aktuelle fagområdet, det vil si hva som kan forventes av helsepersonell og virksomheter basert på anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og samfunnsetiske normer. Det må foreligge et relativt klart avvik fra god praksis før helsehjelpen anses uforsvarlig.

### **3.2 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Virksomhetens plikt til å sikre forsvarlige helsetjenester er nært knyttet til plikten til å foreta systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid (internkontroll). Enhver som yter helsetjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til drive internkontroll for å tilrettelegge for en forsvarlig virksomhet, jf. helsetilsynsloven § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring) som fastsetter ansvaret for styringssystem (§ 3).

Det stilles krav til at virksomheten planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer virksomheten, slik at tjenestenes innhold og omfang er i samsvar med lov og forskrift. Internkontrollen skal bidra til faglig forsvarlige tjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Det er sentralt for et godt styringssystem at det ikke skal være tvil om hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt i en virksomhet. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Plikten til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjelder for ledere på alle nivå.



Til arbeidet med kvalitetsforbedring stilles det også krav til at virksomheten, som ledd i arbeidet med å avdekke risiko for svikt og forhindre at tilfeller av svikt gjentas, er i tett dialog med pasienter og pårørende for nødvendig informasjon om hendelser.

#### **4 Forventninger til praksis ved vurdering og beslutning om overflytting og mottak av pasienter med akutt hjerneblødning.**

##### **4.1 God praksis ved vurdering av pasienter med hjerneblødning**

Akutt, ikke-traumatisk hjerneblødning er en svært alvorlig tilstand med høy risiko for varig skade eller død, og 30 dagers mortalitet er anslått til 35-52 % (1) Det skilles mellom blødning i lillehjernen og blødning i storehjernen (supratentoriell blødning), der den siste har høyest dødelighet.

Behandlingsanbefalinger er omtalt i en nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag fra 2017 (2). Kapittel 2.7 i retningslinjen behandler overvåkning og behandling ved akutt hjerneblødning.

I kapittel 2.7.1 anbefales blodtryksbehandling:

- «Reduksjon av blodtrykk til under 140 mm Hg systolisk hos pasienter med akutt hjerneblødning med symptomvarighet < 6 timer er trygt og kan være effektivt med trend i retning redusert risiko for død eller alvorlig handicap»

I kapittel 2.7.4 er det bl.a. satt opp følgende anbefalinger angående kirurgisk intervensjon:

- «Nytten av kirurgisk evakuering av lobære blødninger i storehjernen (blødninger i storehjernens lapper) er ikke dokumentert. Kirurgisk intervensjon kan i noen tilfeller være livreddende, men muligheten for å redusere alvorlig funksjonshemming er uavklart og omdiskutert
- Pasienter med svært redusert bevissthetsnivå initialt bør vanligvis ikke opereres pga. liten effekt
- Pasienter med intraventrikulær blødning har dårlig prognose, vanligvis både på grunn av en større sentral blødning og på grunn av risiko for utvikling av hydrocephalus. Ekstern drenering av cerebrospinalvæske med ventrikelkateter kan være aktuelt, og disse pasientene bør også følges med gjentatt bildediagnostikk
- Det bør etableres nært samarbeid mellom slagenhet og nevrokirurgisk avdeling med klare avtaler om hvilke pasienter med intracerebral blødning som bør overflyttes for nevrokirurgisk vurdering og når dette ev. bør skje.»

Grundig sykehistorie, klinisk undersøkelse og eventuelt supplerende undersøkelser danner grunnlag for å vurdere om pasienten kan ha gevinst av avansert diagnostikk og behandling, ev. sendes videre til et høyere omsorgsnivå for behandling.

Når en pasient skal henvises til behandling på et høyere behandlingsnivå, bør den som henviser kjenne til kriteriene som ligger til grunn for prioritering, og til hvilke faktorer som er avgjørende for om pasienten vil bli tatt imot eller avvist (inkludjons- og ekskludjonskriterier).

Informasjon som danner grunnlag for prognostiske vurderinger bør alltid være med. Alder, komorbiditet, sykehistorie, nevrologisk status og billeddiagnostikk vil alltid inngå i en nevrokirurgisk vurdering. Ved telefonhenvendelser om akuttbehandling vil informasjonsutvekslingen foregå ved dialog, og i tvilstilfelle vil den kunne ha preg av forhandlinger. Det vil kunne være helt avgjørende for utfallet at den som henviser ikke bare har god språkforståelse, men også god fagkunnskap og innsikt i kriteriene som ligger til grunn

for avgjørelsen om behandlingstilbud eller avvisning (3). God kommunikasjon er en forutsetning for at pasienten får optimal helsehjelp. Krav om god fagkunnskap og innsikt i inklusjonskriterier må også stilles til den som mottar henvisningen. Ved tvil om primærvakten har den nødvendige kompetanse for å gjennomføre en slik henvisningsdialog, bør sekundærvakt/bakvakt ivareta denne viktige oppgaven. Informasjonsflyten bør dessuten gå gjennom færrest mulig ledd.

#### **4.2 Forventninger til virksomheten ved håndtering av pasienter med alvorlig hjerneblødning**

Vurdering og behandling av pasienter med alvorlig hjerneblødning er et særlig risikofyllt område, og dette stiller krav til særlig oppmerksomhet fra ledelsens side. Det må stilles krav til at risiko i egen organisasjon er vurdert, og at relevante tiltak som skal imøtegå risikoen for svikt er satt inn.

For pasienter med hjerneblødning er tidsfaktoren i starten av forløpet avgjørende for riktig valg av behandling og resultatet av behandlingen. Det er viktig at det blir tidlig avklart om det er indikasjon for intervensjon som kan gjøres lokalt eller ikke, og om det ved større blødninger intracerebralt er operasjonsindikasjon. Det siste forutsetter nødvendig nevrokirurgisk kompetanse. God tilgjengelighet av nevrokirurgisk kompetanse og god kommunikasjon mellom lokalsykehus og nevrokirurgisk senter, er avgjørende.

For denne pasientgruppen er det av stor betydning at virksomhetene på de ulike nivåene er organisert slik at samhandling om pasienten, herunder samhandling mellom virksomheter, skjer på en forsvarlig måte. For den enkelte pasienten vil det være den samlede helsehjelpen som gis som er avgjørende. Informasjonsoverføring og ansvarsfordeling knyttet til de enkelte pasientforløpene, må sikres. Når et universitetssykehus har fått ansvar for et fagområde, eller del av et fagområde, og det forventes av helsepersonell ved et lokalsykehus å ta kontakt for vurdering av overflytting av pasient til høyere behandlingsnivå, bør universitetssykehuset ha «en vei inn». Dette innebærer at den aktuelle mottaksavdelingen har én kontaktperson som behandler henvendelser utenfra. Denne personen må ha tilgang på nødvendig informasjon, inkludert billedundersøkelser, for å kunne gjøre en god vurdering og ta en avgjørelse i tråd med god praksis.

I følge den nasjonale faglige retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2) bør det etableres et nært samarbeid mellom slagenhet og nevrokirurgisk avdeling med klare avtaler om hvilke pasienter med intracerebral blødning som bør overflyttes for nevrokirurgisk vurdering og når dette ev. bør skje. Dette ansvaret påligger både slagenhet og nevrokirurgisk avdeling. I denne saken har det ikke fremkommet informasjon om at det har vært et slikt samarbeid, eller at det er avtalt hvilke pasienter som skal overflyttes.

God kommunikasjon er en forutsetning for at pasienten får optimal helsehjelp. Virksomhetene må derfor legge til rette for god kommunikasjon internt i egen organisasjon og mellom omsorgsnivå, slik at helsepersonell i virksomheten blir i stand til å overholde sin lovpålagte plikt til faglig forsvarlighet. Arbeidsgiver er ansvarlig for å sikre at ansatte har tilstrekkelige språkkunnskaper for å kunne utføre forsvarlige helsetjenester.

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet ansvar for at helsepersonellet har nødvendig kompetanse for utførelse av oppgavene. Kompetanse for vurdering av alvorlig hjerneblødning er dels teoretisk, og dels erfaringsbasert. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke pasienter som vil dra nytte av behandling. Kompetansen øker med

økende erfaring på linje med annen erfaringsbasert læring. Tolking av bilder og vurdering av pasienter med potensiell stor hjerneblødning er et risikoområde. Ved håndtering av pasienter som er vanskelige å vurdere, bør lege med mer erfaring på området involveres. Det er også god faglig praksis at primærvakten søker støtte av sin sekundærvakt, der det er usikkerhet om mulige behandlingsvalg og videre oppfølging. Det er viktig at helsepersonellet gjør en helhetlig vurdering, og at helsepersonell på førstelinjesykehus har god evne til kommunikasjon med helsepersonell på høyere omsorgsnivå ved spørsmål om overflytting av pasient for ytterligere utredning og behandling.

Virksomhetens plikt til å evaluere og korrigere virksomheten innebærer blant annet ansvar for å gjennomgå avvik og eventuelt sørge for korrigerende tiltak der avvik avdekker svikt eller fare for svikt i tjenesten, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 8 og 9.

## **5 Organisatoriske forhold i virksomhetene**

### **5.1**

#### **5.1.1 Prehospital klinikk**

Prehospital klinikk, i [REDACTED], består av fire avdelinger, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), luftambulanseavdelingen (LA), ambulanseavdelingen og pasientreiseavdelingen.

AMK har til oppgave å iverksette riktig hjelp til riktig tid når det har oppstått en akutt hendelse eller situasjon som følge av ulykke eller sykdom. AMK håndterer akuttmedisinsk nødmeldings- og kommunikasjonstjeneste for fylkene [REDACTED]. AMK håndterer også luftambulanseoperasjoner i [REDACTED] regionen.

AMK er betjent med en operasjonsleder som leder og koordinerer virksomheten, og er leder for mannskapet som er på vakt, ressurskoordinator som håndterer operative oppgaver i AMK, samt luftambulansekoordinator som er ressurskoordinator dedikert til koordinering av ambulanshelikoptre. De to sistnevnte sitter i samme rom.

Luftambulanseavdelingen er ansvarlig for medisinsk bemanning og kvalitetssystem for syv transportfartøy (helikopter, fly og bil) fordelt på fire operative seksjoner.

Statens helsetilsyn har mottatt og gjennomgått loggen for de involverte virksomhetenes kommunikasjon med AMK [REDACTED] og AMK sin kommunikasjon ut angående overflytting av pasienten.

#### **5.1.2 Nevrokirurgisk avdeling**

[REDACTED] er organisert etter en divisjonsmodell med gjennomgående klinikker, avdelinger og seksjoner, med tverrgående virksomhet på alle nivåer og på flere lokalisasjoner.

