



Helse Bergen HF
Postboks 1400
5021 BERGEN

Saksbehandlar, innvalstelefon
Per Otto Svendsby, 5557 2311

U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13

Avgjerd i tilsynssak - [REDACTED]

Helse Bergen varsla [REDACTED].23 Statens helsetilsyn om ei alvorleg uønskt hending ved Haukeland universitetssjukehus den [REDACTED].2023, jf Spesialisthelsetenestelova § 3-3a. Varselet gjaldt behandlinga som pasient [REDACTED] fekk frå Helse Bergen, i samband med at [REDACTED] vart transportert med luftambulans til Haukeland universitetssjukehus for akutt kirurgisk behandling. Statsforvaltaren i Vestland fekk 10.08.2023 overført saka for vurdering av tilsyn.

Vi har med heimel tilsynslova § 4 gjennomført tilsyn med Helse Bergen. For å opplyse saka har vi hatt tilsynsmøte med føretaksleiinga, kliniske leiarar og involvert helsepersonell. Vi har innhenta pasientdokumentasjon og styrande dokumentasjon. Vi har vidare utarbeidd eit faktagrunnlag og innhenta merknader til dette frå Helse Bergen. Pårørande er gitt innsyn i saka og har hatt høve til å sende eigne merknader til faktagrunnlaget. Saka er tilstrekkeleg opplyst jf Forvaltningslova § 17.

Avgjerd

- **Pasient [REDACTED] fekk ikkje forsvarleg helsehjelp frå Helse Bergen den [REDACTED].23, jf Spesialisthelsetenestelova § 2-2.**
- **Helse Bergen har sett i verk relevante tiltak for å redusere risikoen for tilsvarande hendingar, i samsvar med krava til kontinuerleg forbetring av verksemda, jf Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring. Vi har bedt om rapport på status for planlagte tiltak i i februar og mai 2024.**

Kort om saka

Den [REDACTED] vart [REDACTED] flogde med helikopter frå sjukehuset i Ålesund mot universitetssjukehuset St. Olavs hospital i Trondheim. [REDACTED] var operert ved St. Olavs [REDACTED] dagar tidlegare med [REDACTED], men hadde fått komplikasjon med [REDACTED]. Kirurg ved St. Olavs vurderte at det var indikasjon for reoperasjon.



På grunn av dårleg ver i Trondheim kunne helikopteret ikkje lande der, og AMK Bergen vart kontakta med førespurnad om helikopteret kunne fly pasienten til Haukeland Universitetssjukehus i staden. Det er berre universitetssjukehusa som kan utføre avansert karkirurgi i Noreg.

Vakthavande karkirurg fekk telefon med førespurnaden om lag klokka [REDACTED]. Ho fekk i tillegg informasjon om at pasienten var [REDACTED] år gamal [REDACTED], at tilstanda hadde stabilisert seg etter [REDACTED] men at [REDACTED] trong ny kirurgi og i utgangspunktet var akseptert ved St. Olavs for dette.

Karkirurgen diskuterte kort med bakvakta si, og aksepterte pasienten. Etter dette starta karkirurgen å orientere seg vidare om inngrepet som var gjort og tilstanda til pasienten, for å kunne planleggje aktuell behandling i Bergen. Dette tok ein viss tid, for ho måtte konferere både med kirurg i Ålesund og i Trondheim. Sjølv om det var rapportert om at pasienten hadde [REDACTED] etter operasjonen, var det uvisst om [REDACTED] [REDACTED] hadde elles vore stort sett frisk [REDACTED] før operasjonen ved St Olavs. Karkirurgen i Bergen vurderte ut frå den samla informasjonen at det var god indikasjon for å gjere eit forsøk på større, livreddande inngrep. Dette ville innebere eit samarbeid mellom intervensjonsradiolog og karkirurg på operasjonsstua.

