



Helse Bergen HF
v/adm. dir.
Postboks 1400
5021 BERGEN

Unntatt off.innsyn, jf.offentlegl.§13
jf.forvaltningsl.§13

Avgjerd i tilsynssak - Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus

Fylkesmannen viser til tidlegare kontakt i saka.

Denne tilsynssaka omfattar fire avdelingar ved Haukeland universitetssjukehus (HUS): mottaksklinikken, medisinsk avdeling, hjarteavdelinga og lungeavdelinga.

Den 24.10.2018, 29.10.2018 og 06.11.2018 gjennomførte vi samtalar med leiinga og involvert helsepersonell ved dei fire avdelingane/klinikkane. Vi har òg fått kopi av relevante styringsdokument ved sjukehuset, slik som organisasjonskart, stillingsbeskrivingar og prosedyrar. I tillegg har vi fått kopi av sin pasientjournal.

Sjukehuset har gitt tilbakemelding på utkast til faktagrunnlaget vårt i brev av 12.12.2018. Vi har justert avgjerda etter det.

1. Hendingsforløp i varselsaka

var ein gamal mann som var men elles stort sett frisk. Han kontakta fastlegen den 15.10.2018 på grunn av sterke brystmerter. Han hadde fått utstråling i venstre arm og var blitt tungpusta. Han fekk time hos fastlegen same ettermiddag. Ut frå symptom og EKG-forandringar ønska legen å legge han inn akutt med ambulanse. mistenkte ustabil angina. ønska å dra heim først og hente ting han trengte til sjukehuset. Det var ikkje mogleg for legen å overtale han til transport med ambulanse. Tilvisingskrivet frå legen skildrar at hadde vore plaga med brystmerter i ein til to veker, at smertene auka med aktivitet og hadde forverra seg med tida. Pårørande har seinare fortalt at det ikkje stemte heilt, men at smertene hadde kome først dagen før.

kom til akuttmottaket ved HUS om lag klokka 18.20 og gjekk sjølv frå bilen og inn. Han blei raskt triagert (prioritert) av triagesjukepleiar og mottakslege. Dei triagerte han til oransje hastegrad. Sjukehistoria gav mistanke om akutt hjertesjukdom. EKG vart tolka til å vise funn som passa med at han kunne ha hatt infarkt og at hjartet kanskje ikkje fekk nok surstoff (iskjemiforandringar). Han blei triagert til oransje og ikkje raud fordi han ikkje hadde

ST elevasjon i EKG (teikn på hjartefarkt). Han ble triagert til oransje og ikkje gul fordi han hadde EKG-forandringar.

Han blei tatt inn på eit rom (rom 11) i triageområdet. Rommet blir ofte brukt til å ta EKG. Rommet har skyvedør og automatisk regulering av lyset som går av etter 15 minutt når det ikkje er aktivitet i rommet. Han skulle få ligge der til ein mottakssjukepleiar etter kvart skulle ta han med seg til anna rom i akuttmottaket.

Mottakslegen oppsøkte medisinsk B- og C-vakt og informerte og drøfta kort pasienten. B-vakta såg EKG'et og var einig i avgjerda om at _____ var vurdert til oransje hastegrad. fekk vite at han var klar til å bli vurdert av medisinsk lege. Både C-vakta og mellomvakta i akuttmottak prioriterte å undersøke andre pasientar med minst like høg hastegrad. B-vakta hadde først merka av i det elektroniske systemet at _____ skulle undersøke og skrive journal på _____ men måtte stryke seg frå dette fordi _____ prioriterte å undersøke ein annan pasient som hasta meir (raud hastegrad). Legane prioriterte å undersøke pasientane fortløpande ut frå triagegraden og kor lenge dei hadde venta. Situasjonen til _____ blei oppfatta som alvorleg og ikkje fullt ut avklart, men legane oppfatta likevel at han var stabil og ikkje smertepåverka. Legane har fortalt at dei gjekk ut ifrå at _____ blei observert av ansvarleg sjukepleiar mens han venta på lege. Dei visste ikkje at han låg på rom åleine i ventetida, utan tilsyn eller overvaking.

Etter at triagesjukepleiar var ferdig med vurderinga si, følgde _____ på toalettet. Då dei kom tilbake til rommet la _____ seg i senga att. Han var smertefri og tørr og varm i huden. Triagesjukepleiar vurderte ikkje at han hadde eit klart behov for overvaking. Han blei ikkje kopla på overvakinga igjen. Triagesjukepleiaren rekna med at mottakssjukepleiar snart ville kome og ta han med til undersøking og journalopptak. _____ fortalte _____ at ansvarleg sjukepleiar og lege snart ville komme og bad han ringe på alarmklokka dersom det skulle være noko. Så gjekk _____ vidare til triagearbeidet sitt. Det var travelt i triageområdet med mange pasientar.

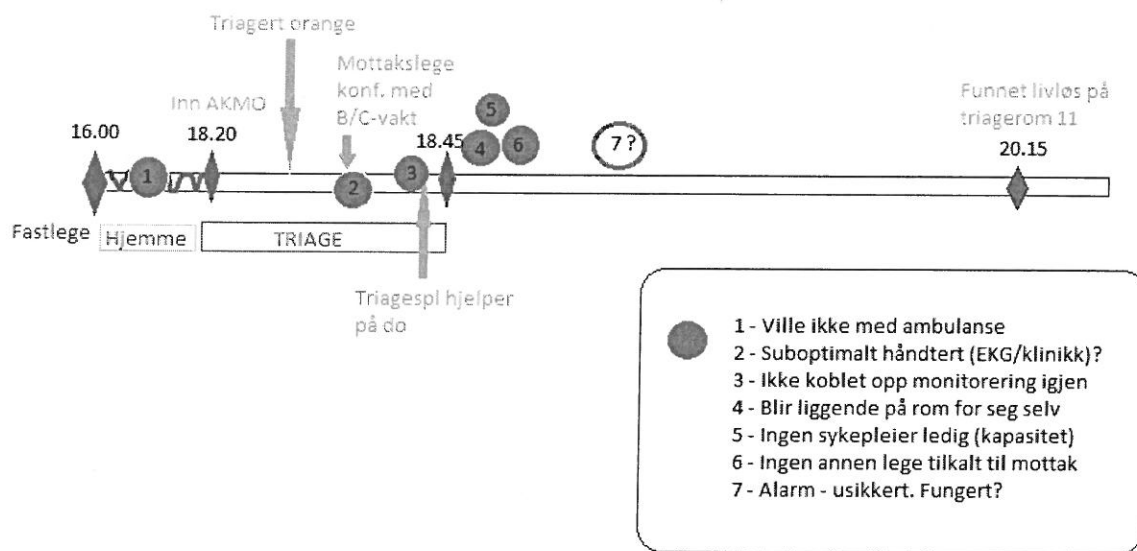
Koordinator visste at pasienten låg åleine. _____ såg at det ikkje var nokon ledig sjukepleiar til han, alle var opptatt med andre pasientar som og hasta. Vaktleiar hadde sjølv gått inn i traumeteamet fordi dei mangla sjukepleiar. Det blei ikkje diskutert å kalle inn ekstra ressursar via dei kanalane som var tilgjengelege.¹ Koordinator i akuttmottak gjekk ut frå at ein av sjukepleiarane ville gå til _____ så snart dei hadde kapasitet til det. _____ visste at legane som var i mottaket (ABC-vaktene og mellomvakt) var opptatt med andre pasientar, og gjekk ikkje sjølv inn i arbeidet med å finne ein annan, alternativ lege til arbeidet (A-vakta eller medisinsk bakvakt) då _____ gjekk ut frå at legane sjølv avklarte det. _____ visste og at bakvakt og A-vakt var opptekne med anna viktig arbeid.

