En kasuistikk

”Shuntsvikt” – med døden til følge
Hvem har ansvaret?

Anne-Cathrine Braarud
Avdelingsoverlege, PhD
Ambulanseavdelingen
Prehospital klinikk – Oslo universitetssykehus

20. Mars 2015

”Statens helsetilsyn har kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved OUS. Det foreligger brudd på foretakets plikt til å yte forsvarlige helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2”

Hensynet til pårørende /taushetsplikten / læring
Rapporten i tilsynssaken ligger på Helsetilsynet.no

HELSETILSYNET

Tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Til forsiden | FAQ/OSS | Om tilsynsmyndigheltene | Kontakt | Abonr

Regelverk | Tilsyn | Rettigheter og klager | Publikasjoner

Forsiden < ... < **Rapport varsel om alvorlig hendelse svikt ved forsinket oppfølging av pasient med shuntsvikt**

Avgjørelser i tilsynssaker og rapporter etter varsel om alvorlige hendelser	Tilsynsrapporter	Hendelsesbasert tilsyn	Om tilsyn	Undersøkelsesenhet - varsel om alvorlig hendelser i spesialisthelsetjene
Involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn	Tilsynsområder	Kunnskapskilder		

Innhold

Sammendrag
1. Sakens bakgrunn
2. Saksbehandlingsprosessen
2.1 Grunnlag for tilsynet
2.2 Relevante styrende dokumenter
2.3 Kontakt med politiet

Rapport i tilsynssak etter varsel om alvorlig hendelse – svikt ved forsinket oppfølging av pasient med shuntsvikt – brudd på helselovgivningen

26.03.2015

Skriv ut | Lag PDF | Del

Fra: Statens helsetilsyn

Etter Statens helsetilsyns vurdering var det en rekke uheldige faktorer som medvirket til tidstapet, og som gjorde at forløpet endte fatalt

- Kommunikasjonssvikt mellom involverte helsepersonell
- Høy terskel for pårørende for å ta ny kontakt med AMK
- Mangel på klare ansvarslinjer i prehospitale tjenester i OUS
- Uklar kommunikasjon mellom involvert helsepersonell førte til mangelfull oppfølging

Årsaksanalyse – hva skjedde – hvorfor skjedde det – identifiser det som gir høy(ere) risiko for feil

- Hensynet til involverte personell
- Pårørende kan ikke ha ansvar for hendelsen
- Vi kan ikke si ”det var ikke (bare) vår skyld”!
- Fakta er slik folk har sagt/ skrevet/ forklart
- Vi har mye å lære av saken
    - Når vi går gjennom hva som skjedde, kan dere identifisere høy risiko?

1997
Født prematur som nr to av trillinger. Fikk hjerneblødning og vannhode, moderat cerebral parese (CP)

Innlagt dren (shunt) fra hjernens hulrom til bukhulen for avlastning av trykket i hodet
Ca 2000 shunt revidert – ikke problemer etter dette

2011
Epilepsi

Jevning oppfulgt ved barneavdelingen Ullevål (=OUS), omfattende journal

September 2013 sektorsykehus overført til AHUS, fått brev om dette, ikke skrevet resyme i journalen

Kl 14:03
22.11.2103 søster ringer 113 og sier pasienten ”er veldig syk”, ” skjelver og kaster opp, lite kontaktbar og sløv etter kramper, kjent CP”

Kl 14:18
Ambulanse ut på Hasteoppdrag (gul hastegrad)

Kl 14:27
GCS 15, sa han var kvalm, ubesværet pust, vitalia ua
Fikk vite om shunt, CP og epilepsi

Ambulansepersonellets vurdering:
Ikke ”kritisk”
Ikke direkteinnleggelse uten legeundersøkelse
Usikre på om dette er alvorlig eller ikke

Konferert LIS AHUS grunnet sektorisering:
Ristet mye i kroppen, kaster opp mye, sløvere enn vanlig.
Snakket, bevisst, ikke varm i huden

Ambulansepersonell: Alvorlig grunntilstand: kanskje ikke poeng å kjøre ham på legevakta?
Shunt, epilepsi og CP

LIS: men det virker som han har symptomer på gastroenteritt?
Leter i journalen og sier det er ikke lett, det er litt mange journaler her

