

Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse

Forsinket behandling av hjerneabscess
XXXXXX og XXXXXX, Helse XXXXXX HF
Saksnummer: XXXXXX

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene





HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

XXXXXX
XXXXXX XXXXXX

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:

DATO: / DATE:

XXXXXX

XXXXXX

Oversendelse av rapport i tilsynssak

Statens helsetilsyn viser til tilsynsmessig oppfølging etter varsel om en alvorlig hendelse, knyttet til den helsehjelp XXXXXX, født XXXXXX, fikk i perioden XXXXXX til XXXXXX ved legevakten XXXXXX i XXXXXX kommune og ved XXXXXX, Helse XXXXXX HF.

Vedlagt følger endelig rapport i tilsynssaken. Kopi av rapporten er også sendt til pasienten og hans pårørende. Statens helsetilsyn beklager den lange saksbehandlingstiden.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved XXXXXX ved den tredje legevaktkonsultasjon den XXXXXX, jf. helsepersonelloven § 4. Helsehjelpen som ble gitt ved de tre andre konsultasjonene ved XXXXXX var forsvarlig.

Vi har videre kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig oppfølging og behandling ved XXXXXX i forbindelse med første og andre undersøkelse/innleggelse XXXXXX. og XXXXXX, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Det gjelder helsehjelpen som ble gitt ved kirurgisk avdeling og barneavdelingen. Helsehjelpen som ble gitt ved radiologisk avdeling var forsvarlig.

Vi har også kommet til at Helse XXXXXX HF ved sin styring ikke hadde lagt til rette for forsvarlig utredning og behandling. Det vil si at Helse XXXXXX HF ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontrollforskrift i helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn har kommet til at foretakets gjennomgang av hendelsen i ettertid, er i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a om plikten til å sørge for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Vi har merket oss at Helse XXXXXX HF allerede har startet arbeidet med risikoreducerende tiltak i etterkant av hendelsen, og viser til foretakets rapport etter intern gjennomgang. Vi ber likevel om kopi av referat fra de tre planlagte møtene XXXXXX, og at de endelige (godkjente)

retningslinjene oversendes til Statens helsetilsyn. Vi ber også om en redegjørelse for hvordan de planlagte og iverksatte tiltakene følges opp med tanke på hvorvidt de har den tilsiktede effekten.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Helse XXXXXX HF innen XXXXXX.

Med hilsen

XXXXXX
XXXXXX

XXXXXX
XXXXXX

Brevet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift

Vedlegg
Tilsynsrapport av dags dato
Regelverksitater

Kopi:
Fylkesmannen i XXXXXX
Helse XXXXXX HF, kirurgisk klinikk
Helse XXXXXX HF, medisinsk klinikk, barneavdeling, radiologisk avdeling
Pårørende

Helsefaglige saksbehandlere:
XXXXXX
XXXXXX

Juridisk saksbehandler: XXXXXX

Innhold

<u>Sammendrag</u>	6
<u>1 Innledning</u>	8
<u>2 Gjennomføringen av tilsynet</u>	8
<u>3 Opplysningene i saken – saksforholdet</u>	9
<u>3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen</u>	9
3.1.1 <i>Relevant bakgrunn</i>	9
3.1.2 <i>Legevaktkonsultasjon</i> XXXXXX.....	9
3.1.3 <i>Forløp hjemme mandag</i> XXXXXX	9
3.1.4 <i>Legevaktkonsultasjon mandag</i> XXXXXX	9
3.1.5 <i>Innleggelse og første opphold i sykehus mandag</i> XXXXXX	10
3.1.6 <i>Forløp hjemme tirsdag</i> XXXXXX	11
3.1.7 <i>Legevaktkonsultasjon</i> XXXXXX.....	11
3.1.8 <i>Forløp hjemme tirsdag</i> XXXXXX – XXXXXX.....	11
3.1.9 <i>Legevaktkonsultasjon fredag</i> XXXXXX	11
3.1.10 <i>Innleggelse og innledende undersøkelse ved barneavdelingen fredag</i> XXXXXX	12
3.1.11 <i>Informasjonsutveksling mellom radiologene og barnelegene</i>	12
3.1.12 <i>Videre forløp fredag</i> XXXXXX	13
3.1.13 <i>Andre dag på sykehuset, lørdag</i> XXXXXX	13
3.1.14 <i>Overflytting til</i> XXXXXX <i>universitetssjukehus, Helse</i> XXXXXX <i>HF</i>	14
3.1.15 <i>Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende</i>	15
3.1.16 <i>Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn</i>	15
<u>3.2 Forhold ved</u> XXXXXX.....	15
3.2.1 <i>Organisering av legetjenesten og legevaktstjenesten i</i> XXXXXX <i>kommune</i>	15
3.2.2 <i>Samarbeid mellom</i> XXXXXX <i>kommune og Helse</i> XXXXXX <i>HF ved behov for</i> <i>øyeblikkelig hjelp vurderinger/innleggelse</i>	16
<u>3.3 Forhold ved Helse</u> XXXXXX <u>HF</u>	16
3.3.1 <i>Overordnet organisering</i>	16
3.3.2 <i>Relevante prosedyrer, rutiner og praksis for pasienter som henvises som øyeblikkelig</i> <i>hjelp</i> 16	16
3.3.3 <i>Relevante prosedyrer, rutiner og praksis for henvisning til, mottak av og svar på</i> <i>radiologiske undersøkelser på innlagte pasienter</i>	17
3.3.4 <i>Samarbeid med</i> XXXXXX <i>universitetssjukehus</i>	18
3.3.5 <i>Rutiner for oppstart av antibiotika</i>	19
<u>3.4 Kommunens og helseforetakets interne gjennomgang av hendelsen</u>	19
3.4.1 <i>Opplysninger om avvikshåndtering</i>	19
3.4.2 <i>Helse</i> XXXXXX <i>HF</i> s <i>rapport etter intern gjennomgang av hendelsen</i>	20
3.4.3 <i>Helse</i> XXXXXX <i>sin tilbakemelding på foreløpig rapport om hvordan hendelsen er fulgt</i> <i>opp for å redusere risiko for tilsvarende skal skje igjen</i>	20
3.4.4 <i>Kommentarer til vurderinger og konklusjoner i foreløpig rapport</i>	21
<u>4 Aktuelt regelverk</u>	22

<u>4.1</u>	<u>Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp</u>	22
<u>4.2</u>	<u>Nærmere om internkontroll</u>	22
<u>4.3</u>	<u>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</u>	23
<u>4.4</u>	<u>Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser</u>	23
<u>4.5</u>	<u>Plikt til å informere pasienten og de pårørende</u>	23
<u>4.6</u>	<u>Statens helsetilsyns mandat</u>	23
<u>5</u>	<u>Statens helsetilsyns vurderinger</u>	23
<u>5.1</u>	<u>Ga involverte leger ved XXXXXX pasienten forsvarlig helsehjelp?</u>	24
5.1.1	<i>God praksis for legevaktarbeid</i>	24
5.1.2	<i>Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen søndag XXXXXX?</i>	25
5.1.3	<i>Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen mandag XXXXXX?</i>	26
5.1.4	<i>Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen tirsdag XXXXXX?</i>	27
5.1.5	<i>Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen fredag XXXXXX?</i>	28
<u>5.2</u>	<u>Har XXXXXX kommune lagt til rette for forsvarlig håndtering av pasienter med behov for legevakttenester?</u>	29
<u>5.3</u>	<u>Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Helse XXXXXX HF?</u>	30
5.3.1	<i>Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved kirurgisk avdeling mandag XXXXXX XXXXXX?</i>	30
5.3.2	<i>Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved innleggelsen på barneavdelingen XXXXXX _</i>	32
5.3.3	<i>Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp fra radiologisk avdeling ved innleggelsen fredag XXXXXX _j XXXXXX?</i>	34
<u>5.4</u>	<u>Har Helse XXXXXX HF lagt til rette for forsvarlig behandling av barn med uavklart, potensielt alvorlig sykdom?</u>	36
5.4.1	<i>Har foretaket rutiner som sikrer forsvarlig kompetanse når barn med uavklart tilstand vurderes sendt hjem?</i>	36
5.4.2	<i>Har foretaket rutiner som sikrer tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt?</i>	37
<u>5.5</u>	<u>Har Helse XXXXXX iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko og forhindre at tilsvarende skjer igjen?</u>	37
<u>6</u>	<u>Konklusjon og oppfølging</u>	38
<u>6.1</u>	<u>Statens helsetilsyns konklusjon</u>	38
<u>6.2</u>	<u>Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding</u>	39

Sammendrag

I denne tilsynsrapporten oppsummerer Statens helsetilsyn det stedlige tilsynet ved XXXXXX (XXXXXX), XXXXXX kommune og XXXXXX, Helse XXXXXX HF. Bakgrunnen for tilsynet var en uventet alvorlig hendelse ved mangelfull oppfølging av en ungdom (pasienten) med akutt meningitt (hjernehinnebetennelse) med komplikasjoner.

Pasienten kom etter flere dagers sykehistorie til legevakten om kvelden med hodepine, oppkast, diare og hevelse over øynene. Han ble henvist til XXXXXX der han ble undersøkt ved kirurgisk avdeling. Han fikk der diagnosen viral gastroenteritt og ble sendt hjem etter midnatt. Dagen etter var pasienten igjen til konsultasjon hos legevakslegen, blant annet på grunn av tiltagende hevelse rundt venstre øye. Pasienten fikk antibiotikatabletter og ble deretter sendt hjem.

Tre dager senere oppsøkte pasienten igjen legevakten. Hevelsen rundt øynene var blitt mindre, men pasienten hadde tiltagende hodepine. Pasienten ble da innlagt ved XXXXXX med mistanke om akutt meningitt. Røntgenbildene viste alvorlige funn forenlig med meningitt og intrakraniell abscess (pussansamling i hjernen). Det tok åtte timer før antibiotikabehandlingen ble startet. Pasienten ble sendt med helikopter til XXXXXX universitetssjukehus, Helse XXXXXX HF dagen etter på grunn av forverring i tilstanden.

I tilsynet kom det fram at hendelsen kunne skje fordi det tok for lang tid før pasienten ble lagt inn og behandlet ved XXXXXX. Hovedårsaken til hendelsen skyldtes etter Statens helsetilsyns vurdering mangel på gode samarbeidsrutiner og forståelse av hvor syk pasienten var. Det var også mangelfulle rutiner for involvering av helsepersonell med rett kompetanse til rett tid.

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved XXXXXX ved den tredje legevaktkonsultasjonen den XXXXXX, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. helsepersonelloven § 4. Pasienten hadde på dette tidspunktet klare tegn til en potensielt alvorlig tilstand som tilsa akutt sykehusinnleggelse. Uten rask diagnostikk og behandling med intravenøs antibiotika, var det på dette tidspunkt betydelig risiko for alvorlige komplikasjoner.

Vi har videre kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig oppfølging og behandling ved XXXXXX i forbindelse med første og andre undersøkelse/innleggelse XXXXXX og XXXXXX, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Overlege eller annen erfaren lege skulle vært konsultert etter undersøkelsen på kirurgisk avdeling den XXXXXX. Den XXXXXX skulle antibiotikabehandling ha vært startet på et tidligere tidspunkt. Vi vurderer også at det var uforsvarlig ikke å konsultere nevrokirurg og/eller overflytte pasienten til nevrokirurgisk avdeling på et tidligere tidspunkt da CT-undersøkelsen viste at pasienten hadde intrakranielle abscesser.

Vi har også kommet til at Helse XXXXXX HF ved sin styring ikke hadde lagt til rette for forsvarlig utredning og behandling. Det vil si at Helse XXXXXX HF ikke har oppfylt lovens krav om å yte forsvarlige helsetjenester i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ikke hadde organisert seg slik at barn med uavklarte tilstander som ble vurdert sendt hjem, ble sikret undersøkelse av lege med nødvendig kompetanse. Helse XXXXXX HF hadde heller ikke implementert rutiner som sikret tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt. Det forelå ikke omforente rutiner for å kommunisere og følge opp røntgensvar hos alvorlig syke pasienter som måtte prioriteres.

Statens helsetilsyn har merket seg at Helse XXXXXX HF i ettertid har gjennomgått hendelsen og utarbeidet en rapport der ulike forhold er identifisert og analysert, for å se på hvordan de kan forebygges at lignende hendelser skjer igjen. Vi har også merket oss at det er planlagt møter med pårørende og to samarbeidsmøter mellom involverte avdelinger for å identifisere forbedringsområder når det gjelder fremtidig samarbeid.

1 Innledning

Helse XXXXXX HF varslet XXXXXX om en uventet alvorlig hendelse. Varselet gjaldt den helsehjelpen XXXXXX, født XXXXXX, fikk ved legevakten i XXXXXX kommune, XXXXXX og ved XXXXXX (heretter XXXXXX) i Helse XXXXXX HF i perioden XXXXXX til XXXXXX. Forholdet gjelder oppfølgingen og behandlingen av pasienten, som viste seg å ha akutt meningitt med komplikasjoner.

Undersøkelsesenheten ved Statens helsetilsyn besluttet i samråd med Fylkesmannen i XXXXXX å gjennomføre stedlig tilsyn i XXXXXX kommune, XXXXXX og ved Helse XXXXXX HF, XXXXXX fordi det ut fra de opplysninger som forelå var mistanke om svikt i forbindelse med utredning, oppfølging og behandling av pasienten.

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

2 Gjennomføringen av tilsynet

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

- Statens helsetilsyn mottok XXXXXX et varsel om en uventet alvorlig hendelse fra Helse XXXXXX HF. Vi innhentet telefonisk informasjon og fikk tilsendt kopi av pasientjournalen og relevante styrende dokumenter fra XXXXXX kommune, XXXXXX, Helse XXXXXX HF og Helse XXXXXX HF.
- Statens helsetilsyn gjennomførte stedlig tilsyn ved XXXXXX XXXXXX, og ved XXXXXX XXXXXX (se vedlegg for oversikt over temaer, styrende dokumenter og informasjon om hvilke ansatte som ble intervjuet).
- Statens helsetilsyn hadde en telefonsamtale med pasientens pårørende XXXXXX, og mottok skriftlig informasjon fra pårørende i e-post datert XXXXXX. Pårørende hadde ikke anledning til en samtale i forbindelse med det stedlige tilsynet.
- Statens helsetilsyn mottok XXXXXX en rapport om Helse XXXXXX HFs interne gjennomgang av hendelsen.
- På bakgrunn av informasjonen fra helseforetaket og det stedlige tilsynet utarbeidet Statens helsetilsyn en foreløpig tilsynsrapport av XXXXXX, som ble oversendt Helse XXXXXX HF, XXXXXX kommune og pasientens pårørende til uttalelse.
- XXXXXX kommune avga tilsvaret til foreløpig rapport i brev datert XXXXXX.
- Helse XXXXXX avga tilsvaret til foreløpig rapport i brev datert XXXXXX.
- Pårørende avga tilsvaret til foreløpig rapport i brev datert XXXXXX.