Loggen til alarmklokka viser at _____ har forsøkt å kontakte helsepersonellet ved hjelp av alarmklokka. Ho har ringt i 44 minutt, frå 19.10 til 19.54, før alarmen blei kvittert ut. Ingen har svart på alarmen ved å gå til _____. Vi har ikkje funne ut av kven som har kvittert ut alarmen og kva vurdering som låg til grunn for å gjere det. Verken sjukepleiaren som triagerte _____ vaktleiar eller koordinator såg at pasienten ringte på alarmklokka. Dei sa i intervju at dei trur dei ville ha sett det dersom det blei alarmert, fordi dei alle med jamne mellomrom kikka opp på skjermar der ein slik beskjed med lydsignal viser seg.

¹ Foreløpig rutine for Intern Beredskap Mottaksklinikken. Gyldig frå 24.07.2018

Verken A-vakta eller hjartebakvakta visste om før det blei slått stansalarm. Dei jobba saman på medisinsk overvåkingsavdeling (MIO) då hendinga fant stad. A-vakta har i ettertid sagt at hadde kunne ha gått frå dette dersom det var naudsynt. Men fekk ikkje beskjed og hadde ikkje oversikt over situasjonen i mottak fordi sto midt oppe i den andre arbeidsoppgåva.

Ein student som jobba i mottak gjekk inn på rommet til , om lag klokka 20.15. Det var då ca. 90-100 minutt sidan han sist blei observert. Han låg då livlaus på golvet. Det blei straks utløyst stansalarm og hjartestans-teamet kom til. Det var då ikkje mogleg å gjenoppliva han.



Obduksjonen viste at kransblodårene hadde fortettingar. Undersøking av hjartet viste funn som ved hjarteinfarkt. På bakgrunn av funna ser det ut til at kan ha døydd av akutt hjartesvikt.

Sjukehuset melde hendinga og dødsfallet til politiet og til Helsetilsynet i samsvar med varselordninga. Helsetilsynet tilrådde å reise ut og gjennomføre tilsynet på sjukehuset og gav oppgåva vidare til Fylkesmannen i Hordaland.

2. Oppgåver, organisering og bemanning i dei involverte klinikkane

Organisering

Mottaksklinikken blir leia av klinikkdirektør.

Mottaksklinikken har fleire einingar. Akuttmottaket er ein del av mottaksklinikken. Mottaksklinikken har i tillegg til akuttmottak ein korttidspost (20 sengar), to utgreingsmottak (til saman 40 sengar), ein akuttpost (10 sengar) og legeeinginga. I tillegg er det ein akuttpost (rus) på Bergen helsehus. Dette tilsynet gjeld akuttmottaket og legeeinginga.

Mottak, prioritering, sortering og oppstart av behandling

Når pasientar kjem til akuttmottak, blir dei møtt av sjukepleiarar og ein av mottaksklinikken sine mottakslegar. Dei måler vitale parameter og prioriterer hastegrad (triagerer) ut frå alvoret i pasienten sin tilstand. Metoden for prioritering er basert på prioriteringssystemet SATS. Det blir gjort i eit eige triageområde der det er plass til ti pasientar. Pasientane blir triagert til raud, oransje, gul eller grøn kategori ut frå hastegrad. Fargekoden gir føringar for kor lenge pasientar i dei ulike kategoriane kan vente på å bli undersøkt av lege. Han gir og føringar for kor ofte sjukepleiarane skal observere vitale parameter. Prioriteringa skal «ordne køen» og sikre at dei som det hastar mest med blir observert av sjukepleiar og får rask legeundersøking og oppstart av behandling. Mens pasienten er i triage blir det og bestemt kva avdeling i sjukehuset pasienten skal til, til dømes medisinsk eller kirurgisk avdeling. Nokre pasientar blir ikkje overførte til desse avdelingane, men blir «plukka ut» i triage og flytta til ein utgreiingspost i Mottaksklinikken (UMO). Pasientar som kjem dit, har ein sjukdom der avklaring og oppstart av behandling kan skje i løpet av tre dagar.

Pasientar med tilstandar som til dømes akutt hjarteinfarkt, slag og multitraume har spesielle, definerte forlaup som ikkje blir omtalt her.

Denne første prioriteringa (triage) blir utført av mottakslegar som er tilsette i legeeininga i Mottaksklinikken og triagesjukepleiarar som er tilsette i akuttmottak.

Oppgåvene til sjukepleiarane i akuttmottak

Akuttmottaket blir leia av einingsleiar. Han har ansvaret for sjukepleiartenesta (fag og personell) i akuttmottaket. Sjukepleiarane er fast tilsette og har ulike oppgåver i mottaket av nye pasientar.

Vaktleiar i akuttmottaket er sjukepleiar med spesiell erfaring og kompetanse. Ho skal ha oversikt over alle pasientane i akuttmottaket og pasientar som er meldte. Ho har ansvaret for å sikre pasientflyten gjennom akuttmottaket i samarbeid med koordinator og mottakslegen. Dei skal og saman vurdere om situasjonen for pasientane er forsvarleg, og kalle inn meir personell ved behov.

Koordinator i akuttmottaket er sjukepleiar med spesiell erfaring og kompetanse. Ho sit i resepsjonen. Her ifrå skal ho ha oversikt over pasientflyten inn i og ut av akuttmottak. Det er koordinator sitt ansvar å sørge for at pasientar får sjukepleiar ut frå hastegrad.

Triagesjukepleiarar prioriterer pasientane saman med mottakslegen.

Andre sjukepleiarar tar hand om og har ansvar for pasientane mens dei er i akuttmottak etter at dei er triagert. Sjukepleiarane observerer dei og utfører tiltak og behandling som legane ordinerer.

Det er til vanleg 12-14 sjukepleiarar på ein ettermiddagsvakt. Den aktuelle dagen var det 12 sjukepleiarar, to som skulle vore på vakt, var sjuke. Måndag er vanlegvis ein av dei mest travle dagane.

Mottakslegane sine oppgåver

Klinikkoverlege leiar legeeininga i mottaksklinikken og har ansvaret for legetenesta (fag og personell).

Mottakslegane i akuttmottak er erfarne overlegar med ulik bakgrunn/spesialitet, som skal vurdere og fastsette hastegrad på alle pasientar som kjem inn (i triage). Dei skal og identifisere pasientar som kan bli lagt inn på UMO for rask utgreiing og avklaring. Dei har det overordna faglege ansvaret for pasientflyten i akuttmottak. På vakt leiar dei mottaksklinikken og har ansvaret for fordeling av personell mellom dei ulike einingane i mottaksklinikken.

Mottakslegen skal vurdere alle pasientar som kjem til akuttmottak. Det gjeld ikkje pasientar med forlaup som er definerte på førehand. Mottakslegen skal koordinere og sørge for pasienttryggleiken i akuttmottak.

Mottakslegen kan ikkje instruere legar frå andre klinikkar om korleis dei skal handtere eller prioritere pasientar vidare inn i systemet. Mottakslegen har ingen mynde over LIS II- legane i vakt frå dei andre avdelingane. LIS-II legane utfører oppgåver i akuttmottak ved å ta imot pasientar til innlegging. I medisinsk avdeling er dette ABC-vakttemaet (sjå under). Mottakslegen kan, saman med vaktleiar, utløyse den eine beredskapsrutinen for intern beredskap, og er ein av dei som kan utløyse beredskapsrutinen «Ressursteam» (sjå under).

Over dei siste par åra er det gjort store endringar i organiseringa av akuttmottaket. Mottaksklinikken er etablert som ein eigen klinikk, med fleire senger og eigne postar der pasientar kan utgreiast. Dei kan og bli observerte for uavklarte tilstandar. Dei som er eigna for det kan såleis få eit kort opphald eller poliklinisk behandling i staden for å bli lagt på sengepost i annan klinikk på sjukehuset. Til dette arbeidet har mottaksklinikken tilsett mottakslegar som arbeider både i triage og på postane i mottaksklinikken. Mottaksklinikken skal avlaste dei andre avdelingane på sjukehuset og sørge for rask avklaring der det er mogleg.

Legeundersøking og journalopptak av vaktlegar – i akuttmottak

Når pasientane er ferdig triagerte og blodprøver er tatt, blir dei fleste flytta frå triageområdet til eit undersøkingsrom for å bli undersøkt av lege som skriv innkomstjournal. Denne legen kjem frå den spesialavdelinga pasienten skal til og er organisatorisk ikkje ein del av akuttmottak. Legane i primærvaktskiftet utfører arbeidet sitt i akuttmottak i eit samarbeid med sjukepleiarane som er tilsette i akuttmottak.

