

Møtedato: 24. mars 2011

Arkivnr.: 2010/916-31/012

Saksbeh/tlf: diverse

Dato: 11.3.2011

## **Styresak 40-2011      Referatsaker**

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, den 24. februar 2011
2. Brev fra Statens Helsetilsyn av 4. mars 2011 ad. avslutning av tilsynssak – brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2
3. Brev fra Nordland Fylkeskommune av 2. mars 2011 med enstemmig uttalelse fra Nordland Fylkesting ad. bevar fødetilbudet for befolkningen i Nordland

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 11. mars 2011

Lars Vorland  
Adm. direktør

Adressatene

Deres ref.:

Vår ref.:  
2010/180-62/ 012

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Arnborg Ramsvik, 75 51 29 23

Sted/dato:  
Bodø, 28.02.2011

## **Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 24.02.2011**

Regionalt brukerutvalg avholdt møte i Tromsø 24.februar 2011

### **Tilstede:**

Mildrid Pedersen, Bardufoss	FFO Troms
Ragnvald Mortensen, Bleik	FFO Nordland
Arnfinn Hansen, Skjervøy,	FFO, Troms – vara for Iren-Marie Owe Soleng
Else Marie Nyby, Alta	FFO Finnmark
Arnfinn Sarrila, Alta	FFO Finnmark
Aud Overå Fyhn, Tromsø	Fylkeseldrerådet Troms
Marit Østlund Hansen, Bodø	Fylkeseldrerådet Nordland
Ragnar Moan, Tromsø	RIO Nord
Randi Persson, Ankenesstrand	Kreftforeningen – vara for Gerd Harr Janson

### **Fra administrasjonen i Helse Nord RHF:**

Kristian Iversen Fanghol  
Karin Paulke  
Arnborg Ramsvik

### **Meldt forfall:**

Gerd Harr Janson  
Iren-Marie Owe Soleng  
Randi Nesje – vara var forhindret fra å møte.

### **Saksliste**

Sak 11 / 2011: Godkjenning og innkalling av saksliste

Sak 12 / 2011: Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 20.01.2011

Sak 13 / 2011: Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF – videre utvikling.

Sak 14 / 2011: Årlig melding 2010 fra Regionalt brukerutvalg

Sak 15 / 2011: Styresaker

Sak 16 / 2011: Oppfølging av sak 06 / 2011: Regionalt brukerutvalg på Helse Nord RHF sin Hjemmeside

Sak 17 / 2011: Program Brukerkonferansen 2011

Sak 18 / 2011: Brukerprisen 2011

Sak 19 / 2011: Oppnevning av brukerrepresentant til revidering av handlingsplan for habilitering og rehabilitering.

Sak 20 / 2011: Orienteringssaker

1. Orientering fra leder i RBU
2. Budsjett 2011 – RBU
3. Fordeling av brukermidler
4. Pasientreiser – referat fra brukerpanel
5. Referat møte i BU sykehusapotek Nord 31.01.2011
6. Svarbrev fra Sykehusapotek Nord av 07.02.2011
7. Trygg mat - glutenfri mat

Sak 21 / 2011: Eventuelt

### **Sak 11 / 2011: Godkjenning og innkalling av saksliste**

Til orienteringssaker:

- Protokoll fra AU i RBU 17.02.11
- Referat fra møte i Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15.02.11.

#### **Vedtak:**

Innkalling og saksliste godkjennes med innkomne tilføyelser

### **Sak 12 / 2011: Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 20.01.2011**

#### **Vedtak:**

Protokoll fra møte i regionalt brukerutvalg 20.01.11 godkjennes

### **Sak 13 / 2011: Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF – videre utvikling.**

#### **Vedtak:**

Saken om videre utvikling og delegasjon til AU settes opp igjen på møte 05.05.11. Leder RBU i samarbeid med Helse Nord RHF utarbeider forslag til delegasjonsreglement som legges frem til saken.

## **Sak 14 / 2011: Årlig melding 2010 fra Regionalt brukerutvalg**

### **Vedtak:**

Årlige melding godkjennes og oversendes Helse Nord RHF.