Ambulansepersonellet: Valget står mellom sykebesøkslege hjem eller rett til sykehuset
LIS: Det er så mye gastroenteritt som går nå

DIPS var ustabil aktuelle dag, LIS fikk ikke lagt inn journalnotatet om henvendelsen før i ettertid

Mye samtidighetskonflikter, LIS rakk ikke rapportmøtet kl 15:45, ingen rapport gitt

LIS fant ingenting i ”kritisk informasjon”
Finner ingen henvisning om shunten

LIS: Blir han dårligere, bare kom
Det er bare å ringe igjen
Tror han skal tilsees av AMK lege og evt. legges inn

Ambulansepersonellet ringe AMK legen:
Ringer for å kvalitetssikre en avgjørelse vi har tatt

Dette er noe vi ikke kjenner til og vet hvordan skal håndteres, så snakket med barnelegen på sykehuset, hun anser det kan være gastroenteritt, vi har bestilt sykebesøkslege

AMK legen: Det er en obs det der med den shunten……

Ambulansepersonell til sykebesøkslegen: Pasienten har gastroenteritt og shunt
Hastegrad ikke diskutert

Kl 15.00 Ambulanse reiser fra stedet

Før de reiser info til familie: ring 113 igjen straks hvis endring

Før de reiser info til AMK: hvis familien ringer igjen, send ambulanse til sykehus med pasienten

Kl 16:00 søster purrer legevaktslege, får ikke tidspunkt for sykebesøk

Kl 17:00 søster kontakter 113; pasienten reagerer ikke på tilsnakk, opplevet som mye dårligere

Kl 17.03 Ambulanse nr 2 rykker ut på rødt oppdrag, fikk opplysninger fra ambulanse nr 1

Kl 17.20 pasienten ikke kontaktbar, lå på gulvet, hadde skjelvinger, GCS 9, spontan urinavgang => krampeanfall

Telefonkontakt AHUS => innleggelse
Ingen opplysning til ambulanse 2 om shunt

Kl 17: 57 tar med seg info skriv om shunt til sykehuset, men nevner det ikke i journalen

Kl 18:10 ankomst AHUS

Mottak AHUS: GCS 7
LIS ber om sekundærvakt som innkaller tertiærvakt
Hvor ble skrivet med shunt opplysninger av?

Krampebehandling (non-konvulsiv epilepsi)
Sirkulatorisk og respiratorisk stabil => anestesilege tilsyn

Anestesilege først etter en time
Manglende oppvåkning => haste CT caput rekvirert kl 19:00

CT lab opptatt med traumepasient
Gikk likevel til CT lab

Far forteller underveis til sekundærvakt at pasienten har shunt, trodde alle visste det

Kl 19:27 CT tatt. Viser høyt intracranielt trykk
Konferert med nevrokirurg Rikshospitalet

Først en pupille dilatert, deretter begge
Legene mistenker shuntsvikt

Rikshospitalet ber dem vente, må konferere bakvakt
Kl 19:45 bakvakt tilgjengelig

Lokaliserte tidligere CT bilder fra Ullevål
Kl 20:00 ”Kom til Rikshospitalet”

Gul hastegrad til LA-lege (pas skal intuberes før transport)
LA lege ser pasienten og oppgraderer til rød hastegrad

Kl 20:27 ambulanse 3 klar på AHUS

Pasient er intubert, det er forsøkt å avlaste shunten
Misforståelse om ordinasjon fra nevrokirurg (HyperHaes?)

Avreise AHUS 20:50
Ankomst Rikshospitalet 21:10

Shuntrevisjon avdekker tett shunt

Maksimal behandling mot hjerneødem
Pasienten erklært død 26.11.2013 kl 18:15

Hendelsen slik Helsetilsynet oppsummerer

- Ambulansepersonellet var usikre på om en 15 år gammel gutt var så syk at han måtte transporteres til sykehus
- De konfererte med primærvakt ved barnemottaket på Ahus
- Primærvakten mistenkte gastroenteritt
- Det ble avtalt at pasienten ikke skulle tas med til sykehus, men tilses av legevaktslege i hjemmet