Nevrokirurgisk avdeling behandler voksne og barn med akutte hjerne-/hjernehinneblødninger, hjernesvulster, medfødte misdannelser i sentralnervesystemet og degenerative sykdommer og skader i hodet og spinalkanalen hvor nervevevet er truet. Avdelingen er en gjennomgående avdeling i [REDACTED] med aktivitet både på [REDACTED] og på [REDACTED]. Avdelingen har en overordnet leder, samt egen stedlig leder ved de to sykehusene.

Det er egne vaktlag med tre sjikt innen nevrokirurgi på hvert av de to lokalisasjonene; primærvakt, sekundærvakt og tertiærvakt. På [REDACTED] har de egen vaskulærvakt i tillegg til tertiærvakten. På begge steder har primærvakten tilstedevakt hele døgnet, mens bakvaktene (sekundær- og tertiærvakt) har hjemmevakt om natten. I primærvaktsjiktet går de LIS-legene som har minst erfaring, og disse kan være LIS i nevrologi under sideutdanning i nevrokirurgi

eller LIS under utdanning i nevrokirurgi. I sekundærvaktsjiktet går mer erfarne LIS-leger i nevrokirurgi. Noen av disse kan være godkjente spesialister i nevrokirurgi.

### **5.1.3 Funksjonsfordeling for pasienter med nevrokirurgiske problemstillinger**

Det er en avtalt funksjonsfordeling mellom [REDAKTERT] og [REDAKTERT] om både elektiv virksomhet og øyeblikkelig hjelp.

[REDAKTERT] gjør vaskulær nevrokirurgi, dvs. for eksempel operasjoner av aneurismer på blodkar intrakranielt. Derfor skal [REDAKTERT] også behandle aneurismer i hodet, for eksempel subaraknoidale blødninger (SAH). [REDAKTERT] skal behandle pasienter med hodeskader og ryggskader. Pasienter med ikke-traumatiske, intracerebrale blødninger skal primært også behandles ved [REDAKTERT]. [REDAKTERT] har regionsansvar for nevrotomatologi. [REDAKTERT] har landsfunksjoner i kraniofacial kirurgi, epilepsikirurgi, og behandling av cerebrale vaskulære malformasjoner, i tillegg til flerregionale funksjoner for barnenevrokirurgi og Parkinsonkirurgi. [REDAKTERT] har et regionsansvar for hydrocephalus og shuntkirurgi, og det ble ved det stedlige tilsynet opplyst at disse pasientene følges opp ved [REDAKTERT]. «Hydrocephaluspoliklinikken» er også lokalisert til [REDAKTERT].

Henvendelser utenfra til vakthavende lege mottas ved begge sykehus, men sykehusene har fordelt helseforetakene mellom seg. [REDAKTERT] skal for eksempel henvende seg til [REDAKTERT], mens andre sykehus skal henvende seg til [REDAKTERT]. Henvendelser som gjelder traumepasienter skal likevel alltid til [REDAKTERT]. Pasienter med mistanke om SAH fra [REDAKTERT] og avklarte pasienter med SAH bosatt utenfor [REDAKTERT] skal direkte til [REDAKTERT].

Det finnes ingen retningslinje eller rutine for hvordan de to vaktteamene ved nevrokirurgisk avdeling samordner seg dersom både [REDAKTERT] og [REDAKTERT] slik tilfellet var i denne saken, får henvendelse om samme pasient. I det aktuelle tilfellet vurderte sekundærvaktene ved [REDAKTERT] og [REDAKTERT] at det ikke var behov for kontakt seg imellom for å diskutere om pasienten skulle tilbys behandling, blant annet fordi det var en akutsituasjon.

Vi fikk bekreftet i intervju at fagmiljøene på de to stedene, på grunn av ulik faglig profil, kunne vurdere operasjonsindikasjon noe ulikt, for eksempel ved hjerneblødning. Dette skyldes historiske forhold og funksjonsfordelingen, og opprettholdes ved at det er få felles arenaer for kommunikasjon mellom de to nevrokirurgiske enhetene ved [REDAKTERT] og [REDAKTERT]. LIS'ene roterer mellom stedene, men det ble opplyst at det var lite kontakt mellom de to overlegegruppene. Funksjonsfordelingen har medført at legene ved de to sykehusene har fått ulik erfaringsbakgrunn og spisskompetanse, noe som kan forklare at sekundærvaktene vurderte indikasjonen for behandling av denne pasienten ulikt. Det ble opplyst at erfaringen med pasienter med akutt hydrocephalus ved [REDAKTERT], var noe av grunnen til at de tok imot pasienten for avlastende kirurgi.

## **5.2 [REDAKTERT]**

[REDAKTERT] har ansvar for somatisk og psykiatrisk helsehjelp til 300 000 personer i tidligere [REDAKTERT] fylke og 17 000 innbyggere i [REDAKTERT]. Somatisk helsetjeneste er fordelt på akutt sykehuset som ligger på [REDAKTERT] og elektive deltjenester i [REDAKTERT]. [REDAKTERT] er et av landets største akutt sykehus med akuttfunksjon for de fleste store spesialiteter, med unntak av regionaliserte funksjoner som nevrokirurgi og thoraxkirurgi.

[REDAKTERT] er organisert i en blandet klinikk- og avdelingsmodell, med seks klinikker som er oppdelt i avdelinger, og tre avdelinger som rapporterer direkte til administrerende direktør.

Nevrologisk avdeling ved [REDACTED] er plassert organisatorisk i medisinsk klinikk, og er ledet av en avdelingssjef som er lege. Avdelingens vakthavende leger har ansvar for kontakt med, og eventuell henvisning til, andre sykehus. Dette selv om pasienten var til intensivbehandling.

Legene ved nevrologisk avdeling er organisert i to vaktsjikt, primærvakt og overlege i hjemmevakt (sekundærvakt). Avdelingen har overleger og leger i spesialistutdanning, men ikke leger i turnustjeneste (LIS 1). Sekundærvakten har normalt hvilende vakt fra klokken 18.00 på hverdager.

Selv om de ansatte i avdelingen hadde kunnskap om funksjonsfordelingen ved [REDACTED] knyttet til pasienter med nevrokirurgiske problemstillinger, var likevel oppfatningen at funksjonsfordelingen i [REDACTED] var uklar, og at endringer initiert fra [REDACTED] vedrørende funksjonsfordelingen ikke var kommunisert godt nok til SØ.

Det kom under det stedlige tilsynet frem at forespørsler fra primærvakten til sekundærvakten som regel ble avklart på telefon, og at det svært sjeldent var aktuelt for sekundærvaktene å rykke ut. Utrykning skjedde som regel kun ved samtidighetskonflikter hvor det var behov for flere nevrologer tilstede.

Involverte i hendelsen var primærvakt med utenlandsk legeutdanning (lege med autorisasjon uten gjennomført LIS 1) og overlege i hjemmevakt. Det ble opplyst ved det stedlige tilsynet at det forelå avviksmelding knyttet til kompetanse hos primærvakten, blant annet som følge av utfordringer knyttet til kommunikasjon/manglende kunnskaper i norsk. Det er fra virksomhetens side ikke redegjort for hvordan interne avvik er håndtert og eventuelt på hvilken måte. I sin tilbakemelding til foreløpig rapport har imidlertid ledelsen pekt på enkelte tiltak for å sikre at helsepersonell som tilsettes har nødvendig språkkompetanse, se mer om dette nedenfor i punkt 8.3.1.

## **6 Hendelsen/pasientbehandlingen**

Under dette punktet redegjør vi for hovedtrekkene i behandlingen av pasienten og overflytting fra [REDACTED] og mottak ved [REDACTED], [REDACTED]. Opplysningene er hentet fra den foreliggende skriftlige dokumentasjonen, herunder særlig pasientjournalen, og fra samtaler med helsepersonell involvert i hendelsen.

Det fremkommer av gjennomgangen av saken at det har vært mange involvert i kommunikasjonen angående behandlingen av pasienten. Dette gjelder særlig spørsmålet om overflytting fra [REDACTED] til et høyere nivå for operativ behandling. Det har derfor vært utfordrende å få oversikt over tidslinjen for hendelsen. Vi viser til vedlagte tidslinje utarbeidet av oss for en grafisk oversikt over gangen i hendelsen.

### **6.1 Pasientbehandlingen**

Pasienten var [REDACTED] gammel. [REDACTED] skal fra tidligere ha hatt en [REDACTED] men var ellers frisk.

Pasienten skal [REDACTED] 2018 ha hatt hodepine og følt seg dårlig og uvel. [REDACTED]

[REDACTED] Da ambulansen kom til pasienten klokken [REDACTED] noterte ambulansepersonellet at pasienten var våken, men at [REDACTED] hadde afasi og var kraftløs i [REDACTED] side. Grad av bevissthet endret seg underveis ved transport til [REDACTED], og pasienten ble bevisstløs.

Pasienten kom til [redacted] i ambulans klokken [redacted]. Det ble raskt avklart at pasienten hadde en alvorlig hjerneblødning. [redacted] kontaktet både [redacted] og [redacted] med spørsmål om overflytting av pasienten. I dette forløpet var det mange involverte i kommunikasjonen om pasienten, og det oppsto flere misforståelser om både pasientens sykehistorie og klinisk tilstand og beslutning om overflytting. [redacted] sa nei til å motta pasienten, mens [redacted] mente pasienten skulle overflyttes til [redacted].

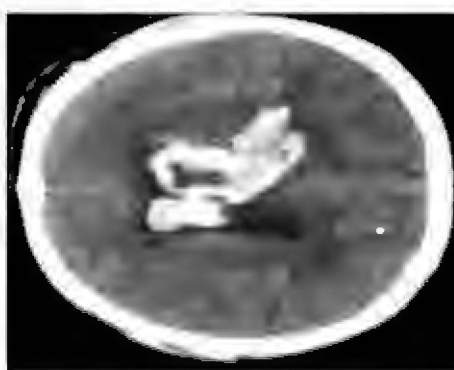
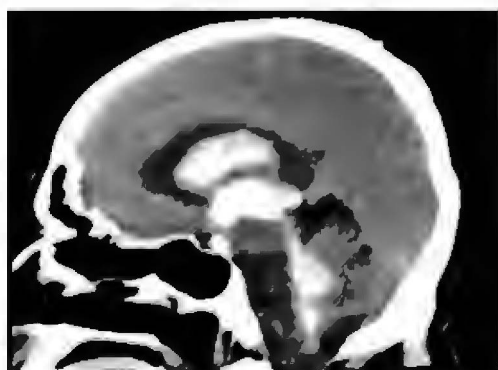
For å unngå gjentakelser tas saksforholdet knyttet til oppfølgingen av pasienten ved [redacted] og [redacted] nedenfor under punktene 6.2 og 6.3. Innledningsvis kan det likevel pekes på at pasienten først ca. klokken [redacted] ble overført [redacted] med ordinær ambulans. Dette ca. fem timer etter at pasienten ankom [redacted], og [redacted] tok kontakt med [redacted] med spørsmål om overflytting av pasienten. Pasienten ankom [redacted] ca. klokken [redacted], og [redacted] ble da umiddelbart operert. Pasienten bor i dag [redacted].