## **Sak 15 / 2011: Styresaker**

Informasjon gitt i følgende saker:

- Fødselsomsorg – høring sendes ut, også til RBU
- Prioritering byggesaker Kirkenes / Narvik
- Prosjekt desentraliserte kontroller. <http://www.helse-nord.no/article77047-1079.html>
- Ortopedi i Helse Nord, tilpassing faglig praksis - ikke beh. i styremøte 23.02.11
- Evaluering av pandemi\_– ikke behandlet i styremøte 23.02.11

### **Vedtak:**

Tatt til orientering

## **Sak 16 / 2011: Oppfølging av sak 06 / 2011: Regionalt brukerutvalg på Helse Nord RHF sin hjemmeside**

### **Vedtak:**

1. E-post adresse legges ut for alle medlemmer av RBU – enstemmig vedtatt
2. Det legges ikke ut for åpent kommentarfelt for tilbakemeldinger til RBU på hjemmesiden til Helse Nord RHF – enstemmig vedtatt
3. RBU oppretter eget område på Facebook med navn ” Regionalt brukerutvalg i Helse Nord- vedtatt mot 2 stemmer

## **Sak 17 / 2011: Program Brukerkonferansen 2011**

Programposten med adm. dir. Lars Vorland flyttes til dag 1.

### **Vedtak:**

Programmet godkjennes med fremlagte endringer.

## Sak 18 / 2011: Brukerprisen 2011

### Vedtak:

Regionalt brukerutvalg har besluttet hvem som blir tildelt Brukerprisen 2011. Kandidaten inviteres til Brukerkonferansen 2011. Navn på kandidaten offentliggjøres under Brukerkonferansen 2011, hvor også prisen deles ut.

### Vedtak:

1. xxxxx.xxxxx tildeles brukerprisen 2011
2. Etter utdeling av prisen sendes et personlig brev til kandidatene om at de var foreslått.

## Sak 19 / 2011: Oppnevning av brukerrepresentant til revidering av handlingsplan for habilitering og rehabilitering.

### Vedtak:

RBU oppnevner Arnfinn Hansen til å representere RBU i arbeidet med revidering av handlingsplanen for habilitering og rehabilitering. Som vara oppnevnes Mildrid Pedersen. Oppnevningen gjelder til mars 2012.

## Sak 20 / 2011: Orienteringssaker

### 1. Orientering fra leder i RBU

- **Styremøte i Helse Nord RHF 03.02.11:**
  - Budsjett
  - Oppdragsdokument – RBU sine innspill godt ivaretatt
  - RBU synliggjorde RBUs ønske om at styreleder og adm.dir deltok i styremøter. Styreleder vil kunne komme på invitasjon.
- **Styremøte i Helse Nord RHF 23.02.11**
  - RBU fått økt budsjett med kr. 1.000.000,- for å styrke arbeidet med brukermidvirkning
  - Prioritering bygg Kirkenes / Narvik
  - Desentralisering av polikliniske kontroller (legg inn link) **til hva**

### 2. Budsjett 2011 – RBU

- Saken settes opp på et senere RBU møte

**3. Fordeling av brukermidler**

- Blir klar etter 1. mars 2011

**4. Pasientreiser – referat fra brukerpanel v/ Arnfinn Sarilla**

**Vedtak:** Tatt til orientering

**5. Referat møte i BU sykehusapotek Nord 31.01.2011**

**Vedtak:** Tatt til orientering

**6. Svarbrev fra Sykehusapotek Nord av 07.02.2011**

**Vedtak:** Tatt til orientering

**7. Trygg mat - glutenfri mat**

- RBU ser tilbudet om glutenfri kost som godt til voksne, men ser at tilbudet til barn kan være for dårlig noe som bør arbeides bedre med.
- RBU etterspør tilbudet til pasienter med forskjellige former for matallergi – ber om redegjørelse om dette.

**Vedtak:**

RBU ber om redegjørelse for tilbudet om glutenfri kost til barn og om tilbud til pasienter med matallergi generelt.

**8. Protokoll fra AU i RBU 17.02.11.**

**Vedtak:** Tatt til orientering

**9. Referat fra møte i BU i NLSH 15.02.11**

**Vedtak:** Tas til orientering

**Sak 21 / 2011: Eventuelt**

- RBU leder og nestleder har fått invitasjon til møte nasjonalt for ledere og nestledere i de regionale brukerutvalgene i Trondheim 9. mai 2011.