Vi har innhentet diverse dokumenter fra Helse XXXXXX HF. Nedenfor følger en oversikt over de dokumentene vi anser som relevante i denne saken:

- Avviksmelding: «*uønsket hendelse med konsekvens – Pasientrelatert*», XXXXXX XXXXXX
- Prosedyre: «*Prosedyre for tilvising og innlegging av ø. hjelps-pasienter XXXXXX*», XXXXXX.
- Prosedyre: «*Arbeidsflyt tilvisingar, mottak/svarprosedyrer*», XXXXXX XXXXXX XXXXXX
- Utkast til retningslinje: «*Rutiner ved heimsending av pasientar som er meldt til innlegging*», XXXXXX.

3 Opplysningene i saken – saksforholdet

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

3.1 Hendelsen/pasientbehandlingen

3.1.1 Relevant bakgrunn

Pasienten var en XXXXXX gammel gutt som ble syk XXXXXX. I følge pårørende fikk han de påfølgende dagene hodepine, oppkast og dårlig matlyst, og etter hvert slapphet og noe diaré. Pårørende har opplyst at han var kommet hjem fra XXXXXX. Han tok paracetamol og ibumetin mot plagene.

XXXXXX var han fortsatt syk, og temperaturen i armhulen ble målt til 38,7 °C. Pårørende kontaktet XXXXXX, og etter at nakkestivhet og utslett ble avkrefet i telefonsamtalen, ble det avtalt en konsultasjon ved legevakten neste dag XXXXXX kl. XXXXXX.

3.1.2 Legevaktkonsultasjon XXXXXX

Ifølge legevaktlege (heretter legevaktlege 1) fortalte pasienten om et nylig avsluttet ferieopphold XXXXXX, kvalme, dårlig matlyst, litt oppkast og diare. Han hadde noe hoste, og var afebril.

Ved undersøkelsen kl. XXXXXX fant legevaktlege 1 at han var klinisk kjekk, ikke dehydrert, ikke smertepåvirket og at han hadde normalt bevegelsesmønster. Ved organundersøkelse fant hun normale forhold også i buken. Blodtrykket var 104/60 mmHg, og pulsen 98/minutt, regelmessig. Temperaturen ble ikke målt, men han ble av legevaktlegen oppfattet som afebril. Av supplerende undersøkelser ble det tatt CRP som var 111 mg/l. Legevakslegen opplyser at hun tolket tilstanden som en viral gastroenteritt uten dehydrering, og ga råd om hydrering og ernæring, og beskjed om å ta kontakt ved forverring. Det fremkommer ikke at hodepine var tema under konsultasjonen.

Pårørende har opplyst til Statens helsetilsyn at legevaktlege 1 hadde mest fokus på å undersøke magen til pasienten. Legevaktlege 1 ga uttrykk for at hun mente at pasienten ikke var dehydrert, og at hun trodde han hadde pådratt seg et tarmvirus på sydenturen. Rådet fra legevaktlegen var å la «*det gå sin naturlige gang*». Pårørende opplevde at legevaktlege 1 ikke var interessert i måle temperaturen til pasienten, eller å høre hvilke målinger de hadde gjort hjemme.

3.1.3 Forløp hjemme mandag XXXXXX

Ifølge pårørende hadde pasienten fremdeles feber og var uvel da han våknet neste morgen. Han fortalte at det var vanskelig å åpne kjeven slik han tidligere hadde opplevd i forbindelse med forkjølelser. Han fikk økende hodepine i løpet av dagen, og venstre øye hovnet litt opp. Kl. XXXXXX var temperaturen 39,7 °C. Pårørende ble bekymret og kontaktet legevaktsentralen igjen. Pasienten fikk time samme dag kl. 19.30.

3.1.4 Legevaktkonsultasjon mandag XXXXXX

Ifølge en ny legevaktlege (heretter legevaktlege 2) som var vikar, opplyste pasienten at han var slapp, hadde hodepine og hevelse i begge øyne. Pasienten trodde hevelsen muligens hadde sammenheng med allergi. Han hadde spist lite, men drukket mye de siste dagene.

Ved undersøkelsen kl. XXXXXX fant legevaktelege 2 at pasienten var dehydrert, hadde magesmerter og var øm i nedre høyre side av magen. Blodtrykket var 120/60 mmHg, pulsen regelmessig med frekvens 105/minutt, temperaturen 38,7 °C, og perifer surstoffmetning 98%. Blodprøvene viste CRP på 155 mg/l, og Hb var 14,3g/dl. Legevaktelege 2 har forklart til Statens helsetilsyn at han vurderte akutt abdomen eller infeksjon som mulige diagnoser. Journalnotatet dokumenterer at fokus var rettet mot pasientens magesmerter. Ifølge pårørende opplevde de også denne gang at legevaktelegen var mest opptatt av magesmertene. De opplyste at de oppfattet at legevaktelege 2 vurderte pasienten som sterkt dehydrert, og at han trengte innleggelse i sykehus for videre utredning.

Legevaktelege 2 konfererte med forvakten (lege i spesialisering (LIS)) ved kirurgisk avdeling i ved XXXXXX, og det ble avtalt innleggelse på grunn av «Akutt abdomen. Infeksjon??».

3.1.5 Innleggelse og første opphold i sykehus mandag XXXXXX

Pasienten ble kjørt av pårørende rett til XXXXXX etter konsultasjonen på legevakten. Her ble han tatt imot av en sykepleier kl. 21.20. Han ble undersøkt av både turnuslegen og forvakten ved poliklinikken ved kirurgisk avdeling. Forvakten oppfattet at legevaktelegen først og fremst var bekymret for abdomen, selv om også hevelsen på øyet ble nevnt.

Slik turnuslegen oppfattet det, hadde pasienten en fem dagers sykehistorie som debuterte med frysninger og hodepine. Deretter fikk pasienten oppkast, magesmerter og diare opptil tre-fire ganger per døgn. Ved klinisk undersøkelse var pasienten sengeliggende, men i relativt god allmenntilstand og ikke dehydrert. Han hadde normale funn ved organundersøkelsen, men var øm ved dyp palpasjon av abdomen. Temperaturen var 40,0 °C, og pulsen regelmessig med frekvens på 100/minutt. Forvakten undersøkte også pasienten. Blodprøver viste CRP på 146 mg/l, hvite på $9,7 \times 10^9/l$, fastende blodsukker 6,3 mmol/l. Øvrige blodprøver var normale, inkludert serumkreatinin.

Etter noen timers observasjon konkluderte turnuslegen og forvakten med at pasienten mest sannsynlig hadde en gastroenteritt, og ingen akutt kirurgisk diagnose/tilstand. Han ble derfor besluttet sendt hjem, og han forlot sykehuset sammen med pårørende ca. kl. 22.45. Ved utreisen fikk han råd om væsketilførsel og smertestillende behandling, og videre oppfølging hos fastlege for blant annet kontroll av glukose. Pasienten fikk informasjon om å ta kontakt med fastlege/legevakten dersom han ikke ble bedre. Pasienten og pårørende kjørte deretter tilbake til XXXXXX, og var hjemme kl. 01.00.

Det ble derfor ikke skrevet vanlig epikrise, men turnuslegen skrev et journalnotat. Forvakten opplyste ved det stedlige tilsynet at han leste gjennom journalnotatet. Det fremgår imidlertid ikke av journalnotatet at forvakten var involvert i behandlingen av pasienten. Turnuslegen opplyser at dette skyldtes en forglemmelse. Journalnotater ble, i motsetning til vanlige epikriser, ikke kontrassegnert av overlege.

Turnuslegen opplyste ved det stedlige tilsynet at pasienten hadde kløe og hevelse over øynene. Hevelsen ble imidlertid ikke vurdert som cellulitt/flegmone, og det ble ikke funnet noen symptomer som tydet på at det forelå en systemisk infeksjon. Hun bekreftet at hovedfokus var magesmertene. Forvakten bekreftet turnuslegens vurdering og forklarte at hevelsen over øynene var liten da de tilså pasienten. Han hadde oppfattet at legevaktelegen først og fremst var bekymret for abdomen, selv om også hevelsen på øyet ble nevnt.

Turnuslegen og forvakten opplyste at de ikke fant grunn til å konferere med en overlege eller en lege ved annen avdeling. Etter deres syn kunne avføringsprøve vært tatt og sendt, men de mente at det ikke ville hatt betydning for behandlingen.

Ifølge pårørende fikk pasienten intravenøs væske og smertestillende ved innleggelsen. De fikk informasjon om at legene ikke oppfattet magesmertene som urovekkende. Blodprøvene skulle vise om det var virus eller bakterier. Pårørende fikk beskjed om at pasienten trengte væske og febernedsettende, og at slik behandling kunne gis hjemme.

I tilsvar til foreløpig rapport presiserer turnuslegen at de vurderte at å legge en XXXXXX på isolat alene på grunn av sen hjemreise ikke var til barnets beste, og at vurderingen ble drøftet med pårørende. Turnuslegen opplevde ikke at smitterisiko ble brukt som argument ved innleggelsen.

3.1.6 Forløp hjemme tirsdag XXXXXX

Ifølge pårørende hadde det venstre øye hovnet mye opp i løpet av natten til XXXXXX. Pårørende kviet seg for å kontakte legevakten igjen siden de hadde vært på legevakten to ganger, og på XXXXXX en gang i løpet av de siste to døgnene. De var likevel bekymret for utviklingen og tok kontakt med fastlegen hvor pasienten fikk time samme dag kl. 12.00.

3.1.7 Legevaktkonsultasjon tirsdag XXXXXX

Da pasienten kom til legekontoret, ble han tatt imot av den samme legen som hadde undersøkt ham dagen før (legevaktlege 2), istedenfor fastlegen. De to legene hadde funnet ut at det var mest hensiktsmessig av hensyn til kontinuiteten i behandlingen, at den samme legen så pasienten igjen.

Ifølge legevaktlege 2 kom pasienten denne gangen på grunn av tiltagende periorbital hevelse ved venstre øye. Han undersøkte pasienten og fant lett subkonjunktival blødning, og et lite skrubbsår i pannen midt mellom øynene. Han mente skrubbsåret kunne ha sammenheng med kløe i forbindelse med hevelsen. Legevaktlege 2 leste epikrisen fra sykehuset, og så at diagnosen var gastroenteritt uten behov for oppfølging av sykehuset. Han skrev ut en resept på 1 g x 4 Apocillin (fenoksymetylpenicillin) tabletter og 10 mg Cetirizin (cetirizin) tabletter ved behov. Kontrolltime ble avtalt fredag XXXXXX.

3.1.8 Forløp hjemme tirsdag XXXXXX. – til fredag XXXXXX

Ifølge pårørende tok pasienten antibiotika som forskrevet. Han hadde fortsatt feber og tok febernedsettende. Det var vanskelig for ham å få i seg nok væske, og han hadde fortsatt diare. Hevelsen ved øyet bedret seg, men hodepinen vedvarte. Likevel så de lysere på situasjonen de første dagene. På morgenen XXXXXX var pasienten «*tufs*», og pårørende reagerte på at han virket «*uklar i snakkinga*», men antok det hadde sammenheng med tørrhet i munnen på grunn av dehydrering. Pårørende har opplyst til Statens helsetilsyn at pasienten hadde feber om morgenen.

3.1.9 Legevaktkonsultasjon fredag XXXXXX

Pasienten var til ny undersøkelse hos legevaktlege 2 kl.10.20. Hevelsen ved venstre øyet hadde gått ned, men det var tilkommet puss og tegn til konjunktivitt. CRP var 147 mg/l til tross for tre dagers antibiotikabehandling. Det er opplyst i henvisningsnotat at pasienten hadde hodepine, men ikke feber eller nevrologiske utfall. Det er opplyst at anamnesen og klinisk undersøkelse var litt vanskelig, og pasienten virket dehydrert. Blodtrykket var 110/70 mmHg og pulsen 70/minutt. Pårørende kan ikke huske at legevaktlegen målte temperaturen.

Legevaktlege 2 besluttet å legge pasienten inn i sykehus som øyeblikkelig hjelp for utredning av dehydrering og infeksjon, og han mente at meningitt måtte utelukkes. Legevaktlege 2 konfererte med vakthavende barnelege på XXXXXX før pasienten ble sendt til sykehuset i pårørendes egen bil. Det ble ikke gitt ytterligere antibiotika.

Ifølge pårørende oppfattet de konsultasjonen på samme måte som det fremkommer i journalnotatet, men at legevaktlege 2 sa at han hadde «*en dårlig magefølelse*» før de dro til sykehuset.

3.1.10 Innleggelse og innledende undersøkelse ved barneavdelingen fredag XXXXXX

Pasienten ble ifølge opplysninger fra pårørende innlagt på barneavdelingen ca. kl. XXXXXX. Han ble raskt undersøkt av en svensk overlegevikar som er spesialist i barnesykdommer (barnelege 1). Ved undersøkelsen framkom det at pasienten hadde nyttilkommet utydelig tale og virket XXXXXX. Puls var 95/minutt og temperaturen 39,2 °C.

Ifølge PEVS-registreringen (pediatrisk tidlig varslingskår) ved innkomst, var respirasjonsfrekvensen 26 per minutt (normalt 14-19 per minutt). Pasienten var litt hoven på venstre øye, men ikke nakkestiv eller øm over bihulene. Barnelege 1 mistenkte meningitt på grunn av hodepine og feber, og tilkalte en annen overlege (barnelege 2), for å etablere intravenøs tilgang for å gi væske. Andre organsystemer var ikke påvirket, og allmenntilstanden ble oppfattet som god, og var ifølge barnelege 1 ikke i tråd med hva man kunne forvente av en med akutt meningitt.