Det var travelt på vakta med høg operasjonsaktivitet på sjukehuset. Det var [REDACTED] [REDACTED] på ei thoraxstove. Karkirurgen freista å få tak i eigna operasjonsstue («hybridstua» til thoraxkirurgen), men trong også anesthesi- og operasjonssjukepleiarpersonell frå sentraloperasjon. Karkirurgen kontakta anestesilegen som hadde vakt på sentraloperasjon for å informere om at pasienten var på veg. Klokka var då om lag [REDACTED]. Ho fekk beskjed om at sjukehuset ikkje hadde kapasitet til å operere pasienten. Legane frå kirurgisk serviceklinikk (ved intensivvakt og sentraloperasjonsvakt) formidla at det ikkje var nok ressursar på postoperativ/intensiv til at dei kunne starte opp eit slikt inngrep. Etter at dei fekk pasienten meldt, konfererte anestesilegane ved HUS med anestesilegane ved Ålesund sjukehus om tilstanda. Ut frå informasjonen var pasienten skåra til å ha utvikla [REDACTED] etter den første operasjonen, noko som tyda på at prognosen [REDACTED] var blitt svært dårleg. [REDACTED] skåren var ikkje kjent for kirurgen under den første vurderinga av pasienten. Legane ved KSK (kirurgisk serviceklinikk) hadde meir informasjon etter at dei hadde snakka med anestesilege ved Ålesund sjukehus.

Karkirurgen, bakvakten [REDACTED] og legane ved KSK drøfta pasienten vidare og kirurgane foreslo ulike alternativ, men anestesilegane heldt fast ved avgjerda om at pasienten ikkje skulle opererast, og viste til at det ikkje var tilgjengeleg intensivkapasitet ved sjukehuset til å overvake pasienten etter operasjonen.

Til tross for at belegget var relativt stabilt ved førre kapasitetsmøte, hadde sjukehuset etter dette fått inn fleire akutte, livstruande sjuke pasientar til behandling, både på operasjon og på intensivavdelinga, mellom anna [REDACTED]. Som følgje av dette var det ingen intensivkapasitet eller anna overvåkingskapasitet ledig nokon stad ved sjukehuset. Situasjonen medførte allereie at ein pasient måtte haldast igjen på operasjonsstua etter omfattande [REDACTED] kirurgi, fordi det ikkje var ledig overvåkingsplass. Kirurgane visste ikkje at sjukehuset hadde så lite kapasitet då dei aksepterte pasienten.

Karkirurgen freista då å omdirigere pasienten og finne alternativ ved andre sjukehus. Men dette var ikkje mogleg av fleire årsaker; dårleg flyvær i Oslo, ikkje tilstrekkeleg tid gitt pasienten sin tilstand, og fordi helikopteret allereie var i ferd med å lande ved HUS. Helikopteret landa og pasienten vart tatt til akuttmottaket der [REDACTED] vart overvaka og fekk støttande behandling. Karkirurgen tinga ny CT-



undersøking for å kunne revurdere status, og det var då klart at [REDACTED] var svært omfattande og at prognosen hadde forverra seg. Situasjonen vart tolka som at det «vindaug» ein hadde hatt til å gjere livreddande kirurgi var lukka, og det vart avgjort at [REDACTED] skulle få lindrande behandling i staden. [REDACTED] døyde kort tid seinare same [REDACTED].

Oppsummering av tilsynsmøtet på Haukeland universitetssjukehus 26.09.2023

Kirurgisk klinikk, Kirurgisk serviceklinikk og føretaksleiinga gjennomførte 26.09.2023 ein felles gjennomgang, der fylkeslegens tilsynslag var til stade. Møtet kom i stand etter førespurnad frå Statsforvaltaren.