## 6.2 Oppfølgingen av pasienten ved [redacted]

Pasienten ankom akuttmottaket ved [redacted] klokken [redacted] og ble tatt imot av primærvakten på nevrologisk avdeling og primær- og sekundærvakt anesthesi. Pasienten ble tatt rett inn til cerebral CT i akuttmottaket og ble undersøkt der.

Samtidig med at pasienten var til CT-undersøkelse ble AMK varslet om mulig behov for luftambulansetransport til [redacted]. Luftambulansen landet ved [redacted] ca. klokken [redacted]. Luftambulanslegen vurderte pasienten sammen med anestesioverlege og primærvakten ved [redacted]. Undersøkelsen ved innkomst viste GCS 5 (Glasgow Coma Score). Pasienten var respiratorisk stabil, hadde regelmessig sinusrytme, men et blodtrykk på 350/170 mm Hg. Det ble umiddelbart startet intravenøs behandling for å få senket blodtrykket.

I beskrivelsen av CT-bildene datert [redacted] 2018 beskrives en intracerebral blødning i basalgangliene venstre side, med kommunikasjon til ventrikkelsystemet og utvisket overflaterelieff med lite reservevolum igjen i basale cisterner.



(CT-BILDER TATT VED ..)

Primærvakten konfererte om CT-bildene av pasienten med sin sekundærvakt, og det ble avtalt å oversende bildene til [redacted] og at primærvakten skulle kontakte vakthavende på nevrokirurgisk avdeling, [redacted]. Bildene ble sendt digitalt til [redacted] ca. klokken [redacted]. Sekundærvakt anesthesi kontaktet AMK og varslet at en pasient ville kunne ha behov for helikoptertransport til [redacted]. Ved kontakt med [redacted] fikk [redacted] tilbakemelding om at legene

ved [REDACTED] vurderte at operasjon ikke var aktuelt. Overflytting av pasienten til [REDACTED] ble derfor avslått.

Involvert helsepersonell har beskrevet at de var overrasket over at pasienten ble avvist for transport til [REDACTED]. Luftambulansen ga uttrykk for det samme da [REDACTED] ankom [REDACTED] og fikk beskjed om at transport ikke ble aktuelt likevel. På grunn av det som ble beskrevet av personellet i akuttmottaket, som kommunikasjonsproblemer mellom legene ved [REDACTED] og [REDACTED], overtok luftambulansen oppgaven med å kommunisere med [REDACTED]. Luftambulansen og primærvakten ved [REDACTED] forholdt seg ikke til tilbakemeldingen fra [REDACTED], men tok kontakt med nevrokirurgisk vakthavende på [REDACTED]. Etter konferanse mellom primærvakten og sekundærvakten på [REDACTED], ble det besluttet at pasienten skulle overføres [REDACTED] for vurdering og eventuell operasjon. Det ble kommunisert til [REDACTED] at de ville komme tilbake til om pasienten skulle overflyttes til [REDACTED] eller [REDACTED].

En sykepleier ved [REDACTED] kontaktet deretter luftambulanseskoordinator ved AMK med beskjed om at pasienten skulle ha luftambulansetransport til [REDACTED]. Denne beskjeden ble imidlertid ikke gitt videre fra luftambulanseskoordinatoren til luftambulansen og [REDACTED]. [REDACTED] fikk derimot beskjed fra [REDACTED] om at pasienten ikke skulle opereres ved [REDACTED]. Dette var med bakgrunn i ny vurdering ved [REDACTED] etter at det ble oppdaget at sekundærvakten ved [REDACTED] hadde misoppfattet alderen på pasienten ved første kontakt. Beskjeden fra [REDACTED] ble ved [REDACTED] oppfattet som et endelig avslag fra [REDACTED] om å motta pasienten. Pasienten ble deretter overført til intensivavdelingen ved [REDACTED], og luftambulansen returnerte til basen på [REDACTED]. Det fremkommer ikke at legene ved [REDACTED] på dette tidspunkt var kjent med at legene ved [REDACTED] hadde vurdert at pasienten skulle overføres [REDACTED].

Det fremkommer ellers av saken at primærvakten ved [REDACTED] kontaktet sin sekundærvakt med spørsmål knyttet til håndteringen av pasienten tre ganger den aktuelle [REDACTED]. Sekundærvakten fant ikke behov for å komme til sykehuset eller involvere seg i kommunikasjonen med [REDACTED] selv.

Da pasienten etter en tid ikke var ankommet [REDACTED] undersøkte de hvorfor, og fant ut at pasienten fortsatt var på [REDACTED]. Da det ble klart at beskjeden fra [REDACTED] ikke var kommet frem, returnerte luftambulansen til [REDACTED] fra basen til [REDACTED] og pasienten ble lastet om bord for transport til [REDACTED]. På grunn av tekniske problemer kunne imidlertid helikopteret ikke fly. Pasienten ble derfor kjørt fra [REDACTED] til [REDACTED] i ordinær bilambulans.

### **6.3 Forhold ved [REDACTED] knyttet til spørsmålet om overflytting av pasienten, herunder kommunikasjonen mellom AMK, luftambulansen og nevrokirurgisk avdeling ved [REDACTED] og nevrologisk avdeling ved [REDACTED].**

Primærvakten ved [REDACTED] kontaktet nevrokirurgisk avdeling, vaktlaget på [REDACTED], ca. klokken [REDACTED] og informerte nevrokirurgisk primærvakt om pasienten. Primærvakten ved [REDACTED] dokumenterte i journalen at han fikk vite at pasienten var dypt bevisstløs med GCS 3, og at pasienten hadde mistet bevisstheten underveis til sykehuset. Primærvakten ba om at det ble tatt en cerebral CT angiografi (heretter kalt CT angio) for å avklare om det dreide seg om en subaraknoidalblødning (SAH), for da skulle pasienten til [REDACTED].

Primærvakten på [REDACTED] kontaktet sin sekundærvakt, og sekundærvakten fikk oversendt CT-bildene, uten pasient-id, på sin mobiltelefon. I samtale med sekundærvakten fikk Statens helsetilsyn opplyst at primærvakten i samtale med sekundærvakten hadde gitt uttrykk for kommunikasjonsproblemer i kontakten med [REDACTED], grunnet manglende språkferdigheter hos

primærvakten ved [REDACTED]. Sekundærvakten noterte at pasienten var funnet bevistløs, hadde GCS på 3, at det var noe uklart hvor lenge [REDACTED] hadde ligget og at [REDACTED] var [REDACTED] år gammel. Sekundærvakten vurderte at prognosen var svært dårlig, at pasienten trolig var i ferd med å herniere, og at det ikke var aktuelt å operere.

Vaktlaget på [REDACTED] ble deretter kontaktet av primærvakten ved [REDACTED] klokken [REDACTED] med anmodning om en vurdering av eventuell aneurismekirurgi for pasienten. Primærvakten på [REDACTED] diskuterte bildene av pasienten med vakthavende radiolog. I følge pasientjournalen ble det ikke sett karmisdannelser som årsak til blødningen. Primærvakten kontaktet sin sekundærvakt på Facetime, og de diskuterte CT og CT-angiobilder. De konkluderte med at pasienten skulle tas imot for operasjon.

Primærvakten ved [REDACTED] ringte primærvakten ved [REDACTED] ved midnatt for å informere om beslutningen, og telefonen ble der gitt videre til luftambulanseselegen. I følge pasientjournalen ble det gitt beskjed om at transport til [REDACTED] kunne starte umiddelbart. Luftambulanseselegen opplyste at luftambulansen kunne være ved [REDACTED] i løpet av 35 minutter, og at endelig bestemmelsested ([REDACTED] eller [REDACTED]) kunne formidles via AMK til luftambulanseselegens koordinator. I og med at pasienten hørte hjemme på [REDACTED] etter avtalt funksjonsfordeling i [REDACTED] ble det notert i pasientjournalen at det skulle avklares med [REDACTED] om pasienten skulle overføres dit fra [REDACTED].

Primærvakten ved [REDACTED] kontaktet primærvakten ved [REDACTED] for å avklare hvor pasienten skulle transporteres for operasjon, og fikk da informasjon om at vaktlaget ved [REDACTED] hadde vurdert pasienten, og ikke hadde funnet indikasjon for kirurgi. Primærvakten ved [REDACTED] konkluderte med at det da var naturlig at pasienten ble overført [REDACTED]. Sykepleier i akuttmottaket på [REDACTED] fikk ca. klokken [REDACTED] beskjed om å varsle AMK om dette. Sykepleieren ringte umiddelbart til AMK, som igjen varslet luftambulanseselegens koordinator om beslutningen ca. klokken [REDACTED]. Det fremgår av loggen mottatt fra AMK, at luftambulanseselegens koordinator bekreftet at pasienten skulle til [REDACTED]. Det er imidlertid ikke loggført at beskjeden om at pasienten skulle transporteres til [REDACTED] ble gitt videre til luftambulansen.

Primærvakten ved [REDACTED] kontaktet sin sekundærvakt med informasjon om at [REDACTED] også hadde henvendt seg til vaktlaget ved [REDACTED] om pasienten. Sekundærvakten ved [REDACTED] kontaktet etter dette primærvakten ved [REDACTED], som ga telefonen til luftambulanseselegen. I pasientjournalen fremgår det at sekundærvakten i denne samtalen fikk oppklart at hun tidligere hadde lagt feil alder for pasienten til grunn (pasienten var født i [REDACTED]) samt at pasienten hadde hatt GCS på 4-5 før intubasjon, og at pupillene hadde vært små. Det ble opplyst at legene ved [REDACTED] hadde fått kontroll med pasientens blodtrykk, og at en av pasientens pupiller var dilatert. I pasientjournalen fremgår det at sekundærvakten ved [REDACTED] vurderte, at: «til tross for [REDACTED] predikerer den lave GCS-scoren, sammen med nå unilateral dilatert pupille og en stor dyp blødning i dominant hemisfære med omfattende IVH, hydrocephalus og svært stinne intrakraniale forhold, et svært dårlig utkomme og finner det derfor ikke indisert med operativ behandling. Undertegnede understreker imidlertid at hvis man ved [REDACTED] finner denne situasjonen vanskelig å håndtere kan pasienten overflyttes [REDACTED]. På direkte spørsmål om vi finner det indisert med operativ behandling hos denne pasienten svarer undertegnede nei med overnevnte begrunnelse. Vi enes da om at pasienten blir ved [REDACTED] for palliasjon.»