**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

**KOPI**  
MOTTATT  
07 MARS 2011

Helgelandssykehuset HF  
v/administrerende direktør

8607 MO I RANA

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

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:  
2009/135 I JVI

DATO: / DATE:  
4 . mars 2011

## **Avslutning av tilsynssak - brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2**

*Statens helsetilsyn har funnet at Helgelandssykehuset HF ved behandling av xxxxx, har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.*

### **Bakgrunnen for saken**

Helsetilsynet i Nordland opprettet 5. september 2008 tilsynssak vedrørende behandlingen xxxx(heretter pasienten) fikk ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, Medisinsk avdeling. Bakgrunnen for dette var et ønske fra pasientens etterlatte om å få vurdert de undersøkelser og den oppfølging pasienten fikk fra 2007 og frem til sin død i august 2008. De etterlattes ønske ble formidlet av Pasientombudet i Nordland i brev 29. august 2008.

I brev av 27. januar 2009 oversendte Helsetilsynet i Nordland saken til Statens helsetilsyn for vurdering av eventuelle tiltak/reaksjoner overfor involvert helsepersonell og/eller sykehuset.

### **Saksforholdet slik det fremgår av sakens dokumenter**

Vi gir her kun et kortfattet sammendrag av de sentrale deler av saksforholdet. Det fullstendige saksforholdet forutsettes kjent for sykehuset.

#### *Kort om hendelsesforløpet*

Som ledd i utredning av hypertensjon fikk pasienten 4. september 2007 utført CT røntgen-kontrastundersøkelse av nyrepulsårer og nyrekretsløp. Undersøkelsen viste ingen forandringer i nyrepulsårene, men påviste en kreftsuspekt utfylling i øvre del av venstre nyre. Det ble også funnet tegn til kreftspredning til venstre lunge, med funn av en metastase (sekundær kreftsvulst) baktill og lavt i lungene.

Røntgenundersøkelsen ble i følge røntgensvaret vurdert av overlege Ivar Johnsson ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, Røntgenavdelingen.



Røntgensvaret ble sendt til henvisende assistentlege Geir Mjøen ved Medisinsk avdeling i sykehusets elektroniske pasientjournalssystem DIPS. På det tidspunkt røntgensvaret forelå hadde Mjøen sluttet ved sykehuset, og røntgensvaret ble da i henhold til etablerte rutiner automatisk sendt til mottakeren "undefinert arbeidsgruppe" i DIPS.

Avdelingsoverlege Kristina Helander ved Medisinsk avdeling skulle som leder for avdelingen følge opp all informasjon som ble sendt til mottakeren "undefinert arbeidsgruppe". Helander signerte for prøvesvaret i oktober 2008 uten at dets innhold var lest.

Det at røntgensvaret ble signert uten å være lest førte til at den videre utredning og behandling av pasientens kreftsykdom ble mange måneder forsinket. Røntgensvaret ble først oppdaget, erkjent og tatt til følge i forbindelse med at pasienten ble innlagt ved sykehuset som øyeblikkelig hjelp på grunn av ryggsmarter 9. juni 2008. Hennes kreftsykdom var da ikke tilgjengelig for helbredende behandling.

Pasienten var 2. november 2007 til poliklinisk konsultasjon ved Medisinsk avdeling. Behandlende lege var Nick Pujan. Pujan oppdaget i forbindelse med konsultasjonen ikke at det forelå et røntgensvar som ikke var fulgt opp ved avdelingen. Pujan har uttalt seg til saken i brev av 10. juni 2009. I sin uttalelse har han bl.a. fremholdt at han i den aktuelle pasientkonsultasjonen ikke hadde noen foranledning for å etterspørre prøvesvaret fra utført CT røntgen-kontrastundersøkelse av nyrepulsårer og nyrekretsløp som ble foretatt 4. september 2007.

Helgelandssykehuset HF sendte 30. juli 2008 melding om hendelsen til Helsetilsynet i Nordland i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Pasienten døde 4. august 2008.

#### *Rutine for samhandling mellom radiolog og rekvirerende lege*

Innholdet i prøvesvaret ble i følge det opplyste ikke formidlet muntlig til rekvirerende lege. I følge sykehuset var dette et brudd på etablerte retningslinjer. I brev 5. juni 2009 til Statens helsetilsyn skriver sykehuset følgende:

*"Kommunikasjon mellom radiolog og rekvirerende lege, i anledning av alvorlige og uventede funn, skjer gjennom at radiologen tar kontakt per telefon med rekvirerende lege. Hvis denne ikke er tilstede, kontaktes annen lege. Dette gjøres normalt sett på inneliggende så vel som polikliniske pasienter."*

Som en mulig forklaring på den manglende muntlige kommunikasjonen mellom Medisinsk avdeling og Røntgenavdelingen er det i brevet opplyst at overlege Johnsson var vikar ved sykehuset, og derfor ikke var kjent med sykehusets praksis/rutiner.