Det kom fram i møtet at utilstrekkeleg intensivkapasitet førekjem hyppig ved HUS og at det har vore eit vedvarande og langvarig problem med manglande intensivkapasitet. Den aktuelle [REDACTED] var det ein ekstraordinær situasjon med uvanleg mange livstrua sjuke pasientar som trong ulik form for intensivbehandling. Anestesilegane, som har best oversikt over den totale overvåkingskapasiteten, vurderte situasjonen som så kritisk og pressa at dei måtte prioritere annleis enn dei ville gjort i ein normal situasjon. [REDACTED] var kritisk sjuk, det var sannsynleg at [REDACTED] ville trenge intensivovervaking, med moglege alvorlege komplikasjonar i form av [REDACTED] etter inngrepet. På denne bakgrunn vurderte legane ved KSK at dei ikkje hadde kapasitet til å overvake pasienten etter operasjonen, noko som medførte at den planlagde kirurgiske behandlinga av [REDACTED] ikkje kunne gjennomførast. Under «normale omstende» ville [REDACTED] i utgangspunktet blitt prioritert for operasjon. Prioriteringa av pasientar for operasjon og seinare intensivovervaking må gjerast med utgangspunkt i pasientens medisinske tilstand, men prioriteringa er også påverka av tilgangen til ressursar som utstyr, stue og kompetent personale. Det vart gjort ein situasjonsbestemt prioritering av pasienten, då karkirurgen tok kontakt med KSK for å be om anestesi/intensiv-ressursar til operasjon av [REDACTED].

Vidare i møtet kom det fram at:

- Intensiv- og overvåkingskapasitet i lang tid (heile 2023) ved HUS har vore ei utfordring. Dette har blitt meldt vidare i organisasjonen, også til føretaksleiinga. Intensiv var på denne vakta bemanna etter plan, men det var likevel for låg kapasitet sett opp mot behovet som oppstod den aktuelle vakta
- Sommaren 2023 rapporterte tilsette ved intensivavdelinga til leiinga om svært krevjande situasjon og dårleg intensivkapasitet
- Dårleg intensivkapasitet tyder i hovudsak mangel på kompetente sjukepleiarar
- Det har vore store utfordringar med mangel på intensivsjukepleiarar det siste året. Fleire har slutta og det var høg grad av sjukemelding (20%) på Intensiv i juli månad. I august var det 14% sjukmelde intensivsjukepleiarar.
- Det er kirurg som bestemmer om ein pasient skal opererast eller ikkje (indikasjon), men det føreset at anestesilegane er samde om at det finst kapasitet til å operere/overvake
- Det er forvakt gastrokirurgi som skal prioritere mellom ulike kirurgiske pasientar, dersom dette vert naudsynt
- Beredskapsleiinga vart varsla den aktuelle [REDACTED], men kunne ikkje avhjelpe situasjonen då det ikkje var mogleg å utvide intensiv-/overvåkingskapasiteten innafor dei gjevne rammene.
- Fagmiljøa har ikkje sams forståing av kva som vil vere riktig tidspunkt for kirurganes melding av pasienten til KSK. Somme meiner det er viktig å først få oversikt over kva slags inngrep som er naudsynt, før kirurgisk klinikk rådfører seg med KSK om kapasitet. Andre meiner det er best å få eit tidlegare varsel om ein pasient, sjølv om det då kan vere uklart kva behandling pasienten treng.



- Generelt er samarbeidet mellom partane (kirurgi og anestesi) godt, denne dagen var spesiell.
- Pårørende til [REDACTED] vart kontakta av kirurg den aktuelle [REDACTED], og etter det ein kjenner til har dei ikkje ønska vidare oppfølging, informasjon eller involvering frå sjukehuset.

Som del av det kontinuerlege forbetningsarbeidet la klinikkdirektør Heimdal under møtet 26.09.23 fram relevante læringspunkt som ein allereie har funnet fram til:

Intensivkapasitet:

- Den totale intensivberedskapen i Helse Bergen, og særleg intensivkapasitet på sommaren, treng styrking
- Det er iverksett ei evaluering av intensivkapasiteten, som femner om sommaren 2023, og ytterlegare tiltak er under utarbeiding. Evalueringa var planlagd før den varsla hendinga.