Ved [redacted] ble det imidlertid samtidig klargjort for operasjon av pasienten, blant annet kom sekundærvakten til sykehuset. Sekundærvakten kontaktet primærvakten klokken [redacted] med spørsmål om pasienten ikke kom snart. Primærvakten undersøkte da med akuttmottaket og AMK/luftambulanseskoordinatoren. Luftambulanseskoordinatoren kontaktet deretter luftambulansen ca. klokken [redacted], og fikk da opplyst at luftambulansen var på vei tilbake til basen på [redacted] uten pasienten. Det fremkommer av lydloggen at det etter dette var flere samtaler mellom luftambulansen, luftambulanseskoordinatoren, AMK og akuttmottaket på [redacted] for å oppklare hva som hadde skjedd, og at det til slutt ble avklart i en samtale mellom luftambulanseslegen og primærvakten ved [redacted] at luftambulansen skulle returnere til [redacted] for transport av pasienten til [redacted].

På grunn av feil med helikopteret ble pasienten overflyttet til [redacted] med bilambulanse. Pasienten ankom [redacted] ca. klokken [redacted]. [redacted] ble da umiddelbart kjørt til operasjonsstuen, og operasjon ble utført.

#### **6.4 Informasjon fra pårørende**

Pasientens pårørende har i tilbakemeldingen til den foreløpige rapporten uttrykt at det tok for lang tid før operasjonen av pasienten. [redacted] mener dette skyldes misforståelser mellom de involverte virksomhetene. Pårørende stiller spørsmål ved om pasientens helsetilstand kunne vært bedre i dag, om [redacted] hadde blitt overflyttet for operasjon raskere.

Pårørende opplyser at pasienten fra [redacted]

Pårørende mener dessuten at [redacted] ikke fikk god nok informasjon etter at pasienten ble tilbakeført [redacted] etter operasjonen. Pårørende har vist til et møte på [redacted] 2018 som [redacted] opplevde som ubehagelig. [redacted] har pekt på at [redacted] ikke ga verken pårørende eller [redacted] tilstrekkelig informasjon i forbindelse med overflytting av pasienten fra [redacted] til [redacted], og [redacted].

Statens helsetilsyn har avgrenset saken til å gjelde forholdene knyttet til helsehjelpen i forbindelse med det akutte hjerneslaget. Vi videresendte imidlertid, etter avtale med pårørende, kopi av [redacted] tilbakemelding til foreløpig rapport til [redacted] og anmodet [redacted] om å ta øvrige forhold ved oppfølgingen av pasienten opp direkte [redacted] 2019 kopi av [redacted] sitt svar til pårørende. [redacted] kommunikasjon med pårørende var mangelfull, og beklager dette. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide en rutine/sjekkliste for overflytting av pasienter til annen helseinstitusjon/sykehus.

#### **6.5 Tilbakemeldinger fra virksomhetene**

Vi har valgt å gjengi hovedpunktene i tilbakemeldingene i eget delkapittel, både fordi det er to virksomheter involvert og fordi det er et komplisert saksforhold.

##### **6.5.1 Intern gjennomgang av hendelsen ved [redacted] og iverksatte tiltak**

Ved det stedlige tilsynet fikk Statens helsetilsyn opplyst at hendelsen var gjennomgått ved nevrologisk avdeling dagen etter hendelsen. I tilbakemeldingen på den foreløpige rapporten fremgår videre at rapporten er gjennomgått ved nevrologisk avdeling, avdeling for anestesileger, akuttmottaket, akuttmedisinsk avdeling samt ved kirurgisk avdeling. Det er ikke avdekket faktafeil i rapporten.

Det erkjennes at [redacted] har behov for å revidere sykehusets prosedyrer for hjerneslag, med utvidede referanser til hjerneblødning. Avdelingssjef, klinikkssjef og fagdirektør vil samarbeide om oppfølging og kontrolltiltak av pasientforløp og de iverksatte tiltakene. Blant annet gjennom stikkprøvekontroller i pasientjournalen. Det er også pekt ut en sykepleier som skal gjennomgå journaler og registrere data i det nasjonale hjerneslagregisteret. Primærvakten/LIS-legen skal konferere med sekundærvakt/overlege, som skal ha lav terskel for å rykke ut på vakt. Kommunikasjon og samhandling foregår kontinuerlig, primært basert på primærvaktens kompetansenivå, erfaring og gjensidig tillit. Når hjerneblødning konfereres med [redacted], skal alltid overlege konfereres internt, men kommunikasjon med [redacted] skjer fra primærvakt. Etter at [redacted] iverksatte «En vei inn» ved nevroklinikken [redacted] 2019, er det kontaktperson/primærvakt som mottar telefonene.

Ferdigheter knyttet til kommunikasjon må tillegges større vekt i vurdering av søkeres kompetanse og egnethet ved ansettelser. Det er et absolutt krav at «Bergenstesten» er bestått.

[redacted] peker også på at det er identifisert som en ekstern risiko at [redacted] har nevrokirurgisk funksjon fordelt på to sykehus.

### **6.5.2 Intern gjennomgang av hendelsen ved [redacted] og iverksatte tiltak**

#### **6.5.2.1 Prehospital klinikk, AMK [redacted]**

Det fremgår av tilbakemeldingen til den foreløpige rapporten at hendelsen er gjennomgått av ledelsen og faggruppen, og at informasjon er innhentet fra involvert personell.

De erkjenner at redningsmannen på luftambulansen ikke fikk tydelig beskjed om endelig leveringssted for pasienten, og at dette er sterkt beklagelig. AMK har ikke hatt rutiner på plass som sikrer at ansatte får utført jobben korrekt og sikkert. Når det gjelder den konkrete årsaken til at beskjeden ikke ble gitt videre i dette tilfellet, er dette ikke mulig å avklare så lang tid etter hendelsen.

Når det gjelder tiltak for å forhindre lignende svikt, er det sett på rutiner for videreformidling av beskjeder, samt den risiko som foreligger ved at AMK skal være et mellomledd for flere aktører. Det er avdekket et behov for å redusere antallet mellomledd. For fremtiden skal luftambulanseskoordinatoren la mest mulig av kommunikasjonen foregå mellom de involverte legene. I praksis skal luftambulanseskoordinator ikke ta ansvar for å formidle beskjeder, men heller konferansekoble sykehuslegen og luftambulanslegen, så sant det er mulig for luftambulanslegen å snakke i telefonen.

#### **6.5.2.2 Nevroklinikken**

Ved det stedlige tilsynet fikk Statens helsetilsyn opplyst at hendelsen var gjennomgått i vaktlagene ved [redacted] og [redacted]. I tilbakemeldingen på den foreløpige rapporten opplyses det at hendelsen og rapporten er gjennomgått med involverte og ledelsen, i klinikken og i fagmiljøet. Nevroklinikken gjorde tidlig en hendelsesanalyse der vurderingstemaet var hvordan kommunikasjonen kunne ha vært sikret på en bedre måte. Tydelige kommunikasjons- og ansvarslinjer ble ikke fulgt. [redacted] beklager de uheldige omstendighetene som inntraff i forbindelse med henvendelsen om overflytting, og den belastningen saken har medført for pasienten, pårørende og ansatte.

Det fremkommer av tilbakemeldingen at [redacted] stiller seg bak saksforholdet slik dette er presentert i den foreløpige rapporten. Når det gjelder vurderingene er de ikke enig i at feil oppfatning av GCS eller alder, medførte at de ikke straks tok imot pasienten. Det påpekes at

LIS-legene i avdelingen, selv om de har minst nevrokirurgisk erfaring, har erfaring og kompetanse til å vurdere pasienter med hjerneblødning. De kjenner seg ikke igjen i at det skal være ulikheter i kultur og klinisk erfaringsgrunnlag ved [redacted] og [redacted]. At det ble gjort ulike vurderinger fra vaktlagene ved [redacted] og [redacted] i dette tilfellet, kunne også ha skjedd i andre steder. Det vises til at det ikke er etablerte kunnskapsbaserte retningslinjer for udiskutabel håndtering av pasienter med dyp hjerneblødning og gjennombrudd til ventrikkelsystemet. Det er ledelsens syn at det må aksepteres en individualisert tilnærming til disse pasientene, noe som bla støttes i STICH-studien til Mendelow et al, Lancet 2005. Dersom alle pasienter med intracerebralt hematoma skal overflyttes til [redacted], vil det kreve mer kapasitet. Dette bør i så fall løftes sentralt i Helse- og omsorgsdepartementet og Helse [redacted] RHF.

Det er beskrevet seks tiltak som skal ta sikte på å redusere risikoen for lignende hendelser i fremtiden. Blant annet er hjemme-PC med tilgang til journal- og radiologisystem anskaffet for flere av legene, og ytterligere maskiner er i bestilling, slik at dette vil bli tilgjengelig for alle.

Det er lagt frem forslag til ny tjenesteplan for sekundærvaktsjiktet, og det er satt ned en arbeidsgruppe som skal lage intern retningslinje for nevrokirurgisk håndtering av pasienter med spontan hjerneblødning uten blodåremisdannelser. Alle leger ved nevrokirurgisk klinikk er opplyst om at de skal kommunisere internt og bli enige om behandlingsplan, dersom de i akutt situasjoner blir kjent med at det gis ulike råd fra [redacted] og [redacted]. De er uenige i at [redacted] praktiserer en komplisert og uklar oppgavefordeling for pasienter med alvorlig hjerneblødning. [redacted] vil imidlertid på nytt sende ut skriv til lokalsykehusene i Helse [redacted] med presisering av oppgavefordelingen i nevrokirurgi mellom de to vaktlagene ved [redacted] og [redacted]. De forventer at [redacted] slagsenter, som ble åpnet [redacted] 2019, vil medføre bedre kvalitet for pasienter med hjerneslag. Det påpekes likevel at tiltakene ikke vil kunne forhindre at eksterne henvisere ikke følger råd som gis fra [redacted], eller at henvisere velger å henvende seg til andre sykehus eller vaktlag.

## 7 Hendelses- og årsaksanalyse

Opplysningene i saken viser at det ved spørsmål om overflytting/mottak av pasienten var misforståelser om enkelte forhold (alder/GSC), at det dels ble gitt uklare beskjeder og dels ikke ble viderefremmet relevante beskjeder i kontakten mellom [redacted] og [redacted], og internt i [redacted]. Årsakene til dette synes slik Statens helsetilsyns vurderer det å være flere, sammensatte og dels overlappende.

