

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Svikt i håndteringen av akutt somatisk sykdom ved avdeling for rusbehandling

HF

Saksnummer: 1

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

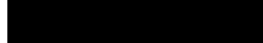


Unntatt fra offentlighet i henhold til offl. § 13 jf. fvl. § 13 første ledd nr. 1

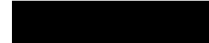
DERES REF: / YOUR REF:



VÅR REF: / OUR REF:



DATO: / DATE:



Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, knyttet til den helsehjelp [REDACTED], født [REDACTED] – død [REDACTED], mottok ved [REDACTED] HF.

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

Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved [REDACTED] HF da [REDACTED] fikk symptomer på akutt somatisk sykdom ved avdeling for rusbehandling, og ambulansen ikke tok pasienten med til sykehuset for vurdering. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at [REDACTED] HF ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har merket oss at [REDACTED] HF har iverksatt tiltak for at tilsvarende hendelser ikke skal skje igjen. Etter Statens helsetilsyns vurdering har virksomheten arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a. Vi ønsker likevel å følge opp disse tiltakene og ber om tilbakemelding innen 1. mai 2020. Vi ber om at foretaket gir tilbakemelding på hvordan tiltakene er gjort kjent for de ansatte, og dokumentasjon på hvordan ledelsen forsikrer seg om at de blir etterlevd. Vi ber også foretaket redegjøre for hvordan det sørges for at alle ambulansarbeidere er kjent med rutiner for å konferere med lege, og den enkeltes ansvar når ambulansen er ute på oppdrag. Til slutt ber vi om en beskrivelse av hvordan tiltaket med å definere konkrete pasientkategorier der det vil bli tillatt å etterlate pasienten, vil redusere risiko for at lignende hendelse skjer igjen.

Statens helsetilsyn forventer at ledelsen ved [REDACTED] HF har en gjennomgang av hendelsen i læringsøyemed, og at dette brevet blir gjort kjent for alle som var involvert i hendelsen.

For øvrig viser Statens helsetilsyn til at pårørende i sin tilbakemelding på den foreløpige rapporten har stilt enkelte spørsmål. Dette gjelder blant annet hvorfor de ikke ble kontaktet da ambulanse ble bestilt. Vi ber om at ledelsen ved helseforetaket svarer på spørsmålene til pårørende. Tilbakemeldingen deres ligger vedlagt. Vi ber også om at ledelsen informerer pårørende om hvilke tiltak som er iverksatt for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.

Med hilsen

[REDACTED]
ass. direktør

[REDACTED]
seniorrådgiver

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg:
Rapport av dags dato
Tilbakemelding på foreløpig rapport fra pårørende

Kopi til:
Fylkesmannen i [REDACTED]
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:
[REDACTED]

Juridisk saksbehandler: [REDACTED]

Innhold

Sammendrag.....	5
1 Tilsynets tema og omfang.....	6
2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer	6
2.1 Forsvarlig helsehjelp	6
2.2 Krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	7
2.3 Krav til AMK-sentral og ambulansetjenesten	8
2.4 Samtykke til helsehjelp.....	8
2.5 Faglige normeringer/god praksis	8
3 Forhold ved virksomheten, organisering, rutiner og praksis	12
3.1 Organisering	12
3.2 Styrende dokumenter og forventninger.....	12
4 Hendelsen og helsehjelpen.....	14
4.1 Bakgrunn.....	14
4.2 Hendelsen	15
4.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende.....	18
4.4 Virksomhetens interne gjennomgang av hendelsen	18
4.5 Opplysninger fra de pårørende til Helsetilsynet	18
5 Hendelsesanalyse	19
6 Helsetilsynets vurderinger	20
6.1 Ga [redacted] pasienten forsvarlig helsehjelp?.....	20
6.2 Sikret [redacted] forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling?.....	23
6.3 Har [redacted] iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen?.....	24
7 Konklusjon.....	25
8 Forventninger til virksomheten og frist for tilbakemelding	25
9 Vedlegg	25
Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen.....	26
Vedlegg 2 – Referanser.....	27
Vedlegg 3 - Dokumentliste	28

Sammendrag

Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved [REDACTED] HF [REDACTED]. Tilsynet ble gjennomført etter at virksomheten i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a hadde varslet om en alvorlig pasienthendelse.

I denne rapporten oppsummerer Statens helsetilsyn saken og det stedlige tilsynet. Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse [REDACTED], da en [REDACTED] døde kort tid etter at [REDACTED] var vurdert av ambulanspersonell, men ikke ble fraktet til sykehuset.

Pasienten var innlagt ved avdeling for rusbehandling ved [REDACTED] HF. På [REDACTED] fikk [REDACTED] smerter i [REDACTED] arm. Til tross for smertestillende behandling, tiltok smertene utover [REDACTED] og pasienten kaldsvettet, var urolig og fikk høyt blodtrykk. Sykepleieren observerte at armen var misfarget, og kontaktet bakvakslege som ikke hadde tilstedevakt. Bakvakslegen sa at hun mistenkte at pasienten kunne ha blodpropp i armen. Hun var selv en time unna, og hun mente det hastet med legetilsyn. Sykepleieren ved avdelingen ble bedt om å sende pasienten til legevakten.

Sykepleieren ringte til AMK og gjorde rede for symptomer og tegn, og legens bekymring om blodpropp. AMK sendte en ambulanse med høyeste hastegrad med problemstillingen «brystsmerter med utstråling til arm». Da ambulanspersonellet undersøkte pasienten var [REDACTED] ikke smertepåvirket, og de vurderte at undersøkelsene var normale. Pasienten ble rådet til å bli med til legevakten for en sjekk, men [REDACTED] ønsket ikke dette. [REDACTED] ble derfor igjen ved avdelingen. Noen timer senere fant sykepleieren pasienten livløs. Det ble startet hjerte-lunge-redning, men livet stod ikke til å redde.

Statens helsetilsyn har undersøkt om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp. I den forbindelse har vi undersøkt helsehjelpen som ble gitt ved avdeling for rusbehandling og prehospitale tjenester. Vi har også undersøkt om foretaket sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling.

Statens helsetilsyn har kommet til at det var avvik fra god praksis i flere ledd av helsehjelpen. Da pasienten fikk sterke smerter i armen og bakvakslegen mistenkte blodpropp, ble lege ved sykehusets somatiske avdeling ikke konferert for vurdering av pasienten der. Pasienten var allerede innlagt ved [REDACTED] HF, men dette kom ikke tydelig frem i kommunikasjonen mellom helsepersonellet ved avdeling for rusbehandling, AMK og ambulanspersonellet. Ambulansen ble derfor klassifisert som et primæroppdrag i stedet for et sekundæroppdrag. Videre har vi kommet til at ambulanspersonellet skulle innhentet ytterligere informasjon fra sykepleier ved avdelingen og konferert med lege, før de forlot pasienten.

Etter en samlet vurdering har Statens helsetilsyn kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4. Videre har vi kommet til at [REDACTED] HF ikke sikret at pasienter med symptomer på akutt somatisk sykdom som var innlagt ved ikke-somatisk avdeling, fikk forsvarlig helsehjelp. Det foreligger derfor brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Statens helsetilsyn viser til at helseforetaket har iverksatt tiltak for å redusere risiko/forhindre at lignende hendelse skjer igjen. Vi anser at helseforetaket med dette har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

1 Tilsynets tema og omfang

Varslet om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen (pasienten), født – død fikk ved

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) besluttet i samråd med Fylkesmannen i å gjennomføre et stedlig tilsyn ved i denne saken. Bakgrunnen for beslutningen om stedlig tilsyn var at det var mistanke om svikt i helsehjelpen, det var mange involverte, og det var nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst.

Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn for å opplyse hendelsesforløpet, og hvordan sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med symptomer på akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling. Herunder så vi også på tilrettelegging ved prehospitale tjenester.

Helsetilsynet har vurdert denne saken med utgangspunkt i den informasjon vi har fått gjennom dokumenter, samtaler og kommentarer fra involverte. Saksbehandlingsprosessen er beskrevet i eget vedlegg (vedlegg 1).

Denne rapporten omhandler forhold som ble avdekket under tilsynet, fra til og med den første ambulansetrykningen. Vi har ikke vurdert helsehjelpen som ble gitt i forbindelse med hjertestansen.

2 Aktuelt lovgrunnlag og faglige normeringer

De sentrale spørsmålene i denne tilsynssaken er om virksomheten har gitt pasienten forsvarlig helsehjelp, og om virksomheten styres og ledes slik at de sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner.

Nedenfor presenterer vi det aktuelle lovgrunnlaget og forventninger til god praksis for både helsepersonell og virksomheter.

2.1 Forsvarlig helsehjelp

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

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

2.1.1 Virksomhetens plikt til styring og ledelse

Virksomhetene har plikt til å legge til rette for at helsepersonell kan yte forsvarlig helsehjelp og overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven, og stiller krav til at virksomheten må styre og lede med det siktemål at tjenestene til enhver tid er i samsvar med gitte myndighetskrav.

Det stilles også krav om forsvarlig styring og ledelse. Kravet gjelder på alle ledelsesnivå. Den innebærer at funksjoner som planlegging og organisering av helsetjenester må innrettes på måter som gjør at myndighetskravene etterleves.

2.1.2 Krav til helsepersonell

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

2.2 Krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

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

Dette er en prosess som innebærer å avdekke og dokumentere risiko- og forbedringsområder, og identifisere årsaker. Det må utvikles risikoreduserende tiltak der det er nødvendig, teste dem ut og implementere de tiltakene som viser seg å være effektive. Tiltakene må justeres til resultatet blir som ønsket og forbedring vedvarer. Dette krever at ledelsen fortløpende etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, og umiddelbart gjennomgår alvorlige hendelser for at tilsvarende ikke skal skje igjen.