Kapasitetsmøte:

- Betre informasjon til relevant personell ved sjukehuset i etterkant av det daglege kapasitetsmøtet for intensiv – ei oversikt som vert oppdatert.

Kommunikasjon:

- Sikre aksept hjå mottakande avdelingar ved førespurnad om overflytting. Dette gjeld framfor alt når kapasiteten er pressa.
- Sikre tidleg melding til bakvakt intensiv dersom det kjem ein pasient som kan trenge intensivbehandling.

Prioritering:

- Det er tidlegare identifisert behov for fagleg diskusjon mellom kirurgar og intensivlegar om prioriteringss spørsmål.

Intern kommunikasjon:

- Det er behov for å definere roller og ansvar i spørsmål om kven som skal avgjere om ein operasjon kan/skal gjennomførast ved sjukehuset.
- Leiinga ved KSK vurderte om det var mogleg å utvide intensiv- og/eller overvåkingskapasiteten denne [REDACTED] ved å kalle inn ekstra personell, men det vart vurdert at dette ikkje var mogleg. Beredskapsleiinga vart også varsla den aktuelle [REDACTED]. Det er ikkje konkretisert for Statsforvaltaren når i forløpet beredskapsleiinga vart varsla. Uansett vart det avgjort at den aktuelle situasjonen ikkje kunne avhjelpast ved å innhente ekstra ressursar.

Bruk av hybridstuer:

- Vurdere kompetansemiks for å kunne nytte hybridstuene fleksibelt på vakt

Føretaksleiinga, ved assisterande administrerande direktør Clara Gjesdal, stadfesta i felles møte at leiinga har planar om å betre den generelle intensivkapasiteten. Vi fekk i etterkant tilsendt leiinga si evalueringsrapport av siste års drift i IPA (intensiv og postoperativ avdeling), inkludert sommaren 2023.



Fakta grunnlaget er basert på vår forståing av skriftleg og munnleg informasjon som vi har innhenta om hendinga med heimel i tilsynslova § 7.

Statsforvaltaren har informert dei pårørande til [REDACTED] om at det er oppretta tilsynssak, og pårørande er gitt høve til å komme med merknadar.

Vurderingstema i tilsynssaka

Vi har vurdert

- om [REDACTED] fekk forsvarleg helsehjelp, jf Spesialisthelsetenestelova § 2-2 og helsepersonellova § 4.
- Om Helse Bergen planlegg, gjennomfører, evaluerer og korrigerer arbeidet med akutte pasientar som vert tilvist frå eksternt hald, i samsvar med forskrift om Leiing og kvalitetsforbetring.

1. Fekk [REDACTED] forsvarleg helsehjelp?

Kravet til forsvarleg helsehjelp er ikkje eit krav om optimal helsehjelp, men inneber at helsehjelpa må halde ein minstestandard innanfor rammene av gjeldande fagkunnskap og anerkjent praksis.

Ved vurderinga etter § 2-2 er det avgjerande at helseføretaket har lagt til rette for at personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter, og at den einskilde pasient eller brukar får eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod.

Ved vurderinga etter helsepersonellova § 4 er det avgjerande at helsepersonellet har gjort det ein minst må kunne forvente i den aktuelle situasjonen, ut frå dei føresetnadane som låg føre.

Var Haukeland universitetssjukehus riktig sjukehus?