Det ble foretatt henvendelser om pasienten fra [redacted] til begge vaktlagene ved nevrokirurgisk avdeling [redacted], med tanke på overflytting til høyere omsorgsnivå og operasjon av pasienten. Kommunikasjonen med [redacted] om pasienten involverte mange personer både ved [redacted] og [redacted] (nevrokirurgisk avdeling [redacted], AMK og luftambulansen). Involvert helsepersonell har opplyst om utfordringer med kommunikasjonen med [redacted] på grunn av mangelfulle språkferdigheter, og at dette var årsaken til at luftambulansen ble bedt om å overta i samtalen. Primærvakten ved [redacted] var dessuten uerfaren i forhold til problemstillingen saken reiste, men fikk likevel ansvar for hele kommunikasjonen med [redacted] uten at hans sekundærvakt tok over. En medvirkende årsak til at helsehjelpen til pasienten ble forsinket, er etter Statens helsetilsyns vurdering at det var uklare ansvarlinjer for kommunikasjon om beslutning om overflytting og mottak av pasienten. Dette dels fordi gjeldende ansvarlinjer ikke ble fulgt og mange ulike helsepersonell ble involvert i kommunikasjonen. Det var således ikke noen som hadde det helhetlige bildet av vurderingene og beslutningene som var tatt. Dette førte til misoppfatningen av at sekundærvakten ved [redacted] viderefremmet endelig

avslag fra [redacted] og bidro til at beskjeden om at [redacted] ville motta pasienten ikke ble fanget opp ved [redacted] og ikke ble videreformidlet luftambulansen.

Det er videre Statens helsetilsyns vurdering at organisatoriske forhold i [redacted] var en medvirkende årsak til at forløpet utviklet seg slik det gjorde. Det ble gitt to ulike svar/vurderinger fra [redacted] med hensyn til mottak av pasienten. Dette var mulig fordi [redacted] ikke forholdt seg til den første vurderingen fra vaktlaget på [redacted] men også henvendte seg til [redacted]. Det var ikke kontakt mellom legene i [redacted] som tok endelig beslutning om hvorvidt behandling skulle tilbys pasienten. Dette heller ikke da en ble klar over at begge vaktlagene var inne i vurderingen av pasienten, og at de ga ulik tilbakemelding til [redacted]. Gjennomgangen har vist at en ved [redacted] misoppfattet opplysninger om pasientens alder og GCS skår. Det er vår vurdering at dette bidro til situasjonen, ved at dette skapte mistillit til at vurderingene var tatt på korrekt grunnlag. Etter at [redacted] hadde besluttet å ta imot pasienten, var det kontakt mellom [redacted] og [redacted] med beskjed om at en ikke ville ta imot pasienten. Dobbelkommunikasjonen fra [redacted] medførte at en ved [redacted] feilaktig oppfattet henvendelsen fra [redacted] som et endelig avslag fra [redacted] på å motta pasienten. Det at de to vaktlagene ved nevrokirurgisk avdeling ikke ble enige om å kommunisere ut en felles beslutning fra [redacted] bidro til at misforståelsen ikke ble oppklart.

Videre medførte svikten i kommunikasjonen mellom nevrokirurgisk avdeling ved [redacted] og AMK/luftambulanseskoordinator og luftambulansen, at beskjeden om at [redacted] ville ta imot pasienten ikke kom frem til luftambulansen eller [redacted]. Dette medførte forsinkelse i transporten av pasienten, og således forsinket helsehjelp. Forholdet bidro også til at misforståelsen ved [redacted] angående overflytting av pasienten, ikke ble avdekket tidligere.

## 8 Statens helsetilsyns vurderinger

Vi har avgrenset vår behandling av hendelsen til å gjelde spørsmålet om overflytting av pasienten fra [redacted] til [redacted] og mottak av pasienten for behandling ved [redacted]. Det fremgår av saken at beskjeden om at pasienten skulle transporteres til [redacted] for operasjon, ikke umiddelbart kom frem til luftambulansen. Statens helsetilsyn har derfor også sett på [redacted] og under dette AMK, sin koordinering av tjenesten ved overflytting av pasienten til et høyere omsorgsnivå.

Statens helsetilsyn vurderer at det sentrale i saken er de involverte virksomhetene sitt ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt hjerneblødning. I denne sammenhengen er det særlig aktuelt å vurdere den kommunikasjon om pasienten som fant sted mellom helsepersonellet og virksomhetene som var involvert. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår i den samlede vurderingen av den oppfølging pasienten fikk.

Vi har etter dette vurdert følgende hovedspørsmål:

- **Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?**
- **Har virksomhetene lagt til rette for at pasienter med akutt hjerneblødning får forsvarlige helsetjenester?**

Herunder har vi vurdert om [redacted] har lagt til rette for forsvarlig kommunikasjon og samhandling via AMK/luftambulansen ved henvendelser om overflytting av pasient til et høyere omsorgsnivå

- **Har virksomhetene iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende hendelse skjer igjen?**

## 8.1 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert om pasienten er gitt forsvarlig helsehjelp ved ■■■ og ■■■. For en helhetlig oversikt over gangen i hendelsen og tidspunkter for de ulike henvendelsene mellom involvert personell/virksomhetene viser vi til tidslinjen vi har utarbeidet, og som er vedlagt rapporten. I det følgende vil vi kun peke på de forhold vi mener er mest relevant for vurderingen.

Vi har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved ■■■ og ■■■, og dette som følge av forsinkelsen som fant sted i overflyttingen mellom ■■■ og ■■■. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4 a og 3-8 nr. 1. Vi har vurdert både ivaretagelsen av pasienten samlet sett i behandlingsskjeden og virksomhetenes håndtering hver for seg.

Overordnet vektlegger vi at de mange kontaktene mellom de ulike involverte, dels samtidig i tid, medførte at ingen satt med det totale bildet av informasjonen som ble gitt. Ulike tilbakemeldinger til ■■■ fra ■■■ skapte også en unødig uklar situasjon. Samlet medførte svikten i samhandlingen mellom ■■■ og ■■■ at helsehjelpen til pasienten ble forsinket.

Det avgjørende er at svikten i samhandlingen samlet medførte at helsehjelpen til pasienten ble forsinket, og at dette skyldes svikt i virksomhetenes styring og kontroll. Det har i denne sammenheng derfor ikke avgjørende betydning å avklare hvorvidt raskere helsehjelp ville kunne gitt et bedre resultat for pasienten, da dette er uklart.

Vi vil nedenfor i punktene 8.1.1 og 8.1.2 peke på særlige forhold som er vektlagt for vurderingene av helsehjelpen gitt pasienten ved ■■■ og ■■■.

### 8.1.1 Særlige forhold knyttet til helsehjelpen ved ■■■

Operasjonen fant først sted ca. fem timer etter at helsepersonell fra ■■■ henvendte seg til ■■■ med spørsmål om overflytting av pasienten. Det er ikke fra ■■■ sin side opplyst at operasjon av pasienten i dette tilfellet var uaktuelt, men det er påpekt at en internasjonal studie ikke viser signifikant bedring av utkomme på gruppenivå for pasienter som blir operert for hjerneblødning. For vår vurdering av saken vil det avgjørende være behandlingen i det aktuelle tilfellet, og utgangspunktet for den konkrete vurderingen er at operasjon kunne være aktuelt. Pasienten ble til slutt operert ved ■■■, og det er dette utgangspunktet som er styrende for våre vurderinger i det følgende. Spørsmålet blir da om pasienten fikk forsinket helsehjelp, og eventuelt hva som kan ha forårsaket dette.

I henhold til nasjonale retningslinjer (2) kan det ha vært riktig å avslå evakuering av blødningen i storehjernen, men det var også riktig å følge utviklingen av hydrocephalus og vurdere ekstern drenering. Disse vurderingene ble gjort av to ulike vaktlag ved nevrokirurgisk avdeling, uten at de diskuterte de ulike faglige vurderingene som ble gjort. Dette igjen, ga grunnlag for misforståelser, kommunikasjonssvikt og betydelig forsinkelse i den behandlingen pasienten fikk. Dette er ikke i tråd med god faglig praksis.

■■■ er ikke enig i at funksjonsfordelingen som gjaldt for de to vaktlagene medførte at legene ved de to sykehusene har fått ulik erfaringsbakgrunn. Statens helsetilsyn vil til dette påpeke at opplysninger om dette kom frem gjennom samtaler med helsepersonell og ledelse ved de to vaktlagene. Selv om ■■■ poengterer at nevrokirurgisk avdeling er en avdeling, fremstår det mer som to avdelinger. Vi viser til at avdelingen består av to ulike vaktlag på to ulike sykehus, hver med egen stedlig ledelse og med liten samhandling mellom vaktlagene internt.

Videre vil det nok også være en naturlig konsekvens av den gjeldende funksjonsfordelingen, at erfaringsbakgrunnen for de to sykehusene blir noe ulikt, i og med at en får mest erfaring med noen typetilfeller.

Statens helsetilsyn har ikke lagt til grunn at noen av de involverte legene ved [redacted] manglet medisinskfaglig kompetanse. Vi har i størst grad vektlagt den manglende interne kommunikasjonen om pasienten, som bidro til usikkerhet med hensyn til vurderingene hos lokalsykehuset, og som bidro til forsinkelsen som oppsto. Det er egnet til å svekke tilliten til vurderingene fra [redacted] når det avdekkes at de to vaktlagene som skal utgjøre én nevrokirurgisk avdeling, ikke finner grunnlag til å diskutere internt. Dette heller ikke når det ble klart at de vurderte pasienten ulikt, for å sikre tydelig kommunikasjon om pasienten ut til [redacted]

Det er etter gjennomgangen av saken klart at beskjeden fra [redacted] om at de ville ta imot pasienten for operasjon, ikke ble videreformidlet til luftambulansen umiddelbart fra AMK/luftambulanseskoordinator. Beskjeden ble gitt AMK fra sykepleier på [redacted] ca. klokken [redacted] men ble først, etter oppklarende kontakt mellom AMK/[redacted] gitt videre fra AMK til luftambulansen ca. klokken [redacted]. Svikten i kommunikasjonen er erkjent i [redacted] sin tilbakemelding til den foreløpige rapporten. Det fremgår at [redacted] ikke har hatt på plass et system som kunne avdekke/forhindre at beskjeden ikke ble gitt videre som forutsatt. Vi vektlegger i vurderingen også at henvendelsen fra [redacted] til [redacted] ca. klokken [redacted] med opplysning om at pasienten ikke skal opereres, bidro til at svikten i kommunikasjonen mellom [redacted]/AMK/[redacted] ikke ble avdekket tidligere. Det fremkommer at [redacted] oppfattet denne henvendelsen fra [redacted] som et endelig avslag fra [redacted] på spørsmålet om overflytting. Ansvar for denne svikten i kommunikasjonen, og forsinkelsen i helsehjelpen som følge av at beskjeden fra [redacted] ikke kom fremt til luftambulansen/[redacted], påligger [redacted] som har det overordnede ansvaret for å sikre forsvarlige systemer for sikker håndtering av kommunikasjon med AMK/luftambulansen og beskjed om overflytting av pasienten.