Når pasienten blir flytta til eit undersøkingsrom, tek ein annan sjukepleiar i akuttmottak over sjukepleiaroppgåvene. Det blir tatt blodprøver og gjort røntgenundersøkingar for å avklare mest mogleg medan dei er i akuttmottaket. Under heile opphaldet i akuttmottak skal pasientane bli observert av ein fast sjukepleiarar med måling av vitale parameter så ofte som hastegraden (triagefarge) og tilstanden krev. Dette er det og retningslinjer for i SATS. Når pasienten er ferdig og klar for å bli flytta vidare, blir sengeposten varsla. Når posten er klar, trillar portør eller sjukepleiar pasienten i senga til rette staden/posten i sjukehuset.

ABC-vaktteam - vaktordninga for primærvakter (LIS II²) ved medisinsk avdeling, hjarteavdelinga og lungeavdelinga

Legar i primærvakt ved dei ulike kliniske avdelingane i sjukehuset jobbar òg i akuttmottak når dei har vakt. Legane i primærvakt er ikkje tilsette i mottaksklinikken.

² LIS: lege i spesialisering

Legar i vakt frå medisinsk avdeling, hjarteavdelinga og lungeavdelinga utgjer saman eit vaktlag, kalla ABC-vakt.³ Dei tre avdelingane har gått inn i samarbeidet med ulik ressursmengd på grunn av at dei har ulik storleik. Vaktordninga består av tre/fire LIS-II, kalla A-, B-, C- og mellomvakt. Dei tek imot nye pasientar og har ansvaret for å følgje dei opp fram til vaktskifte der andre legar kan ta over.

A-vakta er den mest erfarne legen i teamet og leiar vaktlaget. A-vakta skal ha oversikt over aktiviteten i akuttmottaket og har mynde til å fordele oppgåver mellom vaktlegane. A-vakta har og ansvaret for medisinsk overvaking (MIO), respiratorisk overvakingseining (ROE) intermediærpost, assistere på kat-lab (hjertekateterisering) og utfører medisinsk tilsyn av pasientar i andre klinikkar/avdelingar. A-vakta skal vere telefonisk kontaktperson ved dei medisinske avdelingane for primærhelsetenesta etter at bakvaktene er gått heim. Dersom det er problem med kapasiteten på dei ulike sengepostane for å ta i mot pasientar frå akuttmottak, har A-vakta ansvaret for å avgjere kva post pasientane skal til. Mellom kl 20.00 og til 08.00 neste dag er A-vakta også kontaktperson for legar frå andre sjukehus i regionen som treng råd eller har ein pasient som skal flyttast til Haukeland Universitetssjukehus.

B-vakta arbeider i akuttmottak med å ta imot nye pasientar og har i tillegg ansvar for pasientar ved dei andre medisinske sengepostane.

C-vakta arbeider i akuttmottak og har i tillegg ansvaret for å vurdere EKG som blir sendt inn elektronisk frå primærhelsetenesta.

Mellomvakta har vakt i akuttmottak i den travlaste perioden på ettermiddag/kveld og tar då imot medisinske pasientar.

Overlegar som er bakvakt i dei ulike greinspesialitetane er til stades på sjukehuset til om lag klokka 20 på kvelden. Dei kan ofte bli lenger enn dette på sjukehuset før dei går heim. Deretter kan dei ringast til eller tilkallast dersom det er behov for deira fagkompetanse. Dei er sjeldan i akuttmottak.

Arbeidsdagen i akuttmottak

Innføring av mottaksmodellen er ei stor endring som har konsekvensar for organisering og rutinar i mange einingar i sjukehuset. Organiseringa er framleis ny og har enno ikkje funne si endelege form. Vi får opplyst av fleire legar som ikkje høyrer til mottaksklinikken at den tilsikta effekten av mottaksklinikken ikkje er opplevd som utløyst.

Organiseringa av legane i akuttmottak er ei utfordring. Både mottakslegen og A-vakta skal ha oversikt over situasjonen i akuttmottak. Mottakslegen er der heile tida. A-vakta er lite til stades på grunn av andre oppgåver i sjukehuset.⁴ ABC-vaktene prioriterer sjølv mellom pasientane i akuttmottak og legg til grunn den hastegrad som sjukepleiar og mottakslege har gitt. Mottakslegane som er overlegar og meir erfarne enn vaktlegane, kan ikkje instruere ABC-vaktene.

³ Prosedyre: Vaktordning for primærvaktskiftet ved medisinsk avdeling, Hjerteavdelingen og Lungeavdelingen. Versjon 1.01

⁴ YLF si kartlegging i 2016 av kva A-vakta bruker tida si til, viser at ca. 90% av tida er denne legen oppteken andre stader i sjukehuset.

Både legar og sjukepleiarar i akuttmottak fortel om ein kvardag der det er vanleg med samtidigheitskonfliktar. Det inneber at tidspress gjer at dei ikkje kan følgje vedtekne rutinar. Pasientsikkerheita er ofte truga. Til dømes seier dei at «oransje pasientar» som skal undersøkast av lege innan ti minutt, dagleg kan bli liggjande i over ein time før dei blir undersøkte av lege. Vidare kan «gule pasientar» bli liggjande i mange timar før dei får legeundersøking. Vi har fått kopi av avviksmeldingar frå medisinsk avdeling som viser at fleire pasientar med oransje hastegrad har venta svært lenge og opp til åtte timar på legeundersøking.

Vaktleiar som skal ha oversikt over alle pasientar, må ofte utføre vanlege sjukepleiaroppgåver fordi det ikkje er andre som kan gjere det, og fordi pasientane ikkje alltid kan vente. Då mister ho oversikta fordi ho blir oppteken med ein pasient.

Sjukepleiarane og einingsleiar har bedd om auka grunnbemanning i akuttmottaket. Sjukepleiarbemanninga i mottaket er blitt styrka i 2018 med 4 årsverk samt ein ekstra sjukepleiar på kvart skift i helgene.. Det er også innført andre tiltak for å betre kapasiteten i akuttmottak. Mellom anna går definerte diagnosegrupper rett til andre einingar (UMO) i Mottaksklinikken. Dei som jobbar i akuttmottak har likevel dokumentert og meldt om mange avvik frå vedtekne rutinar, om samtidigheitskonfliktar og at pasienttryggleiken i akuttmottak er truga.

Vaktleiar (sjukepleiar) og mottakslegen vurderer kontinuerleg om drifta er forsvarleg og har mynde til å kalle inn ekstra personell (sjukepleiarar) ved behov. For legane i vaktteamet er det A-vakta som kan tilkalle ekstra legeressursar.⁵ Ved vaktstart blir det vurdert om det er behov for fleire legar. Ved behov blir det sendt ut ein e-post til LIS II i dei tre samarbeidande avdelingane. Legane kunne melde seg frivillig til vakta, og dersom ingen meldte seg skulle avdelingsleiinga skaffe lege til vakta. I intervjuet kom det fram at slike ekstravakter ikkje alltid blei dekkja. Ved behov for ekstra mottakslege kan det og tilkallast lege frå andre seksjonar i mottaksklinikken. Det er alltid fleire legar på vakt andre stader i klinikken.

Ved situasjonar der arbeidsmengda blir for stor, har akuttmottak to prosedyrar for å kalle inn ekstra ressursar.⁶ Det eine er at vaktleiar, vaktansvarleg sjukepleier eller mottakslege utløyser «ressursteam». Det kjem då sjukepleiarar frå ulike andre stader i mottaksklinikken dersom dei er tilgjengelege. Dette er det første skrittet for å auke sjukepleiarkapasiteten.

Den andre prosedyren gjeld ved kritisk høg aktivitet i akuttmottaket der ressursane ikkje strekk til og fører til fare for pasienttryggleiken. Det er mottakslege og vaktleiar som saman må ta avgjerda dersom alarm for intern beredskap skal utløysast. Han kan utløyse både sjukepleiarar og legar.

