

Saksframlegg**HMR sitt svar på: «Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Manglende oppfølging av et barn med omfattende og sammensatte behov (Sebastiansaken)».**

Saksnr	Utvalnsnamn	Møtedato
6/2017	Styret for Helse Møre og Romsdal HF	25. januar 2017

Saksbehandlar: Adm. dir. Espen Remme/Spesialrådgjevar Odd Veddeng.

Arkivreferanse: 2015/921

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal HF tek endeleg «Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Manglende oppfølging av et barn med omfattende og sammensatte behov (Sebastiansaken)» til vitande.
2. Styret ser svært alvorleg på situasjonen der helseføretaket gjennom svikt og manglar ikkje gav forsvarleg helsehjelp til eit barn på ti månadar som resulterte i at barnet døde.
3. Styret legg til grunn at forventningane uttrykt av Helsetilsynet omkring kva helseføretaket skal ta lærdom av/ treff tiltak på, blir gjennomført, under dette:
 - a. Kortsiktige tiltak blir fulgt opp og justert i tråd med løpande vurderingar.
 - b. Langsiktige tiltak, herunder samarbeid mellom føretaksinterne einingar og kommunane/ samarbeidspartar.
4. Styret ber adm. dir. om å invitere foreldra til barnet til ein gjennomgang av saka og uttrykke orsaking for det som har skjedd.
5. Styret ber om at saka vert sendt til Statens Helsetilsyn, med kopi til fylkeslegen i Møre og Romsdal, og at gjennomførte tiltak vert dokumentert og oversendt fortløpande.

Ålesund, 18. januar 2017.

Espen Remme
Adm. dir.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Brev frå Statens Helsetilsyn, «*Endelig rapport etter stedlig tilsyn*», dagsett 13. desember 2016.

«Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Manglende oppfølging av et barn med omfattende og sammensatte behov (Sebastiansaken)»

Saksutgreiing:

1. Føremål med saka

Gjennom denne saka handsamar styret i Helse Møre og Romsdal HF (HMR) Statens Helsetilsyn sin rapport om alvorleg hending, «*Manglande oppfølging av et barn med omfattande og sammensatte behov (Sebastiansaken)*».

Brev frå Statens Helsetilsyn er dagsett fredag 16. desember 2016.

«Statens helsetilsyn ber Helse Møre og Romsdal HF om en samlet tilbakemelding om hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på områdene hvor det er påpekt lovbrudd. Vi vil i tillegg orienteres om hvordan foretaket arbeider for at de iverksatte tiltakene følges opp systematisk med tanke på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi minner også om foretakets plikt til å informere pasientens pårørende om dette.

Statens helsetilsyn ber om tilbakemelding fra Helse Møre og Romsdal HF innen åtte -8- uker fra mottagelsen av rapporten, med kopi til Fylkesmannen i Møre og Romsdal.»

Basert på 8 vekers frist for tilbakemelding, blir endeleg frist 17. februar 2017.

2. Bakgrunn

Følger av rapportens punkt 4.3. og 4.3.1. m.v.

3. Statens helsetilsyns hovudkonklusjonar

Følgjande hovudkonklusjonar vert trekt opp i endeleg rapport:

Statens helsetilsyn har kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke ga pasienten forsvarlig oppfølging i forkant av den aktuelle helgen da hendelsen fant sted og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Statens helsetilsyn har videre kommet til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp på Kristiansund og omegn legevakt fredag kveld/natt til lørdag og natt til søndag, og at det foreligger brudd på helsepersonelloven § 4 fordi

- *pasienten ble sendt hjem og ikke lagt inn på seksjon for intensiv i Kristiansund natt til lørdag til tross for at legevaktlegen frem til dette tidspunkt vurderte at akutt innleggelse var nødvendig*
- *det til tross for barneleges beskrivelse av observasjoner og funn som tilsa akutt innleggelse på sykehus, ikke ble rekvirert øyeblikkelig hjelp innleggelse på sykehus av vakthavende legevaktlege.*