Statens helsetilsyns gjennomgang av saken har dessuten avdekket at beslutningsgrunnlaget som sekundærvakten på [redacted] hadde ved første vurdering av pasienten var mangelfullt/feil på sentrale punkter. Dette gjelder opplysninger om pasientens alder, bevissthetsgrad (GCS 3) og sykehistorie. Sekundærvakten trodde pasienten var [redacted] år, men det korrekte var at [redacted] var født [redacted]. Videre vises det til notat av [redacted] 2018 i journalen hvor det er opplyst «[redacted] skal være funnet bevisstløs med estimert GCS 3, ukjent hvor lenge [redacted] har ligget slik». Det korrekte er at pasienten hadde vært våken da ambulanspersonell kom til, men at bevissthetsgraden endret seg under transporten. Vi har merket oss at en fra [redacted] sin side har anført at disse forholdene ikke ville endret den første vurderingen fra vaktlaget ved [redacted] og at de som grunnlag for dette har vist til en artikkel fra The Journal of the American Medical Association (JAMA) publisert i 2019. Vi vektlegger imidlertid at opplysningene objektivt sett er relevant for vurderingen av spørsmålet om overflytting av pasienten. Artikkelen det er vist til ble publisert etter at hendelsen fant sted. Vi fastholder at det er avdekket svikt i overføringen av relevante opplysninger ved intern kontakt i [redacted] om pasienten, men vi påpeker at dette forholdet alene ikke er det som har hatt størst relevans for vår vurdering.

Vi har imidlertid lagt vekt på [redacted] sitt særlige ansvar for å sikre forsvarlig beslutningsgrunnlag i et så kritisk tilfelle som det aktuelle, når henvendelsen skjer fra et lokalsykehus. Dette gjelder spesielt i et pasienttilfelle som det foreliggende, der de medisinskfaglige vurderingene av om behandling er indisert kan være svært kompliserte, og

der pasienter vil kunne oppfattes som grensetilfeller med hensyn til om [redacted] eller [redacted] er riktig mottaker. Fra [redacted] sin side er det pekt på at helsepersonell som ikke er kirurger, ikke har kompetanse til å vurdere gjennomføring av operasjon og eventuelle komplikasjoner. Med bakgrunn i denne uttalelsen vil Statens helsetilsyn påpeke at det er viktig at [redacted] tar til seg opplysninger om at en ekstern samarbeidspartner oppfatter funksjonsfordelingen som komplisert. Dette selv om en ved [redacted] selv mener fordelingen av pasienter er entydig og godt kjent for alle samarbeidende sykehus.

Statens helsetilsyn har ikke lagt til grunn at alle pasienter med intracerebrale blødninger skal overflyttes til [redacted], men har vektlagt at gjennomgangen av saken har vist at denne pasienten på et tidligere tidspunkt skulle vært overført [redacted]. Igjen viser vi til at vurderingen av om operasjon skulle gjennomføres var komplisert, men at helsepersonell på [redacted] konkluderte med å gjennomføre operasjon. Vi fastholder at pasienter i tilfelle som dette, bør vurderes ved universitetssykehus som har både nødvendig kompetanse, mulighet til god observasjon og ressurser til kirurgisk intervensjon der det er aktuelt.

#### **8.1.2 Særlige forhold knyttet til helsehjelpen ved [redacted]**

Det har kommet fram at det var betydelige utfordringer i kommunikasjonen mellom [redacted] og [redacted]. Det er derfor uklart om informasjonen fra [redacted] ved første henvendelse ga et korrekt bilde av situasjonen. Uklarheten som følge av dette, samt det forhold at helsepersonell ved [redacted] valgte å henvende seg til [redacted] i strid med gjeldende rutine for henvisning, bidro til svikten i kommunikasjonen om pasienten og var således en medvirkende faktor til forsinkelsen av helsehjelpen.

Statens helsetilsyn legger til grunn at involvert helsepersonell ved [redacted] manglet tilstrekkelige språkferdigheter eller nødvendig faglig innsikt i kriteriene for den nevrokirurgiske vurderingen, og således ikke hadde tilstrekkelig kompetanse til alene å stå for henvisningen i dette tilfellet. Som følge av dette ble luftambulansen satt til å stå for deler av kommunikasjonen.

Gjennomgangen av saken har videre vist at primærvakten var i kontakt med sekundærvakten angående pasienten tre til fire ganger i forbindelse med behandlingen og spørsmålet om overflytting til [redacted]. Sekundærvakten var informert om CT-bildene, involvert i vurderingene og informert om problemene med å få pasienten overflyttet til [redacted]. Han kjente til primærvaktens språklige og faglige kompetanse. Han vurderte likevel ikke at det var grunn til å komme inn til sykehuset eller overta kommunikasjonen med [redacted]. Dette var etter det som er opplyst Statens helsetilsyn, i samsvar med gjeldende praksis i avdelingen på dette tidspunktet.

Ansvar for at helsepersonell var satt i en situasjon som overgikk personlig og faglig kompetanse å håndtere, samt ansvar for organiseringen med hensyn til bemanning og bruk av sekundærvakt, ligger hos [redacted] som ikke har hatt tilstrekkelig styring og kontroll med helsetjenestene.

#### **8.2 Har virksomhetene lagt til rette for forsvarlige helsetjenester til pasienter med akutt hjerneblødning?**

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert om virksomhetene har sikret at pasienter med akutt hjerneblødning, og med behov for overflytting mellom sykehus for behandling, tilbys forsvarlig helsehjelp. Videre har vi vurdert om virksomhetene har tilrettelagt sine tjenester slik at helsepersonellet som yter helsehjelp til pasientgruppen blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. For [redacted] har vi også vurdert om tjenesten er tilrettelagt til at helsepersonellet kan overholde bestemmelsene om taushetsplikt.

Vi har kommet til at virksomhetene ikke har sikret at pasienter med akutt hjerneblødning med behov for overflytting, tilbys forsvarlig helsehjelp. Videre har kommet til at virksomhetene ikke har tilrettelagt sine tjenester slik at helsepersonellet som yter helsehjelp til pasientgruppen blir i stand til å utføre sitt arbeid i samsvar med lovbestemte krav. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven §§ 4, 16 og 21.

Hva vi har vektlagt og våre vurderinger for [redacted] og [redacted] følger nedenfor under punktene 8.2.1 og 8.2.2. Vi har både sett hen til interne forhold i virksomhetene, og på organiseringen for å fremme forsvarlig samhandling mellom virksomhetene for pasientgruppen. Virksomhetene har ansvar for at helsetjenestene som tilbys eller ytes ved sykehuset er forsvarlige, og under dette et ansvar for å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Plikten innebærer ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lovbestemte krav, og slik at helsepersonell ansatt i virksomheten kan utføre sitt arbeid. Det påligger også virksomhetene en plikt til å sikre at samhandlingen om pasientene er forsvarlig ved spørsmål om overflytting av pasienter mellom virksomhetene.

### **8.2.1 [redacted] sin styring og organisering av pasientbehandlingen som gis pasienter med akutt hjerneblødning**

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert om [redacted] ved sin styring av virksomheten har lagt til rette for en forsvarlig helsehjelp ved nevrologisk avdeling, til denne type pasienter, hvor det er nødvendig med samarbeid mot et høyere omsorgsnivå.

Vi har kommet til at virksomheten ikke har oppfylt sine plikter og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og 3.8 nr. 1, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16. Dette etter en samlet vurdering hvor vi har kommet til at [redacted] ikke har lagt til rette for en forsvarlig helsehjelp ved spørsmål om overflytting av pasient med akutt hjerneblødning. Videre at svikten i tilretteleggingen av tjenesten medfører at helsepersonellet som skal gi helsehjelp til pasientgruppen ikke kan utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet

God kommunikasjon, og herunder både evne og ferdigheter til kommunikasjon, er vesentlig for god samhandling mellom helsepersonell. Svikt i kommunikasjonen medfører fare for påfølgende svikt i samhandlingen, noe som igjen øker faren for svikt i pasientbehandlingen. Dette eksempelvis fordi mangelfulle språkferdigheter medfører at vesentlige opplysninger ikke blir formidlet/forstått. Svikt i kommunikasjonen kan ha alvorlige konsekvenser for pasienter, spesielt innen akuttmedisin der god kommunikasjon og samhandling er helt avgjørende for raske og gode beslutninger.

Det har fremkommet opplysninger om at språkkunnskaper og problemer med kommunikasjonen medførte at flere av samtalen mellom [redacted] og [redacted] ikke gikk mellom den som hadde ansvaret for behandlingen av pasienten, men med luftambulansen som bisto og som skulle transportere pasienten. Statens helsetilsyn vil peke på at det i kravet til å sikre at de ansatte har nødvendig kompetanse, gjelder krav til å sikre at helsepersonellet har personlige egenskaper som evne til å kommunisere godt både internt og eksternt, og selvstendighet til å ha ansvar for det aktuelle fagfeltet. Til dette kompetansekravet ligger også en plikt for ledelsen til å gjennomgå avvik og eventuelt sørge for korrigerende tiltak der det er påpekt svikt i kompetansen.



Virksomhetens praksis med lite bruk av sekundærvakt ved vurdering og eventuelt henvisning, skjerper kravet til at ■■■ sikrer at lege på vakt har nødvendige kvalifikasjoner til selvstendig ansvar. Dette er også et lederansvar.

Statens helsetilsyn vurderer at ■■■ ikke har organisert helsetjenesten ved nevrologisk avdeling slik at pasientgruppen sikres forsvarlige helsetjenester. Vi vektlegger at det ikke er opplysninger om at det forelå avtale/beskrivelse av hvilke blødninger som skal henvises til et høyere omsorgsnivå og kriterier for dette. Tilsynet avdekket at helsepersonell med sentral rolle ved spørsmål om overflytting av pasienten, manglet personlige og faglige kvalifikasjoner til en slik selvstendig rolle. I tillegg hadde virksomheten ikke sikret at risiko forbundet med manglende kompetanse kunne kompenseres for gjennom bruk av sekundærvakt. Vi legger til grunn at gjeldende praksis i avdelingen var at det skulle mye til før sekundærvakt kom på sykehuset for å bistå i kontakten med ■■■ ved spørsmål om overflytting.

Videre vektlegger vi opplysningene i saken om at det forelå tidligere avviksmeldinger i avdelingen om svikt i kommunikasjon og samhandling, og at det ikke er dokumentert at ledelsen ved ■■■ har fulgt opp avviksmeldingene. Ledelsen ved ■■■ har ved dette ikke ivarett sitt ansvar for å korrigere virksomheten etter melding om forhold som kan medføre fare for svikt og uforsvarlig helsetjeneste.