Virksomhetens plikt til å arbeide med tematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet understøttes nærmere i helsetilsynsloven § 5 og i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften. Dette gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomhetens aktiviteter. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig.

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

2.3 Krav til AMK-sentral og ambulansetjenesten

Det regionale helseforetak skal sørge for å tilby spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder blant annet akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste med bil, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd. Dette fremgår også av forskrift om krav til og organisering av kommunal legevakt, ambulansetjeneste, medisinsk nødtjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) § 10 og § 14.

I forskriften § 10 fremgår det at ambulansetjenesten skal utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten, jf. bokstav b. Videre skal de bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder, jf. bokstav c. Det stilles også krav til bemanning og kompetanse i ambulansetjenesten. I § 21, jf. § 11 fremgår det at ambulanserbiler skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én person med autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider. Der det bare er én ambulansarbeider, må den andre personen ha relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse. Minst én person i ambulanserbilen må ha sertifikat for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy.

Forskriften setter også krav til AMK-sentralene. Av § 15 fremgår det blant annet av bokstav c at AMK-sentralen skal gi nødvendig råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag.

2.4 Samtykke til helsehjelp

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Det fremgår videre av bestemmelsen at for at samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dersom pasienten trekker tilbake samtykket, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis. I dette ligger det at pasienten skal gis den informasjon som er nødvendig for et forsvarlig beslutningsgrunnlag.

2.5 Faglige normeringer/god praksis

2.5.1 Nasjonale, regionale og lokale anbefalinger og retningslinjer for prehospitaltjenester

Nasjonalt datasett for ambulansetjenesten (9) er en rapport fra Helsedirektoratet som anbefaler felles begrepsbruk og kodeverk for ambulansetjenesten i Norge. Den beskriver aktuell arbeidsflyt i den akuttmedisinske kjeden og definerer begreper og roller. Rapporten er ikke en retningslinje, men i kraft av at den gir en felles beskrivelse av ambulansetjeneste i Norge og anbefaler felles, nasjonal forståelse av begreper, oppgaver og roller, så legger Helsetilsynet dette dokumentet til grunn i deler av normeringen.

Rapporten angir at AMK bestemmer oppdragstype og hastegrad på bakgrunn av de opplysninger som har fremkommet fra innringer. Det defineres fem ulike oppdragstyper hvor primæroppdrag og sekundæroppdrag er de to viktigste. Primæroppdrag defineres som oppdrag der pasienten befinner seg utenfor sykehus, og hvor ambulansen er første ledd i spesialisthelsetjenestens behandlingsskjede. Sekundæroppdrag er transportoppdrag hvor ambulansen ikke er første ledd i denne behandlingsskjeden.

Alle AMK-sentraler bruker Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (4) som beslutningsstøttesystem. Indeksen skal bidra til en rask vurdering av oppdraget slik at riktig

informasjon innhentes og hastegrad kan settes ved hjelp av kriterielistene. Oppdraget knyttes til et kriterienummer fra indeks og det brukes tre ulike hastegrader, rød, gul og grønn. Indeks har også råd og veiledning for innringer.

På bakgrunn av oppdragsinformasjon og hastegraden som AMK har satt for oppdraget, rykker ambulansetjenesten ut til pasienten på hendelsesstedet. Ved sekundæroppdrag er oppdraget i utgangspunktet transport og overvåkning, mens ved primæroppdrag skal ambulanspersonell vurdere hastegraden på ny etter undersøkelse av pasienten. Det er derfor av stor betydning at AMK setter rett oppdragstype ut fra den informasjonen som innhentes.

Ved bruk av triagesystemer kan ambulanspersonellet endre opprinnelig hastegrad. Ved de fleste ambulansetjenester er det tatt i bruk beslutningsstøttesystem for triage, men det er ingen felles nasjonal løsning for dette i Norge. De fleste steder som bruker en slik løsning har enten RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) eller SATS (South African Triage Scale) (9). I disse støttesystemene brukes tre til fem ulike hastegrader avhengig av lokale tilpasninger (12).

Type triagesystem	Hastegrad	Kommentar
Hastegrad ved utalarmering AMK	Rød	Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, 3 utgave. Denne er under revidering.
	Gul	
	Grønn	
RETTS, SATS	Rød	Registrering i disse systemene gir automatisk en hastegrad for ambulansetjenesten.
	Orange	
	Gul	
	Grønn	
	Blå	
Manuell registrering av hastegrad	Rød	For ambulansetjenesten er det også behov for å kunne registrere hastegraden manuelt på bakgrunn av sin undersøkelse og behandling av pasienten. I dag brukes rød, gul og grønn, men hastegradene under Norsk Medisinsk Indeks er under revidering og endelig forslag tas inn her når det er besluttet.
	Orange	
	Gul	
	Grønn	
	Blå	

Figur 1 Hastegrader for ambulansoppdrag i henhold til Norsk indeks og RETTS (9)

Beslutningsgrunnlaget i [redacted] dannes av to algoritmer, vitalparameteralgoritmen og ESS-algoritmen (ESS = Emergency Symptoms and Signs). Vitalparametere er målte verdier for respirasjon, sirkulasjon og bevissthet (respirasjonsfrekvens, SpO₂, puls/hjertefrekvens, blodtrykk og bevissthetsgrad (GCS)). ESS-algoritmen er knyttet til kontaktårsak, tegn og symptomer. Hver av algoritmene gir en prioritering og høyeste hastegrad blir endelig hastegrad (12). Autorisert helsepersonell kan ved skjønn sette en høyere hastegrad, men kan ikke sette lavere hastegrad. Sykepleiere kan nedprioritere hastegrad som er satt ut fra vitalparametere, men kun leger kan nedprioritere en hastegrad satt av ESS-algoritmen (12).

Rapporten definerer også begrepet «fartøys sjef»: «Fartøys sjef er autorisert ambulansarbeider med fagbrev i ambulansefaget, forhåndsgodkjenning nivå 2 og normalt lengst erfaring i ambulansetjenesten. Fartøys sjef har et særlig ansvar for at oppdrag utføres forsvarlig og i tråd med gjeldende myndighetskrav, lokale prosedyrer og retningslinjer.» (9).

2.5.2 God praksis ved akutt somatisk sykdom i ikke-somatisk institusjon

Når en pasient er innlagt i deler av spesialisthelsetjenesten som gir behandling for rus og psykiske lidelser, er det institusjonen som har ansvar for videre oppfølging av pasientens

helse (1). Akutt sykdom skal behandles innenfor institusjonen eller henvises til annen spesialistinstitusjon. Dette gjelder uavhengig av om sykdommen er av somatisk eller psykiatrisk karakter, og om institusjonen er innen somatikk, psykisk helsevern eller rusomsorg. Ved akutt sykdom skal tilstedeværende personale gjøre nødvendige undersøkelser, og vurdere pasientens tilstand. De skal kunne gi akutt, livreddende behandling og/eller kontakte vakthavende lege ved mistanke om behandlingstrengende sykdom. Dersom vakthavende lege kontaktes, bør han/hun innhente informasjon om pasientens symptomer, funn, sykehistorie og medikasjon slik at han/hun kan gjøre en adekvat vurdering. Dersom vakthavende lege ved enheten ikke har kompetanse på det aktuelle sykdomsområdet, har hun/han et ansvar for å konferere med og/eller henviser pasienten til relevant spesialist innenfor institusjonen (1).

Pasienter som er innlagt i ikke-somatisk del av sykehuset, og som får akutt somatisk sykdom som krever øyeblikkelig vurdering, bør transporteres til den somatiske delen av sykehuset. Dette vil da være en intern overflytting, ikke en innleggelse.

2.5.3 God praksis ved vurdering av sterke akutte, smerter i arm

Akutte, sterke smerter i en arm kan sees ved lokalisert sykdom i armen, eller som en del av referert smerte ved sykdommer i brystkassen. Det er kjent at hjertekrampe, hjerteinfarkt, lungebetennelse eller blodpropp i lungene kan gi akutte smerter i armen, men slike tilstander vil ikke gi lokale hudforandringer eller ømhet ved berøring. Akutte sterke smerter i arm i kombinasjon med hevelse, tegn til påvirket sirkulasjon eller andre fargeforandringer kan tyde på en lokal sykdomstilstand som blodpropp i arterie eller vene eller en alvorlig infeksjon. Det kan også være et kompartmentssyndrom hvor muskulaturen hovner opp innenfor muskelhinnene og klemmer av blodforsyningen. Dette kan oppstå etter langvarig klem på armen eller uvanlig mye muskelbruk/trening (2). Flere av disse tilstandene krever snarlig behandling, og bør raskt vurderes av spesialist i kirurgi eller indremedisin. Sterke smerter i en arm vil i RETTS falle inn under «ESS 015 Ekstremitetsproblemer», og ved «plutselig debut med sterke smerter» skal pasienten ha oransje prioritet som betyr alvorlig/potensielt livstruende tilstand. «Pasienten skal ha full monitorering, vitalparametere skal innmeldes akuttmottak». Hastekategorien for legevurdering («Time To Doctor») skal være «kan ikke vente» (15, 3).