Det ligg i kravet til forsvarleg verksemd at sjukehuset har den funksjonen og kompetansen som er nødvendig for behandling pasientar som akseptertast for den aktuelle behandlinga. Både leiinga i føretaket og dei involverte klinikanane ved Kirurgisk avdeling og KSK er av den oppfatning at alle universitetssjukehusa skal kunne tilby ein pasient i [REDACTED] sin tilstand operasjon, sjølv med usikker prognose. Informasjonen om [REDACTED] sin medisinske tilstand tilsa at [REDACTED] hadde ein alvorleg, livstruande tilstand, i form av [REDACTED] etter [REDACTED] karkirurgisk inngrep. Då kirurg på sjukehuset først fekk informasjon om [REDACTED], var det uklårt kva prognosen ville vere. Men ut frå det kirurgen fekk vite, var det indikasjon for å operere [REDACTED]. Det var også klart at [REDACTED] ville døy som følge av sin medisinske tilstand, om [REDACTED] ikkje vart operert. Det er ingen tvil om at Haukeland Universitetssjukehus kan og skal kunne tilby kirurgisk behandling på det nivået som [REDACTED] sin tilstand kravde.

Kravet til forsvarleg helsehjelp

Det rettslege spørsmålet er om helsetenesta som [REDACTED] fekk frå Helse Bergen var forsvarleg. Vi har ved vurderinga lagt til grunn at helsetenesta aksepterte og tok imot pasienten for akutt kirurgisk behandling, utan at det på tidspunktet for aksepten eller seinare i forlaupet, var mogleg å gjennomføre den aktuelle behandlinga. Avgjerda vart gjort på medisinsk grunnlag, der ein ved vurderinga også la til grunn at intensivkapasiteten allereie var maksimalt pressa. Legane som rådde over intensivkapasitet måtte vere meir selektive enn vanleg ved deira prioritering av pasientar som trong stor og omfattande kirurgi.

Vi har på denne bakgrunn vurdert om situasjonen med mottak av ein pasient som ikkje kunne få den tilsikta behandlinga, kunne og burde vore unngått. Situasjonen kunne vore unngått, anten ved at [REDACTED] ikkje hadde blitt akseptert eller ved at det hadde vore tilstrekkeleg intensivkapasitet i verksemda.



Utgangspunktet for vurderinga er at det ikkje i seg sjølv er uforsvarleg at helsetenesta sine prioriteringar er påverka av og endrar seg i eit pressa system, med varierende tilgang på ressursar. Det må gjerast ei konkret vurdering av om samhandlinga mellom einingane i samsvar med krava til verksemda og om ressurssituasjonen fekk for stor innverknad på den medisinske vurderinga.

Kravet til heilskapleg og koordinert helseteneste

Det ligg i kravet til forsvarleg helsehjelp at helsehjelpa skal vere heilskapleg og koordinert, jf § 2-2.

Vi har med utgangspunkt i dette kravet vurdert om det var mogleg å tidlegare avklare at den aktuelle pasienten ikkje kunne prioriterast for operasjon, fordi det mangla intensivkapasitet i det aktuelle tidsrommet.

Frå opplysingane synes det klårt at det var ein kommunikasjon om pasienten mellom kirurgane og KSK, men at denne ikkje vart oppretta i tide og avklarte ikkje at [REDACTED] ikkje kunne bli prioritert for operasjon, før det var for seint å snu pasienten. Den manglande kommunikasjonen medverka til at [REDACTED] vart transportert til ein operasjon på Haukeland, som [REDACTED] i realiteten ikkje kunne få. Sjukehuset kunne ha avklart situasjonen tidlegare på fleire måtar, slik at alternative sjukehus kunne vorte vurdert. Kirurgen kunne ha meldt pasienten tidlegare, men då truleg med mindre klinisk informasjon om pasienten og pasientens behandlingsbehov. KSK kunne også tidlegare på vakta, og uavhengig av meldinga om den aktuelle pasienten, informert ut i sjukehuset om situasjonen med manglande kapasitet innafor Intensiv. Dette vart ikkje gjort.