Statens helsetilsyn har videre kommet til at foretaket v/ AMK og vakthavende AMK-lege ikke handlet forsvarlig i forbindelse med håndtering av transportoppdrag natt til lørdag og søndag formiddag. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Statens helsetilsyn har også kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig oppfølging av syke barn i helgene, og at foretaket ikke tilrettela for forsvarlig oppfølging av

denne pasientgruppen i forkant av endringen fra sjudøgnspost til femdøgnspost. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Ulike innleggelsespraksis, vekslingen i tjenestetilbudet i Kristiansund og det samlede utfordringsbildet for alle involverte aktører, inkludert oppfølgingen av kronisk syke barn, skulle vært tydelig diskutert i forkant av omleggingen. Videre skulle tilstrekkelig kompenserende tiltak vært igangsatt, blant annet tydelige rutiner for transport ved manglende flyvær og alternative løsninger ved samtidighetskonflikter. De ulike beslutningene ble fattet av forskjellige instanser innen helseforetaket, inkludert av styret for Helse Møre og Romsdal HF og i det regionale helseforetaket, uten at de ble godt nok kommunisert til alle berørte enheter i helseforetaket. Foretaket hadde heller ikke sikret at retningslinjer for koordinering og bruk av ressurser ved AMK var oppdaterte og implementert.

Tiltak besluttet iverksatt etter hendelsen

På ordinært styremøte i Helse Møre og Romsdal HF rett etter hendelsen ble det besluttet å ha barnelege til stede i helgene ved Kristiansund sjukehus. Det ble også besluttet å forbedre ambulansetilbudet.

Statens helsetilsyn har forutsatt at de ansvarlige i Helse Møre og Romsdal HF går gjennom saken for å se på hvordan de kan forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

Statens helsetilsyns undersøkelse av oppfølgingen pasienten fikk på OUS, Rikshospitalet

Statens helsetilsyn har også opprettet egen tilsynssak mot OUS og kommet til at foretaket ikke la til rette for forsvarlig og samordnet helsehjelp til pasienten.

Læringspunkter og sikkerhetstilrådninger

Statens helsetilsyn mener at gjennomgangen av denne saken har avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. Dette innebærer at andre virksomheter også kan dra lærdom av hendelsen i et kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv. Statens helsetilsyn har derfor i denne saken valgt å peke på utvalgte områder der andre virksomheter bør vurdere om det er nødvendig å iverksette tiltak. Dette fremgår til slutt i rapporten.

Videre oppfølging av saken

Statens helsetilsyn ber Helse Møre og Romsdal HF om en samlet tilbakemelding om hvilke tiltak som er planlagt og iverksatt på områdene hvor det er påpekt lovbrudd. Vi vil i tillegg orienteres om hvordan foretaket arbeider for at de iverksatte tiltakene følges opp systematisk med tanke på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi minner også om foretakets plikt til å informere pasientens pårørende om dette.

4. Iverksette tiltak i HMR sidan hausten 2014

Strakstiltak ved Barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund etter hendinga

- Barnelege på vakt i helgene
- Pleiepersonell med pediatriisk kompetanse på plass for å bemanne for 4 senger
- Forsterka ambulansekapasitet
- Tiltak for å redusere belastninga på barneavdelinga ved inntak

Langsiktige tiltak

Utgreining av langsiktige driftstiltak har vore sett på vent til det ligg føre endeleg konklusjon frå Statens helsetilsyn i Sebastiansaka. Men samstundes pågår det planlegging av det barnemedisinske tilbodet i nytt fellessjukehus for Nordmøre og Romsdal som skal stå ferdig i 2021.