⁵ Frå mars 2018 kom ei midlertidig løysing med tilkalling av ekstra LIS II ved uforsvarleg lang ventetid i akuttmottaket. Ordninga var frivillig, med vakant-vaktlønn.

⁶ Retningslinje for «ressursteam» i Mottaksklinikken. Gyldig frå 29.09.2018 og Foreløpig rutine for Intern Beredskap Mottaksklinikken, gyldig frå 24.07.2018. Denne rutina inneheld retningslinjer for å tilkalle sjukepleiarar og tiltak for å tilkalle mottakslegar og bakvakter frå dei respektive avdelingane.

3. Særleg om informasjon frå intervju av leiinga

Mottaksklinikken

Klinikkdirektør Anne Taule leiar mottaksklinikken. Ho har ansvaret for sjukepleiarane i akuttmottak og for legane i legeeininga. Ho er kjend med kapasitetsproblema for både lege- og sjukepleietenesta.

Ho fortel at det gjer at rutinar kan bli brotne og at det går ut over pasienttryggleiken. Ho seier at årsakene er samansette. Kapasiteten i ABC-vaktlaget er ikkje god nok. Ansvaret mellom mottakslege og legane i ABC-vaktlaget er uklart. Det tek ofte lang tid før sengepostane tek imot pasientane som er klare for å bli flytta til postane. Pasientane må ofte vente i fleire timar. I denne tida tek dei opp plass og kapasitet frå sjukepleiarane i akuttmottak. Ho fortel og at i den tida det var store byggjearbeid i akuttmottak, hadde dei ei avtale med sengepostane om at alle pasientar skulle komme på post innan 30 minutt. Det lukkast dei med. Ho veit ikkje kvifor dette ikkje er mogeleg no.

Ho seier at dei har hatt mange møter, sett i verk ulike tiltak og forsøkt å finne løysingar på situasjonen i akuttmottak.⁷ Tiltaka har enno ikkje gitt den ønska effekten. Ho er kjent med avviksmeldingane og kapasitetsproblema som går ut over pasienttryggleiken. Ho har ikkje sett inn ekstra sjukepleiarressursar i akuttmottak. Dei har likevel to prosedyrar som sjukepleiarane kan utløyse dersom presset blir for stort.

Hjarteavdelinga

Hjarteavdelinga blir leia av avdelingsdirektør Kjell Vikenes. Han er og avdelingsoverlege og har det overordna ansvaret for avdelinga. Avdelingsdirektøren har ansvaret for avdelinga sin del av vaktordninga for LIS II (ABC-vaktordninga). Kjell Vikenes var invitert til intervju, men det var assisterande avdelingsdirektør, overlege Nils Walde som møtte og gav oss informasjon. Walde sa at Vikenes hadde bede han om å møte.

Nils Walde sa at avdelingsleiinga var kjend med den pressa situasjonen i akuttmottak og at den hadde vart i om lag to år. Han seier at det i periodar har vore for høg risiko i akuttmottak. Det hadde vore mange forsøk og møte for å finne løysingar utan at det så langt hadde ført fram. Han sa og at A-vakta har alt for mange oppgåver og er mykje oppteken på postane og kat-lab. A-vakta er difor lite til stades i akuttmottak.

På spørsmål om kva strakstiltak som har vore prøvde eller vurderte, sa han at dei har styrka legekapasiteten på vakt med mellomvakta i den mest travle tida på ettermiddag og kveld. Andre tiltak som er sett i verk er rutina for å tilkalle ekstra LIS ved behov, og at det blir oppfordra til å bruke bakvaktene meir.

På spørsmål om han meiner
assisterande avdelingsdirektør nei.

fekk forsvarleg behandling, svarer

Medisinsk avdeling

Avdelinga er leia av avdelingsdirektør som har det samla overordna ansvaret for heile avdelinga. For tida er stillinga utlyst. Assisterande direktør Solveig Hansen er konstituert i stillinga. Rolf Christiansen er avdelingsoverlege og for tida også konstituert assisterande

⁷ Definerte pasientar går rett til UMO, kapasitetsmøter, rutine for ressursteam og rutiner for intern beredskap.

avdelingsdirektør. Avdelingsoverlegen har det overordna medisinske ansvaret og personalansvaret for seksjonsoverlegane i avdelinga. Han har og ansvaret for medisinsk avdeling sitt bidrag i vaktordninga (ABC-vaktordninga) for LIS II.

Avdelingsoverlegen fortalte at han er kjend med den vedvarande pressa situasjonen i akuttmottak og at pasientar må vente lenge på legeundersøking og oppstart av behandling. Han sa han er godt kjent med at pasienttryggleiken lenge har vore truga. Han meinte likevel at det ikkje representerer ein uforsvarleg risiko. Han fortalte om mange møter, forsøk og tiltak som så langt ikkje har ført til vesentlege endringar i situasjonen for pasientane. På spørsmål om strakstiltak viste han til ordninga med å kunne tilkalle LIS II og oppfordring til å bruke bakvakta meir. Tidlegare tilkalling av mellomvakta på travle tider har og vore praktisert.

Lungeavdelinga

Lungeavdelinga blir leia av avdelingsdirektør Kahtan Al-Azawy. Han har det overordna ansvaret for fag, personell og økonomi i avdelinga.

Han er ansvarleg for lungeavdelinga sitt bidrag i vaktordninga for LIS II. Han seier at LIS II frå hans avdeling utgjør ein større del av vaktlaget enn storleiken til avdelinga skulle tilseie. Han meiner at vaktordninga for LIS II ikkje ivaretek pasientane godt nok. Han er kjend med den pressa situasjonen i akuttmottak med samtidighetskonfliktar og redusert pasienttryggleik. Han har sett at lungepasientar må vente for lenge på legeundersøking og oppstart av behandling. På bakgrunn av det ønskte han sommaren 2018 å gå ut av vaksamarbeidet med dei to andre avdelingane. Han meinte at avdelinga ville få til ei betre ordning for lungepasientane ved å dekke opp alle vakter med LIS II frå lungeavdelinga. Desse skulle samarbeide tett med lungebakvakta. Administrerande direktør stoppa framlegget om denne endringa fordi konsekvensane for LIS II-vaktene for medisinsk avdeling og hjarteavdelinga (heile vaktlaget) ville bli for store, og sjukehuset var ikkje budd på denne endringa.

Administrerande direktør

Administrerande direktør informerte om at han er godt kjent med situasjonen for ABC-vaktlaget og MIO-vakta. Det har han fått informasjon om både i linja frå direktørane, i avviksmeldingar, i e-postar og gjennom tillitsvalde. Han har sett i gang fleire tiltak for å løyse dette. Det har vore krevjande å få klinikkdirktørane til å finne ei løysing. Arbeidet med å gjennomgå vaktordninga vart starta som del av prosjektorganiseringa for mottaksklinikken: «Fremtidig vaktordning for leger knyttet til Mottaksmodellen». I 2017 blei arbeidet levert over i linja til dei tre avdelingsdirektørane for fullføring. Direktøren seier at i ettertid meiner han at ansvaret for å løyse utfordringane med vaktordninga gjekk for tidleg tilbake til avdelingsdirektørane. Mellom anna har hjarteavdelinga ikkje prioritert dette i budsjettet. I internt notat av 2. september 2018 har administrerande direktør purra avdelingsdirektørane og bede om ei løysing i oktober. Han sette og inn personaldirektøren til å leie arbeidet.

Andre tiltak som er sett i verk for å betre kapasiteten i akuttmottak er sengeplasseringskoordinator i januar 2018 og kapasitetsmøter for mellom anna å betre pasientflyten i akuttmottak. Rutinar for å tilkalle ekstra ressursar ved behov er også eit av tiltaka.

Direktøren har såleis over lang tid forsøkt å få dei tre avdelingsdirektørane til å finne fram til løysingar av LIS II vaktssystemet og pasientflyt i akuttmottak. Dei tre avdelingsdirektørane

hadde fram til den aktuelle hendinga ikkje løyst kapasitetsproblema for legane i ABC-vaktteamet.