Det ligg utanfor Statsforvaltaren si oppgåve å ta stilling til korleis eller kva tid ein kunne eller burde avklart at pasienten ikkje ville bli prioritert for operasjon ved Haukeland universitetssjukehus den [REDACTED].2023. Vi legg likevel til grunn at prioriteringa skulle vore avklart seinast før det var for seint å snu helikopteret. Den manglande kommunikasjonen mellom KSK og Kirurgisk avdeling førte til at pasienten vart sendt til eit sjukehus der den aktuelle behandlinga ikkje var tilgjengeleg. Dette tilseier at helsehjelpa ikkje var heilskapleg og tilstrekkeleg koordinert. Informasjonen vi har innhenta viser at sjukehuset ikkje har ein klar praksis eller retningslinjer for arbeidet med kommunikasjon mellom KSK og Kirurgisk avdeling om innkommande eksterne og akutte pasientar. Informasjonen tilseier likevel at det involverte helsepersonellet frå KSK og Kirurgisk klinikk utførte sitt arbeid i tidsrommet før pasienten landa ut frå føresetnadene og slik ein kan forvente i den oppståtte situasjonen, jf helsepersonellova § 4.

Vi har på bakgrunn av det ovanstående funnet at verksemda ikkje la til rette for heilskapleg og koordinert helsehjelp, jf spesialisthelsetenestelova § 2-2.

Var det tilstrekkelege intensivressursar den [REDACTED].2023?

Det ligg i kravet til forsvarleg verksemd at leiinga skal sørge for at det er tilstrekkelege ressursar for den kliniske verksemda. Den aktuelle vakta var intensivpersonellet på vakt som planlagt. Spørsmålet er difor om det var planlagt med for knappe intensivressursar. Det er erkjent at det over tid har vore manglande intensivkapasitet ved Haukeland Universitetssjukehus. Den manglande kapasiteten har vore ein påverkande faktor i prioriteringsarbeidet, også ved prioriteringa av den aktuelle pasienten. I leiinga sin evalueringsrapport kjem det fram at underliggjande årsaker til mangel på intensivmedisinsk sjukepleiarkompetanse er oppgitt å vere nedbemanning, oppseiing og sjukemeldingar.



Intensivkapasitet, utfordringar og tiltak

Statsforvaltaren er kjend med at det over tid har vore jamlege utfordringar med intensivkapasiteten på Haukeland Universitetssjukehus. Vi har fått bekymringsmeldingar knytt til dette, og kjenner til problemet frå andre varsel- og tilsynssaker. Avgrensa intensivkapasitet kan og vise seg i form av at pasientar blir liggjande for lenge på sengepost eller postoperativ avdeling når dei eigentleg hadde trengt intensivmedisinsk behandling, eller at pasientar vert utskrivne for tidleg frå intensivavdelinga. Dette kan føre med seg risiko for pasientane, blant anna ved at forverring ikkje blir fanga opp raskt nok.

Leiinga ved KSK og føretaksleiinga er kjende med at intensivkapasitet er eit problem. Det var allereie før hendinga med [REDACTED] planlagd ei evaluering av intensivkapasiteten, som inkluderte sommaren 2023. Denne er sendt oss som vedlegg. Det går fram av evalueringa at tillitsvalde, verneombod og leiarar i IPA hadde fleire møter for å konkretisere og prioritere forslag til forbetring. Vidare går det fram at det ikkje var tal på fysiske senger som var problemet, men at det er bemanninga som set grenser for intensivkapasiteten. Ulike, moglege grunnar til dette er skildra i rapporten, og det går fram bekymring knytt til at fleire kompetente medarbeidarar har vald å slutte. Andre er overarbeidde og utslitne, og sjukefråværet har auka på med ein topp i juli på over 22%.

Ved drifta av IPA sommaren 2023 går det fram av den interne evalueringsrapporten at to moglege [REDACTED] ikkje kunne prioriterast til intensiv våren/sommaren 2023, av kapasitetsomsyn. Det er og vist til andre uønskte hendingar. På bakgrunn av dette er det vårt inntrykk at situasjonen på vakta den [REDACTED].2023 ikkje var ekstraordinær. I ein slik situasjon vil tiltak for å betre kapasiteten vere absolutt naudsynte for å kunne gje forsvarleg helsehjelp ved HUS til pasientar som treng intensivbehandling.