Andre risikoreduserande tiltak som er gjennomført

- Ny beredskapsprosedyre for gynekolog i vakt, gynekolog til stades ved alle risikofødsler
- Innskjerping av kriterar for fødselseleksjon
- Tilstedevakt for anestesilege frå 1. juni 2015
- Styrking av sjukepleiarbemanning på dagtid i helgene i infeksjonssesongen
- Taktisk beredskapsutval skal kunne innføre auka beredskap ved varsel om ekstremver. Nøkkelpersonell kan bli pålagt å halde seg i beredskap utanom vaktplanen
- Vinteren 2015 vart barneavdelinga i KRS avlasta ved flytting av opptaksgrensene ved at den interkommunale legevakta i Molde skulle kunne nytte barneavdelinga i Ålesund. Det vil seie ein meir fleksibel praksis for opptaksområda basert på aktuell kapasitet og tilbod ved dei to barneavdelingane i føretaket .
- Ein ekstra ambulanse øyremerkt for overføringsoppdrag er plassert i Gjemnes
- Det er lagt opp til samarbeidsordningar mellom sjukehusa for fagleg styrking av ambulanseteamet når behovet er der. Vidare arbeid med dette skjer gjennom den nyoppretta akuttklinikken.

5. Tiltaksområder og tiltaksplan for HMR

5.1 Avvik 1

Statens helsetilsyn har kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke ga pasienten forsvarlig oppfølging i forkant av den aktuelle helgen da hendelsen fant sted og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Dette er både ein systemkritikk og ein individkritikk. Det er ikkje ein heilt korrekt påstand at det mangla ein plan for Sebastian. Han hadde ein såkalla tverrfagleg plan, men den handla mest om habilitering og ikkje om tiltak ved akutt forverring i grunntilstanden. Her skulle det også ha vore gitt eit meir konstruktivt bidrag frå OUS om oppfølging av barnet. Dette medverka til at behandlingsapparatet rundt Sebastian ikkje var godt nok førebudd på utviklinga som kom i februar 2015. Det har også handla om at alvorlet i utviklinga til Sebastian dei siste vekene ikkje blei fanga opp tidnok. For framtida vil avdelinga kvalitetssikre oppfølginga av slike pasientar gjennom involvering av fleire fagpersonar og betre dokumentasjon. Fleire pasientar har i dag individuell plan (IP), men bruken av IP som verktøy skal bli meir systematisk. Avdelinga har merka seg kommentarane og kritikken mot rolleblanding som ein medverkande risikofaktor og skal gå gjennom og klargjere arbeidsrutinar og ansvarstilhøve med særskilt fokus på føretaket si samhandling med legevakt.

5.1.1 Konkrete tiltak i Barne- og ungdomsavdelingane i Kristiansund og Ålesund og i Klinikkk for barn og ungdom

Lista for open retur/innlegging har blitt forkorta og oppdatert fleire gangar i året av både seksjonsleiar aleine og kollegiet i fellesskap. Lista skal avviklast (jf eigen kommentar om dette) og tiltaket vere ein integrert del av ein individuell behandlingsplan.

Prosedyren om akutt sjukt barn/ungdom (Id 23077) som blei utarbeidd før sommarstenginga i 2014, er sidan revidert fleire gangar i samarbeid med andre einingar i helseføretaket og informasjon om dette har blitt formidla til aktuelle samarbeidspartar. I dag skal denne retningslinja vere kjent, forstått og etterlevd i HMR..

Barne- og ungdomsavdelinga i Kristiansund har revidert flytskjemaet for handtering av akutt sjuke barn (vedlegg til Id 23077).

Barne- og ungdomsavdelinga i Ålesund har gjentatte gongar presisert at vakthavande legar skal vere på tilbodssida og ha låg terskel for å ta imot barn frå Kristiansund og Nordmøre. Sjølv om det kan vere ei tung reise, må det vere lågare terskel fordi situasjonen raskt kan snu. Avdelinga er også på tilbodssida ved utskrivning og heimreise; det blir tilbode overnatting på avdelinga eller pasienthotellet sjølv når det ikkje er medisinsk behov for dette.

Klinikk for barn og unge har både før og etter perioden med 5-døgn drift hatt samarbeidsmøter med:

- primærhelsetenesta i Kristiansund der klinikksjef og avdelingssjefane har deltatt,
- anestesilegane i Kristiansund,
- AMK og prehospitale tenester.