Siden hendelsen har sykehuset i følge det opplyste arbeidet systematisk for å styrke bemanningen med fast ansatte leger, og vikarbruken er betydelig redusert. Det foreligger imidlertid ingen informasjon i saken om hva slags rutiner sykehuset har i dag for å sikre at midlertidig ansatte blir gjort kjent med sykehusets rutiner.

*Signering av informasjon sendt til mottakeren "undefinert arbeidsgruppe"*

Avdelingsoverlege Kristina Helander har i brev av 30. juli 2008 og 9. juni 2009 uttalt at hun ved en feil signerte aktuelle røntgenbeskrivelse i DIPS. Helander har påpekt at det etter hennes oppfatning er sammensatte årsaker til feilen som førte til at røntgenbeskrivelsen ble signert uten å være lest, og viser bl.a. til svakheter i DIPS som kan ha bidratt til dette.

I brev av 9. juni 2009 gir Helander videre uttrykk for at hun ikke kan forklare hvorfor røntgensvaret ble signert ved et uhell. Hun skriver følgende:

*"I undefinert arbeidsgruppe ligger alle dokumenter fra alle spesialitetene blandet. Jeg gjorde med en rutine der jeg initialt kontrollerte at pasienten hadde vært på kontroll og fått tilbakemelding på undersøkelsen eller skulle inn til kontroll i nær fremtid. Disse dokumentene ble signert.*

*DIPS-funksjonen rundt signering var slik at når et dokument til vurdering ble åpnet kom pasientnavn samt en markering for å åpne og signere dokumentet. Disse markeringene var plassert ved siden av hverandre, og hvis man av uheldige grunner klikket på signering forsvant hele dokumentet inklusive pasientens identitet. Denne svakheten i systemet var før hendelsen rapportert til IKT. Når denne saken kom for dagen tok jeg direkte kontakt med DIPS sentralt, og informerte dem. Dette er nå korrigert i ny versjon av Dips.*

*I det aktuelle tilfellet vet jeg ikke om rtg.svaret er signert ved et uhell på grunn av den svakhet i systemet som er redegjort for oven, eller gjennom det system jeg laget."*

Mengden dokumenter som ble lagt i "undefinert arbeidsgruppe" er beskrevet som betydelig. Helander hadde derfor gitt beskjed til sykehusledelsen om at det var et stort og omfattende arbeid å håndtere informasjonsmengden i "undefinert arbeidsgruppe", men hun hadde ikke gitt uttrykk for at oppgaven var u håndterlig.

Noen risikovurdering knyttet til bruken av undefinert arbeidsgruppe ble ikke gjort før etter den aktuelle hendelsen.

I etterkant av hendelsen har sykehuset utarbeidet rutiner for tiltak som må gjennomføres når en fast- eller midlertidig ansatt lege slutter. En viktig effekt av dette er at dokumenter som sendes til "undefinert arbeidsgruppe" er betydelig redusert. Som nevnt ovenfor har sykehuset også arbeidet aktivt for å redusere behovet for midlertidig arbeidskraft.

*DIPS*

Som nevnt ovenfor har avdelingsoverlege Kristina Helander opplyst at det på tidspunktet for den aktuelle hendelsen var mulig å signere røntgensvar i DIPS uten at svaret/dokumentet først var åpnet av legen som skulle signere.

Helse Nord IKT har i brev til Statens helsetilsyn 26. august 2009 opplyst at de allerede i 2004 ble gjort kjent med at databildet for markering av åpning og signering av dokumenter medførte risiko for at man kunne signere et røntgensvar uten å ha åpnet

dette. I årene 2004 til 2009 ble DIPS ASA kontaktet en rekke ganger for å få bedret systemets funksjonalitet, uten at noe skjedde.

Helse Nord IKT deler ikke Helander sitt syn, kommet til uttrykk i brev av 5. og 9. juni 2009, om at muligheten for å kunne signere røntgensvar uten å ha signert dette nå er eliminert.