I evalueringa av siste års drift i IPA, går det fram at leiinga ved KSK erkjenner at drifta av IPA sommaren 2023 vart planlagd med for høg risiko. På bakgrunn av funna som vert presentert i rapporten, er vi samde i dette. Sjukefråværet har vore unormalt høgt over tid, og talet på uønskte hendingar var jamt over høgare våren 2023 enn hausten 2022. Det går fram av rapporten at personalet, framfor alt sjukepleiarane, har slitt med høg arbeidsbelastning over tid. Rapporten peiker og på ein vanskeleg turnusprosess hausten 2022 og utfordringar med [REDACTED] sjukemeldingar.

I følgje rapporten vart pasientar utskrivne frå intensiv tidlegare enn ønska sommaren 2023, og terskelen for å få plass på Intensiv har i store delar av sommaren vore for høg. Dette har ført til at pasientar ikkje har blitt overført til Intensiv frå TIO og Postoperativ. Det er difor vår vurdering at IPA mangla tilstrekkeleg intensivkapasitet sommaren 2023, trass i at det låg føre ulik informasjon på førehand som tilsa at leiinga burde ha planlagd drifta annleis. Slik vi ser det, viser saka at Haukeland Universitetssjukehus drifta generelt med høg risiko for svikt innafor intensivområdet sommaren 2023. Vi vurderer også at den manglande kapasiteten representerte ein forhøgd risiko for pasienttryggleiken. I den føreliggjande saka vurderer vi det slik at manglande intensivkapasitet var styrande for prioriteringa, utover kva som er medisinsk og etisk riktig.

Då [REDACTED] var kommen til HUS, var det ikkje mogleg å sende [REDACTED] vidare til eit anna sjukehus. I staden for operasjon fekk [REDACTED] lindring [REDACTED]. Ut frå situasjonen, slik den var då pasienten hadde landa, kjem det tydeleg fram av informasjonen at karkirurgjen og det involverte helsepersonellet på forsvarleg måte gav [REDACTED] den helsehjelpa som var mogleg å gje i situasjonen jf helsepersonellova § 4.



Samla sett, på bakgrunn av manglande intensivressursar og mangelfull koordinering og kommunikasjonen mellom avdelingane, har vi funnet at [REDACTED] ikkje fekk forsvarleg helsehjelp, jf § 2-2.

2. Har Helse Bergen sett i verk aktuelle og relevante tiltak for å redusere risikoen for tilsvarande hendingar i samsvar med krava til kontinuerleg forbetring av verksemda, jf Forskrift om leing og kvalitetsforbetring?

Det følgjer av forskriftens § 3 at «Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette».

Videre følgjer det av §§ 6 – 9 i forskrifta at verksemda skal planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda.

Intensivkapasitet

Det har over tid vore erkjent, både i leinga og det kliniske miljøet, at intensivkapasiteten har vore mangelfull. Leinga har peika på problem med å rekruttere og stabilisere tilstrekkeleg med kompetente sjukepleiarar innafor anestisefaget. Det har vidare vore utfordringar knytt til høge tal på sjukemeldingar, særleg ved intensivavdelingane.

I ein situasjon med manglande kapasitet som har vart over tid, der kapasitet med jamne mellomrom utgjer ei utfordring for drifta, er kompenserande og risikoreduserande tiltak av stor betydning. Risikoen kjem på spissen dersom ein vakthavande lege må ta stilling til førespurnad om sjukehuset kan ta i mot ein akutt pasient med uavklart og potensielt stort behandlingsbehov.

Denne tilsynssaka illustrerer at kapasitetssituasjonen kan snu raskt. Sjølv om kapasiteten har vore adekvat tidlegare på dagen, kan det seinare same døgn vere heilt fullt på intensivavdelinga. Dette vil i stor grad ha innverknad på om ein vakthavande som blir kontakta frå eksternt hald, kan si ja eller nei til å ta i mot pasient. Når verksemda har sterkt varierende trong for ressursar og koordinering, stiller dette høgare krav til det kontinuerlege forbetningsarbeidet, slik det og er vist til i sjukehuset sine lærepunkt etter hendinga.