Barnelege 2 la inn perifert venekateter, og reiste spørsmålet om det kunne foreligge en sinusvenetrombose. Barnelege 1 rekvirerte derfor en CT caput med kontrast (CT angiografi) i DIPS kl. XXXXXX for å utrede dette nærmere. Hun anga ikke hastegrad på rekvisisjonen. Henvisningen ble umiddelbart vurdert av radiolog (radiolog 1), og hastegraden ble satt til «*så fort som mulig*».

Det ble gitt intravenøs væske, og kl. XXXXXX ble det tatt blodprøver og blodkultur fra det perifere venekateteret. CRP var 136 mg/l, D-dimer 2,3 mg/l, APTT 44 sekunder og fibrinogen 8,4 g/l. Dette skal ha styrket mistanken om sinusvenetrombose.

Senere tok barnelege 1 kontakt med radiolog 1 for å drøfte undersøkelsestype og hastegrad, slik rutinen er ved akutte undersøkelser. Røntgenkontrast kan forverre en nyresvikt, og radiolog 1 ønsket derfor svar på en ny serumkreatinin før CT angiografi ble gjort. Blodprøvesvaret forelå kl. XXXXXX og viste normal nyrefunksjon. Kl. XXXXXX ble undersøkelsen påbegynt, kl. XXXXXX ble siste bilde scannet og kl. XXXXXX ble undersøkelsen avsluttet i DIPS.

3.1.11 Informasjonsutveksling mellom radiologene og barnelegene

Vakthavende radiolog (radiolog 2), skulle egentlig ha utført undersøkelsen, men han var opptatt med en annen pasient. Radiolog 1 oppfattet at undersøkelsen avdekket alvorlige, sykelige forandringer, og hun tilkalte derfor barnelege 1 kl. XXXXXX.

Kort etter, ca. kl. 17.00 kom barnelege 1 til radiologisk avdeling sammen med en sykepleier fra sengeposten. De gikk gjennom CT-bildene sammen med radiolog 1, radiolog 2 som da var ferdig med undersøkelsen av den andre pasienten, og en mer uerfaren radiolog.

Radiologene demonstrerte bildene for barnelegen og sykepleieren. Radiolog 2 har opplyst til Statens helsetilsyn at han beskrev fortykkede hjernehirner med patologisk kontrastoppladning

som tegn på infeksjon og væskelokulamenter på to steder der de ikke skulle være. Væskelokulamentene ble også oppfattet som tegn på infeksjon (abscesser). Forandringene var inne i skallen, men utenpå hjernen, og det var ingen midtlinjeforskyvning av hjernevevet. Fortil i sinus sagittalis superior var det dårlig kontrastoppladning. Dette kunne skyldes at det ene væskelokulamentet forskjøv og komprimerte sinus, men det kunne også gi mistanke om lokalisert sinusvenetrombose. Det var også manglende kontrastoppladning i et annet av de venøse hulrommene i hodet, sinus cavernosus, slik at det også her var mistanke om trombose. I tillegg var det et væskelokulament i venstre orbita med kontrastoppladende kapsel, og patologisk oppladning med væskespeil i venstre sinus frontalis. Funnene var ifølge radiolog 2 svært unormale, og dette opplyser han at han formidlet klart til barnelegen.

Ifølge radiolog 1 ble det sagt at det var stor usikkerhet knyttet til om det var trombosering eller kun venekompresjon av sinus sagittalis på dette tidspunktet. Imidlertid ble det fra radiologenes side gjort helt klart at funnene var svært patologiske og forenlige med meningitt og infeksiøse væskeansamlinger ekstracerebralt, i øyehulen og i sinus frontalis.

Barnelege 1 på sin side oppfattet at radiolog 2 sa at det ikke var noen tegn til sinusvenetrombose, men at det var væskeansamlinger som kunne være begynnende abscesser ekstracerebralt. Det var heller ingen tegn på intrakraniell trykkstigning. Det ble ikke skrevet noe skriftlig foreløpig svar på røntgenundersøkelsen.

3.1.12 Videre forløp fredag XXXXXX

Barnelege 1 gjorde en diagnostisk lumbalpunksjon ca. kl. XXXXXX, og det tilkom en stikkblødning. Spinalvæsken var lett blodig, men ikke purulent, og den ble sendt til dyrkning. Spinalpunksjon viste økt protein, lav glukose (under 50 % av serumglukose). Telling av leukocytter ble ikke utført på grunn av blødningen.

Det ble ordinert 3 g x 4 Cefotaxim (cefotaksim) intravenøst i forkant av lumbalpunksjonen. Første dose ble gitt kl. 20.30. Av foretakets egen gjennomgang fremgår det at det gikk ca. tre timer fra antibiotika ble ordinert, til det ble gitt. Pasienten ble etter lumbalpunksjonen innlagt på barneavdelingen. Barneavdelingen har ikke kunnet gjøre rede for hvorfor det gikk tre timer fra ordinasjon til administrasjon av antibiotika.

Barnelege 1 konfererte med en anestesilege, og pasienten ble overflyttet til intensivavdelingen for observasjon og videre behandling litt etter kl. 20.00. Barnelege 1 opplyser at hun ikke fant det nødvendig å konferere med en nevrokirurg ved XXXXXX universitetssjukehus om eventuell drenering av væskelokulamentene. Årsaken til dette var at pasientens allmenntilstand var god, og fordi hun oppfattet at mistanken om sinusvenetrombose var avkrefte. Skriftlig svar på CT-undersøkelsen ble ikke etterlyst.

Pårørende opplyser at de raskt fikk beskjed om at pasienten hadde hjernehinnebetennelse, og at det ble utført CT-undersøkelse og tatt prøver av spinalvæsken for dyrkning. Pasienten fikk intravenøs væske og smertestillende, og pårørende fulgte ham til intensivavdelingen.

3.1.13 Andre dag på sykehuset, lørdag XXXXXX

En tredje barnelege, barnelege 3, fikk rapport om pasienten på morgenmøtet neste dag. Etter rapporten gikk han først for å se til den aktuelle pasienten. Da var klokka rundt 10.00 og pasienten var i god bedring, klar og orientert, og spiste og drakk. Han var imidlertid fortsatt nakkestiv. CRP var falt til 80 mg/l og pasienten var afebril. Barnelege 3 oppfattet at pasienten hadde hatt god effekt av behandlingen, og han ble derfor overført til sengeposten for barn kl. XXXXXX.

Under visitten oppdaget barnelege 3 at det skriftlige svaret på CT-undersøkelsen fra dagen før manglet. Han ba derfor om at det ble etterlyst fra radiologisk avdeling.

På sengeposten var pasienten trøtt, varm og svett. Temperaturen var 39 °C aksillært, og pasienten fikk paracetamol kl. XXXXXX. Han skalv i senga, men benektet frysninger.

Kl. XXXXXX ble pasienten akutt dårlig XXXXXX. Han var dårlig kontaktbar, klam, gråblek, uklar og desorientert. En LIS og barnelege 3 ble tilkalt. De beskrev pasienten som respiratorisk og sirkulatorisk stabil med kapillærfyllningstid på tre sekunder. Pupillene var sidelike og reagerte normalt på lys. Temperaturen var 39,2 °C aksillært. Kort før han ble dårlig, hadde pasienten hatt noen rykninger i venstre bein, men det var ingen økt muskeltonus, spasmer eller kramper i muskulaturen da legene undersøkte ham. Han fikk febernedsettende medikamenter og intravenøs væske.

Omtrent samtidig kom det skriftlige svaret på den radiologiske undersøkelsen. Svaret ble opprettet i DIPS kl. XXXXXX av radiolog 2, og kontrasignert av ham selv kl. XXXXXX. Konklusjonen på undersøkelsen var: *«Mistanke om meningitt/meningeale abscessdannelse med mulig primærfocus i venstre orbita/ve sinus frontalis. Konferer beskrivelse»*. Videre heter det: *«Umiddelbart muntlig preliminær beskjed til ansvarlig barnelege»*. I beskrivelsen omtales at det også er mistanke om en sinusvenetrombose.

Barnelege 3 leste svaret, og oppdaget da at det også var mistanke om at pasienten hadde sinusvenetrombose. Det stemte også med de kliniske funnene han hadde gjort, men han oppfattet at det var en endring fra det muntlige svaret han hadde fått referert på morgenmøtet. Barnelege 3 besluttet at pasienten umiddelbart skulle overflyttes til nevrokirurgisk avdeling ved Helse XXXXXX HF, XXXXXX universitetssjukehus. AMK ble varslet, og pasienten ble transportert med Sea King-helikopter som forlot XXXXXX kl.15.00.

3.1.14 Overflytting til XXXXXX universitetssjukehus, Helse XXXXXX HF

Pasienten ble innlagt kirurgisk serviceklinikk, nevrokirurgisk avdeling, ved XXXXXX universitetssjukehus XXXXXX. Innleggelsesdiagnosen var epiduralt og subduralt empyem.

Han fikk umiddelbart tilsyn av infeksjonsmedisiner og nevrokirurg, og ble overflyttet til intensivavdelingen. Han ble om ettermiddagen operert. En nevrokirurg evakuerte og drenerte pussansamlinger epiduralt på begge sider og subduralt på høyre side. Deretter utførte en ønh-lege insisjon og drenasje av abscess i venstre øyehule. Postoperativ MR viste ingen tegn til infarkter eller blødninger, men vedvarende sinusvenetrombose i sinus sagitalis superior.

Søndag XXXXXX, var pasienten respiratorisk og sirkulatorisk stabil, men på grunn av hjerneødem og noe dårlige plassforhold intrakranielt, valgte legene å holde ham sedert på respirator til dagen etter.

Mandag XXXXXX ble det gjort en ny CT-undersøkelse som viste tilfredsstillende postoperative forhold intrakranielt, og pasienten ble deretter vekket og ekstubert. Etter oppvåkning svarte han adekvat på spørsmål og beveget alle ekstremiteter.

Ca. en time etter ekstubasjonen fikk han et nytt partielt krampeanfall med blikkdeviasjon til høyre, og rykninger i høyre sides arm og bein. Krampeene ble kupert med propofol intravenøst, og de ga seg etter et par minutter. Etter anfallet var pasienten våken, kommuniserte og

beveget bein og armer. Det ble ikke vurdert nødvendig å legge ham i narkose på nytt. Han var stabil sirkulatorisk og respiratorisk, men prognosen var fortsatt usikker.

Tirsdag XXXXXX fikk pasienten utført drenasje av maxillarsinus og etmoidalsinus av en ønhlege, og planlegging for overføring til infeksjonsmedisinsk avdeling startet.

Statens helsetilsyn har fått opplyst at det etter forholdene går bra med pasienten, og at han har kommet fra hendelsen uten alvorlige følgetilstander.

3.1.15 Virksomhetens ivaretagelse av og informasjon til de pårørende

Som det fremgår av overstående var det pasientens pårørende som kjørte ham til XXXXXX fredag XXXXXX, og han var til stede sammen med pasienten hele tiden mens han var der. Pårørende fikk en seng på rommet til pasienten, og opplevde at han var involvert og ivaretatt på overvåkingen om natten. Pårørende ble informert av barnelege 3 før overflytting til XXXXXX universitetssjukehus og om mulig svikt i helsehjelpen.

3.1.16 Opplysninger fra de pårørende til Statens helsetilsyn

Pårørende ble informert om at det ble besluttet stedlig tilsyn og tilbudt en samtale med Statens helsetilsyn, men ønsket ikke samtale på det tidspunktet. Han sendte et skriftlig notat i saken der hans observasjoner og refleksjoner over hendelsen fremgår. Dette er innarbeidet i hendelsesforløpet.

3.2 Forhold ved XXXXXX

3.2.1 Organisering av legetjenesten og legevaktstjenesten i XXXXXX kommune

I XXXXXX kommune er legetjenesten og legevaktstjenesten organisert og lokalisert ved XXXXXX. Det er XXXXXX leger, som har fastlegeavtale med kommunen, tilknyttet senteret. Alle de faste legene er enten spesialister i allmenntilmedisin eller under utdanning i dette, bortsett fra en fastlegevikar ved senteret. Legene har selvstendig ansvar for den kliniske virksomheten. De har tett kommunikasjon seg imellom. XXXXXX.

En av legene har legevaktstjeneste på dagtid, men det tilstrebes at pasientene kommer til fastlegen dersom vedkommende er til stede og har kapasitet. Hjelpepersonellet er til stede på dagtid, og det er anledning til å benytte de polikliniske tjenestene og laboratorietjenestene som Helse XXXXXX HF har i XXXXXX. Etter ordinær arbeidstid arbeider legevaktlegen i de samme lokalene ved legevaktkonsultasjoner. Ambulansearbeiderne ved ambulansestasjonen og vektere bistår legevaktlegen ved behov på vakttid.

Pasienter tiltrengende spesialisthelsetjenester innlegges ved XXXXXX, XXXXXX km unna i reisevei.

Alle legestillingene var besatte i XXXXXX. Ved ansettelser kontrolleres søkerens autorisasjonsstatus, og det innhentes referanser fra tidligere arbeidsgivere. Det er opplæring i legesenterets og legevaktens prosedyrer ved ansettelsen, og det er ikke pålagt legevaktstjeneste de første to ukene. Kvalitetssystemet «Trinnvis» som er et nasjonalt system benyttes, og den nyansatte må kvittere på at det er gjennomgått. Det er tilgang på faglige veiledere som Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) og «Legevakthåndboka» som beslutningsstøtte under pasientkonsultasjoner.

Det er et avvikssystem i kommunen der innmeldte avvik drøftes og vurderes med tanke på oppfølging. Det er anledning til å melde avvik i Helse XXXXXX HF sitt avvikssystem ved behov. Felles avvikshåndtering med helseforetaket er mulig, men ikke vanlig. Samarbeidet

med Helse XXXXXX HF beskrives som godt på generelt grunnlag, og det er regelmessig møteaktivitet for ta opp felles utfordringer av både administrativ og faglig karakter.

Det er regelmessige møter i XXXXXX, både av administrativ og faglig karakter. Det er ukentlige møter for leger som ikke er spesialister i allmennmedisin der faglige spørsmål drøftes. Terskelen for å konsultere andre leger er lav. Ledelsen følger med på den kliniske virksomheten på overordnet nivå, men har ikke mulighet til å kontrollere alle konsultasjoner.

3.2.2 Samarbeid mellom XXXXXX kommune og Helse XXXXXX HF ved behov for øyeblikkelig hjelp vurderinger/innleggelse

Noen legevaktleger opplever at terskelen for å legge inn/henvise pasienter for vurdering i spesialisthelsetjenesten kan være høy, men det er en felles forståelse for at det er legevaktlegen, som har behandlingsansvaret, som har det endelige ordet. Sykehuslegene har anledning til å konvertere en innleggelse til en poliklinisk konsultasjon etter en klinisk vurdering.