Etter den siste purringa har det kome eit forslag til løysing som vil bli tatt stilling til så raskt som mogeleg. Han meiner denne løysinga er tilfredsstillande. Vi fekk ikkje presentert løysinga under tilsynet, men har i ettertid fått tilsendt liste over fleire tiltak som dels er og dels vil bli sette i verk.

4. Bekymringsmeldingar og avvik, og leiingars handsaming av desse

Talet på pasientar til akuttmottak har variert mellom 2700 og 3300 pasientar per månad i dei siste to åra. Det er mest travelt vekedagane med måndag som topp. Det kjem flest pasientar til akuttmottak mellom klokka 10 og 23. Medisinsk avdeling, hjarteavdelinga og kirurgisk klinikk er dei tre avdelingane som får dei fleste pasientane.

Det er registrert færre melde avvik i mottaksklinikken dei siste tre åra. Talet på avvik med konsekvens for pasientar er og redusert. I 2018 er det til no registrert 99 avvik, der 59 er pasientrelaterte. Tre av dei har hatt konsekvens for pasientar. Avviksmeldingane er knytte til medikamentfeil, manglande stell og pleie, forseinka tiltak grunna mangel på sjukepleiarar, manglande observasjon med meir. I ei av meldingane fekk ein pasient forseinka lagt inn urinkateter på grunn av mangel på sjukepleiar. I meldinga står det at det førte til at blæra fylde seg til tre liter og sannsynleg fekk varig skade som følgje.

Frå medisinsk avdeling handlar fleire avviksmeldingar om arbeidsbelastning, samtidighetskonfliktar og pasientar i mottak som ikkje blir undersøkte innan den tida dei skal ut frå alvoret i tilstanden. Døme på det er ein pasient som fekk oransje prioritet blei undersøkt av lege etter åtte timar. Norma er ti minutt. Ein pasient som var triagert gul blei først undersøkt av lege etter ti timar. Norma er 60 minutt. Ein pasient som var triagert raud blei undersøkt av lege etter 3,5 timar. Norma er straks. I fleire av meldingane har legane skrive at arbeidet var uforsvarleg og at dei vurderte at pasienttryggleiken var truga på vakta. I ei av avviksmeldingane står det:

«Svært travelt i akuttmottak i vaktskiftet. 1 pasient med STEMI, 2 hjertestans med ROSC, en pasient med alvorlig KOLS-exacerbasjon. 1 rødt pasient med rask atrieflimmer og to oransje KOLS pasienter og 1 med spørsmål om nekrotiserende fasciitt. Samtidig også traumemottak på kirurgisk side»

LIS-II har gjennom ulike kanalar meldt frå til dei respektive avdelingsleiarane og administrerande direktør om situasjonen for pasientane og belastninga på vaktene, og har kravd forbetrande tiltak.

I 2016 utførte YLF-tillitsvalde ei kartlegging av vaktforholda ved hjarteavdelinga, medisinsk avdeling og lungeavdelinga. Den viste at 46% av legene i ABC-vaktsjiktet opplevde samtidighetskonflikt på vakt. Resultata blei lagt fram for avdelingsleiarane i februar 2016. Resultata førte ikkje til endring av vaktssystemet. Saka blei presentert for administrerande direktør. I 2016 blei det sett ned ei arbeidsgruppe for å sjå på eventuell ny primærvaktordning knytt til MIO. Tiltaka har ikkje ført til vesentlege endringar.

I openheitundersøkinga som var initiert av sjukehuset, kom det fram at 17 % av LIS vurderte pasienttryggleiken på vakt som dårleg eller svært dårleg. 44 % av legane var einig eller delvis einig i at vaktbelastinga var så stor at ho gjekk ut over pasienttryggleiken. Legane som rapporterte størst bekymring for pasienttryggleiken var tilsette ved lungeavdelinga, hjarteavdelinga, medisinsk avdeling og kirurgisk klinikk. I samband med opninga av mottaksklinikken gjorde personalavdelinga i 2017 ei kartlegging av alle involverte vaktordningar. Det kom fram at A-vakt var opplevd som spesielt belastande. Tillitsvalde formidla på ny behov om auka bemanning i vaktlaget.

Verneombod har fleire gonger i 2017/2018 varsla leiinga ved dei medisinske avdelingane og ved mottaksklinikken om uforsvarlege forhold på vakt. I mars 2018 kom ei midlertidig løysing med tilkalling av ekstra LIS II ved uforsvarleg lang ventetid i akuttmottaket. Ordninga var frivillig, med vakant-vaktlønn. Det er vanskeleg å få tak i legar som kunne ta slik vakt på kort varsel. Det blei diskutert andre, varige løysingar i mars 2018 i møte mellom avdelingsleiarane, tillitsvalde og personaldirektør. Tillitsvalde rapporterte om uforsvarlege forhold og påtrengjande behov for styrking av vaktlaget. Det blei ikkje gjort endringar i vaktordninga etter møtet. Legane har og varsla om uforsvarleg situasjonar ved fleire vakter i avvikssystemet Synergi.

Både på sjukehuset generelt og spesielt i dei medisinske avdelingane er det lagt ned eit stort arbeid med å finne løysingar. Arbeidet har tatt lang tid, og har pågått i om lag to år. Avdelingsleiarane har oppfatta bekymringa frå LIS II som reell og stadfestar at pasienttryggleiken til tider har vore truga som følge av høg vaktbelasting i ABC-sjiktet og liten sjukepleiarkapasitet. Fleire framlegg til løysingar har vore drøfta, men ingen har så langt ført fram til varige tiltak. Det kjem fram i intervjuet at samarbeidet mellom dei ulike nivåa og avdelingane har vore ei utfordring. Det har og vore usemje om organisering, både av mottaksklinikken og vaktordningar. Administrerande direktør har vore kopla på prosessen men har ønskt at avdelingsleiarane sjølv skulle finne løysingar på problemet.

5. Pasientflyt

Mange legar og sjukepleiarar har fortalt at det ofte er vanskeleg å få pasientar frå akuttmottaket vidare til sengepostane etter dei er ferdige i akuttmottak. Det fører til at pasientane tar opp rom- og personalkapasitet i akuttmottak mens dei som enno ikkje er undersøkt må vente.

Under ombygginga av mottaksklinikken og akuttmottak var det innført ein regel om at alle pasientar skulle til sengepost innan 30 min etter at dei var ferdig i akuttmottak. Det fungerte under ombygginga. I ettertid kan pasientar vente i meir enn ti timar før dei kjem på post. Det tek opp både rom og ikkje minst kapasitet frå sjukepleiarane som må observere pasientane og difor ikkje kan ta imot nye.

Fleire har og sagt at særleg låg kapasitet på intensivavdelingar, men og låg kapasitet på vanlege sengepostar er medverkande til dårleg pasientflyt ut av akuttmottaket. Etableringa av mottaksklinikken med utgreiingsmottaka skal hjelpe på situasjonen. Likevel er trykket på sengepostane framleis stort og effekten av mottaksklinikken ikkje tatt ut enno.

6. Rettsleg grunnlag

Kravet til forsvarlege tenester

Det følger av spesialisthelsetjenestelova § 2-2 at tenestene spesialisthelsetenesta tilbyr eller yter skal vere forsvarlege. Det inneber for det første at lovpålagte krav og faglege normer må følgjast. Kva som blir rekna som forsvarleg må vidare avgjerast konkret i det enkelte tilfellet, ut frå blant anna kva som kan forventast med bakgrunn i anerkjent fagkunnskap, faglege retningslinjer, allmenngyldige samfunnsetiske normer og situasjonen elles. Innhaldet i norma vil dermed endre seg i takt med både den konkrete situasjonen og med utviklinga av fagkunnskap. Kravet til forsvarlege tenester gir ikkje uttrykk for ein ideell praksis, men gir ein målestokk for kva for minstekrav som vert stilt til helsetenesta.

Krav til leiing og kvalitetsforbetring

Kravet til forsvarlege tenester gjeld på alle nivå i verksemda. Det inneber mellom anna at leiinga skal føre internkontroll med at planlegging, organisering, drift og vedlikehald er slik at tenestene vert forsvarlege. Det er presisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §§ 6 til 9.