#### **8.2.2 ■■■ sin styring og organisering av helsetjenestene som ytes pasienter med hjerneblødning**

Statens helsetilsyn har under dette punktet vurdert om ■■■ ved sin styring av virksomheten har lagt til rette for en forsvarlig helsehjelp ved spørsmål om overflytting av pasient med akutt hjerneblødning til ■■■ og i forbindelse med mottak av slike pasienter.

Vi har kommet til at virksomheten ikke har oppfylt sine plikter og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og 3.8 nr. 1, jf. helsepersonelloven §§ 4, 16 og 21. ■■■ har ikke sikret forsvarlig kommunikasjon om pasientene ved spørsmål om overflytting, og de har heller ikke sikret forsvarlig kommunikasjon i kontakt med eksterne virksomheter om mottak av pasientene. Svikten i tilretteleggingen av tjenesten medfører at helsepersonellet som skal gi helsehjelp til pasientgruppen ikke kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovbestemte krav. Mer om våre vurderinger til grunn for vår samlede konklusjon følger nedenfor.

#### Vurdering og behandling av pasienter med akutt hjerneblødning

Pasientgruppen er særlig sårbar. Positivt behandlingsutfall avhenger av rask avklaring der operasjon er aktuelt og hurtig overflytting til rett behandlingseenhet ved ■■■

Statens helsetilsyn vurderer at ■■■ ikke har fulgt opp sin plikt til å planlegge og gjennomføre virksomhetens aktiviteter, eller overholdt sin plikt til å sørge for å minimere risiko ved å vektlegge risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. ■■■ har ved dette ikke sikret forsvarlig helsehjelp ved nevrokirurgisk avdeling, til pasienter med stor hjerneblødning. Virksomheten er ikke organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde plikten til faglig forsvarlighet.

Vi vektlegger at ■■■ ikke hadde et system for intern kommunikasjon om pasienter mellom de to vaktlagene ved nevrokirurgisk avdeling. Slik avdelingen er organisert, med vaktlag plassert på ulike sykehus og geografisk adskilt, vil det være sentralt å ha et forsvarlig system for helhetlig kommunikasjon om pasienter. Dette er vesentlig for å minimere risiko for svikt i samhandlingen. Det er fra virksomhetens side erkjent at det ikke forelå rutiner eller praksis for utveksling av informasjon om pasienter i et slikt tilfelle som dette, hvor et sykehus henvender

seg til begge vaktlagene. Statens helsetilsyn vil anta det ikke er helt sjeldent at en slik situasjon kan oppstå, der pasienter oppfattes som grensetilfeller i forhold til den interne oppgavefordelingen i [REDACTED]

Det er ikke dokumentert tilstrekkelig avklaring av verken interne arbeidsforhold eller kommunikasjonslinjer mot eksterne virksomheter ved håndteringen av denne pasientgruppen. Gjennomgangen av saken avdekket at det i liten grad forekom samarbeid om pasienter eller samhandling på tvers mellom de to vaktlagene. Den gjeldende praksisen var således ikke egnet til god kommunikasjon internt om pasienten.

For vår vurdering av [REDACTED] har vi også vektlagt følgende forhold som anses å medføre fare for svikt i tjenestene ved vurdering og behandling av pasienter med alvorlig hjerneblødning:

- manglende samarbeid mellom slagenheten, i dette tilfellet [REDACTED], og nevrokirurgisk avdeling om pasienter med hjerneblødning
- manglende retningslinjer om hvilke pasienter med intracerebral blødning som bør overflyttes for nevrokirurgisk vurdering, og når dette eventuelt bør skje
- prosedyre for primær- og sekundærvakt (4) som sier at all dialog om henvisninger utenfra skal gå via primærvakt (spørsmål inn og avgjørelser tilbake) er til hinder for faglig diskusjon mellom nevrokirurg og ekstern spesialist. Formidlet erfaring fra [REDACTED] tilsa at det var så vanskelig å få telefonisk direktekontakt med en nevrokirurg at de anså det som liten hensikt at overlege ringte inn
- [REDACTED] opererer med komplisert og dels uklar oppgavefordeling og manglende avklaring av interne ansvarsforhold og kommunikasjonslinjer mot eksterne virksomheter. Det opereres med en intern funksjons- og oppgavefordeling basert på geografi, sykdomsetiologi, behandlingsmulighet og tilstand. Denne funksjonsfordelingen kan være vanskelig å forstå, og vi har også fått informasjon om at den er i endring uten at dette blir informert ut tydelig. Denne saken viser at nevrokirurgisk avdeling framstår som to uavhengige enheter som gjør vurderinger uavhengig av hverandre uten intern diskusjon eller avtale
- uklare ansvarslinjer med to parallelle, selvstendige vaktteam kan gi grunnlag for motstridende beskjeder og grunnlag for misforståelser og tidsspille som kan få alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter
- beskjeden om at luftambulansen skulle fly til [REDACTED] nådde ikke fram. Dette er en alvorlig svikt. Det kan stilles spørsmål om AMK har forsvarlige rutiner for hvordan de sikrer at livskritiske beskjeder når fram til mottaker

#### Praksis ved nevrokirurgisk avdeling ved overføring av bilder mellom primærvakt og sekundærvakt/bakvakt

Praksis ved nevrokirurgisk avdeling ved konferering mellom primærvakt og sekundærvakt som var hjemme, var å sende kopi av radiologiske undersøkelser via ukrypterte metoder som MMS/Facetime. Statens helsetilsyn legger til grunn at bruk av helsepersonellens privattelefon og utradisjonelle tiltak må kunne brukes i kritiske situasjoner, men vektlegger at praksisen ved [REDACTED] var innført som en allment akseptert metode ved konferering om pasienter. Det forelå heller ikke skriftlige prosedyrer eller rutiner som kunne avklare i hvilke tilfeller praksisen skulle benyttes, eller på hvilken måte dette skulle gjennomføres. En slik manglende styring kan føre til en tilfeldig praksis og brudd på helsepersonelloven, herunder taushetspliktbestemmelsene, jf. helsepersonelloven § 21.

Statens helsetilsyn fastholder at løsningen som forelå ved [REDACTED] ikke kan anses som god nok for pasienter med stor hjerneblødning, og vektlegger at god kvalitet på bildene som vurderes

er av avgjørende betydning for diagnostikk og valg av behandlingsregime. Ansvaret for å legge til rette for sikre og forsvarlige løsninger ved overføring av nødvendig informasjon mellom primærvakten og sekundærvakten, tilligger virksomheten.

### **8.3 Har virksomhetene iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen?**

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegges enhver som yter helsetjenester etter loven til å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til å drive internkontroll. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet og foretar relevante risikovurderinger tilpasset virksomheten.

Det kreves også at virksomheten umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen. Det bør foretas en hendelses- og årsaksanalyse, med tanke på å identifisere årsaker, teste ut eventuelle løsninger og implementere de tiltak som viser seg å være effektive og forsvarlige. Videre må virksomheten inkludere pasient og pårørende, og sikre at informasjon om hendelsen som er til nytte for arbeidet med å redusere fremtidig risiko, tas med i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Statens helsetilsyn har vurdert opplysningene om iverksatte og gjennomførte tiltak redegjort for i tilbakemeldingene til oss etter hendelsen. Vi har kommet til at virksomhetene ikke har iverksatt nødvendige og relevante kvalitetsforbedrende tiltak for å forhindre at lignende svikt i helsehjelpen skjer igjen, og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Hva vi i denne sammenheng spesielt har vektlagt henholdsvis for vurderingen av oppfølgingen fra ■■■ og ■■■, følger i punktene 8.3.1 og 8.3.2 nedenfor.

#### **8.3.1 Vurdering av tiltak ved ■■■ etter hendelsen**

Vi har under dette punktet vurdert iverksatte/planlagte tiltak hos ■■■ i etterkant av hendelsen, opp mot den avdekkede svikten som det er redegjort for i rapporten. Statens helsetilsyn har kommet til at ■■■ ikke har iverksatt nødvendige og relevante kvalitetsforbedrende tiltak for å forhindre at lignende svikt i helsehjelpen skjer igjen, og det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

I sine tilbakemeldinger til Statens helsetilsyns foreløpige rapport, er det fra ■■■ sin side erkjent at hendelsen har avdekket et behov for korrigerende tiltak for å forhindre at lignende svikt i helsetjenesten skal skje igjen.

■■■ har blant annet identifisert behov for å revidere sykehusets prosedyrer for hjerneslag med utvidede referanser til hjerneblødning. Virksomheten skal se nærmere på praksis for når sekundær vakt skal involvere seg i pasienthåndteringen, samt se på intern praksis ved rekruttering av helsepersonell. Det er påpekt at ferdigheter knyttet til kommunikasjon skal tillegges større vekt i vurdering av søkeres kompetanse og egnethet. Det er dedikert personell i virksomheten som skal følge opp disse tiltakene, og det er beskrevet at en blant annet gjennomfører stikkprøvekontroll i pasientjournaler for å undersøke om prosedyrene følges og tiltakene gjennomføres i praksis. Det er også en sykepleier/rådgiver som gjennomgår journaler og registrerer data i det internasjonale hjerneslagregisteret.

Statens helsetilsyn vurderer at de beskrevne tiltakene er relevante i forhold til den svikt som er påpekt i vår endelige rapport. Imidlertid mener vi tiltakene ikke vil være tilstrekkelige til å kunne forhindre fremtidig svikt i lignende pasienttilfeller. Vi mener tiltakene i for liten grad omhandler konkrete forslag til endringer, og vektlegger at det i liten grad er redegjort for

hvordan ledelsen vil sikre at tiltakene gjennomføres med den tilsiktede effekten. Vi vil blant annet peke på at det ikke er redegjort for konkrete tiltak med hensyn til den revisjon av prosedyrer som virksomheten selv har identifisert som nødvendig. Det må kreves en plan for slik revisjon, med frist for når ny prosedyre skal være klar, plan for implementering og frist for revisjon. Vi vil peke på at helsepersonell i egen virksomhet bør tas med i dette arbeidet.

Statens helsetilsyn vil gjerne også ha en bedre oversikt over formålet med stikkprøvekontrollene som er beskrevet, tidsperspektiv og plan for disse. I tillegg hvilke funn som er gjort og eventuelle behov for tiltak som er identifisert.

Når det gjelder tiltak for å bedre kommunikasjonen, vil vi peke på at dette tema må følges opp ut over krav i rekrutteringsprosessen. Vi vil bemerke at vi i samtaler under det stedlige tilsynet ikke opplevde manglende evne til å snakke norsk. God evne til kommunikasjon, og gode systemer for å sikre forsvarlig kommunikasjon om pasienter, handler om mer enn kun språklige ferdigheter. Vi har i vår gjennomgang ovenfor påpekt at vi mener helsepersonell ble satt i en posisjon de ikke hadde tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å håndtere. Dette i forbindelse med kommunikasjon om mulig overflytting av pasienten til [REDACTED]. Slik vi ser det, vil en innføring av krav til «Bergenstesten» derfor ikke alene være tilstrekkelig til å korrigere den interne svikten i kommunikasjonen som er påvist i saken.