2.5.4 God praksis for mottak av henvendelse ved AMK-sentral

AMK har ansvar for å koordinere alle ambulansoppdrag, sette hastegrad og definere oppdragstype (se kap. 2.5.1). Det er ulike forventninger til ambulanspersonellet ved ulike oppdragstyper, og det er derfor nødvendig at AMK og ambulansarbeidere har tilstrekkelig kunnskap og informasjon om organisasjonen, og hvem som har rekvirert oppdraget for å vite hvilken type oppdrag ambulansen er ute på. Bestilling av sekundæroppdrag kommer oftest inn på andre telefonlinjer enn 113. Primæroppdrag kommer som regel inn til medisinsk nødtelefon - 113, som besvares av en medisinsk operatør.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (4) brukes under samtalen som verktøy for å sikre kvalitet på vurderinger og tiltak. Det er den medisinske operatøren sin oppgave å innhente adresse/lokalisering og sikre tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere oppdraget, bestemme oppdragstype og sette hastegrad. Vedkommende må styre samtalen med dette for øyet. Videre skal operatøren gi råd og veilede innringer i situasjoner hvor det er behov for det. Denne veiledningen må tilpasses innringer og innringerens kunnskap og erfaring.

Det er god praksis å videregående informasjon som kan ha betydning for behandling av oppdraget til ambulansarbeiderne som er underveis. Informasjon utover adresse og hastegrad

skrives i fritekstområde på Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS). Dersom oppdraget er rekvirert av en lege, bør informasjon om dette stå i fritekstfeltet.

2.5.5 God praksis ved utrykning med ambulanse

Sekundæroppdrag er en overflytning fra en institusjon til en annen. Ambulansepersonell bør i disse tilfellene oppsøke helsepersonell på stedet for å få rapport om pasienten (3), og ambulansesarbeiderne skal gjøre en enklere undersøkelse med palpasjon av puls og telling av respirasjonsfrekvens. De kan oppgradere oppdraget, men ikke nedgradere oppdraget uten å konferere med ansvarlig lege. De skal ikke vurdere indikasjonen for oppdraget.

Ved primæroppdrag rykker ambulansen ut etter hastegrad satt av AMK. Denne gjelder til personellet er fremme. Da skal ambulansepersonell gjøre en ny bedømmelse av tilstanden på bakgrunn av informasjon fra AMK-sentralen, sykehistorie, observasjon og undersøkelse og behandling av pasienten (9). Undersøkelsen skal skje med tanke på kontaktårsak, tegn og symptomer (ESS) og registrering av de fem vitalparametere (VP), og dette danner grunnlaget for en ny hastegradsvurdering. Hvis ambulansepersonellet raskt finner ut at det er benyttet feil kontaktårsak, kan det være aktuelt å endre ESS-kategori, og dette kan gi en annen hastegrad enn hastegraden AMK satte for oppdraget.

Ambulansepersonellet kan oppgradere ESS-hastegraden ut fra sine undersøkelser. Dersom ambulansepersonellet ønsker å nedgradere ESS-hastegraden, så skal det konfereres med lege (3, 12).

Det er alltid en lege som har ansvar for den pasienten som ambulansepersonellet tar seg av. I utgangspunktet er det rekvirerende lege som har behandlingsansvaret for pasienten. Legen er ansvarlig inntil en annen lege overtar. Dersom ambulanseoppdraget er generert av medisinsk nødtelefon fra publikum (primæroppdrag), så er AMK-legen ansvarlig inntil annen lege overtar. Det kan også være hensiktsmessig å kontakte legevaktlege eller fastlege vedrørende pasienten, og la denne overta ansvaret (11).

Ambulansepersonellet er ikke utdannet for diagnostisering av pasienten, og skal ikke alene ta avgjørelse om hvorvidt en pasient er behandlingstrengende i helsevesenet, eller hvorvidt en pasient skal transporteres til lege/sykehus (3,17,18). I tilfeller hvor pasienten ikke ønsker å bli med ambulansen, skal han/hun få tilstrekkelig informasjon slik at han/hun har grunnlag til å forstå risiko og konsekvenser av sitt valg. Helsepersonellet må i en slik situasjon selv ha tilstrekkelig kompetanse eller informasjon til å kunne gi denne type informasjon til pasienten. Pasientens avgjørelse skal dokumenteres, og hun/han blir vanligvis oppfordret til å signere i ambulansejournalen på at han/hun ikke ønsker å bli med i ambulansen.

For å kunne gjøre sine vurderinger må ambulansepersonellet ha relevant opplæring og kompetanse. Alle ansatte i ambulansetjenesten skal i tillegg til forskriftens krav gjennomgå bedriftsintern opplæring som fører fram til sertifisering på medisinske og operative arbeidsoppgaver (7). I definisjonen og omtale av begrepet «fartøyssjef», beskrives at denne har et særlig ansvar for at oppdraget utføres forsvarlig. Det er ikke noe krav at begrepet fartøyssjef blir tatt i bruk med denne forståelsen, men det vil være i tråd med god praksis at i de tilfeller hvor en erfaren ambulansesarbeider arbeider i team med en mindre erfaren kollega (for eksempel lærling), så vil den erfarne ha et særlig ansvar for å sikre at oppdraget utføres forsvarlig.

3 Forhold ved virksomheten, organisering, rutiner og praksis

Nedenfor følger en beskrivelse av relevante forhold ved virksomhetens faktiske organisering og styring som er relevante for temaet for tilsynet.

3.1 Organisering

HE er [redacted] var involvert i denne hendelsen.

Klinikk psykisk helse og rusbehandling [redacted].
Pasienten var innlagt ved [redacted] i avdeling for [redacted].
Seksjonen ligger knapt [redacted].

Prehospital klinikk består av [redacted].
Ambulansetjenesten er delt opp i geografiske seksjoner, og i denne saken rykket det ut
ambulans fra [redacted]. AMK har ansvar for hele nedslagsområdet til [redacted]
og [redacted].

3.2 Styrende dokumenter og forventninger

3.2.1 Rutiner – ledelsens forventninger til praksis

Følgende dokumenter er relevante for våre vurderinger:

- Bakvakt for [redacted] – Ved akutt somatisk sykdom hos innlagte pasienter ved [redacted] skal bakvakt konfereres utenfor ordinær arbeidstid. Bakvakten har ansvaret for døgninnlagte pasienter der det er behov for akuttmedisinsk vurdering av somatisk og psykiatrisk art. Bakvakten skal rykke ut til døgnseksjonene når dette anses som nødvendig, og være tilstede i løpet av en time fra avtale er gjort med bakvakt om at oppmøte er nødvendig.
- DIPS - [redacted] beskriver ansvar, fremgangsmåte og arbeidsflyt ved tilsyn på inneliggende pasienter. Det skal opprettes en anmodning om tilsyn i DIPS, men ved behov for raskt tilsyn og i helger skal det i tillegg ringes til relevant lege, alternativt vakthavende lege.
- [redacted] er et skjema/sjekkliste for mottak av henvendelser til AMK. Når det ringer på medisinsk nødtelefon skal medisinsk operatør besvare telefonen og presentere seg: «Medisinsk nødtelefon 1-1-3». De skal bruke medisinsk indeks startkort som veileder videre i samtalen. Operatøren skal bekrefte innringers telefonnummer, adresse og kommune og registrere det i AMIS. Dersom situasjonen krever en åpenbar rød respons så skal det sikres umiddelbar varsling. Ressurskoordinator hos AMK skal gå i «medlytt» på telefonen. Operatøren skal videre følge algoritmen i startkortet og aktuelt oppslag i medisinsk indeks. Problemet skal avklares, og kriterienummer og hastegrad fastsettes. (Se pkt. 2.5.4). Problemfeltet i AMIS skal oppdateres fortløpende.
- [redacted] er en lokalt tilpasset utgave av beslutningsstøtteverktøyet RETTS. Den ligger i [redacted] ambulansetjenestens internettbaserte portal, og tiltaksboken inneholder prosedyrer og dokumenter. Tiltaksboken beskriver primær- og sekundær oppdrag, forventninger til ambulanspersonell ved de ulike oppdragstyper, og bruken av RETTS og ESS slik det er beskrevet i kapittel 2.5.1-2.5.5.

Fra tiltaksboken nevner Helsetilsynet særlig at det fremgår av kapittelet om sykehistorie (anamnese) ved sekundæroppdrag at det er enkelte opplysninger som må innhentes fra helsepersonell på avdelingen der pasienten hentes. Dette gjelder blant annet; hva er hovedproblemet, hva feiler det pasienten? Skal pasienten ha behandling underveis? Andre relevante opplysninger for ambulansetransporten? Videre fremgår det av tiltaksboken at ambulansepersonellet ikke er utdannet for diagnostisering av pasienten, og derfor skal de ikke alene ta avgjørelsen om hvorvidt en pasient er behandlingstrengende i helsevesenet eller hvorvidt en pasient skal transporteres til lege/sykehus. Slike avgjørelser skal alltid tas av lege.

I tiltaksboken er det også et punkt for når pasienten etterlates på stedet. Det er et eget punkt for handling i tilfeller der pasienten samtykker til undersøkelse og klarlegging av problem/sykehistorie, men hvor det ut fra funn ved undersøkelse og anamnese ikke er behov for transport til sykehus/legevakt.

- I tilfeller der transporten er rekvirert av lege, skal transporten utføres som rekvirert.
- Konsultasjon med legevakts-lege/fastlege (ved hjelp av ISBAR) på logget samband hvis mulig (via AMK). Lege skal i tillegg når det er mulig, få snakke med pasienten selv.
- Dokumenter vitale parametere, annen relevant informasjon og legens navn i pasientjournalen.
- Kopi av papirjournal leveres til pasienten. Originalen arkiveres.
- Pasienten/pårørende skal alltid informeres om å ta ny kontakt hvis tilstanden forverrer seg.

Dersom pasienten er i behov av legeundersøkelse, men ikke trenger ambulanse, må ambulansepersonellet forsikre seg om at pasienten har organisert annen transport.