Leiingsprinsippa i §§ 6 til 9 gir mellom anna verksemda plikt til å legge til rette for at personell som utfører tenestene, blir i stand til å overhalde dei lovpålagte pliktene sine, og slik at den enkelte pasient eller brukar får eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod. Verksemda har plikt til å gjere eit systematisk arbeid for å vareta pasienttryggleiken.

Det er den som har det overordna ansvaret for verksemda, som også har det overordna ansvaret for styringssystemet. Det vil seie korleis aktivitetar i verksemda er planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav fastsett i eller i medhald av lovgjevinga.

7. Nærare om kravet til forsvarlege tenester

Denne saka gjeld ei hending i akuttmottaket ved HUS. Eit akuttmottak er ein del av sjukehuset som er særleg sårbar for svikt. Akuttmottaket ved HUS har også ei komplisert organisering, ved at mange avdelingar er involverte i drifta. Det aukar risikoen for svikt ytterlegare. Desse forholda skjerpar kravet til forsvarlege tenester og stillar høgare krav til klare ansvarsforhold og styring frå leiinga si side, jf. spesialisthelsetjenestelova § 2-2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §§ 6 til 9

EKG-forandringar utan ST-elevasjon

Dersom ST-elevasjonsinfarkt er utelukka, skal det og vurderast om det ligg føre andre EKG-forandringar som kan vere teikn på at hjartet si oksygentilførsel er påverka eller truga. EKG med ST-senking eller ST-T forandringar kan tyde på NSTEMI-ACS (akutt koronarsyndrom utan ST-elevasjon). Smertene kan vere vedvarande, eller variere. Dersom det ligg føre NSTEMI-ACS, skal ein vurdere om det er behov for akutt intervensjon. Pasienten skal som hovudregel og raskt få medikamentell behandling med blodfortynnande og eventuell anna tilleggsbehandling. Sjølv om pasienten kan vere smertefri, treng ho/han overvaking då den kliniske tilstanda kan forverre seg.

Observasjon av «oransje» pasientar i akuttmottak

I akuttmottaket til HUS blir SATS-systemet brukt for å fastsette hastegrad. I følgje desse retningslinene gjeld følgjande for akutt hjertesjukdom: Pasientar med hjartestans eller STELEVASJONSINFARKT (STEMI) er «raude». Dersom dei har pågåande brystmerter eller EKG-forandringar eller mistanke om akutt koronarsjukdom, er dei «oransje».

Pasientar som er triagert til oransje skal bli følgd med på av sjukepleiar frå dei kjem inn i akuttmottak og til legen kjem for å undersøke dei vidare. Det er naudsynt med observasjon for å raskt kunne oppdage eventuelle teikn på forverring og om hastegraden skal justerast opp. Dersom legen ikkje er kommen til ein «oransje» pasient innan 15 minutt, skal sjukepleiar utføre retriage (måle vitale parameter på nytt). Når legen har sett til pasienten skal sjukepleiar kontrollere dei vitale måla vidare i akuttmottak kvart 30. minutt dersom ikkje legen har ordinert noko anna eller tilstanda forverrar seg.

8. Fylkesmannens vurdering

Fylkesmannen har vurdert om [redacted] fekk forsvarleg helsehjelp frå han kom inn i akuttmottaket den 15.10.2018 og til han døydde på triagerom 11 knapt to timar seinare. Vi har òg vurdert om leiinga ved Haukeland universitetssjukehus har hatt styring med at tenestene er forsvarlege.

Vurdering av hastegrad og tiltaka utført i triage-området

[redacted] kom gåande inn i akuttmottaket og blei raskt triagert til oransje. Vurderinga av hastegraden blei gjort ut frå totalinntrykket, EKG og vitale parameter. Det blei spesielt lagt vekt på at [redacted] var smertefri. Vi har vurdert at triageringa var forsvarleg.

Etter vurderinga av hastegrad blei [redacted] liggjande i triagerom 11. Det er eit einerom i tilslutning til det store triagerommet med plass til mange pasientar. Alle plassane der var opptekne. Sjukepleiar og lege meinte det var betre for han å ligge i seng der, enn å sitte og vente på å få tildelt rom for vidare legeundersøking i akuttmottaket. Vi meiner at helsepersonellet hadde gode grunner for å ta denne avgjerda. Det aktuelle rommet var eit rom dei brukte i triage, og rutinen er at ein pasient med oransje hastegrad ikkje skal vente meir enn 15 minutt på vidare legeundersøking.

Etter han var blitt følgt på toalettet blei ikkje [redacted] kopla på overvaking igjen. Legen hadde ikkje bedt om det. Triagesjukepleiar vurderte at sidan han var smertefri og klinisk stabil, var det ikkje nødvendig. Det ville vore god praksis å kople på overvaking, men vi finn ikkje at det var uforsvarleg, då det ikkje var formidla ei klar forventning om at [redacted] skulle overvakast vidare. Sjukepleiaren handla dessutan i tru om at opphaldet på rommet ville bli kortvarig, og at sjukepleiar frå akuttmottaket snart ville ta han med seg til eit anna rom.

[redacted] fekk informasjon om alarmsnora og blei oppmoda til å bruke denne om han trong hjelp. Registrering av alarmer i akuttmottaket viser at [redacted] alarmerte, og at han ringde i 44 minutt før nokon stoppa alarmer. Vi veit ikkje kven som stoppa alarmer, og på kva slags grunnlag. Ingen veit noko om korleis [redacted] hadde det frå han løyste ut alarmer og til den blei stoppa klokka 19.54. Han blei funnen død på golvet om lag 20 minuttar seinare. Vi meiner at det er uforsvarleg at ein pasient alarmerer i 44 minutt før nokon undersøker kva det gjeld. Alarmer skal svarast på straks hos ein så alvorleg sjuk pasient.

Akuttmottaket si handsaming av pasienten etter at hastegrad var fastsett

Etter triageringa kom [redacted], sitt namn, hastegrad og plassering opp på ei skjerm i akuttmottaket som viste at han var klar for å bli undersøkt av lege og sjukepleiar. På dette tidspunktet var alle sjukepleiarane i akuttmottak opptekne. Det var også vaktleiar som skal ha oversikt over alle pasientane i akuttmottaket. Mangel på sjukepleiarar gjorde at [redacted] gjekk inn som vanleg sjukepleiar og var opptatt med ein annan dårleg pasient (raud hastegrad). Då mista [redacted] oversikt i akuttmottaket. Koordinator såg at [redacted] ikkje hadde fått sjukepleiar, men [redacted] såg og at det var ingen som var ledige. [redacted] gjekk ut frå at den første sjukepleiaren som blei ledig ville gå til han. At det ikkje alltid er nok sjukepleiarar er ikkje uvanleg i akuttmottaket. [redacted] reagerte derfor ikkje på det. Det er heller ikkje koordinator si oppgåve å kalle inn ekstra sjukepleiarar. Det ligg til vaktleiar.

Med oransje hastegrad skulle [redacted] vore observert av sjukepleiar straks triageringa var ferdig og fram til vaktlege undersøkte han. Han var alvorleg sjuk og hadde og blitt oppfatta som det. Men det var og fleire andre pasientar som var alvorleg sjuke og hadde fått raud og oransje hastegrad. Det var ikkje nok sjukepleiarar i akuttmottak til å ta seg av alle. Fylkesmannen meiner at det uansett var klart uforsvarleg at [redacted] blei liggjande i 90-100 minutt utan at sjukepleiar frå akuttmottaket såg til han og observerte tilstanden og vitale parameter.