Gjennomgående savner Statens helsetilsyn at [REDACTED] har identifisert konkrete tiltak, med en tidsplan for gjennomføring og revisjon. Vi viser til at vi i vårt brev av [REDACTED] 2019 nettopp ba om opplysninger om på hvilken måte, når og av hvem de beskrevne tiltakene skulle gjennomføres. Videre ba vi om en redegjørelse for på hvilken måte ledelsen skal kunne sikre at tiltakene som gjennomføres får den tilsiktede effekten i forhold til bedret pasientsikkerhet. Vi mener disse momentene knyttet til oppfølgingen av hendelsen fortsatt ikke er besvart.

Vi vil også vise til punkt 6.4 om informasjon fra pårørende ovenfor. Overflyttingen av pasienten [REDACTED] er ikke tema for våre undersøkelser i saken. Vi legger likevel til grunn, som erkjent av [REDACTED] at det har vært svikt i informasjonen til og kommunikasjonen med de pårørende. Dette i forbindelse med overflyttingen av pasienten fra [REDACTED]. Det er opplyst at det som følge av dette skal utarbeides en rutine/sjekkliste for overflytting av pasienter til annen helseinstitusjon/sykehus. Det fremkommer imidlertid ikke at det er satt frist for når en slik rutine/sjekkliste skal være ferdig, eller på hvilken måte ledelsen skal sikre at denne implementeres og tas i bruk av helsepersonellet i virksomheten. Det er videre ikke opplyst noe om plan for evaluering av rutine/sjekkliste for å sikre at innføringen av denne har tilsiktet effekt. Statens helsetilsyn oppfordrer [REDACTED] til å sikre at arbeidet utarbeidelse av rutinen og evaluering av effekt, involverer pårørende.

### **8.3.2 Vurdering av tiltak ved [REDACTED] etter hendelsen**

Vi har under dette punktet vurdert iverksatte/planlagte tiltak hos [REDACTED] i etterkant av hendelsen, opp mot den avdekkede svikten som det er redegjort for i rapporten. Statens helsetilsyn har kommet til at [REDACTED] ikke har iverksatt nødvendige og relevante kvalitetsforbedrende tiltak for å forhindre at lignende svikt i helsehjelpen skjer igjen, og det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

I sin tilbakemelding til vår foreløpige rapport, synes nevrokirurgisk avdeling å gi uttrykk for uenighet i noen av Statens helsetilsyn sine vurderinger i foreløpig rapport. Tilbakemeldingen fra virksomheten viser likevel ikke stor uenighet med Statens helsetilsyn, med hensyn til det

behov for korrigerende tiltak for å bedre pasientsikkerheten som er avdekket gjennom hendelsen. Vi legger dette til grunn for den videre behandlingen av saken.

Statens helsetilsyn har gjennomgått de tiltak som er beskrevet i tilbakemeldingene til oss, og legger til grunn at de planlagte tiltak er nødvendige og relevante for den svikt som er avdekket. Vi ser positivt på at virksomheten allerede har identifisert mange relevante og konkrete tiltak.

Vi har imidlertid kommet til at tiltakene ikke er tilstrekkelige til å kunne sikre at lignende svikt i helsetjenesten ikke skal skje igjen i tilsvarende situasjoner. Det er ønskelig at virksomheten redegjør for på hvilken måte, når og av hvem de planlagte tiltakene skal gjennomføres. Det er også viktig at ledelsen ved [REDAKTERT] sikrer tiltak som bidrar til at tiltak som settes i verk blir kjent og etterlevs i organisasjonen, og at dette kan etterprøves i organisasjonen.

Nå det gjelder iverksatte/planlagte tiltak for prehospital klinikk og nevrokirurgisk avdeling, har vi særlig vektlagt:

#### Prehospital klinikk, AMK [REDAKTERT]

Klinikken erkjenner at de ikke har hatt på plass rutiner som har kunnet sikre at ansatte kan utføre sitt arbeid korrekt og sikkert. De har sett på gjeldende rutiner, og har kommet til at det er behov for å redusere antallet mellomledd, og heller sette avsender av beskjeden om at pasient skal mottas for vurdering/operasjon direkte i kontakt med mottakeren.

Det er ønskelig med en tilbakemelding til oss om når en slik rutine vil være på plass, og at innholdet i rutinen dokumenteres. Det må påses at ledelsen har mulighet til å sikre at den nye rutinen gjennomføres og at det evalueres om tiltaket har den ønskede effekten for bedret pasientsikkerhet.

#### Nevrokirurgisk avdeling

Det er opplyst at det på nytt vil bli sendt ut skriv til lokalsykehusene i Helse [REDAKTERT] med presisering av oppgavefordelingen innen nevrokirurgi i [REDAKTERT]. Dette for å sikre at alle samarbeidende lokalsykehus har kjennskap til hvor pasienter skal mottas ved behov for nevrokirurgisk behandling.

For å forbedre samarbeidet mellom primær- og sekundærvakt er det anskaffet flere hjemme-PCer, som vil gi sekundærvakt tilgang til [REDAKTERT] sitt journal- og radiologisystem. Det er opplyst at slik PC er anskaffet for seks av legene, og at ytterligere maskiner er i bestilling slik at dette blir tilgjengelig for alle.

Gjennom åpningen av [REDAKTERT] slagsenter [REDAKTERT] 2019 forventes en bedring av kvaliteten i behandlingen av pasienter med hjerneslag (hvor hjerneblødning utgjør ca. 15 %). Det er ønskelig at det i ny tilbakemelding til oss redegjøres for hvilke konkrete endringer i forhold til den tidligere funksjonsfordelingen dette har medført, og hvilke erfaringer en har gjort seg ved [REDAKTERT] etter åpningen av slagsenteret. Videre ønsker vi oversendt en oversikt over hvilke prosedyrer for kommunikasjon mellom slagenheten og nevrokirurgisk avdeling som skal gjelde, i et tilfelle som for aktuelle pasient.

Det er opplyst at en arbeidsgruppe har fått i oppgave å utarbeide en intern retningslinje for nevrokirurgisk håndtering av pasienter med spontan hjerneblødning uten

blodåremisdannelser. I ny tilbakemelding til oss bes om at det redegjøres for når en slik retningslinje vil foreligge, samt hvordan ledelsen ser for seg at retningslinjen skal implementeres i organisasjonen. Videre ønsker vi opplysninger dersom det foreligger planer for revisjon/evaluering. Det er vist til at det vil bli satt opp en møteserie med lokale nevrologiske avdelinger når retningslinjen foreligger. Dette gjelder således ikke intern implementering.

Alle leger ved nevrokirurgisk klinikk er blitt informert om at det forutsettes at de kommuniserer internt og blir enige om behandlingsplan dersom de i en akutsituasjon blir kjent med at det gis ulike råd ved [REDACTED]. I ny tilbakemelding til oss ber vi om at ledelsen redegjør mer for dette punktet, for eksempel på hvilken måte denne informasjonen er gitt og om det er utarbeidet en rutine som avklarer gjeldende praksis og krav til samhandling. Det er viktig at ledelsen sørger for tiltak som kan sikre at denne praksisen etterleves.

## **9 Konklusjon og oppfølging**

### **9.1 Statens helsetilsyns konklusjon**

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp. Videre har vi kommet til at virksomhetene ikke har lagt til rette for forsvarlig helsetjeneste til pasienter med alvorlig akutt hjerneblødning. Dette i forbindelse med spørsmål om overflytting fra [REDACTED] og mottak ved [REDACTED] for videre behandling. Virksomhetene har ikke tilrettelagt tjenestene på en slik måte at helsepersonellet som gir helsehjelp kan utføre sitt arbeid i samsvar med lovbestemte krav. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-8 nr. 1, jf. helsepersonelloven § 4 og 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Vi har også kommet til at virksomhetene ikke i tilstrekkelig grad har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og iverksatt nødvendige og relevante forbedringstiltak etter hendelsen. Dette innebærer brudd på kravet til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

### **9.2 Videre tilsynsmessig oppfølging**

Statens helsetilsyn ser alvorlig på den svikten som er avdekket gjennom tilsynssaken. Vi legger vekt på at svikten gjelder helsehjelp i forbindelse med en kjerneaktivitet i de respektive avdelingene/sykehus, og at svikten har stort farepotensiale. Saken gjelder både virksomhetenes ansvar for å sikre forsvarlig helsehjelp internt i egen virksomhet, og ansvar for å sikre forsvarlig samhandling og samarbeid om pasientgruppen med andre virksomheter.

Vi har merket oss tilbakemeldingene på vår foreløpige rapport, som viser at [REDACTED] og [REDACTED] tar saken på alvor og at forbedringstiltak etter hendelsen er satt i gang. Statens helsetilsyn har likevel kommet til at det er behov for videre tilsynsmessig oppfølging. Dette blant annet for å sikre at igangsatte/planlagte tiltak blir gjennomført i virksomhetene, og at tiltakene blir tilstrekkelig kommunisert ut til ledelse og helsepersonell som har ansvar for pasientgruppen. Videre er det viktig at ledelsen også sørger for styringsverktøy som kan sikre nødvendig samhandling og samarbeid på tvers mellom sykehusene.

Vi viser til punktene 8.3.1 og 8.3.2 ovenfor, der vi har pekt på konkrete forhold som vi mener må følges opp ytterligere, og som vi ønsker ytterligere opplyst fra virksomhetene. Vi vil be om at disse forholdene følges opp i en ny tilbakemelding til oss. Vi mener også at vår endelige rapport må gjennomgås med sikte på å identifisere ytterligere tiltak som er nødvendige for å sikre forsvarlige helsetjenester til pasientgruppen. Det må sikres at ledelsen

har nødvendige systemer for å kunne følge opp at tiltakene implementeres, etterleves og gir den ønskede effekten.

Vi ber om en tilbakemelding fra ■■■ og ■■■ i forhold til dette innen seks uker fra mottak av rapporten.

## 10 Referanser

1. Up-to-date. Spontaneous intracerebral hemorrhage: Treatment and prognosis - UpToDate [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 17]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracerebral-hemorrhage-treatment-and-prognosis>
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [Internet]. 2017. Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
3. Thorsen O. Kunsten å henvise. Tidsskr Den Nor legeforening [Internet]. (4):7–9. Available from: <https://tidsskriftet.no/2018/08/debatt/kunsten-henvise>
4. Nevrokirurgisk avdeling ■■■. Rutiner primær sekundærvakt.pdf. 2018.