3.2.2 Praksis – hvordan arbeidet vanligvis ble utført

Bakvaksordningen for [REDACTED] var dekket av overleger ved [REDACTED]. Bakvakten hadde tilgang til pasientenes elektroniske journal, men legene ved DPS kjente ikke pasientene på [REDACTED]. Bakvakten rykket ikke ofte ut, men hadde blant annet gjort det ved selvmordsrisikovurderinger, rømninger eller alvorlige somatiske hendelser. Ved kritiske akutte somatiske tilstander kontaktet helsepersonellet AMK direkte på telefon 113, og informerte bakvakten etterpå.

Ved ansettelse skulle alle vakthavende leger gjøres kjent med kvalitetshåndboken og legenes oppgaver knyttet til å være vakthavende lege. På hendelsestidspunktet ga den aktuelle prosedyren for øyeblikkelig akuttmedisinsk beredskap ikke tydelig råd for håndtering av tilstander der det var behov for overføring til somatisk avdeling.

Ved bestilling av overføring med ambulanse (sekundæroppdrag) ringte helsepersonellet et internt nummer til AMK-sentralen. De hadde en laminert lapp med dette nummeret på oppslagstavla.

AMK

Medisinsk operatør på AMK tok imot alle samtaler til 113. Operatørens første oppgave var raskt å bestemme hastegrad og respons ved hjelp av medisinsk indeks og sikre adressen slik at koordinator kunne formidle ordre til ambulansen. Koordinator lyttet (medlytt) på 113-samtaler, men ikke samtalene på andre linjer som ambulansbestillingstelefonen. I kritiske

situasjoner kunne operatøren beholde kontakt med innringer til ambulansen var fremme og legge inn kliniske opplysninger etterhvert i AMIS. Disse opplysningene var tilgjengelig i ambulansen. AMK la alltid inn leveringssted for oppdraget, og ambulansen måtte varsle AMK om avvik fra dette. Ved tilsynet ble det opplyst at ved alle akuttoppdrag ble akuttmottaket lagt inn som leveringssted.

Ambulanse

Ambulansepersonellet gjorde en ny triage etter [redacted] når de kom fram til pasienten. Helsetilsynet fikk opplyst at det ofte skjedde at ambulansepersonellet satte en annen prioritering etter bedømming av tilstanden til pasienter. Personellet kunne selv gi et oppdrag høyere hastegrad enn den AMK hadde satt. Dersom oppdraget var bestilt av en lege som hadde vurdert pasienten, kunne de ikke sette hastegraden ned.

I tilfeller hvor de vurderte å la pasienten bli igjen i stedet for å dra på legevakten, skulle de konferere med legevaktslegen. Legevaktslegen kjente da sjelden til pasienten og sykehistorien. Det hendte derfor at ambulansepersonellet møtte lite forståelse fra legevaktslegen som hadde vakt, og som ble ringt etter. Det hadde derfor vært tilfeller hvor de hadde unnlatt å kontakte legevaktslegen.

Ved tilsynet ble det også uttrykt bekymring over at triageringssystemet som ble brukt i ambulansene var laget med overtriagering, og dette ga daglige dilemmaer på oppdrag. Det ble også gitt uttrykk for at kommunikasjonssvikt var et vanlig problem, og at ambulansen ikke mottok tilstrekkelig informasjon om en hendelse/situasjon.

I praksis fungerte 2. års lærlinger som fullverdig arbeidskraft etter at de hadde bestått gitte tester. Begrepet [redacted] brukes ikke ved [redacted] men det ble opplyst at i de tilfeller der ambulansen er bemannet med en autorisert ambulansarbeider og en lærling i verdiskapning, så var det ambulansarbeideren med autorisasjon som hadde ansvar for å kvalitetssikre «oppdraget».

3.2.3 Tidligere avvik

Før den aktuelle hendelsen hadde foretaket fått avvik som gjaldt utkalling av ambulanse til perifere destinasjoner underlagt [redacted]. Ved tilsynet fikk vi opplyst at det her hadde «gått i surr» for mange.

Det at pasienten ikke ble tatt med, var også et område hvor det var meldt inn avvik, og som var avdekket som et risikoområde. Foretaket hadde tatt tak i dette og begynt et kartleggingsarbeid.

4 Hendelsen og helsehjelpen

I dette kapittelet har vi beskrevet hendelsen og pasientbehandlingen. Vi har redegjort for vår oppfatning av forholdene som har hatt betydning for vurderingen og den tilsynsmessige oppfølgingen.

4.1 Bakgrunn

Pasienten var en [redacted] som var innlagt på [redacted] var [redacted] innlagt for et [redacted] og [redacted]

Tre dager før hendelsen henvendte pasienten seg til behandlende lege på grunn av smerter i fingerledd og skuldre, og stivhet i kroppen. [REDACTED] hadde vært plaget med dette [REDACTED] men plagene hadde økt på de siste ukene. Pasienten ble henvist til revmatolog på bakgrunn av [REDACTED] og relevant klinikk. [REDACTED] ønsket ikke smertestillende medikasjon.

4.2 Hendelsen

[REDACTED] innebar mye tung bæring. [REDACTED] skal i samtale med [REDACTED] ha klaget over stølhet og smerter i armene etter dette.

På [REDACTED] den [REDACTED] tok pasienten kontakt med personalet i avdelingen og sa at [REDACTED] følte seg uvel, og at [REDACTED] var engstelig for skulderen og armen sin. [REDACTED] sa at smertene i armen var forverret, og det var nytt at armen var «nummen og rar». Det var ingen misfarging eller hevelse i armen eller hånda. Blodtrykket var 163/104 mm Hg, og pulsen 78. [REDACTED] fikk Paracet og Ibux som smertelindring. Ved midnatt tok pasienten kontakt med personalet på nytt, og sa at [REDACTED] hadde sterke smerter i [REDACTED] arm. [REDACTED] fikk igjen Paracet og Ibux.

[REDACTED] tok pasienten kontakt med sykepleieren igjen, og [REDACTED] hadde da så vondt at [REDACTED] ikke klarte å ligge i sengen. Smertene var konstante, men med takvise forverringer. [REDACTED] beskrev at armen føltes «sperrt av» ved albuen når hun bøyde armen, og [REDACTED] var urolig på grunn av smertene. Smertene strålte nedover armen og ut i fingertuppene. På spørsmål benekte [REDACTED] bryst smerter, men var så noe usikker på dette. Pasienten hadde tydelige svetteperler i ansiktet, var blek og svært motorisk urolig. Blodtrykket var 184/114 mm Hg, og pulsen 64. Sykepleier på vakt observerte at [REDACTED] hånd var rød-lilla og at fingrene var hovne. Sykepleieren var bekymret for pasienten og tilkalte en sykepleier fra naboseksjonen (sykepleier 2) for at de skulle vurdere pasienten sammen.

[REDACTED] ringte de bakvakslegen som var hjemme. Hun hadde til vanlig arbeidssted ved [REDACTED] [REDACTED]. Hun kjente ikke pasienten fra før, men hadde tilgang til DIPS og innhentet informasjon om tidligere vurdering av pasientens mulige [REDACTED] plager».

Sykepleieren informerte om at pasienten hadde utviklet sterke smerter i [REDACTED] arm i løpet av [REDACTED], at smertene ble stadig verre og at armen hadde hovnet opp og hadde fått en rødblålig farge. Bakvakslegen vurderte at dette var noe annet enn revmatisme. Hun mente det var alvorlig at armen forandret farge, at det kunne dreie seg om en blodpropp, og at det hastet med å få pasienten til lege. Hun vurderte å reise til [REDACTED] men det ville ta en time og hun mente det hastet mer med å få pasienten til lege. Fra sin faste arbeidsplass ved [REDACTED] var hun vant til å bruke den lokale legevakten ved akutt somatisk sykdom hos pasienter, og hun sa til sykepleieren at hun måtte dra med pasienten i en taxi til legevakten for å få vurdert armen.

Bakvakslegen mente de ikke kunne sende pasienten rett til akuttmottaket uten at [REDACTED] var undersøkt klinisk av en lege. Sykepleieren skrev i sitt notat at bakvakten mente det var grunn til bekymring, og at pasienten burde dra på legevakt, ev. at AMK burde kontaktes. Sykepleieren var alene på vakt og kunne ikke følge pasienten i drosje. Hun informerte derfor pasienten om at hun ville ringe etter en ambulanse. Pasienten ville ikke være til bry, og skal ha sagt at [REDACTED] ikke trengte ambulanse, og at [REDACTED] kunne ta en drosje alene.

[REDACTED] ringte sykepleieren internnummeret til AMK. Dette nummeret skulle de bruke når det ikke var hasteoppdrag. I følge utskrift av lydloggen fra AMK fortalte hun i samtale med medisinsk operatør at hun ringte fra avdeling for rusbehandling, at hun hadde en pasient som

var dårlig med sterke smerter i [redacted] arm. Hun fortalte videre at hun hadde ringt bakvakslegen som mente det kunne være blodpropp. Sykepleieren fortalte videre om høyt blodtrykk og sterke, takvise smerter hvor pasienten ble blek og svetten piplet. Hun avkrefte at pasienten hadde hatt brystmerter eller vært kortpustet. AMK-operatøren bekreftet at pasientens symptomer ikke hørtes bra ut, og sa at han la oppdraget inn som «brystmerter, med utstråling til armen». Han sendte ut oppdraget som hastegrad A, «rød tur». Sykepleieren ble avbrutt flere ganger under samtalen, og informasjonen om misfarging av armen og at bakvakten ønsket at pasienten skulle vurderes av lege, ble aldri nevnt for AMK-operatøren. Denne informasjonen kom derfor heller aldri frem til ambulansespersonellet.