Telefonkonferanse skjer på lege i spesialisering (LIS)- eller overlegenivå, og det er gode erfaringer med å få faglige råd i forbindelse med pasientbehandling.

3.3 Forhold ved Helse XXXXXX HF

3.3.1 Overordnet organisering

Helse XXXXXX HF er det XXXXXX. Kirurgisk klinikk og medisinsk klinikk er to av enhetene i foretaket som rapporterer direkte til administrerende direktør. Kirurgisk avdeling er en avdeling i kirurgisk klinikk, mens barneavdelingen og radiologisk avdeling er to av avdelingene i medisinsk klinikk.

XXXXXX.

Fagdirektør er i stab til direktøren, men han fremgår ikke av organisasjonskartet. Han leder pasientsikkerhetsutvalget, som forbereder saker til kvalitetsutvalget ved helseforetaket. Det er pasientsikkerhetsutvalget som behandler avviksmeldinger i Synergi. Kvalitetsrådgiver samler alle avviksmeldinger og er rådgiver/koordinator for avviksmeldinger som omhandler pasientbehandling.

3.3.2 Relevante prosedyrer, rutiner og praksis for pasienter som henvises som øyeblikkelig hjelp

Det foreligger følgende dokument: «*Prosedyre for tilvising og innlegging av ø. hjelpspasienter XXXXXX*» XXXXXX.

I følge denne og informasjon gitt under intervjuene, har Helse XXXXXX HF ansvar for all spesialisthelsetjenestebehandling av pasienten fra vedkommende innlegges til hun/han er utskrevet. Ansvar ligger hos den avdelingen/seksjonen/enheten som har behandlingsansvaret for pasienten under oppholdet. Kommunikasjon med henvisende lege skal alltid gå via LIS eller overlege.

Retningslinjen sier om mottak av akutt pasienter:

«Hovedprinsipp: Vurdering og primærmottak av akuttinnlagde pasienter skal som hovedregel skje av lege med kompetanse på LIS- eller overlegenivå i samhandling med turnuslege/medisinsk student (hvis avdelinga har slik) og sjukepleiar. Unntak frå dette (t.d. ved pågåande akutte operative inngrep der LIS- eller overlege ikkje kan frå) må grunngjevast

særskilt i journalen (turnuslege står for dette) og vil bli gjenstand for rapportering/evaluering med faste mellomrom.»

Etter triagering, måling av vitale parametere og score i ALERT ved sykepleier vil det primære møtet med akuttpatienten skje ved LIS-lege/overlege fra den behandlingsansvarlige avdelingen. I avdelinger som har turnuslege i vakt skal denne delta i dette møtet. LIS/overlege skal notere stikkord i den preliminare papirjournalen, og gi turnuslegen muntlig instruksjon om sin vurdering av status og videre behandlingsplan for pasienten. Turnuslege deltar i utførelsen av oppgavene inkludert å skrive innkomstjournal. I siste del av innkomstjournalen skal turnuslegen notere konklusjoner fra de instruksjoner LIS/overlege har gitt i forbindelse med pasientmøtet.

Det fremgår ikke av prosedyrene om disse notatene skal kontrolleres/kontrasignes av LIS eller overlege eller at det skal dokumenteres hvilke leger som har vært involvert. Det fremgår heller ikke om noen skal godkjenne/kontrasignere innkomstnotatet, eventuelt epikrisen, dersom oppholdet konverteres til poliklinisk konsultasjon. Epikriser for innskrevne/innlagte pasienter kontrasignes av overlege. Epikrisene sendes elektronisk til primærhelsetjenesten.

For avdelinger uten turnuslege skal LIS/overlege selv diktere innkomstjournal inkludert videre behandlingsplan.

For pasienter med sammensatte og multiple/uklare problemstillinger skal terskelen for å konsultere/tilkalle leger fra andre fagområder være lav, og dette skal skje uten lengre venting tidlig i forløpet. Opplysninger under intervjuene bekrefter at praksis er i tråd med prosedyren. Det forutsettes at til enhver tid behandlingsansvarlig lege selv identifiserer behov for å innhente annen kompetanse.

3.3.3 Relevante prosedyrer, rutiner og praksis for henvisning til, mottak av og svar på radiologiske undersøkelser på innlagte pasienter

3.3.3.1 Prosedyre om arbeidsflyt mv.

Det foreligger følgende dokument: «Arbeidsflyt tilvisingar, mottak/svarprosedyrer» XXXXXX.

I følge denne og informasjon gitt under intervjuene skal interne henvisninger som gjelder øyeblikkelig hjelp skje elektronisk i DIPS RIS. Henvisende lege skal angi ønsket hastegrad i henvisningen. Ved øyeblikkelig hjelp/akutthenviing skal rekvirenten samtidig ringe radiologisk avdeling for å drøfte hastegrad og undersøkelsestype med radiologen.

Radiografen/radiologen gjennomfører undersøkelsen etter gjeldende prosedyrer. Radiologen beskriver bilder fortløpende etter hastegrad i henvisningen. Øyeblikkelig hjelp undersøkelser på dagtid, der radiolog oppfatter at hurtig svar er nødvendig, kan enten dikteres umiddelbart, besvares med håndskrevet preliminært svar og dikteres senere, eller ved å ringe rekvirenten som har behandlingsansvaret dersom hastegraden er stor. Håndskrevne svar skal skrives på standardformular XXXXXX eventuelt skrives rett inn i DIPS RIS.

Under intervjuene kom det frem at ikke alle vikarer var kjent med at det skulle ringes samtidig som det ble rekvirert i DIPS RIS.

3.3.3.2 Beskrivelse av radiologiske undersøkelser

Svaret ved ø-hjelp skal komme skriftlig. Hvorvidt det tas muntlig kontakt ved formidling av røntgensvar, avhenger av alvorlighetsgrad og hastegrad. Radiologisk avdeling sin retningslinje sier at «der radiolog oppfatter at hurtig svar er nødvendig, kan (svaret) enten

dikteres umiddelbart, besvares med håndskrevet preliminærsvare og dikteres senere, eller ved å ringe rekvirent/avdeling som har ansvaret for pasienten hvis hastegraden er stor.»

Ved det stedlige tilsynet fremkom det at praksis for formidling av svar på øyeblikkelig hjelp undersøkelser, var at radiologen ringte til rekvirenten når undersøkelsen var utført, og ga et muntlig svar. Alternativt ble rekvirenten tilkalt slik at radiologen kunne demonstrere bildene, og eventuelt drøfte funnene med rekvirenten. I slike tilfeller ble det ikke håndskrevet eller diktert foreløpig svar.

Om morgenen etter nattevakt ble nattens undersøkelser beskrevet i DIPS, det vil si bilder tatt etter at radiologen gikk hjem for kvelden. Deretter ble beskrivelsen kontrassegnert, som hovedregel av en annen overlege. Det tilstrebes så kort tid som mulig fra undersøkelsen er utført til endelig svar sendes ut. Foreløpig svar skal gis ut samme dag, endelig svar med kontrassegnering skal gis ut i løpet av en til to dager etter undersøkelsen. Ifølge prosedyren skal svar på øyeblikkelig hjelp undersøkelser dikteres så snart som mulig etter at undersøkelsen er utført. Praksis var at øyeblikkelig hjelp ble diktert når radiolog hadde anledning, eventuelt neste dag. Det er ikke opplyst om det det er noen form for varsling til rekvirent når svar foreligger i DIPS. Endringer som blir gjort i foreløpig beskrivelse blir ikke rutinemessig dokumentert, slik at skriftlig beskrivelse som er kontrassegnert kan avvike fra den preliminære uten at det fremkommer hva det preliminære svaret var.

3.3.3.3 Kliniske demonstrasjoner og samarbeidsmøter mellom radiologisk avdeling og barneavdelingen

Ordinære daglige demonstrasjoner av røntgenbilder for kliniske avdelinger ble ikke utført ved Helse XXXXXX HF. Radiologene så i mindre grad behovet for dette, men det var et ønske fra de kliniske avdelingene å gjenoppta disse. Under det stedlige tilsynet ble det uttrykt fra helsepersonellet at de kliniske avdelingene ikke var helt fornøyd med samarbeidet med radiologisk avdeling. Det ble særlig pekt på at kommunikasjonen kunne vært bedre ved formidlingen av røntgensvar, der legene først i ettertid ser når svarene er endret i forhold til foreløpig beskrivelse. Derfor har det vært et avklaringsmøte for å få til bedre samarbeid.

Praksis per XXXXXX var at det var et møte annen hver uke mellom barneavdelingen og radiologisk avdeling, men disse møtene var avhengige av at radiologen var tilstede den aktuelle dagen. Disse møtene er blitt innført igjen etter at de for noen år siden ble avviklet. Legene ved nevrologene og ved øre-nese-halsavdelingen har ukentlige møter med radiologisk avdeling.

3.3.3.4 Fornytt vurdering ved usikkerhet

Praksis er at radiologen besvarer undersøkelsen «etter beste evne», og formidler eventuell usikkerhet om funnene til rekvirenten. Det er da opp til rekvirenten å vurdere svaret opp mot den kliniske problemstillingen, og eventuelt henvise pasienten videre eller konsultere Haukeland universitetssjukehus for fornytt vurdering. Radiologisk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus vil da innhente de radiologiske undersøkelsene via teleradiologi og foreta en sekundær vurdering av bildene. Det er ikke praksis at radiologene konsulterer radiologer ved Haukeland universitetssjukehus direkte i forbindelse med vurdering av bilder der de er usikre på funn.

3.3.4 **Samarbeid med XXXXXX**

Helse XXXXXX HF har ikke egen nevrokirurgisk avdeling, og de har rutiner for å sende røntgenbilder elektronisk og/eller konferere med XXXXXX universitetssjukehus når det er mistanke om nevrologiske problemstillinger. Ved spørsmål om det foreligger intrakranielle abscesser skal det tas umiddelbart kontakt med XXXXXX universitetssjukehus. Det er den

avdelingen som har behandlingsansvaret for pasienten som skal vurdere om det skal tas kontakt med XXXXXX universitetssjukehus.

I samtalene ved det stedlige tilsynet fremkom det at også radiologisk avdeling kan anbefale slik kontakt, og også på eget initiativ sende over røntgenbilder til XXXXXX universitetssjukehus. Det ble sagt at dette er mindre naturlig når behandlingsansvarlig lege er erfaren, da respekten for en eldre og erfaren kollega tilsa at vedkommende lege selv vurderer hvordan hun vil følge opp pasienten. Oversendelse av røntgenbilder fra radiologisk avdeling skjer som nevnt i liten grad kun for at radiologisk avdeling ved Helse XXXXXX HF ønsker en tilleggsvurdering.

3.3.5 Rutiner for oppstart av antibiotika

Helse XXXXXX HF hadde på hendelsestidspunktet ikke utarbeidet egne retningslinjer for tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt, men opplyste at de fulgte anbefalingene i de nasjonale retningslinjene utarbeidet av helsedirektoratet i «*Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabehandling i sykehus*» (IS-2151) og «*Akuttveileder i pediatri*», utgitt av Norsk barnelegeforening.

3.4 Kommunens og helseforetakets interne gjennomgang av hendelsen

3.4.1 Opplysninger om avvikhåndtering

Hendelsen er drøftet i flere uformelle møter med XXXXXX kommune, XXXXXX.

I helseforetaket var hendelsen meldt som avvik i Synergi fra barneavdelingen XXXXXX. Melder hadde vært i kontakt med avdelingsleder på kirurgisk avdeling og smittevernoverlegen i XXXXXX kommune. Hendelsen var meldt til Kunnskapssenteret og varslet til Statens helsetilsyn XXXXXX. Melder pekte på tre forhold med forbedringspotensial:

- vurderingen ved det første oppholdet ved kirurgisk avdeling
- tidspunkt for oppstart av antibiotikabehandling
- informasjonsutveksling mellom radiologisk avdeling og barneavdelingen i forbindelse med røntgensvar.

Det fremkom videre at hendelsen hadde vært diskutert og drøftet internt både på kirurgisk avdeling, radiologisk avdeling og på barneavdelingen, men at det ikke hadde vært avholdt noe felles oppfølgingsmøte utover et informasjonsmøte i forbindelse med det stedlige tilsynet. Det var imidlertid planlagt et slikt felles møte i uke XXXXXX.

Avdelingsleder ved kirurgisk avdeling vurderte at helsehjelpen som ble gitt ved det første oppholdet var i tråd med god praksis, og opplyste at LIS hadde vært involvert selv om det ikke fremkom av journalnotatet til turnuslegen.

Avdelingsleder og medisinsk faglig rådgiver ved barneavdelingen vurderte at det hadde vært unødig forsinkelse før oppstart av antibiotika, og at det var uheldig at det skriftlige svaret på CT undersøkelsen ikke kom før 22 timer etter at undersøkelsen var gjennomført. Han hevdet også at svaret var endret fra det som ble formidlet/oppfattet ved den muntlige demonstrasjonen dagen før.

Avdelingsleder ved radiologisk avdeling vurderte at det var uheldig at det skriftlige svaret først kom etter 22 timer, men at det kunne forklares ved at det var stor arbeidsbelastning på vakthavende radiolog. Radiologene mente samme svar var formidlet både skriftlig og muntlig.

3.4.2 Helse XXXXXX HF's rapport etter intern gjennomgang av hendelsen

Helse XXXXXX HF har også utarbeidet en grundig rapport av XXXXXX etter en intern gjennomgang av hendelsen. Denne er oversendt Statens helsetilsyn. Rapporten konkluderer med at det er samhandlingen på tvers av avdelinger som er de største utfordringene. Det er blant annet pekt på mangelfulle varslingsrutiner for blodprøvesvar og svar på røntgenbilder (CT). Mye tid går med til å vente på svar og sjekke i DIPS om svar er kommet.

Det er videre pekt på at XXXXXX. Det er også påpekt at pasienten, med sin sykehistorie kombinert med høy feber og CRP, kanskje burde vært vurdert av flere fagpersoner da han var innlagt i akuttmottaket første gang XXXXXX. Antibiotikabehandling kunne vært gitt før på klinisk mistanke, så fremt det var sikret dyrkingsprøver i blodkultur. Det blir påpekt at det var alvorlig at det tok åtte timer fra pasienten ble lagt inn til det ble startet opp med antibiotikabehandling.