5.2 Avvik 2

Statens helsetilsyn har vidare kommet til at foretaket v/ AMK og vakthavende AMK-lege ikke handlet forsvarlig i forbindelse med handtering av transportoppdrag natt til lørdag og søndag formiddag. Det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

AMK: Svikten i AMK si handtering av denne saka var prega av at ny AMK-sentral for heile fylket var i etableringsfase. AMK har nå «sett seg». Ein har fått på plass rutinar og tryggleik i miljøet og utfordringane ein erfarte i startfasen er borte. Det er utdanna fleire operatørar og koordinatorar og det er nå tilsette i nesten alle stillingane.

AMK-legerolla: AMK har etter hendinga med Sebastian hatt undervisning for AMK-legane knytt opp mot ansvar, arbeidsoppgåver og informasjon. Plikt til dokumentasjon er presisert og blir følgt opp. Alternativt må samtalar gå gjennom telefonsamband med lydlogg. Det er også presisert at når rekvirenten er jordmor eller lege skal AMK-legen kontakte vedkomande dersom oppdraget blir kansellert. Det blir planlagt eit meir omfattande utsjekkprogram i 2017 for AMK-legar.

5.3 Avvik 3

Statens helsetilsyn har også kommet til at Helse Møre og Romsdal HF ikke hadde rutiner som sikret forsvarlig oppfølging av syke barn i helgene, og at foretaket ikke tilrettela for forsvarlig oppfølging av denne pasientgruppen i forkant av endringen fra sjudøgnspost til femdøgnspost. Det foreligger dermed brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. internkontrollforskrift i helsetjenesten.

Eit viktig tiltak for gruppa av barn som treng oppfølging over tid har vore prosedyren med open retur/innlegging.

Lista over slike pasientar var ei dobbeltsikring, fordi systemet var/er at dette skulle/skal vere dokumentert i kvar enkelt pasient sin journal under kritisk informasjon. Lista blei sendt til AMK fordi dei skal ha dette oppdatert i dokumentasjonssystemet AMIS. Vi erkjenner at denne ordninga ikkje var ideell. Denne prosedyren vil bli avvikla, og for dei pasientane som treng dette vil det vere eitt av fleire tiltak i ein individuell behandlingsplan (IP). Lista skal avviklast og informasjon om open retur/ innlegging vil bli dokumentert under kritisk dokumentasjon og i ein

behandlingsplan i Doculive, samt evt. i kjernejournalen. Klinikken arbeider for å få dette omlagt og justert i alle prosedyrar – og kjent, forstått og etterlevd.

HMR gjennomførte mange informasjonstiltak i forkant av driftsomlegginga til 5-døgn drift, men har likevel erfart at dei ikkje var tilstrekkelege. Dette er eit viktig læringspunkt.

Når det gjeld ambulansetransport av såkalla «væraste barn», dvs der luftambulansen ikkje kan fly, har HMR hatt ulike ordningar for styrking av ambulanseteamet med anestesipersonell, men ingen stabil og vedvarande ordning. Det blir nå sett inn meir innsats for å betre denne beredskapen med anestesipersonell. Det er verd å merke seg at dette vil bli ein lite brukt beredskap etter som luftambulansen vil og skal ta dei fleste slike pasientar.

Intensivavdelinga ved Kristiansund sjukehus skal bli betre budd på å ta inn sjuke barn som treng stabilisering og oppstart av behandling under planlegging av overflytting til større sjukehus. Det blir etter vanleg medisinsk praksis oppretta behandlingsteam for den einkilde pasient der aktuelle legespesialist er ansvarleg.

Statens helsetilsyn er i sin rapport kritisk til OUS-Rikshospitalet si rolle i behandlingsskjeden for Sebastian og at det mangla ein plan for behandling ved forverring av tilstanden. Erfaringa i HMR er at det er grunn til å gjere dette til eit generelt spørsmål. Når ein pasient får behandling og oppfølging ved nasjonalt behandlingssenter og/eller regionsjukehus og det ikkje blir sendt ut behandlingsplan/epikrise, har føretaket/lokalsjukehuset ingen individuell behandlingsplan for pasienten dersom ikkje pasienten er kjend frå før. Det har vore tilfelle der denne typen pasient blir innlagt med akutt problemstilling utan at lokalsjukehuset har hatt tilgang på denne typen kritisk dokumentasjon.