Ambulansen ankom [redacted]. Sykepleieren og pasienten stod da klare utenfor avdelingen. Pasienten hadde pakket med seg nødvendige ting. Ambulansen var bemannet med ambulansarbeider 1 som var lærling og ambulansarbeider 2 som var autorisert ambulansarbeider og sykepleier. Ambulansarbeider 1 gikk ut og hilste på begge. Sykepleieren spurte om de hadde fått rapport om hva det gjaldt, og dette ble bekreftet, men det ble ikke utvekslet annen informasjon om tilstanden. Han tok med pasienten bak i ambulansen og undersøkte [redacted]. Ambulansarbeider 2 ble sittende i førerstedet i bilen gjennom hele undersøkelsen og observerte dem gjennom vinduet/luka mellom fremre og bakre del av bilen. Han fikk referert resultatet av undersøkelsene og målingene.

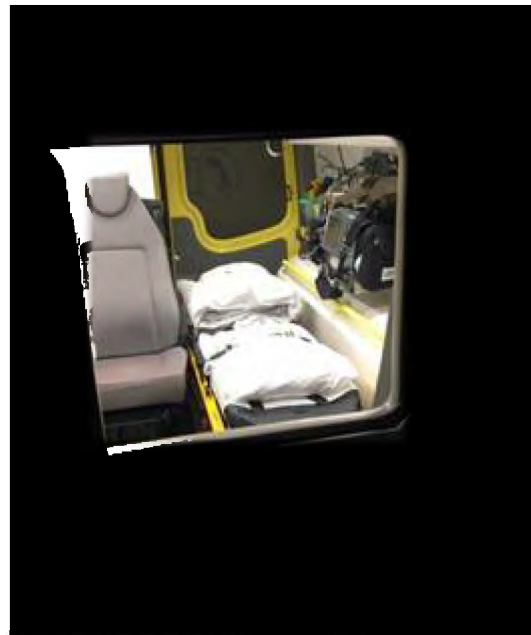


Foto1 og 2: Interiør ambulanse med vindu sett bakfra og «utsikt» fra passasjerstedet bak til pasientbåre

Da ambulansarbeider 1 undersøkte pasienten, slet [redacted] med å forklare eksakt hva slags smerter [redacted] hadde. [redacted] sa at det følte seg som en slags verking. [redacted] følte seg bedre, og at det i undersøkelsessituasjonen kun var et lett ubehag i armen. [redacted] syntes det var overdrevet med ambulanse, men at sykepleieren mente det var nødvendig. [redacted] fortalte at smertene i armen var en kjent problemstilling, at [redacted] skulle til utredning for dette og at [redacted] skulle til røntgenundersøkelse noen dager senere.

Ambulansarbeider 1 tok EKG og gjorde måling av de fem vitalparameterne (VP): puls, blodtrykk, pustefrekvens, perifer oksygenmetning og vurdering av bevissthet (GCS). Apparatet som ble brukt analyserte EKG som normalt, og pasienten ble oppfattet å ha normale VP. Det ble vurdert at det ikke var nødvendig å sende EKG til vurdering.

Ambulansearbeideren har opplyst at ved undersøkelse av [redacted] arm var den upåfallende, uten hevelse eller misfarging. Ved berøring av armen klaget [redacted] over ømhet fra øvre del av overarmen og oppover. Ambulansearbeiderne vurderte at plagene kunne ha nevrologisk eller muskulær årsak, og kunne relateres til plagene [redacted] skulle utredes for. De tok utgangspunkt i at pasienten hadde smerter i armen, men siden de ikke oppfattet det som akutte smerter og at problemstillingen var kjent for pasienten, endret de triageringen og oppdraget til «grønn tur».

Hastegrad ved oppdraget ble dermed nedprioritert til grønn. I triagesystemet [redacted] satte de «ESS uten nummer». De informerte pasienten om at alt så bra ut, og at det ikke var nødvendig å kjøre [redacted] til sykehuset. De ville i stedet kjøre [redacted] til legevakten for en sjekk. Pasienten ønsket da ikke å dra på legevakten. [redacted] fortalte at lege kom på avdelingen dagen etter, og at [redacted] kunne undersøkes da. Ambulansearbeiderne påpekte at pasienten hadde tatt smertestillende som kunne kamufflere symptomer, og at det derfor var lurt å bli med til legevakten. Pasienten ville imidlertid ringe tilbake dersom smertene kom tilbake. [redacted] signerte på at [redacted] ikke ønsket hjelp/transport og ambulanspersonellet noterte «Skal ta kontakt med lege på stedet i morgen. Tar rekontakt ved forverring. Ønsker ikke til legevakt nå.» Ambulansepersonellet vurderte pasienten som stabil og lite påvirket, og de var «komfortable» med denne løsningen. Ambulansearbeiderne konfererte ikke med AMK-lege, legevakslege eller annen lege om avslutning av oppdraget. De kjente ikke til at bakvakten hadde vært involvert, eller at [redacted] hadde sagt at pasienten måtte vurderes av lege.

Sykepleieren hørte at ambulanspersonellet avsluttet samtalen med pasienten og gikk ut for å høre med ambulansearbeider 1 om hva som skjedde. Hun fikk vite at EKG og alle undersøkelser var «fine», og dette ikke var noen sak for akuttmottaket. Hvis det skulle være noe senere, fikk de sende pasienten i drosje til legevakten. Sykepleier spurte om hånda, men fikk igjen vite at alle prøver var normale.

Det fremgår av lydloggen at [redacted] meldte ambulansearbeider 1 tilbake til AMK om at pasienten ble igjen på stedet. Det ble sagt at pasienten «hadde noen sånn skulderproblematikk fra før... Det var bare noen smerter i armen, det var ikke noe bryst... eller noen ting.» AMK-operatøren kommenterte at sykepleieren sa at pasienten hadde kaldsvettet når smertene kom, men fikk til svar at «ja, [redacted] gjør jo det av og til uansett da».

Da pasienten kom tilbake til avdelingen virket [redacted] lettet og fornøyd med å slippe å dra på sykehuset. [redacted] følte seg bedre og gledet seg til å legge seg. Sykepleieren observerte at fingertuppene fortsatt var litt hovne, men at misfargingen var borte.

Helsetilsynet har mottatt motstridende opplysninger om hva som skjedde etter dette. Sykepleieren fortalte at [redacted] ringte til bakvakten og informerte om at ambulansen hadde vært der, og at de ikke tok pasienten med. Bakvakten skal ha sagt: «Nei, da får vi stole på deres undersøkelser da.» Bakvakten kan ikke huske å ha hatt noen slik samtale. Hun fortalte at første gang hun hørte om at pasienten ikke hadde vært på legevakten, var da hun ble oppringt om hjertestans [redacted]

Pasienten ble tilsett [redacted], og [redacted] lå da våken i sengen. [redacted] ha sagt at [redacted] hadde litt vondt, men at det gikk greit. Sykepleieren så igjen til pasienten [redacted] og oppfattet da umiddelbart at pasienten var livløs uten pust og puls, marmorert i huden og blålig misfarget på armen og beinet. Hun slo alarm internt og tilkalte annet personell som startet hjerte-lunge-redning. Hun ringte samtidig AMK med sin egen mobiltelefon til 113, og AMK-operatøren

sendte ut to biler som ankom stedet [REDACTED] AHLR ble avsluttet og pasienten ble erklært død [REDACTED]

4.3 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

[REDACTED] har hatt løpende kontakt med pasientens [REDACTED] etter hendelsen. Det har vært flere samtaler med pasientens [REDACTED] som var oppgitt som nærmeste pårørende, og familien har fått tilbud om oppfølgingsamtaler. Informasjon til andre skal ha gått via [REDACTED]

4.4 Virksomhetens interne gjennomgang av hendelsen

På tidspunktet for det stedlige tilsynet fikk vi vite at det var satt i gang et strakstiltak som var under arbeid. Dette tiltaket innebar at alle satelittstasjoner under [REDACTED] skulle markeres. Ut over dette var det ikke satt i gang en systematisk gjennomgang av hendelsen.

Helsetilsynet har mottatt helseforetakets tilbakemelding på foreløpig rapport i brev av [REDACTED]. Det fremgår at hendelsen er gjennomgått i klinikk for psykisk helse og rus sitt pasientsikkerhetsutvalg. I referatet påpekes det blant annet at:

- Pasienter innlagt på [REDACTED] skal ved tegn på alvorlig sykdom ikke bringes til legevakt for undersøkelse, men til akuttmottaket på sykehuset. Prosedyrene er gjennomgått og revidert.
- Når leges anvisning ikke følges av personalet, må det gis beskjed tilbake til ansvarlig lege, og denne må ta stilling til om det skal iverksettes andre tiltak. I dette tilfellet burde lege ha fått beskjed om ambulansespersonellens vurdering og alternativt tatt stilling til om:
 - legen selv ville rekvirere videre undersøkelser ved [REDACTED] eller om
 - legen selv ville dra til seksjonen for å undersøke pasienten.

På hendelsestidspunktet ga aktuelle prosedyre for øyeblikkelig akuttmedisinsk beredskap ikke tydelig råd for håndtering av tilstander der det var behov for overføring til somatisk avdeling. Klinikken prosedyre er derfor revidert, og hendelsen er gjennomgått med vakthavende leger for [REDACTED]. Dette skal også tas opp på nytt i faste møter med vakthavende leger for DPS og [REDACTED]

Prehospital klinikk har etter hendelsen innført følgende tiltak:

- Alle sykehusets satelittstasjoner er kartlagt, og det er utarbeidet en liste over disse for AMK-sentralen og de ansatte i ambulansetjenesten. Dette arbeidet må gjøres på nytt, da klinikk for psykisk helse og rus har skiftet navn på flere av sine enheter fra [REDACTED]
- Deres regelverk tilsier at pasienter på sted ikke skal kunne etterlates uten at pasienten har blitt undersøkt fullstendig og etter konferanse med lege. Regelverket gjennomgås fremdeles, og de har innledet et samarbeid med [REDACTED] som arbeider med samme problemstilling. Målet er å definere noen konkrete pasientkategorier der det vil bli tillatt å etterlate pasienten, samt å innskjerpe kontrollfunksjoner og løpende praksis i forhold til øvrige pasienter.