Videre er det tatt opp i rapporten at det var kommunikasjonsproblemer mellom barnelegen og radiologen slik at barnelegen ikke fikk med seg at det kunne være mistanke om sinusvenetrombose. Barnelegen trodde at radiologen avkreftet at det var tegn til dette. Barnelegen oppfattet ikke pasientens situasjon som veldig akutt, selv om det var kommunisert at det dreide seg om alvorlig intrakraniell patologi med meningeal abscessdannelse. Da burde hans tilstand uansett vært drøftet med nevrolog eller ønh-lege ved XXXXXX. Det blir også påpekt at det uansett var alvorlig at det tok åtte timer fra pasienten ble lagt inn til det ble startet opp med antibiotikabehandling.

Det påpekes til slutt i rapporten at det tok 21 timer fra CT caput var tatt til skriftlig vurdering av bildene var lagret i DIPS. Dette var en alvorlig diagnose, og det blir minnet på at radiologisk avdeling må følge prosedyren for prioritering av de alvorligste tilfellene. Barneavdelingen kunne også ha purret på svarene mye tidligere.

3.4.3 Helse XXXXXX sin tilbakemelding på foreløpig rapport om hvordan hendelsen er fulgt opp for å redusere risiko for tilsvarende skal skje igjen

3.4.3.1 Gjennomførte og planlagte møter

Hendelsen er drøftet i Kvalitetsutvalet, i Pasienttryggingutvalet, i tillegg til klinikkråd og avdelingsmøter.

Den foreløpig rapporten fra Statens helsetilsyn ble tatt opp i et møte XXXXXX mellom ledelsen og de involverte, samt drøftet i Pasienttryggingutvalet.

Det er planlagt et møte i XXXXXX mellom barneavdelinga, kirurgisk avdeling og ortopedisk avdeling for gjennomgang av rutiner og forbedringsarbeid.

Det er og planlagt et møte XXXXXX mellom barneavdelingen og radiologisk avdeling for å tydeliggjøre det som ikke fungerer i samarbeidet og å identifisere forbedringsområder.

Det er planlagt et møte med pasient og pårørende og helseforetaket XXXXXX.

3.4.3.2 Prosedyreendringer

Prosedyre for hjemsendelse av pasienter fra akuttmottak er under utarbeidelse, og det er opplyst at den vil gjelde for alle avdelinger i helseforetaket.

Prosedyre for dokumentasjon av LIS sine vurderinger av pasienter i akuttmottaket er endret, slik at de nå skriver notat på alle pasienter de involveres i enten de legges inn eller er

polikliniske. Alle LIS skal konferere med vakthavende overlege der det er aktuelt å drøfte innleggelse, og når de er behov for mer kompetent vurdering.

Rutiner for opplæring i barneavdelinga slik det er skissert i Helse XXXXXX sin internrapport er gjennomført.

3.4.3.3 Andre tiltak og innskjerpinger

Barneavdelingen arbeider sammen med de andre barneavdelingene i Helse XXXXXX for å få integrert retningslinjer for barn og ungdom inn i KULE (kurve- og legemiddelhandteringsprosjektet).

Det skal tydeliggjøres i opplæringsprosedyrene for nye vikarer hvordan og når XXXXXX universitetssjukehus skal kontaktes, og ny teknologi vil gjøre det lettere å konferere virtuelt med spesialist ved universitetssykehus.

Det vil bli arbeidet med å få bedre inn i opplæringa av nye leger hvordan rutiner for bestilling av laboratorieprøver og radiologiske undersøkelser med stor hastegrad skal utføres.

Det er presisert at det skal være «lege-til-lege»-dialog mellom rekvirerende lege på klinisk avdeling og lege ved radiologisk avdeling ved hasteundersøkelser etter at henvisningen er vurdert. Det er lege på klinisk avdeling som har ansvaret for å ta kontakt med lege på radiologisk avdeling.

Det er innskjerpet at skriftlig dokumentasjon og godkjenning av radiologisk beskrivelse i DIPS i tillegg til muntlig tilbakemelding må prioriteres på de dårligste pasientene.

3.4.4 *Kommentarer til vurderinger og konklusjoner i foreløpig rapport*

Ledelsen vurderer at rekkefølgen CT, lumbalpunksjon, antibiotika var korrekt, men at det var ugreit at det tok så lang tid. Alle er enige om at det gikk for lang tid før antibiotika ble gitt i denne saken. Rutiner for oppstart av antibiotikabehandling er på plass, men ble ikke fulgt i dette tilfellet.

Radiologisk avdeling opplyser at dersom de hadde fått informasjon om hastegrad så kunne det vært vurdert å ikke vente på svar på serumkreatinin før CT-undersøkelsen ble gjort.

Det er opplyst at det en utfordring når det er samme lege som behandler pasienten som også må ha dialogen med alle instanser i forbindelse med undersøkelser og videresending av pasienten.

I dette tilfellet stolte radiologen på at barnelegen hadde oppfattet det muntlige svaret, og prioriterte ikke dokumentasjon i DIPS.

Foretaket påpeker at det var en relativt atypisk sykehistorie for en meningitt. De vurderer at det mest sannsynlig var meningitt på bakgrunn av gjennombrudd av orbital cellulitt/sinusitt under eller før peroral antibiotikabehandling, og at det var årsaken til det uvanlige forløpet. Barneavdelingen vurderer at utredningsrekkefølgen var korrekt i lys av mistanke om meningitt eller sinusvenetrombose sekundært til infeksjon i orbita. De mener at det var viktig å få avklart sinusvenetrombose og å få tatt bakteriologiske prøver. Dette er en situasjon som i liten grad er omtalt i nasjonale retningslinjer for behandling av akutt meningitt.

4 Aktuelt regelverk

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

4.1 Plikt til å yte forsvarlig helsehjelp

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Kravet stilles både til helsepersonells utøvelse av helsehjelp og til virksomhetens organisering av helsehjelp, jf. lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) §§ 4 og 16 og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2 og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 (se vedlegg).

Forsvarlighetsnormen i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven.

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

Forsvarlighetsstandarder skal gjøres på bakgrunn av hvordan situasjonen fortonte seg der og da, og hvilke alternativer helsepersonellet hadde til handling. Forsvarlighetsstandarder tar utgangspunkt i hva som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, men må også vurderes i lys av arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Hvordan helsepersonellet burde ha opptrådt i den konkrete situasjonen på bakgrunn av egne kvalifikasjoner står sentralt, ikke hvordan helsepersonellet burde opptrådt i en ideell situasjon. Forventningene til handlemåte vil for eksempel være annerledes for en erfaren spesialist enn til helsepersonell med kort tids erfaring.

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

4.2 Nærmere om internkontroll

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientenes sikkerhet, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten) § 4.

Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Sykehuset skal således gjennom sin internkontroll tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Virksomheten skal blant annet sørge for at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet og beskrive hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

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

4.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helseforetakene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

4.4 Plikt til å varsle om uventede alvorlige hendelser

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

4.5 Plikt til å informere pasienten og de pårørende

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2a, har helseforetakene plikt til å sørge for at pasienten får den informasjonen han eller hun har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Pasientens nærmeste pårørende har også rett til å få informasjon om den alvorlige hendelsen og de tiltakene virksomheten har iverksatt for å redusere risiko i etterkant av hendelsen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 og § 3-2 fjerde og femte ledd.

4.6 Statens helsetilsyns mandat

Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn skal behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten og bidra til at tilsynet raskt identifiserer uforsvarlige forhold, jf. lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 2.

Formålet med varselordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a er å bidra til en bedre vurdering av de alvorlige hendelsene ved at tilsynsmyndighetene raskt kommer i dialog med det involverte helsepersonellet og deres ledere, og med pasienter og/eller deres pårørende.

5 Statens helsetilsyns vurderinger

Statens helsetilsyn har i denne saken vurdert om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp i perioden XXXXXX til XXXXXX ved henholdsvis legevakta i XXXXXX kommune/ XXXXXX, og kirurgisk og medisinsk klinikk ved Helse XXXXXX HF, XXXXXX, og om virksomhetene hadde rutiner som sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienter i tilsvarende situasjoner. Vi har vurdert følgende:

Ga involverte leger ved XXXXXX pasienten forsvarlig helsehjelp?

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

- Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen XXXXXX?
- Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen XXXXXX?
- Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen XXXXXX?
- Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen XXXXXX?

Har XXXXXX kommune lagt til rette for forsvarlig håndtering av pasienter som har behov for legevakt-tjenester?

Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Helse XXXXXX HF?

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

- Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved kirurgisk avdeling XXXXXX
- Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved innleggelsen på barneavdelingen XXXXXX?
- Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp fra radiologisk avdeling ved innleggelsen XXXXXX?

Har Helse XXXXXX HF lagt til rette for forsvarlig behandling av barn med uavklart, potensielt alvorlig sykdom?

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

- Har foretaket rutiner som sikrer forsvarlig kompetanse når barn med uavklart tilstand vurderes sendt hjem?
- Har foretaket rutiner som sikrer tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt?
- Har foretaket rutiner som sikrer forsvarlig samhandling og informasjonsutveksling mellom radiologisk avdeling og barneavdelingen i forbindelse med øyeblikkelig hjelp undersøkelser?

Har Helse XXXXXX HF iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko / forhindre at tilsvarende skjer igjen?

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

- Har Helse XXXXXX HF har gjennomgått hendelsen i læringsøyemed og iverksatt kvalitetsforbedrende tiltak?
- Har Helse XXXXXX HF informert pasienten og de pårørende om hvilke tiltak de har iverksatt/vil iverksette for at lignende hendelser ikke skal skje igjen.

Vi har etter en helhetsvurdering ikke funnet grunn for å vurdere administrativ reaksjon mot noe enkeltpersonell. Vår vurdering av helsepersonellens handlinger inngår i vår samlede vurdering av den oppfølging pasienten fikk ved XXXXXX kommune/ XXXXXX og Helse XXXXXX HF.

5.1 Ga involverte leger ved XXXXXX pasienten forsvarlig helsehjelp?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at involvert lege ved XXXXXX kke ga pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen XXXXXX. Det foreligger dermed brudd på helsepersonelloven § 4. Ved de tre øvrige konsultasjonene ved XXXXXX var helsehjelpen forsvarlig.

Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger av alle legevaktkonsultasjonene. Vi vil først beskrive god praksis ved legevaktarbeid generelt. God praksis knyttet til de aktuelle legevaktkonsultasjonene beskrives under hvert av vurderingstemaene.

5.1.1 God praksis for legevaktarbeid

Legevaktarbeid stiller særlige krav til behandlingsansvarlig lege. Legen må ha tilstrekkelig medisinsk kompetanse, være i stand til å mestre varierende og til tider høyt arbeidspress, gjøre

prioriteringer og kommunisere med medarbeidere og samarbeidende helsepersonell på en effektiv og adekvat måte.

Legen må ha god evne til å skille det alvorlige fra det mindre alvorlige. For legevaktsleger består mange avgjørelser derfor i å redusere sannsynligheten for at det ligger en alvorlig tilstand til grunn for pasientenes plager eller redusere sannsynligheten for at alvorlig hendelse skal inntreffe. Dette er særlig sentralt i behandling av akutt sykdom. I mange situasjoner vil det følge av lærebøker eller faglige retningslinjer hva som skal eller bør gjøres.

Det avgjørende i forhold til om det er handlet forsvarlig, vil oftest være følgende:

- Hvor stor er sannsynligheten, gitt pasientens symptomer, for at det foreligger en alvorlig sykdom/tilstand eller at det vil kunne utvikle seg til noe alvorlig?
- Hva er risikoen for pasienten ved å overse dette, eventuelt ikke treffe «nødvendige» tiltak?
- Hva har legen gjort for å redusere risikoen?

Hovedproblemstillingene som må avklares under legevakt er:

- Hvor mye haster det?
- Kan pasienten behandles på legevakten, og hvordan skal oppfølgingen være?
- Må pasienten innlegges?
- Er det behov for spesiell observasjon i hjemmet, og tilbud om å komme tilbake ved endring/forverring?
- Kan pasienten oppsøke og følges opp av fastlegen innen rimelig tid?

Så langt det er mulig skal legevaktlegen gjøre undersøkelser og ta opp anamnese som er tilstrekkelig for å kunne vurdere oppfølging og behandlingsbehov på kort sikt, for eksempel om pasienten bør innlegges som øyeblikkelig hjelp på sykehus, og deretter organisere helsehjelpen eller kommunisere til andre som kan sørge for organiseringen, for eksempel AMK-sentral. Ved legevakt må det altså tas stilling til alvorlighetsgrad. Ved vurderinger av saker som gjelder leger i legevakt må det stilles spørsmål ved om legevaktlegen vurderte situasjonen på en tilstrekkelig grundig måte. Videre om vedkommende besørget at pasienten ble observert ved behov eller sørget for informasjon til pasient om behov for ny kontakt ved forverring, herunder om legen hadde tilstrekkelig grunnlag for å konkludere med at situasjonen var rimelig «avklart», og om initiert behandling var tilstrekkelig ut fra kliniske funn og antatt diagnose.

5.1.2 Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen søndag XXXXXX?

God praksis

God praksis når en tenåringspasient presenterer symptomer som i denne saken, er å ta opp en nøye anamnese med tanke på andre symptomer for å utelukke alvorlig sykdom før diagnosen gastroenteritt stilles. Særlig viktig er det å lytte til pasientens symptomer som ikke passer helt inn og som kan tyde på mer alvorlig sykdom, som hoste, feber og hodepine. Når det gjelder utgangspunktet for en mulig smitte opptas reiseanamnese samt spørsmål rundt eventuell smitte i miljøet.

Det skal gjøres en grundig klinisk undersøkelse tilpasset de symptomer som presenteres, spesielt undersøkelse av buken, men også andre organsystemer.

Viral gastroenteritt er magetarminfeksjon forårsaket av virus, og notavirus, rotavirus og adenovirus er de vanlige agens. Norovirus er vanligst på institusjoner og rotavirus vanligst hos barn. Ved viral gastroenteritt er det ingen eller lett feber, men pasienten kan være dehydrert. Tretthet, tørste, kvalme og oppkast kan være ledsagende symptomer. CRP kan være lett forhøyet ved virale gastroenteritter.