6. Samla tilbakemelding til Statens helsetilsyn og Fylkeslegen i Møre og Romsdal

HMR har merka seg vurderingane til Statens Helsetilsyn. Ein ser med stort alvor på at det er påvist lovbrøt på fleire punkt og vil bruke denne saka for å betre tenestane og unngå likande hendingar. Dette handlar om tiltak på ulike nivå for å betre kvaliteten på pasienttilbodet, særleg for pasientar som treng heilskapleg tilnærming og oppfølging over tid.

Det er snart 2 år sidan hendinga og den har vore gjennomgått av politiet (ikkje ferdig) og Statens helsetilsyn i heile denne perioden. I tillegg har publikum og media vist stor interesse og det har vore uheldige spekulasjonar. Dette har vore tungt for dei involverte, ikkje minst tenker vi at familien til Sebastian må ha opplevd det slik. HMR vil uttrykke stor medkjensle med foreldra ut frå situasjon dei har vore i. HMR har tidlegare vore i kontakt med foreldra og ønskjer på nytt å invitere dei til ein gjennomgang av saka og vil orsake at føretaket ikkje ga Sebastian den oppfølginga han skulle hatt.

Gjennom dei to åra som har gått, har saka vore godt kjent og hatt læringseffekt i organisasjonen sjølv om ein ikkje har fått sett den endelege konklusjonen frå Statens helsetilsyn før i desember 2016. Når konklusjonane no er trekt, er/blir det ny gjennomgang hos dei involverte aktørane, avdelingane og i leiargruppa.

For helseføretaket på alle nivå, handlar saka også om korleis ein gjennomfører endringsprosessar, vurderar samla risikobilde, og kritikken på dette punktet er tatt til vitande.

6.1.1 Statens helsetilsyn (SHT) sine forventingar til HMR. Oppsummering av planlagde og iverksette tiltak på områda med påpeikte lovbrøt

- Rapporten er gjort kjent og tilgjengeleg for leiinga og involvert helsepersonell
- Involvert helsepersonell og leiingane i Barne- og ungdomsavdelingane i Kristiansund og Ålesund, Klinikk for kvinner, barn og unge og AMK har alle fått tilgang til rapporten og den er diskutert med dei enkelte og i , ulike møtefora
- HMR har gjennomført ei evaluering av 5-døgnsdrifta ved Barne- og ungdomsavdelingane i Kristiansund
- Værfaste pasientar med akutt kritisk tilstand i HMR
 - Ved varsel om ekstremvær blir det sett taktisk stab og gjennomført beredskapstiltak som t.d. å sikre at der er tilgjengeleg nøkkelpersonell om situasjonen krev det. Dette er tatt inn i beredskapsplanverket for HMR
- Intensivtilbod i HMR før overflytting ved akutt kritisk tilstand
 - Stabilisering, starte behandling og planlegging av overflytting
 - Behandlingsteam der aktuelle legespesialist er ansvarleg
- Transport mellom sjukehus ved akutt kritisk tilstand når luftambulansen ikkje kan fly
 - Tiltak for å skaffe føljeteneste med anestesipersonell i ambulansen
- Individuell behandlingsplan for barn med særlege behov
 - Behov for komplekse, langvarige og koordinerte tenester
 - Behov ved akutt forverring av alvorleg, kronisk lidning og sjukdom
 - Open retur vil vere eitt av dei aktuelle tiltaka i slike planar
- HMR vil følgje opp tiltaka med ein internrevisjon i løpet av første halvår 2017
- Dokumentasjon av gjennomførte tiltak vil bli sendt fortløpande til Fylkesmannen i Møre og Romsdal.