4.5 Opplysninger fra de pårørende til Helsetilsynet

De pårørende ble tilbudt samtale med Helsetilsynet ved det stedlige tilsynet. Pasientens [REDACTED] ønsket ikke samtale på dette tidspunktet, men har fått tilbud om møte på et senere tidspunkt.

Helsetilsynet hadde samtale med pasientens [redacted] ved det stedlige tilsynet. [redacted] fortalte at [redacted] Det var mange tunge løft, og da [redacted] skulle kjøre pasienten til [redacted] hadde [redacted] mye smerter i skulderen. [redacted] mente at smertene sannsynligvis skyldtes stølhet etter de tunge løftene. Pasienten arbeidet som [redacted] som også ga [redacted] smerter i skulderen. Pasientens [redacted] hadde for øvrig flere spørsmål knyttet til hva som skjedde den aktuelle [redacted] ble satt i kontakt med virksomheten som skulle følge opp dette.

5 Hendelsesanalyse

På bakgrunn av all informasjon som er tilgjengelig i ettertid av den alvorlige hendelsen har Helsetilsynet laget en hendelsesanalyse. Vi legger følgende til grunn:

- Pasienten ble funnet livløs i sengen [redacted] og det ble umiddelbart slått alarm og startet hjerte-lunge-redning, men gjenopplivningen ble avsluttet etter 70 minutter. Pasienten døde [redacted]
 - Da pasienten ble funnet ved tilsyn var det blålig misfarging av arm og fot, og det ble oppfattet at [redacted] hadde vært livløs en stund. Det var ikke klart hvor lenge [redacted] hadde ligget slik, men [redacted] var tilsett to timer tidligere og var da våken. Dødsårsaken er ikke kjent.
- Ambulansen rykket ut på rød tur, og vurderte pasienten med spørsmål om bryst smerter. Oppdraget fikk kontaktårsak «Tilstand som ikke har ESS-nummer» uten at det ble innhentet supplerende opplysninger. Pasienten ble ikke tatt med til somatisk sykehus eller legevakt for somatisk vurdering, men fikk bli igjen på ARB og gikk til sengs.
 - Ambulansepersonellet fikk ikke informasjon om bakvaktens mistanke om blodpropp, og at pasienten måtte vurderes av lege. De fikk ikke informasjon om at bakvakten hadde rekvirert oppdraget. Mistanke om blodpropp i armen ville plassert oppdraget i kategorien «akutt smerte i ekstremitet» (3) som ville medført at pasienten skulle hatt full monitorering og skulle vært kjørt til akuttmottaket. Da ambulansen ankom ble pasienten vurdert uten at de innhentet sykehistorie eller annen supplerende informasjon fra sykepleier. Pasienten ble undersøkt med tanke på bryst smerter i ambulansen, men ambulansepersonellet fant ikke tegn til hjertesykdom eller annen akutt sykdom og fant ikke grunn til å ta pasienten til akuttmottaket. Det foreligger ikke informasjon om at de vurderte om pasienten kunne hatt en blodpropp. Ambulansepersonellet forstod ikke at pasienten allerede var innlagt i foretaket, og anbefalte en sjekk på legevakten. Pasienten ønsket ikke dra dit, og signerte på at [redacted] ikke ville bli med i ambulansen. Avgjørelsen om å la pasienten bli igjen ble ikke diskutert med lege.
- AMK-operatøren registrerte ikke at det var konferert med bakvakt som ønsket snarlig legetilsyn på mistanke om blodpropp i armen.
 - Sykepleieren ringte AMK og fortalte om sterke smerter i armen, at bakvakt var konferert, og at det var mistanke om blodpropp, men hun ble avbrutt av operatøren, og informasjonen ble ikke bekreftet eller gjentatt. Det ble heller ikke registrert i AMIS at bakvakten ønsket legetilsyn på mistanke om blodpropp. Oppdraget som egentlig var et sekundæroppdrag med bakvakten som rekvirert, ble registrert som et primæroppdrag, «rød tur», med spørsmål om bryst smerter.
- Sykepleier ringte bakvakten som mente at pasienten måtte vurderes av lege på legevakten.

- Legen fikk vite at armen var misfarget, og at smertene hadde kommet raskt og var intense. Hun mente at det kunne dreie seg om en blodpropp i armen, og at pasienten måtte vurderes raskt på sykehus for dette. Hun vurderte at det ville ta for lang tid hvis hun skulle rykke ut, men hun ville at pasienten skulle tilses av lege før pasienten ble sendt til akuttmottaket. Hun ga derfor beskjed om at de skulle dra på legevakten. Bakvakslegen forstod ikke at pasienten skulle behandles internt på sykehuset siden [redacted] allerede var innlagt. Bakvakslegen konfererte ikke med annen spesialist på sykehuset. Sykepleieren kunne ikke følge pasienten til legevakt og ringte derfor AMK på internnummeret.
- Pasienten fikk økende smerter i [redacted] arm i løpet av [redacted]
 - Sykepleieren registrerte at pasienten var kaldsvett og sterkt påvirket av smerter, og at armen var hoven og blålig misfarget. Hun vurderte tilstanden som alvorlig og innhentet en kollegas vurdering. De var enige om at dette kunne være alvorlig, og at bakvakten måtte vurdere tilstanden.

6 Helsetilsynets vurderinger

Helsetilsynet har i denne saken vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp da [redacted] fikk symptomer på akutt somatisk sykdom, mens hun var innlagt ved [redacted]. Vi har også vurdert om [redacted] sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt ved ikke-somatisk avdeling. Videre har vi vurdert om foretaket har iverksatt relevante tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende skjer igjen.

Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn til å opprette tilsynssak overfor noe enkelt helsepersonell. Våre vurderinger av helsepersonellens handlinger inngår imidlertid i den samlede vurderingen av den helsehjelp pasienten fikk.

Vi har vurdert følgende:

Ga [redacted] pasienten forsvarlig helsehjelp?

- Fikk pasienten helsehjelp i tråd med god praksis da [redacted] fikk symptomer på akutt somatisk sykdom under innleggelsen på [redacted]
- Ble henvendelsen til AMK håndtert i tråd med god praksis?
- Fikk pasienten helsehjelp i tråd med god praksis i forbindelse med ambulanseutrykningen til [redacted]

Sikret [redacted] forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling?

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

6.1 Ga [redacted] pasienten forsvarlig helsehjelp?

Helsetilsynet har i denne saken kommet til at det er flere forhold som ikke var i tråd med god praksis. Etter en samlet vurdering av disse forholdene har vi kommet til at avviket fra god praksis er så stort at vi vurderer det som uforsvarlig.

Det foreligger brudd på:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf.
- helsepersonelloven § 4

Vår konklusjon bygger på følgende:

6.1.1 Fikk pasienten helsehjelp i tråd med god praksis da [redacted] fikk symptomer på akutt somatisk sykdom under innleggelsen på [redacted]

Helsetilsynet vurderer at:

- Da pasienten fikk smerter i skulderen og armen [redacted], ble dette dokumentert. Pasienten fikk smertestillende tabletter og problemet ble rapportert til de påtroppende nattevaktene. Da smertene økte på og armen ble misfarget, ble [redacted] grundig undersøkt av sykepleier med anamnese, observasjoner og måling av puls og blodtrykk. Symptomer, funn ved undersøkelse og målinger ble grundig dokumentert. Vi mener at dette var i tråd med god praksis.
- Vi mener at videre vurderinger og oppfølging også var i tråd med god praksis. Sykepleieren mente pasientens symptomer kunne tyde på behandlingstrengende sykdom, og ringte bakvakten og informerte om pasientens situasjon og de funn som var gjort. Overlegen supplerte informasjonen med oppslag i den elektroniske pasientjournalen, og fant notat om pasientens kjente plager i [redacted] arm. Hun vurderte at det kunne dreie seg om en blodpropp, og at det var alvorlig at armen forandret farge.
- Helsetilsynet legger til grunn at bakvakslegen vurderte at det ikke var tid til at hun skulle rykke ut for å se til pasienten, og ga derfor beskjed om at pasienten måtte til legevakten for å vurderes av lege før en eventuell innleggelse. Vi vurderer at dersom bakvakslegen mente at det hastet med legetilsyn, skulle hun tatt direkte kontakt med lege på vakt ved sykehuset, og bedt om en vurdering ved aktuell somatisk avdeling. Det er et legeansvar å henvise pasienter til annen spesialist. Denne pasienten var også allerede innlagt ved [redacted]. Det ville derfor vært en intern overflytting. Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at bakvakslegen kun ga sykepleieren beskjed om at pasienten burde følges til legevakten, ev. at sykepleieren skulle ringe til AMK.
- Sykepleieren ringte til AMK og formidlet informasjon om kontakt med bakvakslegen og dennes bekymring for blodpropp. Hun informerte blant annet om at pasienten hadde sterke smerter i [redacted] arm og høyt blodtrykk. Vi mener at sykepleieren i tråd med god praksis formidlet relevant og nødvendig informasjon til AMK-operatøren.