I klinisk praksis blir det etiologiske agens sjelden identifisert. Differensialdiagnose er andre årsaker til diaré, særlig bakterielle infeksjoner. Ved gastroenteritt oppstått etter ferie i utlandet, må man være spesielt oppmerksom på muligheter for bakterielle infeksjoner, for eksempel ulike slekter/varianter av campylobacter eller salmonella.

Behandlingen ved antatt viral gastroenteritt vil være rehydrering og å la sykdommen gå sin naturlige gang. Ved alvorlig dehydrering eller vanskeligheter med oral rehydrering, må innleggelse i sykehus vurderes. Hos små barn bør det praktiseres en liberal henvisningspraksis.

Vurdering

Ut fra de opplysninger som foreligger vurderer Statens helsetilsyn at pasienten ble undersøkt i tråd med god praksis ved legevaktkonsultasjonen den XXXXXX.

Under konsultasjonen kom det frem symptomer som kvalme, oppkast og diaré, noe som ble vektlagt. Tilstanden ble ut fra dette oppfattet som en gastroenteritt. Pasienten ble imidlertid ikke oppfattet som dehydrert og allmenntilstanden ble vurdert som god. Derfor ble han sendt hjem med råd om hydrering og ernæring.

Pasient og pårørende fikk klar beskjed om å ta ny kontakt ved forverring eller endring av tilstanden. Pårørende har i sin uttalelse til saken vektlagt at pasienten på dette tidspunktet hadde hodepine og feber og at dette ble formidlet av dem til legevaktlegen. Dette fremgår ikke av journalnotatet. Legen oppfattet pasienten som afebril, men gjorde ikke egne målinger. CRP ble målt og den var noe forhøyet, men dette ble ikke vektlagt av legevaktlegen, da pasientens allmenntilstand ble oppfattet som god.

Statens helsetilsyn vil påpeke at en inkubasjonstid på ti dager ved viral gastroenteritt er lite sannsynlig, og det er uvanlig at denne tilstanden gir en CRP over 100 mg/l. Ideelt sett burde temperaturen blitt målt. Dette var imidlertid tidlig i sykdomsforløpet, og symptomene kom fra flere organsystemer. Gitt pasientens kliniske tilstand på dette tidspunktet, vurderer Statens helsetilsyn at helsehjelpen ved legevaktkonsultasjonen den XXXXXX var forsvarlig.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at utredningen/helsehjelpen pasienten fikk XXXXXX var forsvarlig.

5.1.3 Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen mandag XXXXXX?

God praksis

Ved akutte magesmerter hos barn må flere aktuelle differensialdiagnoser vurderes. Akutte magesmerter kan komme av banale lidelser, men også alvorlige, livstruende tilstander. Magesmerter kan også skrive seg fra andre organsystemer. Utfordringen består i å identifisere de pasientene som har alvorlig sykdom som årsak til smertene. Ved den diagnostiske vurderingen vektlegges smertens intensitet, lokalisasjon og varighet, andre symptomer, samt barnets alder og allmenntilstand.

Gastroenteritt er den vanligste årsaken til akutte magesmerter hos barn. Akutt appendisitt er den vanligste kirurgiske tilstanden som presenterer seg ved akutte magesmerter hos barn. Akutt appendisitt er hyppigst i aldersgruppen 10-30 år. Ved akutt appendisitt har pasienten ofte en sykehistorie på noen få døgn, der diffuse utbredte magesmerter etter hvert går over til mer lokaliserte smerter i høyre nedre del av bukveggen. Pasienten har i tillegg ofte feber, kvalme og brekninger. I tillegg kan man finne tegn til lokal peritonitt, lokalisert direkte/indirekte palpasjonsømhethet og positivt psoastegn. CRP er som regel forhøyet. Sykehistorien kan også ha et noe mer atypisk, langtrukket forløp. Ved mistanke om akutt appendisitt skal pasienten innlegges for kirurgisk vurdering i sykehus.

Vurdering

Ved legevaktkonsultasjonen den XXXXXX kommer det frem symptomer på slapphet, hodepine og hevelse rundt øynene. I tillegg har pasienten fortsatt magesmerter, som er mest uttalt nedad til høyre. Legen finner palpasjonsømhethet over høyre nedre del av bukveggen, en betydelig forhøyet CRP, høy puls og tegn til dehydrering.

På dette tidspunktet hadde pasienten fortsatt symptomer fra flere organsystemer. Det fremkom opplysninger om hodepine og nytilkommet hevelse rundt øynene. Hevelsen rundt øynene ble tolket som mulig allergi. Legen la mest vekt på magesmertene, og de kliniske funnene kunne passe med akutt appendisitt. Han valgte derfor å legge pasienten inn på kirurgisk avdeling ved Helse Førde. I innleggelsesskrivet la legen til «*infeksjon*» som en alternativ diagnose, uten at han spesifiserte hva han siktet til.

Statens helsetilsyn vurderer at det under legevaktkonsultasjonen XXXXXX ble gjort en adekvat undersøkelse og vurdering ut fra symptombildet. Legen oppfattet pasienten som syk, symptomene var fremdeles noe diffuse, men magesmertene fremsto som mest fremtredende. Ved dette sykdomsbildet, kombinert med feber og forhøyet CRP, er det et etter Statens helsetilsyns vurdering et adekvat tiltak å legge pasienten inn på kirurgisk avdeling med tanke på utredning for akutt appendisitt.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at utredningen/helsehjelpen pasienten fikk XXXXXX var forsvarlig.

5.1.4 Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen tirsdag XXXXXX?

God praksis

Cellulitt/flegmone er en akutt, pyogen inflammasjon i underhuden, med varierende dybde ned mot muskelfascie. Cellulitt/flegmone er mer diffust avgrenset enn erysipelas, der huden blir rød og varm men uten epidermale forandringer. Infeksjonen er ofte en komplikasjon til et sår, en sprekke, dyrebitt eller en dermatose. Cellulitt/flegmone er en potensielt alvorlig infeksjon med allmennpåvirkning av pasienten.

Staphylococcus aureus er antatt å være den hyppigste årsaken til cellulitt/flegmone, men gramnegative bakterier kan også forekomme. Ved cellulitter/flegmoner i ansiktet og samtidig allmennsymptomer som feber, magesmerter og svekket allmenntilstand, svært rask utvikling av lokale forandringer eller påfallende sterke smerter der legen bør mistenke nekrotiserende fasciitt, skal pasienten innlegges i sykehus.

Orbital cellulitt/flegmone er en farlig tilstand som kjennetegnes ved sterke smerter, påvirket allmenntilstand, feber, redusert bevegelighet av øyet, samt periorbitalt ødem. Tilstanden er vanligvis sekundært til bihulebetennelse. Tilstanden krever øyeblikkelig innleggelse i sykehus for intravenøs antibiotikabehandling.

Det anbefales medikamentell behandling med dikloksacillin, erytromycin eller klindamycin. Dersom det foreligger bakteriologisk prøvesvar med resistensbestemmelse, behandles det i henhold til resistensmønster.

Vurdering

Etter utskrivelsen fra XXXXXX om kvelden XXXXXX, ble pasienten på nytt undersøkt på legevakten den XXXXXX, men da på grunn av tiltakende hevelse rundt venstre øye. Legevaktlege 2 fant et sår på glabella (i pannen over neseroten/mellom øynene), som han vurderte som en mulig inngangsport for infeksjon. Han valgte å behandle infeksjonen med peroral penicillin, og avtalte kontroll etter tre dager.

Statens helsetilsyn vurderer at pasienten på dette tidspunktet hadde symptomer og kliniske funn som kunne tyde på en periorbital cellulitt/flegmone, noe som understøttes av et fotografi av pasienten tatt samme dag. Periorbital cellulitt/flegmone kan potensielt gi alvorlige komplikasjoner, og pasienten skulle derfor vært lagt inn på sykehus for behandling. Behandling med penicillin er dessuten ikke i tråd med faglige retningslinjer, da cellulitt/flegmone vanligvis er forårsaket av gule stafylokokker. Dikloksacillin ville være riktig valg av antibiotika i dette tilfellet.

Konklusjon

Statens helsetilsyn vurderer at utredningen og behandlingen pasienten fikk XXXXXX ikke var i tråd med god praksis.

Pasienten hadde på dette tidspunkt klare tegn til en potensielt alvorlig tilstand som tilsa akutt sykehusinnleggelse. Uten rask diagnostikk og behandling med intravenøs antibiotika, var det betydelig risiko for alvorlige komplikasjoner som kunne medføre betydelig belastning for pasienten. Selv om pasienten var blitt sendt hjem fra XXXXXX dagen før, skulle det vært sørget for at pasienten på dette tidspunkt ble lagt inn på nytt på sykehuset.

Etter Statens helsetilsyns vurdering er avviket fra praksis så stort at vi vurderer det som uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

5.1.5 Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved legevaktkonsultasjonen fredag XXXXXX?

God praksis

Akutt bakteriell meningitt er en infeksjon i hjernebinnene og tilstøtende strukturer i sentralnervesystemet. Klassiske symptomer som høy feber, frostrier, hodepine og nakkestivhet er vanlige. Ledsagende kvalme og brekninger rapporteres av mange og allmenntilstanden er dessuten ofte kraftig nedsatt. Petekkier kan forekomme, men gjerne et stykke ut i forløpet dersom det utvikler seg til meningokokksepsis.

Ved mistanke om meningitt skal pasienten henvises øyeblikkelig uten tidstap og det skal konfereres med sykehuset. Ved transporttid over 30 minutter og tegn til sirkulasjonssvikt anbefales at venøst blod i sprøyte bringes med transporten for mikrobiologiske undersøkelser, og at benzylpenicillin gis intravenøst eller intramuskulært etter blodprøvetaking.

Vurdering

Under legevaktkonsultasjonen XXXXXX, hadde hevelsen rundt øyet gått noe tilbake. Pasienten hadde imidlertid fortsatt hodepine og CRP var høy. Det ble ifølge henvisningsnotatet ikke funnet feber eller nevrologiske utfall. Legevaktlege 2 vurderte likevel at meningitt kunne være en differensialdiagnose. Han ringte derfor sykehuset og avtalte akutt innleggelse.

Gitt det kliniske bildet fremstod pasienten ikke som kritisk syk, sirkulatorisk påvirket eller med nevrologiske utfall. Det fremkommer ikke opplysninger om nakkestivhet. På bakgrunn av dette vurderer Statens helsetilsyn at venøs blodprøvetakning og oppstart av antibiotika kunne vente, selv om transporttiden til FSS er ca. 50 minutter.

Selv om pasientens kliniske situasjon fremstod som stabil, mener vi at pasienten burde vært transportert til sykehus i ambulanse, da det var mistanke om en potensielt alvorlig tilstand der det kunne tilstøte akutt forverring under transporten. Statens helsetilsyn vurderer imidlertid at utredningen og behandlingen var forsvarlig under denne konsultasjonen.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til det ikke var i tråd med god praksis at pasienten ikke ble sendt med ambulanse til XXXXXX. Statens helsetilsyn har imidlertid kommet til at helsehjelpen pasienten fikk XXXXXX var forsvarlig.

5.2 Har XXXXXX kommune lagt til rette for forsvarlig håndtering av pasienter med behov for legevaktjenester?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at XXXXXX kommune/ XXXXXX hadde forsvarlige rutiner for utredning og behandling av pasienter med behov for legevaktjenester. Det foreligger dermed ikke brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Nedenfor gjør vi rede for vår vurdering i saken.

Forventninger til virksomheten – god praksis

Den kommunale legevaktordningen er en allmennmedisinsk virksomhet som skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen kan få nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Ordningen skal hele døgnet kunne vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.

Legevaktordningen er et tillegg til fastlegens tilbud om øyeblikkelig hjelp innenfor fastlegekontorets åpningstid. Legevaktordningen er ikke en utvidelse av fastlegens virksomhet til kveldstid.

Legevaktordningen består av følgende:

- en legevaktsentral for mottak av telefonhenvendelser fra publikum.
- en eller flere leger i vaktberedskap.

Legevaktordningen er nærmere beskrevet i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Så lenge kravene i akuttmedisinforskriften oppfylles, står kommunen fritt til å velge hvordan legevakttilbudet skal organiseres. Hvilke behov tjenesten må regne med å dekke, henger blant annet sammen med befolkningsgrunnlag, turisttilstrømning, topografi, geografisk utstrekning og avstand til sykehus. Det finnes mange

ulike organisatoriske løsninger. Blant annet er det mange modeller for vaktberedskap på dagtid og for legevaktsamarbeid mellom nabokommuner.

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin eller har godkjenning som allmennlege etter veiledet tjeneste. Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene. Kompetansekravene gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlegen må kunne rykke ut når det er nødvendig. Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.

Legevaktordningen bør ha eget opplegg for opplæring av nye legevaktleger. Opplæringen bør blant annet inneholde:

- Opplæring i bruk av det tilgjengelige akuttmedisinske utstyret.
- Hvilke ressurser som finnes ved legevakten; personell og deres kompetanse.
- Hvor den lokale ambulansen er stasjonert, hvordan nivået på utstyr og kompetanse i denne er.
- Hvordan lokale rutiner for akutt henvisning eller innleggelse i sykehus er.
- Geografiske forhold.
- Opplæring i legevaktens journalsystem.

Vurdering

Kommunen har organisert en døgnbasert tjeneste lokalisert på legesenteret i kommunesentret (XXXXXX). Lokalene er velutstyrt og lett tilgjengelige. Den ti-delte vaktordningen målt opp mot belastningen, er etter vår vurdering forsvarlig. Legene som går i vakt, er sikret opplæring og bakvaktordningen er ivarettatt for leger som ikke tilfredsstillt kravene til å gå selvstendige vakter. Statens helsetilsyn vurderer at XXXXXX kommunes organisering av legevaktstjenesten er innenfor det som vi regner som forsvarlig for håndtering av pasienter med behov for legevaktstjeneste.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at XXXXXX kommune har en organisering som sikrer forsvarlig utredning og behandling av pasienter med behov for legevaktstjenester.

5.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp ved Helse XXXXXX HF?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved Helse XXXXXX HF den XXXXXX. og XXXXXX, når det gjelder helsehjelpen som ble gitt av kirurgisk avdeling og barneavdelingen. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4. Når det gjelder helsehjelpen som ble gitt fra radiologisk avdeling har vi kommet til at den var forsvarlig. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger av de ulike fasene av pasientkontakten.

5.3.1 Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved kirurgisk avdeling mandag XXXXXX. XXXXXX?