Hendelsen slik Helsetilsynet oppsummerer

- Denne beslutningen ble forelagt «for kvalitetssikring» av vakthavende AMK-lege
- Pasientens pårørende fikk beskjed om å ringe 113 ved eventuell forverring av tilstanden
- Det ble bestilt sykebesøk fra kommunal legevakt, uten at det ble angitt hastegrad

Hendelsen slik Helsetilsynet oppsummerer

- Primærvakten på sykehus har ikke sett pasienten og har begrenset beslutningsgrunnlag. Må bruke de opplysninger som gis av helsepersonellet på stedet
- Hensikten med konfereringen (samtalen) kom ikke fram i samtalen

Helsetilsynet plasserer ansvar hos den som SER pasienten

Ambulansepersonellet **godtok** legens vurdering av at det kunne dreie seg om gastroenteritt, og **godtok** at primærvakten mente det var best at legevaktslege vurderte om pasienten burde innlegges

Helsetilsynet skisserer to valg for denne pasienten

1. Enten skulle pasienten bli tatt med til sykehus
2. eller blitt undersøkt nærmere av lege uten opphold

Medisinsk operativ manual sier noe om enkelte diagnoser som kan etterlates hjemme (hvorav kjent epilepsi i bedring og med pårørende tilstede) i spesielle situasjoner

Helsetilsynet mener ambulansepersonell ikke kan la seg ”avvise” av en sykehuslege hvis de mener at pasienten skal til sykehus

Helsetilsynet skriver – viktig presisering

- Det oppstår ofte situasjoner hvor ulike nivåer i helsetjenesten må samarbeide eller **konsultere** hverandre

- Når det skal **innhentes råd** om **hvor** (ikke «om») pasienten skal transporteres, og eventuell behandling som skal gis under ambulansetransporten, er det **god praksis** at ambulansepersonell ringer til lege ved den avdelingen som oppfattes som aktuell for å skulle motta pasienten ved en eventuell innleggelse

Helsetilsynet skriver

- Ambulansepersonell skal ikke foreta vurderinger eller beslutninger som ligger utenfor deres kompetanse
- Dette betyr at ambulansepersonell skal kunne kontakte lege ved spørsmål om medisinskfaglige vurderinger
- Legen fungerer da som rådgiver, det er ambulansepersonellets ansvar å sikre forsvarlig helsetilbud

Helsetilsynet vurderer AMK-legesamtalen slik

- Det kan etter Statens helsetilsyns vurdering fremstå som at saken ble lagt frem for AMK-legen som en **ren formalitet** med ønske om å få bekreftet beslutningen de selv hadde tatt

- **Rådet** som var innhentet av legen på AHUS i forkant, ble brukt for å begrunne beslutningen. Det er imidlertid vår vurdering at **prehospitale tjenester har hovedansvaret for å sikre videre oppfølging og forsvarlig helsehjelp til pasienten**

Hva er forskjellen på å konsultere en lege og henvise pasienten til legen?

- Konsulent = rådgiver
- Konsultere = søke råd hos noen
- Ansvaret for forsvarlig helsetilbud ligger hos den enkelte helsearbeider som ser pasienten
- Henvise pasienten = overføre pasienten og ansvaret videre

Helsetilsynet mener denne pasienten burde vært tatt med til sykehus ved første ambulanseutrykning fordi

- Pasienten hadde en uavklart tilstand
- Pasienten var ung
- Pasienten hadde en kompleks sykehistorie

Etter HTs vurdering bidro ambulansepersonellet til beslutningen om å la pasienten bli igjen hjemme fordi

- ….det ble valgt å konferere med lege på Ahus, som ikke kjente pasienten fra før og heller ikke hadde hatt kontakt med pasienten i den aktuelle situasjonen

- ….AMK-legen ikke fikk nok opplysninger og dermed godkjente beslutningen på sviktende grunnlag