6.1.2 Ble henvendelsen til AMK håndtert i tråd med god praksis?

Helsetilsynet vurderer at:

I AMIS ble det blant annet notert at pasienten hadde sterke smerter i [redacted] arm, hadde høyt blodtrykk, at [redacted] kaldsvettet når smertene kom og at [redacted] var blek. Videre ble det notert at [redacted] hadde tatt Paracet og Ibux, og at [redacted]. Vi mener at AMK-operatøren innhentet og videreformidlet mye informasjon til ambulansen, og at det var i tråd med god praksis at ambulansen ble sendt ut med høyeste hastegrad (rød tur) på mistanke om brystsmerter.

Helsetilsynet mener imidlertid at vesentlig informasjon som hadde stor betydning for hvordan oppdraget skulle løses, ikke ble videreformidlet. Ambulansen fikk ikke informasjon om at:

- pasienten allerede var innlagt ved [redacted] og at oppdraget derfor skulle vært et sekundær oppdrag.
- bakvakslegen hadde vært involvert i vurderingen av pasienten.
- det var bakvakslegen som hadde bedt om at pasienten skulle tilses av lege på mistanke om blodpropp i armen.

Vi mener at dette var informasjon som burde vært videreformidlet til ambulansepersonellet, da det ville lagt føringer for ambulansepersonellets håndtering av oppdraget. Vi mener at det ikke var i tråd med god praksis at AMK-operatøren ikke registrerte og videreformidlet disse opplysningene.

6.1.3 Fikk pasienten helsehjelp i tråd med god praksis i forbindelse med ambulanseutrykningen til [REDAKTERT]

Helsetilsynet legger følgende til grunn:

- Ambulansearbeiderne hadde ikke kunnskap om at oppdraget skulle ha vært et sekundæroppdrag og at:
 - bakvakslegen ønsket at pasienten ble vurdert av lege.
 - det var vurdert at pasienten kunne ha en blodpropp i armen.
 - pasienten var innlagt i [REDAKTERT]
- Ambulansearbeiderne innhentet ikke ytterligere informasjon fra sykepleieren som hadde kontaktet AMK.
- Ambulansearbeidernes oppdrag var «pasient med brystmerter med utstråling til armen» og nedgraderte oppdraget basert på følgende:
 - EKG var normalt.
 - Pasientens vitalparametere var normale.
 - Pasienten bagatelliserte smertene i armen og fortalte at det ikke var like smertefullt da [REDAKTERT] ble undersøkt av ambulansarbeider 1.
 - Pasienten informerte at [REDAKTERT] var under utredning for revmatiske plager/smerter i armen.
 - Ambulansearbeider 1 fant at armen ikke var misfarget eller hoven, og pasienten klaget kun over ømhet fra øvre del av overarmen og oppover.
- Ambulansearbeiderne sendte ikke EKG inn til vurdering hos lege.
- Pasienten ble igjen ved ARB basert på følgende:
 - Ambulansearbeiderne informerte om at alle prøver var normale, men anbefalte en sjekk ved legevakten.
 - Pasienten ønsket ikke å dra til legevakten.
 - Pasienten fortalte at det kom lege til [REDAKTERT] dagen etter som kunne sjekke [REDAKTERT]
 - Pasienten skulle ta kontakt/dra til legevakten dersom smertene ble forverret.
- Ambulansearbeiderne konfererte ikke med lege før de lot pasienten bli igjen ved [REDAKTERT]

Helsetilsynet vurderer at:

- Helsetilsynet viser til at oppdraget var et sekundæroppdrag. Det ville derfor vært i tråd med god praksis at ambulansarbeiderne innhentet informasjon fra sykepleieren ved [REDAKTERT] da de tok med pasienten til undersøkelse i ambulansen. I følge foretakets prosedyre var dette også rutinen. Sykepleieren fulgte pasienten ut da ambulansen ankom og spurte om de hadde fått rapport. Dersom de hadde bedt om informasjon ville de mest sannsynlig fått vite at lege hadde vurdert pasienten og ønsket legeundersøkelse på grunn av mistanke om blodpropp i armen. Ettersom det var et sekundæroppdrag burde ambulanspersonellet deretter gjort en enklere undersøkelse av pasienten med palpasjon av puls og telling av respirasjonsfrekvens, og transportert [REDAKTERT] til akuttmottaket.
- Selv om ambulansarbeiderne ikke visste at det var et sekundæroppdrag, mener Helsetilsynet at det ville vært i tråd med god praksis å innhente informasjon av sykepleieren ved [REDAKTERT]. Dette gjelder både da de tok med seg pasienten til ambulansen for undersøkelser, og da de vurderte at pasienten kunne bli igjen ved avdelingen. Sykepleierne spurte også om de hadde fått rapport da pasienten ble tatt med til

undersøkelse i ambulansen, i tillegg til at [REDACTED] kom ut da pasienten var ferdig undersøkt og stilte spørsmål ved at pasienten ikke ble transportert.

- I og med at oppdraget var et sekundæroppdrag og lege hadde vært involvert i vurdering av pasienten, skulle ambulanspersonellet konferert med bakvakten før de konkluderte med at pasienten kunne fraktes til legevakten i stedet for akuttmottaket.
- Helsetilsynet mener at det ikke var i tråd med god praksis at lege ikke ble konferert før ambulansarbeiderne lot pasienten være igjen på [REDACTED]. I dette tilfellet burde bakvakten vært konferert. Selv om ambulansarbeider ikke visste at bakvakten hadde vært involvert, skulle de konferert med en lege før de lot pasienten være igjen. I så fall kunne de konferert med legevaktslegen, ev. AMK-legen. Dette var også rutine ifølge foretakets egne prosedyrer.
- Helsetilsynet bemerker at det var lærlingen som hentet pasienten og pratet med sykepleieren. Det var også han som utførte undersøkelsene og refererte funn/målinger til ambulansarbeider 2 som satt foran i bilen. Vi mener at ambulansarbeider 2 i dette tilfellet burde deltatt ytterligere i informasjonsinnhenting og undersøkelsene, for å kunne sikre at oppdraget ble utført i henhold til gjeldende prosedyrer.
- Helsetilsynet legger til grunn at pasienten fikk informasjon om at inntak av Paracet og Ibux kunne kamuflere symptomene [REDACTED] men at [REDACTED] ikke fikk relevant informasjon om risiko og konsekvenser ved å ikke bli med til legevakten. Ambulanspersonellet hadde ikke informasjon om bakvaktens vurdering av mulig blodpropp og fikk derfor ikke fortalt dette til pasienten. De hadde heller ikke konferert med lege før de fortalte pasienten at alle prøver var normale og at [REDACTED] ikke trengte å dra til akuttmottaket, men at [REDACTED] burde bli med for en sjekk på legevakten. Ambulanspersonellet har uttrykt at eneste alternativ ville vært å bruke tvang for å få med pasienten til legevakten. Helsetilsynet kan imidlertid ikke se at situasjonen var av en slik karakter i dette tilfellet. Pasienten hadde med seg klær/utstyr til å overnatte på sykehuset og [REDACTED] motsatte seg ikke undersøkelser. Vi mener at [REDACTED] fikk mangelfull informasjon om risikoen ved å bli igjen på avdelingen, slik at [REDACTED] ikke hadde tilstrekkelige forutsetninger for å ta et informert valg om bli med til legevakten eller ikke.

6.2 Sikret [REDACTED] forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling?

Helsetilsynet har etter en samlet vurdering kommet til at [REDACTED] ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling.

Det foreligger brudd på:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf.
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet viser til at virksomheten hadde etablert en bakvaksordning som skulle sørge for at innlagte pasienter ved [REDACTED] fikk en medisinskfaglig vurdering ved behov, også utenfor ordinær arbeidstid. Det forelå en skriftlig rutine som beskrev bakvaktens forpliktelser og ansvar. Videre hadde [REDACTED] en overordnet prosedyre for tilsynsforespørsler som beskrev fremgangsmåte ved akutthenvisinger.

Tilsynet avdekket imidlertid at ikke alle bakvaktene var godt nok kjent med organiseringen i foretaket, og at det skulle ringes til relevant lege, alternativt vakthavende lege, ved behov for raskt tilsyn av innlagte pasienter ved [REDACTED]. Vaktordningen gjaldt bakvakter for hele DPS [REDACTED] og [REDACTED]. Helsetilsynet mener at ved et bakvaktssystem hvor legene ikke daglig

arbeidet med somatiske problemstillinger, var det særlig viktig å sikre at helsepersonellet var kjent med organiseringen og hvilke tiltak som skulle iverksettes ved akutt somatisk sykdom. I redegjørelsen fra [redacted] ble det oppgitt at det var rutine for at alle vakthavende leger ved ansettelse skulle gjøres kjent med kvalitetshåndboken og legenes oppgaver knyttet til å være vakthavende. På hendelsestidspunktet ga aktuelle prosedyre for øyeblikkelig akuttmedisinsk beredskap likevel ikke tydelig råd for håndtering av tilstander der det var behov for overføring til somatisk avdeling.

Videre vurderer Helsetilsynet at foretaket ikke hadde et godt nok system som gjorde det oversiktlig for AMK-operatørene og ambulansesarbeiderne å vite hvilke institusjoner som var underlagt [redacted]. Dette kunne medføre utfordringer med tanke på å fastsette oppdragstype. Ved tilsynet kom det frem at foretaket tidligere hadde mottatt avvik på at prehospitale tjenester ikke hadde fullstendig oversikt over hvilke institusjoner som var underlagt [redacted]. Til tross for at dette var et kjent risikoområde, hadde avvikene ikke ført til noen tiltak for å bedre situasjonen. Etter den aktuelle hendelsen gjennomførte foretaket et strakstiltak med markering av alle institusjoner underlagt [redacted].