God praksis

Når en ung pasient henvises til sykehus med problemstillingen «Akutt abdomen. Infeksjon?» er det god praksis at legen tar opp en grundig anamnese, at klinisk undersøkelse utføres og at det gjøres en utredning i form av blodprøver og eventuelt supplerende undersøkelser som CT abdomen, røntgenundersøkelse, ultralydundersøkelser eller liknende. Pasienten må undersøkes og vurderes av lege med tilstrekkelig erfaring. Overlege/spesialist i kirurgi eller

lege fra annen avdeling bør konsulteres dersom behandlingsansvarlig lege finner indikasjon for det, og terskelen bør være lav.

Kirurgisk tilstand skal utelukkes før det konkluderes med diagnosen akutt gastroenteritt. Diaré bør kvantifiseres, og væsketap og hydreringsgrad ev. vurderes. Selv om utenlandsreiser ligger mer enn to uker tilbake i tid, bør det vurderes å ta avføringsprøver for å identifisere eventuelle mikrober, selv om det ikke nødvendigvis vil ha behandlingsmessige konsekvenser.

Vurdering

Den aktuelle pasientens sykehistorie var fem dager med hodepine, feber, frysninger, magesmerter, oppkast og diaré 17 dager etter et utenlandsopphold. Det er motstridende opplysninger om hvor uttalt oppkast og diaréen var, og om pasienten var klinisk dehydrert. Buken ble grundig undersøkt av turnuslege og forvakt, som ikke fant holdepunkter for akutt kirurgisk sykdom, og konkluderte med viral gastroenteritt.

Det er uvanlig at pasienter med viral gastroenteritt har 40 °C i temperatur og CRP over 100 mg/l. Etter Statens helsetilsyns vurdering er heller ikke sykehistorien klassisk for viral gastroenteritt. Henvisende lege stilte også spørsmål om infeksjon, men det er uklart om det handlet om abdominal infeksjon eller annen infeksjon. Slik ordlyden i henvisningen lyder, er det etter vår vurdering nærliggende å lese det som abdominal infeksjon og ikke generell infeksjon.

Statens helsetilsyn mener at behandlende lege i dette tilfellet burde vurdert å ta blodkultur og avføringsprøver. Legen burde også konsultert lege med kompetanse i indremedisin eller barnesykdommer da akutt kirurgisk sykdom var avkrefte. Forvakten hadde mindre enn ett års sykehuserfaring/kirurgisk tjeneste. Selv om han hadde noe erfaring som allmennlege, kan det synes som om terskelen for å be om faglig bistand var noe høyere enn det som må sies å være god praksis, spesielt i lys av at sykehistorien ikke var klassisk for den diagnosen som ble stilt.

Statens helsetilsyn finner det sannsynlig ut fra intervjuer og opplysninger fra pårørende, at pasienten ble tilsett av både sykepleier, turnuslege og forvakt kort tid etter at han kom til sykehuset, selv om turnuslegen glemte å dokumentere i pasientjournalen at forvakten hadde vært involvert i helsehjelpen. Turnuslegen og forvakten ved kirurgisk avdeling fant imidlertid ikke grunn til innleggelse og sendte pasienten hjem etter poliklinisk undersøkelse og behandling. Pasienten ble sendt hjem rundt midnatt. Dette var ifølge sykehuset i forståelse med pasienten og pårørende, men pårørende har uttrykt i ettertid at de var overrasket over beslutningen.

Når en lege med begrenset klinisk erfaring velger å sende hjem en pasient som er innlagt som øyeblikkelig hjelp av en legevaktlege, bør overlege/erfaren lege konsulteres. Dette gjelder i enda større grad når pasienten er barn/ungdom. Da akutt kirurgisk sykdom var avkrefte, burde lege med kompetanse i indremedisin eller barnesykdommer blitt konsultert. Statens helsetilsyn mener at pasienten burde vært lagt inn for observasjon til neste dag for å se at tilstanden bedret seg.

Ifølge opplysninger i rapporten etter foretakets interne gjennomgang av hendelsen, kan risiko for smitte i avdelingen ha virket inn på beslutningen. Smitterisiko kan imidlertid ikke brukes som argument for ikke å legge inn en pasient som trenger behandling i sykehus.

Virksomheten må ha rutiner for å ta imot og håndtere potensielt smittefarlige pasienter på en måte som både ivaretar den aktuelle pasientens og de andre pasientenes behov på en trygg og sikker måte.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at den helsehjelpen pasienten fikk ved Helse XXXXXX HF den XXXXXX ikke var i tråd med god praksis. Avviket fra praksis er samlet sett så stort at vi vurderer helsehjelpen som uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.

5.3.2 Fikk pasienten forsvarlig utredning og behandling ved innleggelsen på barneavdelingen XXXXXX – XXXXXX?

God praksis

Bakteriell meningitt er en infeksjon i hjernehinnene som kan spre seg over til hjernevev og kraniale og perifere nerver. Cerebrospinalvæsken er også infisert. Forekomst av akutt bakteriell meningitt er knyttet til agens. Meningitt utløst av stafylokokkus aureus er uvanlig. Når det forekommer, er smitteveien som oftest via pasientens eget blod, for eksempel fra et infisert sår. Intrakraniell abscess er en alvorlig komplikasjon som kan kreve nevrokirurgisk intervensjon med evakuering og drenering. Pasienter med cerebrale abscesser må derfor overflyttes til universitetsklinikk med nevrokirurgisk kompetanse tilgjengelig.

Klassiske symptomer på meningitt er høy feber, hodepine og nakkestivhet, men ett eller flere av disse symptomene kan mangle. Pasientens allmenntilstand er ofte kraftig påvirket av infeksjonen. Cerebral dysfunksjon som sløvhhet, irritabilitet, redusert kognitiv funksjon, taleforstyrrelser og liknende er alvorlige tegn. Mange pasienter har leddsmerter, myalgier, kvalme, brekninger og fotofobi. Fokale nevrologiske utfall sees hos 10-35 %.

Det er vanlig at pasienter med bakteriell meningitt har kort sykehistorie og betydelig påvirket allmenntilstand. Atypiske former med lite påvirket allmenntilstand finnes imidlertid, og det forutsettes kjent av en spesialist i barnesykdommer. Bakteriell meningitt er en svært alvorlig tilstand hvor rask igangsettelse av virksom behandling reduserer risiko for død og følgetilstander. Det er anslått at mortaliteten kan øke med 30 % for hver times forsinkelse før antibiotika innsettes.

Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus (IS-2151), utgitt av Helsedirektoratet i 2013, sier at første dose med antibiotika må gis snarest mulig, og senest innen 20 minutter etter ankomst på sykehuset.

Alle pasienter der en mistenker bakteriell meningitt, skal ha behandling. Færre enn 50 % har den klassiske triaden med hodepine, feber og nakkestivhet, men 95 % har to av fire: feber, hodepine, nakke-/ryggstivhet og mental påvirkning. Pasienter som innlegges med mistanke om meningitt skal raskt tilsees og undersøkes av lege. Det viktigste diagnostiske tiltaket er å bekrefte diagnosen med lumbalpunksjon med påfølgende prøvetaking, og det viktigste tiltaket er antibiotikabehandling. Til å begynne med gis antibiotika på empirisk grunnlag.

Ved lumbalpunksjon tas prøver til biokjemiske og bakteriologiske undersøkelser av spinalvæsken. Det tas blodkulturer, halsprøver til dyrkning, eventuelt urinprøve, blodprøver for evaluering av nyre- og leverfunksjon, koagulasjonsstatus og hematologiske forhold, samt blodgass. Når svar på bakteriologiske undersøkelser foreligger, endres antibiotikavalget til målrettet behandling mot påvist agens.

Ved mistanke om meningitt må lumbalpunksjon med prøvetakning ikke forsinke oppstart av antibiotikabehandlingen. Dersom det tar tid å få gjennomført lumbalpunksjonen, gis antibiotika først, men fortrinnsvis etter at det er tatt blodkultur. Radiologisk utredning med CT caput må heller ikke forsinke antibiotikabehandling.

Sinusvenetrombose er en sjelden komplikasjon til meningitt. Tromben hindrer avløpet av blod fra hjernens venøse mellomrom og fører til opphopning av blod i hjernen. Hovedsymptomene er:

- forhøyet intrakranielt trykk, som gir hodepine med eller uten brekninger, papilleødem og synsforstyrrelser,
- fokale symptomer som for eksempel afasi, pareser, sensibilitetsutfall med eller uten kramper
- nedsatt bevissthet, amnesi og mentale endringer.

Tilstanden er sjelden, men bør mistenkes hos en pasient med alvorlig hodepine og brekninger. Meningitt er en risikofaktor, og endelig diagnose bekreftes ved cerebral bildediagnostikk (MR). Behandlingen er antikoagulantia.

Vurdering

Barnelege 1 oppfattet tilstanden som meningitt ved innkomsten, men vurderte ikke det kliniske bildet som alvorlig. Da spørsmålet om sinusvenetrombose ble reist, valgte barnelegen å avvente lumbalpunksjon og oppstart av antibiotikabehandling til CT-undersøkelse av hodet var gjennomført. Statens helsetilsyn vurderer at denne beslutningen ikke var i tråd med god praksis. Antibiotika skal gis så snart som mulig, og denne behandlingen skal ikke forsinkes av diagnostiske prosedyrer.

Det tok til sammen åtte timer fra pasienten kom til sykehuset med mistanke om meningitt til antibiotika ble gitt. At det tok så lang tid, skyldes summen av forsinkelser i mange ledd, hvorav noen skyldtes mangelfull kommunikasjon. Noen er vanskelig å forklare, blant annet at det fra pasienten kom inn, gikk:

- nesten en time til blodprøver ble bestilt, og ytterligere 20 minutter før prøvene ble levert til laboratoriet uten beskjed om at det hastet med svar,
- halvannen time før akutt CT ble bestilt, og ytterligere to og en halv time før CT-undersøkelsen ble gjennomført fordi røntgenpersonellet ventet på et blodprøvesvar som laboratoriet ikke visste at det hastet med å få svar på,
- fem timer før barnelegen ordinerte antibiotika, og ytterligere tre timer før det ble gitt.

I tillegg gikk det ca. en time fra blodprøvesvaret var lagt inn i DIPS til CT-undersøkelsen ble gjennomført. Årsaken til denne forsinkelsen var sannsynligvis at det verken fantes rutiner for at laboratoriepersonellet fikk beskjed om at det hastet, eller at de måtte melde fra til radiologisk avdeling eller behandlingsansvarlig lege når prøven var analysert. Dermed var det opp til helsepersonell på radiologisk avdeling å følge med i DIPS selv for å se når prøvesvaret ble lagt inn.

Ansvar for forsinkelsene må etter vår vurdering tillegges den barnelegen som hadde ansvaret for behandlingen. Statens helsetilsyn legger til grunn at barnelege 1 selv ikke oppfattet situasjonen som truende eller alvorlig, og at hun dermed heller ikke sørget for at det øvrige helsepersonellet fikk entydige beskjeder om grad av hast og prioritering av oppgaver.

Lumbalpunksjon har vanligvis prioritet foran CT-undersøkelse ved mistanke om akutt bakteriell meningitt. I det aktuelle tilfellet ble imidlertid diagnostikken komplisert ved at det også forelå mistanke om sinusvenetrombose. Sinusvenetrombose kan gi betydelig forhøyet intrakranielt trykk, noe som kan være en kontraindikasjon mot lumbalpunksjon. Selv om det på bakgrunn av pasientens symptomer var lite sannsynlig at det intrakranielle trykket var så høyt at lumbalpunksjon ikke kunne gjennomføres, vurderer Statens helsetilsyn at det ikke var uforsvarlig å gjøre CT caput før lumbalpunksjon i det aktuelle tilfellet. Det som imidlertid var utenfor god praksis, var at antibiotikabehandling ikke ble startet i påvente av videre diagnostikk.

Barnelegen ble tilkalt til radiologisk avdeling for å se på CT-bildene sammen med radiologene. Allerede på dette tidspunktet burde barnelegen mistenkt at det dreide seg om alvorlig patologi. Da barnelegen fikk se bildene, og fikk beskjed om radiologenes tolkning av funnene, burde hun ut fra bildene ha innsett alvorlighetsgraden, og umiddelbart tatt kontakt med nevrokirurg for vurdering av videre behandling.

Uansett om det var kommunikasjonsproblemer mellom barnelegen og radiologene, må det forventes at en erfaren barnelege reagerer på opplysninger om intrakraniell abscess uavhengig av de øvrige opplysningene. Statens helsetilsyn vurderer at det var utenfor god praksis ikke å konsultere nevrokirurg og/eller overflytte pasienten til nevrokirurgisk avdeling, når CT-bildene viste cerebral abscedering.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at det var utenfor god praksis at en pasient med mistanke om bakteriell meningitt ikke fikk antibiotikabehandling før det var gått åtte timer etter at han ble innlagt. Vi vurderer også at det var utenfor god praksis å ikke konsultere nevrokirurg og/eller overflytte pasienten til nevrokirurgisk avdeling, når CT-undersøkelsen viste at pasienten hadde cerebrale abscesser. Vi finner at avviket fra god praksis var så stort at det var uforsvarlig. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.

5.3.3 Fikk pasienten forsvarlig helsehjelp fra radiologisk avdeling ved innleggelsen fredag XXXXXX?

God praksis

Henvisninger til bildediagnostisk undersøkelse for å utelukke sinusvenetrombose skal så snart som mulig vurderes av radiolog med tanke på modalitet og prioritering. I utgangspunktet er det rekvirerende lege som angir hastegrad for gjennomføringen av undersøkelsen, men radiologen må vurdere prioriteringen i forhold til radiologiske undersøkelser av andre pasienter. MR caput er den undersøkelsen som sikrest avslører sinusvenetrombose. Der virksomheten som ikke kan tilby dette, må det gjøres en CT angiografi.

Undersøkelser som innebærer bruk av kontrastmiddel, forutsetter normal nyrefunksjon bedømt ved serumkreatininværdien. Hos pasienter uten kjent nyresvikt, kan prøvesvaret være inntil sju dager gammelt. Behandlende lege kan bestemme at kontroll av serumkreatinin utelates hos unge pasienter uten kronisk sykdom hvis det haster med å få gjennomført CT-undersøkelsen.