Etter at [redacted] var triagert, gjekk mottakslegen sjølv til B-vakta og melde frå om at [redacted] var klar for å bli undersøkt av vaktlege. Både B- og C-vakta fekk beskjed om at han var triagert til oransje. B-vakta såg på EKG-et og var samd i hastegraden. Han skal då bli undersøkt av vaktlege innan 15 minutt (SATS). Legane var kjente med det. Begge legane (B og C-vakta), og mellomvakta som ikkje var saman med dei då, blei deretter opptekne med andre, minst like sjuke pasientar. Dei venta og at sjukepleiarane observerte pasienten og at dei ville få beskjed dersom dei måtte omprioritere. Meldinga dei hadde fått om [redacted] var på dette tidspunktet at tilstanden var stabil. Vi har ingen haldepunkt for å seie at prioriteringa til legane var uforsvarleg. Ut frå den informasjonen dei hadde og føresetnadane, meiner vi dei handla forsvarleg.

A-vakta fekk ikkje beskjed av nokon om at [redacted] låg og venta. I følge arbeidsbeskrivinga var det oppgåva [redacted] å halde oversikt over pasientane i akuttmottaket, men [redacted] var oppteken på MIO og kunne difor ikkje ha oversikta over akuttmottaket. Ingen ringde til bakvakt og bad om hjelp. Situasjonen i akuttmottaket for legane var ikkje spesiell. Dei var vande med at dei ikkje rakk å undersøke pasientane så fort som rutinen og tilstanden kravde, og at dei dagleg måtte bryte rutinar i akuttmottak. Dagleg må pasientar med oransje hastegrad vente lenger enn ein time. Det hadde dei mange gonger meldt frå om. Difor vurderte ikkje legane at det var ein så spesiell situasjon at dei skulle kalle inn ekstra ressursar. Dei gjorde så godt dei kunne innan dei rammene som var gitt. Vi vurderer at det uansett ikkje var forsvarleg at [redacted] blei liggjande i 90-100 minutt utan at medisinsk lege såg til han.

Helsehjelpa var ikkje forsvarleg

Sjølv om fleire forhold i akuttmottaket har svikta, har vi ikkje haldepunkt for at nokon av legane eller sjukepleiarane i akuttmottak kan stillast til ansvar for at [redacted] ikkje fekk forsvarleg helsehjelp. Fylkesmannen kan ikkje vurdere om utfallet kunne vore annleis om han hadde fått forsvarleg behandling. Vi kan likevel seie at helsepersonellet hadde hatt eit betydeleg betre utgangspunkt for å hjelpe [redacted] om dei hadde vore til stades då tilstanden endra seg.

Ingen av dei involverte har sett alarmen, og alle dei vi intervjuar som var involverte var sikre på at dei ville fått med seg det. Likevel tyder registreringa på at alarmeringa i lang tid blei oversett, og vi legg til grunn at han blei stoppa utan at nokon såg til. At pasientar som alarmerer ikkje blir høyrte, er ein risiko i akuttmottaket som kan ha alvorlege følgjer.

Årsakene til at ikkje fekk forsvarleg hjelp er samansette.

Både mottakslegane, vaktlegane og sjukepleiarane seier at det ikkje var ein spesielt travel måndag. Det var slik det vanlegvis var. Statistikkar og informasjon frå leiinga bekreftar det.⁸

Sjølv om dagen for hendinga blei oppfatta som ein «vanleg måndag», skjedde hendinga på den vekedagen og i det tidsrommet då belastninga på mottaket er størst, i følgje statistikken. Vaktleiar som skal ha oversikt, var så bunden opp i ei anna viktig oppgåve at ikkje kunne ha oversikt. Ingen sjukepleiar hadde tid til å ta seg av slik dei skulle, ut frå hastegraden. Vaktleiar sette ikkje i verk prosedyre for å tilkalle ekstra ressursar. Vi har fått informasjon som tyder på at tilsette generelt meiner at det som regel ikkje er til særleg hjelp å tilkalle ekstra ressursar. Intervjua har og vist at personalet lenge har meldt ifrå om at det er for mykje å gjere på vaktene, om samtidighetskonfliktar og problem med å få pasientar vidare til sengepost, utan at det har ført til endringar. Avviksmeldingar dokumenterer det. Dei har difor blitt vane med å ikkje utløyse ekstra ressursar. Ei slik svært travel vakt blir no oppfatta som normalsituasjon som dei må gjere det beste ut av.

Legane i ABC-vaktsjiktet har òg over år meldt frå om det dei meiner er ei uholdbar vaktordning. Dei har lenge vore bekymra både for pasienttryggleik og arbeidsmiljø. Dei har gjentatte gonger formidla dette vidare. Fleire alvorlege avviksmeldingar stadfester det. Vi er gjort kjent med at pasientar med oransje hastegrad har venta opp til åtte timar i akuttmottaket før dei blir undersøkte av vaktlege. Det er umogleg for A-vakta å ha oversikt over pasientsituasjonen i mottak til ei kvar tid, då han/ho ofte er dradd i mange retningar mellom ulike, viktige arbeidsoppgåver. Det er vår vurdering at det er urealistisk at ein lege fullt ut kan dekke alle oppgåvene som ligg til A-vakta. Også vaktlegane er blitt vane med den høge arbeidsbelastninga og at rutinar som sjukehuset har fastsett dagleg må brytast. Det er blitt så vanleg at dei ikkje lenger reagerer som forventet for å ivareta pasienttryggleiken. Det forklarar at dei ikkje såg at det ved denne vakta, var behov for å tilkalle ekstra ressursar. Sjølv omtaler dei denne konkrete hendinga med som ei «varsla katastrofe» som dei i lang tid hadde frykta skulle skje.

Oppfordringar frå LIS-legane om å styrke vaktbemanninga og endre ansvarlinene på vakt har ført til fleire diskusjonar, prosjekt og møter, men har over fleire år ikkje ført fram. Ordninga med å lyse ut ekstra vakt forfor å supplere ABC-vaktsjiktet har heller ikkje fungert.

Ansvar for svikten - mottaksklinikken

Vi meiner at arbeidsbelastninga på sjukepleiarane var for høg denne vakta. Vi har likevel forstått at det er vanleg, og at situasjonen i periodar kan vere slik kvar dag. Det gjer at risiko for svikt i pasientbehandlinga er stor. Årsakene til at personalet er travle er fleire. At pasientar hopar seg opp og er vanskeleg å få vidare til sengepost, er ei viktig årsak i analysen av pasientflyt i sjukehuset. Men det er ikkje akuttmottaket sitt ansvar. Klinikkdirktøren meiner

⁸ «Inn- og utstrøm av pasienter i akuttmottak HUS, 2018»

at bemanninga hadde vore forsvarleg dersom flyten frå mottak til sengepostane hadde vore betre.

Både sjukehuset og akuttmottaket må likevel ta omsyn til korleis situasjonen faktisk er, og ikkje korleis den ideelt sett kunne ha vore. Det gjeld særleg når dei ikkje har klart å gjere noko med pasientflyten og kapasitetsproblemet er blitt normaltilstand. Når interne rutinar som skal sikre forsvarleg behandling dagleg må brytast, må leiinga gjere noko med det.

Ein pasient med oransje hastegrad skal ikkje ligge så lenge som måtte, utan å bli observert av sjukepleiar medan han ventar på lege. Det medfører ein alt for høg risiko, og er ikkje forsvarleg. Inntil pasientflyten er «normalisert» må personellet ha rammer som gjer at dei kan drive forsvarleg. Det er leiinga sitt ansvar. Sjølv om sjukepleiarbemanninga blei styrka i 2018, var ikkje kapasiteten tilstrekkeleg då hendinga fann stad.

Vi ser og at ansvaret mellom mottakslegane og legane i vakt er uklart og bør bli gjennomgått.

Fleire av tiltaka som å respondere på ringesnor-alarmering, å ha oversikt over situasjonen i mottaket og utkalling av ekstra ressursar fungerte ikkje i dette tilfellet.

Fleire forhold som vi har peikt på kan ikkje løysast av mottaksklinikken åleine. Det krev avklaring med andre avdelingar.

Klinikkdirektør for mottaksklinikken må ta ansvaret for at sjukepleiarbemanninga i mottak ikkje var tilstrekkeleg og bidrog til at behandlinga av blei uforsvarleg.