Helsetilsynet mener at foretaket hadde klare rutiner for ambulansesarbeiderne. Blant annet var det tydelige føringer på hvilke situasjoner som skulle medføre at ambulansesarbeiderne skulle konferere med lege. Tilsynet avdekket imidlertid at det i enkelte tilfeller hadde vært utfordringer knyttet til konferering med lege, og at det derfor i noen tilfeller var unnlatt. Det fremstår uklart for Helsetilsynet hvorvidt helsepersonell kjente til viktigheten av å konferere med lege i gitte situasjoner. Ved tilsynet fikk vi også informasjon om at det tidligere var avdekket som et risikoområde at pasienter ble igjen på stedet, og at de hadde fått inn avviksmeldinger på dette. Det var derfor nedsatt en arbeidsgruppe som skulle se på temaet at pasienter blir igjen på stedet. Helsetilsynet bemerker at det er positivt at virksomheten hadde påbegynt evalueringen, men at det må gjennomføres korrigerende tiltak for å sikre forsvarlig helsehjelp.

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

[redacted] har satt i verk flere tiltak for å redusere risiko for at tilsvarende hendelse skjer igjen. Disse er presentert i kap 4.4. Helsetilsynet vurderer at tiltakene er tilstrekkelig for å redusere risiko/forhindre at tilsvarende skjer igjen. Vi har dermed kommet til at virksomheten har arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a.

Helsetilsynet vurderer at tiltakene som er iverksatt for alvorlig sykdom i klinikk for psykisk helse og rus vil kunne bidra til at lignende hendelser ikke skjer. Vi viser til at prosedyrer er gjennomgått og revidert. Prosedyren angir nå at pasienter med tegn på alvorlig sykdom ikke skal bringes til legevakt for undersøkelse, men til akuttmottaket på sykehuset. Det er også beskrevet at det i hovedsak er legen som skal ta kontakt med akuttmottaket og/eller AMK. Der annet helsepersonell har direkte kommunikasjon med somatisk avdeling, skal beslutninger formidles til postens lege eller vakthavende lege.

Helsetilsynet har merket seg at prehospital klinikk gjennomførte et strakstiltak etter hendelsen, hvor alle sykehusets satellittstasjoner ble kartlagt. Det ble utarbeidet en liste over disse for AMK-sentralen og de ansatte i ambulansetjenesten. Virksomheten har selv oppgitt at dette arbeidet må gjøres på nytt ettersom klinikk for psykisk helse og rus har skiftet navn på

flere av sine enheter. Helsetilsynet forutsetter at dette er et kontinuerlig arbeid ettersom slik informasjon erfaringsmessig raskt blir utdatert.

■■■■ har også oppgitt at regelverket for konferering med lege gjennomgås, og at de har innledet et samarbeid med ■■■■■■■■■■. Målet er å definere noen konkrete pasientkategorier der det vil bli tillatt å etterlate pasienten, og innskjerpe kontrollfunksjoner og løpende praksis i forhold til øvrige pasienter. Helsetilsynet ser positivt på at virksomheten har påbegynt dette arbeidet. Vi ønsker imidlertid å følge opp dette og ber om at virksomheten i sin tilbakemelding på endelig rapport redegjør for hvordan dette skal redusere risiko for at lignende hendelse skjer igjen.

For øvrig vil Helsetilsynet bemerke at virksomheten må sørge for at tiltakene er tilstrekkelige til å gi den tilsiktede effekten. Dette innebærer blant annet at virksomheten må sørge for at endringer i prosedyrer og rutiner blir gjort kjent for de ansatte, og at endringene blir etterlevd. I den forbindelse ber vi om at foretaket redegjør for hvordan disse tiltakene er gjort kjent, forstått og at de etterleves i praksis.

7 Konklusjon

Helsetilsynet har kommet til at ■■■■■ ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. Bakgrunnen for dette er at pasienten ikke fikk helsehjelp i tråd med god praksis da ■■■■■ fikk symptomer på akutt somatisk sykdom under innleggelsen på ■■■■■. Henvendelsen til AMK og ambulansetrykningen til ■■■■■ ble heller ikke håndtert i tråd med god praksis. Etter en samlet vurdering har Helsetilsynet konkludert med at det foreligger brudd på:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf.
- helsepersonelloven § 4.

Helsetilsynet har videre kommet til at ■■■■■ ikke sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med akutt somatisk sykdom som var innlagt på ikke-somatisk avdeling. Det foreligger brudd på:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf.
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetilsynet har til slutt vurdert hvordan ■■■■■ har fulgt opp hendelsen i ettertid. Virksomheten har iverksatt tiltak for å forbedre kvaliteten og redusere risiko for at lignende hendelse skjer igjen. Dette er i tråd med:

- spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a

8 Forventninger til virksomheten og frist for tilbakemelding

Helsetilsynet ber om at foretaket redegjør for oppfølgingen av tiltakene nevnt under punkt 6.3. Vi ber om tilbakemelding innen ■■■■■, og at Fylkesmannen i ■■■■■ får kopi.

Helsetilsynet vil bemerke at ■■■■■ som arbeidsgiver har ansvar for å sikre at helsehjelpen som ytes av de ansatte, er i samsvar med bestemmelser gitt i og i medhold av helsepersonelloven. I denne saken har vi vurdert at ambulansearbeiderne ikke fulgte foretakets prosedyrer. Vi forventer derfor at ■■■■■ følger opp de involverte ambulansearbeiderne, for å sikre at de er kjent med foretakets prosedyrer, og at disse blir etterlevd.

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

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Saksbehandlingsprosessen

Vedlegg 2: Referanser

Vedlegg 3: Dokumentliste

Vedlegg 1 – Saksbehandlingsprosessen

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

- Helsetilsynet mottok [REDACTED] et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra [REDACTED] HF
- Helsetilsynet gjennomførte stedlig tilsyn [REDACTED]
- Helsetilsynet har innhentet styrende dokumenter, pasientjournal, ambulansjournal og lydlogg fra AMK (se vedlegg).
- Helsetilsynet gjennomførte samtale med pasientens [REDACTED]
- Helsetilsynet gjennomførte [REDACTED] samtale med helsepersonell som ikke var tilgjengelig ved det stedlige tilsynet.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Helsetilsynet en foreløpig rapport av [REDACTED]. Den foreløpige rapporten ble sendt til helseforetaket med kopi til pasientens pårørende.
- Helsetilsynet mottok tilbakemelding på foreløpig rapport fra de pårørende [REDACTED]
- Helsetilsynet har mottatt tilbakemelding på foreløpig rapport fra [REDACTED] HF datert [REDACTED]

Vedlegg 2 – Referanser

1. Helsedirektoratet. Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner – pakkeforløp for psykisk helse og rus Kap.1. 2018.
2. BMJ Publ. Group. Compartment syndrome of extremities. BMJ Best Practices. 2018.
3. [REDACTED]
4. NAKOS. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp 4.utgave. 2017.
5. [REDACTED]
6. [REDACTED]
7. [REDACTED]
8. [REDACTED]
9. Helsedirektoratet. Nasjonalt datasett for ambulansetjenesten. 2016.
10. HOD. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) - Lovdata. 2015;(61). Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
11. [REDACTED]
12. NAKOS. Triage i den akuttmedisinske kjeden. 2014.
13. [REDACTED]
14. [REDACTED]
15. Nakos Ambulanseavdelingen. RETTS triage (Rapid Emergency Triage and Treatment System). 2015.
16. Helse Vest RHF. SATS Norge (Standardisert akuttmedisinsk vurderings- og prioriteringsverktøy).
17. Helse Midt-Norge Ambulansetjenesten. Pasienten etterlates Tilstakskort FRAM. 2020 s. 1–6.
18. St. Olavs Hospital, klinikk for anestesi og akuttmedisin. Ad. pasienter som etterlates hjemme etter oppmøte av ambulanse. 2017;

Vedlegg 3 - Dokumentliste

Dokumenter Helsetilsynet har mottatt:

-
-
-
-

Dokumenter – prehospitaler tjenester:

- Ambulansejournal
- Endringslogg elektronisk journal for AMK og Ambulanse
- Ambulansejournal-elektronisk
- AMIS aksjonslogg
- AMIS-logg kl. [redacted]
- AMIS-logg kl. [redacted]
- EKG
- Håndskrevet ambulansejournal etterlatt på sted
- Retningslinjer ambulanse – EKG, taking – tolking – sending – valg av primær
- Retningslinjer ambulanse – pasienten etterlates på hendelsesstedet
- Løpende journal
- AMB – ambulanseoppdrag generelt
- AMB – kompetansekrav
- AMB – Medisinske ansvar og delegering
- AMK Admin Overordnet ansvar i AMK
- Handlingsmønster AMK
- Kommunikasjonsrutiner (Tiltaksbok Ambulanse)
- MM [redacted]
- MPK [redacted]
- NIMN 11 Brystsmerter hjertesykdom
- RETTS [redacted]
- Samhandling, roller og ansvar
- Undersøkelse ved primæroppdrag (MM)
- Foto fra ambulansen
- Transkriberte lydfiler – samtaler med AMK
- Bemanningssammensetning
- Delegeringsregler
- Kompetansekrav
- Lærlingperm 2018-2020

Dokumenter – [redacted]:

- Abstinensstilstander, veiledning og behandling [redacted]
- Alarmrutiner – testing, alarmsnorer og kontaktpersoner [redacted]
- Alarmrutine døgnavdelinger ved [redacted]
- Bakvakt for [redacted]
- DPS [redacted] – sjekklister – oppstart av behandling
- Dødsfall voksne inneliggende pasient
- Hjerne lungeredning basal