Dersom radiologene finner uventet og/eller alvorlig patologi ved bildediagnostiske undersøkelser, er det god praksis at de tar kontakt med og underretter rekvirenten/ behandlingsansvarlig lege muntlig så snart som mulig. Et slikt foreløpig svar må følges av et skriftlig svar som dokumenteres i journal.

Vurdering

I det aktuelle tilfellet var hastegrad ikke angitt på rekvisisjonen. Dette er utenfor god praksis. Radiologene vurderte at det måtte gjøres en CT angiografi, og fulgte vanlig praksis med å avvente kontroll av nyrefunksjonen. I det aktuelle tilfellet forelå en serumkreatininverdi fra XXXXXX i pasientens journal, men den målte verdien på 75 mmol/l var angitt som forhøyet. Referanseområde var ikke angitt, men øvre normalverdi for barn på 13-15 år ligger rundt 70 mmol/l. Prøvesvaret var mindre enn sju dager gammelt, men siden det viste en forhøyet verdi, ville det i de fleste tilfeller være riktig å kontrollere det før pasienten ble gitt røntgenkontrast.

I det aktuelle tilfellet var den tentative diagnosen alvorlig, og den indikerte at undersøkelsen sannsynligvis hastet til tross for at henvisningen ikke var merket med hastegrad. Statens helsetilsyn mener at radiologen burde tatt kontakt med rekvirenten for å spørre om de skulle vente på prøvesvaret når den tentative diagnosen var så alvorlig.

Det var en travel ettermiddag på radiologisk avdeling, og da det nye serumkreatininsvaret forelå, var vakthavende radiolog opptatt med en annen undersøkelse. En av de avtroppende radiologene, som oppfattet at denne undersøkelsen ikke burde vente lenger enn høyst nødvendig, sørget for at den ble gjennomført, og gjorde den initiale vurderingen av bildene. Hun oppdaget så alvorlig patologi at hun tilkalte barnelegen for å informere henne. Også vakthavende radiolog kom etter hvert til og bekreftet den første radiologens tolkning av resultatene.

Til tross for at radiologene hevder at de klart uttrykte, og viste på bildene, at pasienten hadde tydelige tegn på intrakranielle abscesser, og at de ikke kunne utelukke sinusvenetrombose, oppfattet barnelegen at funnene tydet på en «vanlig» meningitt, og at sinusvenetrombose var utelukket. Det er uvisst hva denne kommunikasjonssviken skyldes. Helse XXXXXX har i sin rapport etter den interne gjennomgangen av hendelsen stilt spørsmål ved om kommunikasjonssviken kan ha vært forårsaket av språkvansker ettersom alle de involverte legene var fra land utenfor Norge. Legene selv har ikke gitt uttrykk for at det var språklige utfordringer i kommunikasjonen. En av radiologene ga imidlertid uttrykk for at respekt for en mer erfaren kollega (barnelege 1) kanskje hadde gjort at hun var mindre tydelig i kommunikasjonen enn hun kunne vært.

Vakthavende radiolog skulle dokumentere CT-funnene i pasientens journal, men på grunn av stor arbeidsbelastning på vekten, fikk han ikke gjort det før dagen etter. Sykehusets egen retningslinje for radiologisk avdeling, «Arbeidsflyt, tilvisingar, mottak/svarprosedyrer» tilsier at skriftlig dokumentasjon av øyeblikkelig hjelp undersøkelser skal gjøres snarest mulig etter at undersøkelsen er gjennomført. I det aktuelle tilfellet ble skriftlig dokumentasjon nedprioritert fordi radiologen hadde mye annet å gjøre. Tatt i betraktning at svaret allerede var overbrakt muntlig, finner vi at dette ikke var utenfor god praksis, men skriftlig dokumentasjon kunne kanskje ha bidratt til at barnelegen hadde oppfattet alvorlighetsgraden tidligere enn hun nå faktisk gjorde. Foretaket foreslår derfor i sin rapport etter intern gjennomgang av hendelsen at prosedyren skal endres slik at det som blir sagt muntlig og foreløpig om patologiske svar, også blir dokumentert skriftlig. Dette forutsetter imidlertid at rekvirerende lege leser det foreløpige skriftlige svaret etter først å ha fått et foreløpig muntlig svar. Det er lite sannsynlig at en lege som har fått et foreløpig muntlig svar, også vil oppsøke og lese et foreløpig skriftlig svar, med mindre vedkommende har grunn til å tro at det første svaret var feil.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at det ville vært god praksis å kontakte barnelege for å avklare hastegrad på CT-undersøkelsen når den tentative diagnosen var så alvorlig. Det var heller ikke i tråd med god praksis at det gikk nesten et døgn før svaret på CT-undersøkelsen ble dokumentert skriftlig. Samlet sett vurderer vi imidlertid ikke avvikene som så store at helsehjelpen var uforsvarlig. Vi har lagt vekt på at det faktisk ble sørget for at den radiologiske undersøkelsen ble gjennomført, og at det ble gjort en initial vurdering av bildene. Videre har vi lagt vekt på at røntgensvaret raskt ble overbrakt muntlig, og at barnelegen fikk demonstrert CT-bildene.

Vi konstaterer at det har vært problemer i kommunikasjonen mellom radiologene og barnelegen uten at vi sikkert kan fastslå årsaken. Vi forutsetter imidlertid at foretaket tar fatt i problemstillingen for å sikre at pasienter ikke blir skadelidende i fremtiden.

5.4 Har Helse XXXXXX HF lagt til rette for forsvarlig behandling av barn med uavklart, potensielt alvorlig sykdom?

Statens helsetilsyn har kommet fram til at Helse XXXXXX HF ikke hadde organisert seg slik at barn med uavklart potensielt alvorlig sykdom fikk forsvarlig utredning ved kirurgisk avdeling før de ble sendt hjem. Vi har videre kommet fram til at foretaket ikke hadde rutiner som sikret tidlig oppstart av antibiotikabehandling ved mistanke om meningitt. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4.

Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger i saken.

5.4.1 Har foretaket rutiner som sikrer forsvarlig kompetanse når barn med uavklart tilstand vurderes sendt hjem?

God praksis

Ledelsen i virksomheter må ha kunnskap om risikofaktorer i virksomheten. De må identifisere områder der det er fare for svikt, som kan medføre uønskede hendelser i pasientbehandlingen. Det må også etableres systemer for å sikre prioritering og oppfølging av pasienter i samsvar med forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. Det må da utarbeides gode rutiner på disse særskilte områdene. Foretakets retningslinje «*Prosedyre for tilvising og innlegging av ø. hjelps-pasienter XXXXXX*» sier at terskelen for å tilkalle og/eller konsultere leger fra andre fagområder skal være lav når pasienten har sammensatte problemer eller diagnosen er uklar. Konsultasjon skal skje tidlig i forløpet, eventuelt allerede ved ankomst i akuttmottaket.

Statens helsetilsyn legger til grunn at et virksomheten bør ha rutiner som sikrer at når en lege med begrenset erfaring vil sende hjem en ungdom som allerede er vurdert av allmennlege, så skal en overlege eller erfaren lege konsulteres før ungdommen sendes hjem.

Det kan være vanskelig å stille korrekt diagnose for en legevaktlege, men når vedkommende vurderer barnet som så sykt at det bør innlegges, må han/hun kunne forutsette at sykehuset har rutiner som sikrer at barnet blir ivaretatt selv om det henvises til «*feil*» avdeling.

Vurdering

Opplysninger under intervjuene bekrefter at praksis i hovedsak er i tråd med foretakets prosedyre. Retningslinjen sier imidlertid ingenting om hvorvidt ungdom kan sendes hjem fra akuttmottaket uten at de er tilsett av overlege/spesialist eller annen lege med relevant erfaring. Den forutsetter at mottakende lege skjønner at pasienten har en lidelse av en slik type og alvorlighetsgrad, at det er nødvendig å innhente mer/annen kompetanse. I det aktuelle tilfellet

kan det virke som forvakten ikke oppfattet at ungdommen kunne ha en alvorlig «ikke-kirurgisk sykdom», og derfor ikke konsulterte en mer erfaren kollega eller en barnelege før pasienten ble sendt hjem.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at foretaket ikke hadde organisert seg slik at ungdom med uavklarte tilstander som ble vurdert sendt hjem, ble sikret en vurdering av lege med nødvendig kompetanse. Det foreligger etter vår vurdering brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4.

5.4.2 Har foretaket rutiner som sikrer tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt?

God praksis

Forsvarlig virksomhetsstyring fordrer videre at det arbeides systematisk med å avdekke situasjoner der det kan oppstå svikt, mangler eller uønskede hendelser i pasientbehandlingen, og at virksomheten har gode rutiner på områder med særlig fare for svikt, og der svikt kan få store konsekvenser for pasienter.

Bakteriell meningitt er en svært alvorlig tilstand der forsinket behandling kan føre til død eller alvorlige følgetilstander. Det er avgjørende for vellykket behandling at tilstanden blir erkjent så tidlig i forløpet som mulig, og at antibiotikabehandling startes så fort som mulig. Det er viktig at det finnes gode rutiner på dette området og at de er godt kjent og implementert i virksomheten.

Det viktigste diagnostiske tiltaket er å bekrefte diagnosen med lumbalpunksjon, og den viktigste behandlingen er rask oppstart av antibiotikabehandling. Dersom det foreligger indikasjon for bildediagnostikk før spinalpunksjon skal dette ikke forsinke infusjon med første dosen antibiotika.

Vurdering

Foretaket hadde ikke egne retningslinjer for tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt, men opplyste at de fulgte anbefalingene i de nasjonale retningslinjene for bruk av antibiotika i sykehus (IS-2151) og «*Akuttveileder i pediatri*» utgitt av Norsk barnelegeforening. Statens helsetilsyn vurderer at et foretak ikke nødvendigvis må ha egne retningslinjer for behandling av spesifikke sykdomstilstander, spesielt ikke når det finnes gode nasjonale faglige retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet.

Vi forutsetter imidlertid at de nasjonale retningslinjene er kjent og implementert i foretaket. I det aktuelle tilfellet gikk det åtte timer fra pasienten ble innlagt til han fikk antibiotika. Statens helsetilsyn konstaterer derfor at foretaket verken i tilstrekkelig grad har implementert de nasjonale retningslinjene eller har egne rutiner for tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt. Der manglende eller forsinket oppstart av behandling kan medføre store konsekvenser for pasientene, er det spesielt viktig å sørge for at gode og forsvarlige rutiner er implementert i virksomheten.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at foretaket ikke i tilstrekkelig grad hadde implementert rutiner som sikret tidlig oppstart av antibiotika ved mistanke om meningitt. Vi vurderer at dette er brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4.

5.5 Har Helse XXXXXX iverksatt nødvendige og relevante tiltak for å redusere risiko og forhindre at tilsvarende skjer igjen?

Vi har også vurdert hvilke tiltak virksomheten har iverksatt for å forbedre kvaliteten og forhindre at lignende hendelser skal skje igjen. Statens helsetilsyn har kommet til at foretakets gjennomgang av hendelsen i ettertid, er i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a om plikten til å sørge for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Nedenfor gjør vi rede for våre vurderinger.

God praksis

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

Vurdering

Vi har vurdert hvilke tiltak Helse XXXXXX har foreslått for å forbedre kvaliteten og forhindre at lignende hendelser skal skje igjen, og har merket oss at XXXXXX har gjennomgått hendelsen og utarbeidet en grundig rapport etter hendelsen. Det er også oversendt et tilsvaret til foreløpig rapport der tiltakene også fremgår. I rapporten og tilsvaret foreslås flere forbedringstiltak rettet mot samhandling mellom de ulike klinikker og avdelinger ved Helse XXXXXX HF, og mellom foretaket og XXXXXX kommune når det gjelder henvisninger om innleggelser på XXXXXX. Det er også foreslått ulike forbedringstiltak rettet mot mottak og oppfølging av pasienter i akuttmottak og i barneavdelingen.

Konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet til at foretakets gjennomgang av hendelsen i ettertid, er i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a om plikten til å sørge for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi legger til grunn at de foreslåtte forbedringstiltakene gjøres kjent, og blir forstått og etterlevd.

6 Konklusjon og oppfølging

6.1 Statens helsetilsyns konklusjon

Statens helsetilsyn har kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved XXXXXX, XXXXXX kommune ved legevaktkonsultasjonen XXXXXX. Det foreligger brudd på helsepersonelloven § 4. Helsehjelpen som ble gitt ved de tre andre konsultasjonene ved XXXXXX var forsvarlige.

Statens helsetilsyn har videre kommet fram til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved Helse XXXXXX HF den XXXXXX. og XXXXXX. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Vi har også kommet fram til at Helse XXXXXX HF ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig kompetanse der det ble vurdert å sende uavklarte pasienter hjem. Vi har videre kommet fram til at foretaket ikke i tilstrekkelig grad hadde implementert rutiner som sikret tidlig nok oppstart av antibiotikabehandling ved mistanke om meningitt. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten § 4.

Statens helsetilsyn har kommet til at foretakets gjennomgang av hendelsen i ettertid, er i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a om plikten til å sørge for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

6.2 Statens helsetilsyns forventninger og frist for tilbakemelding

Statens helsetilsyn ber om

- at tilsynsrapporten blir gjort kjent for alle de involverte
- at vi får en tilbakemelding innen XXXXXX på om ledelsen etter mottak av endelig rapport vurderer behov for ytterligere tiltak
- at Helse XXXXXX sender kopi av referat fra de tre planlagte møtene XXXXXX, og at de endelige (godkjente) retningslinjene oversendes til Statens helsetilsyn. Vi ber også om en redegjørelse for hvordan de planlagte og iverksatte tiltakene følges opp med tanke på hvorvidt de har den tilsiktede effekten.
- at dere også sender Fylkesmannen i XXXXXX en kopi av tilbakemeldingene

Vi ber også om at XXXXXX kommune, XXXXXX og XXXXXX merke seg de punktene i tilsynssaken der Statens helsetilsyn har kommet til at det foreligger avvik fra god praksis, og bruke dette i det interne kvalitetsarbeidet. Dette gjelder særlig følgende områder der Statens helsetilsyn har vurdert:

- XXXXXX sin bruk av ambulansetjeneste ved behov for innleggelse av potensielt alvorlig syke pasienter
- Utsettelse av lumbalpunksjon og antibiotikabehandling til etter gjennomføring av CT-undersøkelse ved XXXXXX.
- Samarbeidsrutiner mellom radiologisk avdeling og barneavdelingen m.fl.