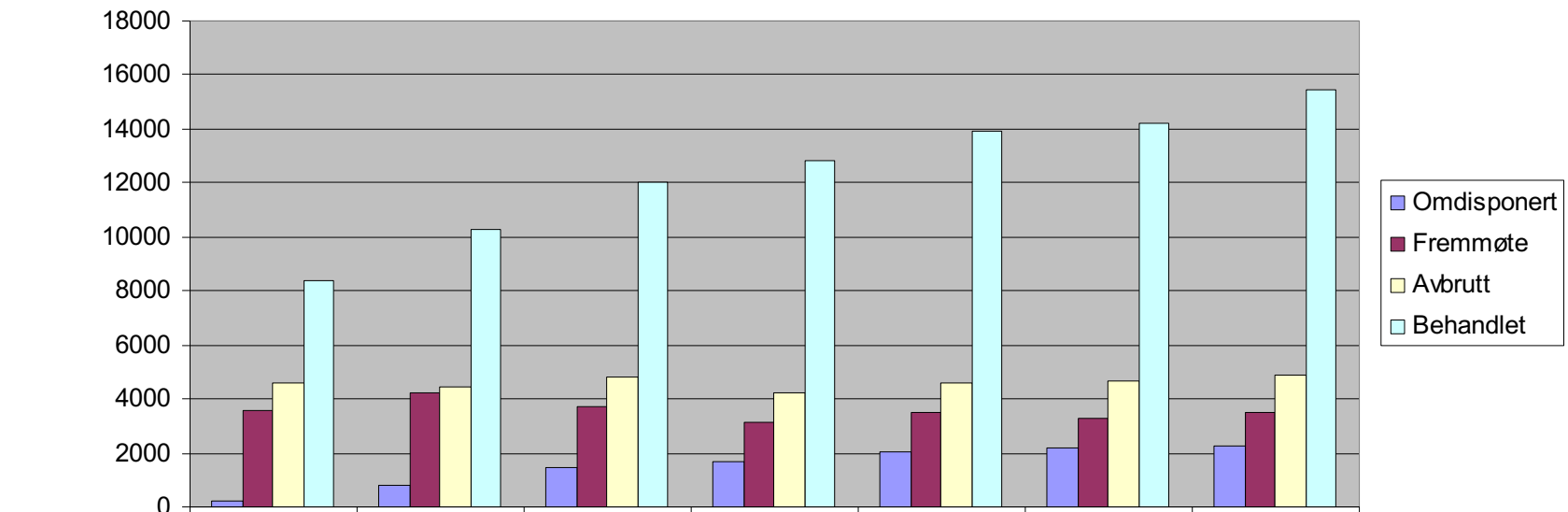
- …. det ikke ble dokumentert i ambulansejournalen at pasienten hadde shunt slik at det ble ikke erkjent av noen av de involverte helsepersonell at det var økt risiko for kunne foreligge en alvorlig tilstand hos denne pasienten

Etter Statens helsetilsyns vurdering er det den samlede håndteringen ved de prehospitale tjenestene ved OUS som er hovedårsaken til at pasienten ikke ble undersøkt av lege på et tidligere tidspunkt

Mangel på klare ansvarslinjer og uklar kommunikasjon mellom de involverte helsepersonell, samt manglende erkjennelse av potensiell risiko for denne pasienten, har medført mangelfull helsehjelp

«Behandlet» (på stedet) øker, i 2014 over 15 000 tilfelle
Fremmøte: f.eks brann, trafikkulykke med ingen pasienter

«Omdisponert» 10-doblet på 6 år, sier noe om kapasitet



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Omdisponert	204	798	1425	1697	2057	2187	2280
Fremmøte	3587	4262	3747	3147	3482	3260	3462
Avbrutt	4573	4434	4801	4208	4573	4643	4864
Behandlet	8396	10271	12058	12828	13906	14202	15482

Hva har prehospitale tjenester OUS gjort etter hendelsen

”Konfereringskort” var utarbeidet

- Sikre at formålet med konsulteringssamtalen er tydelig fra starten
- Sikre at man avtaler hastegrad, tidsfrister for legetilsyn
- Sikre at man oppsummerer hva man er blitt enige om

Ansvarsforholdene er avklaret i ny MOM

- Presisert at legen kun gir råd hvis ikke legen er på stedet
- Presisert at ambulansepersonellet har endelig ansvar for avgjørelsen
- Presisert at usikkerhet og mangel på sykdomsårsak tilsier oppgradering av henvisningsnivå

Helsetilsynet har bedt om oppfølging

- Hvordan vil prehospitale tjenester følge opp de to tiltakene og kontrollere at de har den forventede effekten?
- Blir konsulteringene bedre?
- Forstår ambulansepersonellet ansvarforholdene tydeligere?
- Blir det færre tilfelle av uønskede ”etterlatt hjemme”?