Ansvar for svikten - medisinsk avdeling, hjarteavdelinga og lungeavdelinga

Arbeidsbelastinga på legane i ABC-sjiktet var for høg på denne vakta. Alle legane var opptekne med alvorleg sjuke pasientar på kvar sin kant. Å be bakvakt komme til akuttmottak for å ta opp journal og starte behandling, er ikkje vanleg praksis, og blei difor heller ikkje gjort ved denne vakta. Som regel er også bakvaktene opptekne på sine egne avdelingar. Vakta blei heller ikkje oppfatta som spesiell av dei som var på jobb.

Legane hadde ikkje vilkår og rammer til å utføre arbeidet sitt forsvarleg og i tråd med sjukehusets rutinar. Leiinga ved alle tre avdelingane har erkjent at arbeidsbelastinga i vaktsjiktet er høg og at pasientflyten frå akuttmottak til sengepostane har gått tregt og redusert kapasiteten i akuttmottak. Dei har vore kjende med at dette har påverka pasienttryggleiken.

LIS-II-legane har i lang tid meldt frå om det utan at det har ført til konkrete resultat og forbetring av vaktsituasjonen. Avdelingsdirektør ved Lungeavdelinga har forsøkt å få til endring som ville ta i vare lungepasientane. Denne blei stoppa av administrerende direktør. Dei andre avdelingsdirektørane har ikkje i same grad bidradd til endring av situasjonen. Snarare har dei ikkje klart å finne løysingar sjølv om dei har fått denne oppgåva eksplisitt frå administrerende direktør i 2017. Det er naturleg at det er avdelingsdirektørane som finn løysingar på organisatoriske ordningar som skal stette medisinsk forsvarleg behandling. Vi finn at etter så lang tid burde avdelingsdirektørane ha klart å løyse driftsproblema og sikra pasienttryggleiken i akuttmottaket og slik at sjukehuset sine prosedyrar for forsvarleg pasientbehandling kan følgjast.

Vi meiner at det er svært alvorleg at avdelingsdirektørane over lang tid har vore kjende med at vaksituasjonen og langsam pasientflyt har ført til ein betydeleg og alvorleg risiko for pasienttryggleiken. Berre avdelingsdirektøren for lungeavdelinga har tatt dette på alvor og forsøkt å endre på vaktordninga og justert drifta. Avdelingsdirektørane har heller ikkje sett i verk andre tilfredsstillande, risikoreduserande tiltak fram til ei varig løysing har blitt etablert. Dette ansvaret må direktørane som ikkje har gjort nok, ta ansvaret for. For medisinsk avdeling er dette avdelingsdirektøren og avdelingsoverlegen. Ved hjarteavdelinga er dette avdelingsdirektøren.

Ansvar for svikten - administrerande direktør

Akuttmottaket er ein del av sjukehuset der mange avdelingar utfører oppgåver og har ansvar. Fleire forhold krev avtalar på tvers av klinikkar og avdelingar. Slik organisasjonen i dag er, møtast ansvarlinjene for klinikk- og avdelingsdirektørar først hos administrerande direktør.

Vi har funne at svikten mellom anna skuldast uklare ansvarsforhold, kapasitetsproblem, dårleg flyt av pasientar frå akuttmottak og vidare inn i sjukehuset og at avdelingsdirektørar ikkje har tatt ansvar for å løyse kjende driftsproblem. Mykje dreier seg om generelle driftsutfordringar i sjukehuset. Slik sett er det heile sjukehusleiinga sitt ansvar. Når pasienttryggleiken i akuttmottaket av fleire grunnar ikkje har vore forsvarleg, er det ein svært alvorleg situasjon. Den konkrete hendinga med _____ ser vi på som eit teikn på eit underliggende styringsproblem.

Vi er kome til at når pasientrisikoen i akuttmottaket har vore høg over lang tid, burde administrerande direktør ha gripe sterkare og tidlegare inn og sett til at problema blei løyste. Administrerande direktør har i lang tid vore kjent med situasjonen både i akuttmottak og for det medisinske vaksjiktet. Han har gjennom ulike prosjekt og tiltak for å løyse utfordringa med både ny mottaksmodell, pasientflyt i akuttmottak og ABC-vaktordninga gitt ansvaret til avdelingsdirektørane. Dette har han gjort i tru på at avdelingsdirektørane var dei som var best til å løyse problema. Dei har ikkje innfridd forventingane og løyst oppgåva dei fekk. Når dei ikkje har tatt dette ansvaret fell ansvaret på administrerande direktør.

9. Strakstiltak og ny vaktordning

Det er no lagt fram eit nytt forslag til vaktordning som kan forbetre situasjonen. Administrerande direktør forventar at endringa blir gjennomført innan kort tid. Vi har ikkje informasjon om dette frå mottaksklinikken.

Som eit strakstiltak blei det frå 18.10.2018 satt i verk vaktplan med ein ekstra LIS-II frå medisin/hjerte/lunge på vakt frå klokka 12.00-19.00.

Frå 04.12.2018 er det i tillegg sett inn ein ekstra LIS-II frå klokka 16.00-21.00 frå medisin/hjerte/ lunge og ein ekstra LIS frå mottaksklinikken frå klokka 16.00-22.00. I tillegg blir vaktlegane no på nytt oppfordra til å i større grad bruke bakvaktene og nytte ressursteam når situasjonen tilseier det. Mottakslege har fått ansvar og mynde til å kontakte relevant bakvakt direkte ved behov.

Det er og gjennomført strakstiltak knytt til akuttmottaket som følgje av den aktuelle hendinga. Helsepersonellet er bedne om å ha større merksemd på ringesignal og døra skal være open

ved bruk av triagerom 11. I tillegg skal alle legar i ABC-vaktlaget og mottaksklinikken ha kurs om EKG og ustabil koronarsyndrom, og prosedyren skal bli gått gjennom.

10. Konklusjon

15.10.2018. At fekk ikkje forsvarleg behandling då han døydde i akuttmottaket den over så lang tid ikkje blei observert, retriagert eller fekk starta adekvat behandling, var uforsvarleg. Årsakene til svikten er samansett og er å finne i svikt i styring og leiing.

Vi har ikkje funne grunnlag for å legge ansvar for svikten på dei legane og sjukepleiarane som var på vakt i akuttmottaket den aktuelle dagen.

Ansaret for svikten blir lagt til administrerende direktør saman med leiinga for medisinsk avdeling ved avdelingsdirektør og avdelingsoverlege, leiinga ved hjarteavdelinga ved avdelingsdirektør og leiinga ved mottaksklinikken ved klinikkdirektør. Leiinga har over lang tid vore kjent med at pasienttryggleiken i akuttmottak ikkje har vore forsvarleg.

11. Vi ber om tilbakemelding

Vi ser at fleire strakstiltak er starta opp. Vi ser og at den interne årsaksanalysen har mange forslag til tiltak. Vi ber om ein tilbakemelding på dei tiltaka som blir sette i verk, og når de vil evaluere om tiltaka har fått ønska effekt. I vår oppfølging av saka vidare vil vi spesielt ha merksemd på at det er lagt til rette for at både legar og sjukepleiarar i vakt kan følgje vedtekne prosedyrar i akuttmottak slik at pasienttryggleiken er god. Vi vil og ha merksemd på pasientflyt i akuttmottaket.

Vi ber om første tilbakemelding innan 15.02.2019.

Med helsing

Helga Arianson
fylkeslege

Marie Mildestveit
seniorrådgjevar

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.

Juridisk saksbehandlar: seniorrådgjevar/jurist Marie Mildestveit
Medisinskfagleg saksbehandlar: Assisterande fylkeslege Karianne Flaatten

Kopi til:

Helse Bergen HF Medisinsk avdeling v/avdelingsdirektør og avdelingsoverlege	Postboks 1400	5021	BERGEN
Helse Bergen HF Lungeavdelinga v/avdelingsdirektør	Postboks 1400	5021	BERGEN
Helse Bergen HF Mottaksklinikken v/klinikkdirektør	Postboks 1400	5021	BERGEN
Statens helsetilsyn	Postboks 231 Skøyen	0213	OSLO
Helse Bergen HF Hjarteavdelinga v/avdelingsdirektør	Postboks 1400	5021	BERGEN