Hendinga viser særleg at det er naudsynt å arbeide med systematikken for god kommunikasjon mellom involverte aktørar, både om aktuelle pasientar og aktuell intensivkapasitet.

Vurdering av Helse Bergen sitt forbetningsarbeid knytt til saka

Helse Bergen har hatt oversikt over situasjonen og det aktuelle risikobiletet. Ein har gjort fleire grep for å betre situasjonen innafor intensivfaget, også i budsjettarbeidet. Problemet med å rekruttere og stabilisere personell innafor intensivfaget er til dels ei nasjonal utfordring. Dei grunnleggjande systema som klinikkane og sjukehuset har utarbeidd; kapasitetsmøter, rapportar, rutinar for innkalling av ekstra personale og varsling av beredskapsleing, er adekvate og godt implementert i verksemda.

I følgje evalueringsrapporten er det framfor alt fire prioriterte tiltak som skal gjennomførast, med mål om å behalde og rekruttere medarbeidarar:

- Auke grunnbemanninga
- Styrke bakvaksordninga for legar i helgene
- Behalde nattevaksstillingar i 80/20 og ikkje endre til 85/15
- Reversere reduksjonen i rapporttida på morgonen



Ut over desse var det i den interne rapporten fleire tiltak som var ønska av dei involverte, der leiarane ser vidare på om fleire av desse kan gjennomførast. I tillegg var det nokre tiltak som evalueringsgruppa meinte var ivaretatt gjennom andre punkt, og nokre tiltak som gruppa bestemte å ikkje prioritere.

Vi har oppfatta Helse Bergen slik at ein vil vurdere systemretta tiltak for å betre kommunikasjonen mellom involverte einingar, med sikte på å sikre tidleg avklaring av kva slags helsehjelp ein kan tilby akutte pasientar.

Ut frå situasjonen slik den har vore over tid, og det som kjem fram i saka, stiller vi spørsmål ved om den avgrensa intensivkapasiteten framleis kan representere ein ikkje-akseptabel risiko for pasienttryggleiken. Vi ber difor om å få ei oppdatering på aktuell status for dei risikoreduserande tiltaka, ved korte situasjonsrapportar *i februar 2024 og mai 2024*. Vi ber og om at de gjer greie for planlagd sommarturnus 2024, under her skildring av korleis de i denne vil sikre forsvarleg drift av IPA.

Vi ber om at tillitsvalde for dei ulike faggruppene vert involvert i forbetningsarbeidet og at dette går fram av tilbakemeldingane til oss.

Konklusjon

Statsforvalteren har konkludert med at [REDAKERT] ikkje fekk forsvarleg helsehjelp den [REDAKERT].2023, jf § 2-2.

Helse Bergen har sett i verk relevante tiltak for å redusere risikoen for tilsvarande hendingar i samsvar med krava til kontinuerleg forbetring av verksemda, jf Forskrift om leing og kvalitetsforbetring. Vi har vald å ikkje avslutte tilsynet, men følgjer forbetningsprosessane vidare utover i 2024.

Med helsing

Jana Midelfart-Hoff
assisterande fylkeslege/seksjonsleiar

Per Otto Svendsby
seniorrådgjevar

Fagleg sakshandsamar/tilsynsleiar:
Juridiske sakshandsamarar:

assisterande fylkeslege Karianne Flaatten
seniorrådgjevar Beate M. Seth
seniorrådgjevar Per Otto Svendsby

Dokumentet er elektronisk godkjent



Kopi til:

STATENS HELSETILSYN

████████████████████

Postboks 231 Skøyen

████████████████████

0213

██████

OSLO

██████