DIPS ASA skriver i brev 6. oktober 2009 følgende:

*”Da våre rutiner for papirløs journal og arbeidsflyt ble utviklet i 2002 ble det satt krav til forhåndsvisning av informasjon før det kunne signeres ut at informasjon er lest og nødvendige tiltak er iverksatt. Dette var nettopp for å kunne gi noe bedre sikkerhet for at informasjon var lest før signering ble foretatt.*

*Det kom imidlertid mange tilbakemeldinger fra flere av våre kunder om at legene mente dette ikke var hensiktsmessig.*

*Bakgrunnen var bl. a. følgende:*

- *Legene opplevde dette som tungvint, og mente de sjøl måtte ta ansvaret for at informasjonsinnholdet var lest og forstått.*
- *Legen har ofte gjennomgått dokumentene tidligere og/eller tatt utskrift av dokumentene på forhånd.*
- *Løsningen med forhåndsvisning var ingen god løsning, men snarere en falsk trygghet. Man var uansett avhengig av at legen faktisk leste informasjonen, gjorde en vurdering av innholdet og iverksatte nødvendige tiltak.*

*På bakgrunn av dette ble kravet til forhåndsvisning før signering slått av i DIPS. ...”*

DIPS ASA har i sin uttalelse ikke opplyst om at det er iverksatt tiltak for å redusere risikoen for signering av dokumenter uten at de er lest.

I brev 15. desember 2009 ble overlege Thomas de Lange bedt om å utarbeide en sakkyndig uttalelse til bruk i saken. Han har i sin uttalelse til Statens helsetilsyn 14. februar 2010 bl.a. uttalt følgende.

*”Et dokument kan signeres på to måter. Enten ved å åpne dokumentet og signere det i forbindelse med at dokumentet lukkes. Alternativt kan man velge forhåndsvisningsfunksjonalitet som gjøre det enklere å vurdere/signere flere dokumenter fortløpende.*

*I denne modusen kan det være lett å signere dokumentet ved en feiltakelse. Etter signering gråes dokumentet ut slik at man ikke kan åpne det uten å gå tilbake til den aktuelle pasientens dokumentliste. Imidlertid vil man fra verktøymenyen valg ”pasient” ha en liste over de 5 siste pasientene man har*

*vært inne på. Man vil også kunne hente opp signerte dokumenter ved hjelp av explorer treet "utført arbeidsoppgaver siste 30 dager".*

*Dette medfører at man har flere muligheter til å gjenfinne dokumenter som blir signert ved en feiltakelse."*

Thomas de Lange kjenner ikke til tiltak som er utført for å redusere risikoen for slike feil som i denne saken.

### **Statens helsetilsyn sin vurdering**

Det sentrale vurderingstemaet i saken er om pasienten fikk forsvarlig behandling ved Helgelandssykehuset Mo i Rana fra 2007 og frem til sin død i august 2008.

Følgende bestemmelser vurderes som relevante for tilsynets vurdering av saken:

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 stiller krav om at helsetjenester som ytes skal være forsvarlige. Bestemmelsen lyder:

*Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.*

Kravet om at helsetjenestene skal være forsvarlige innebærer at helsepersonell som deltar i behandlingen må utføre sitt arbeid på en forsvarlig måte. Dette følger av helsepersonelloven § 4 første og annet ledd som lyder:

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.*

Kravet om forsvarlighet i spesialisthelsetjenesten § 2-2 innebærer også at ansvarlige for virksomheten må organisere og tilrettelegge for at helsepersonellet kan utøve sin virksomhet på en forsvarlig måte. Dette kommer klart til uttrykk i helsepersonelloven § 16 som lyder:

*Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.*

*Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.*

I tillegg må det nevnes at virksomheter som omfattes av helselovgivningen er pålagt internkontroll etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3. Innholdet i internkontrollen er nærmere beskrevet i § 4 i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Internkontrollforskriften § 4 lyder:

*Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.*

*Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:*

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,*
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,*
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,*
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,*
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,*
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,*
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,*
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.*

Internkontroll er et ledelsesverktøy og et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige driften. Internkontrollen skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige konsekvenser.

Nedenfor vil Statens helsetilsyn først foreta en vurdering av om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp ved sykehuset. Deretter vil vi foreta en nærmere vurdering av de involverte legenes yrkesutøvelse, og til sist sykehusets ansvar.

#### Vurdering av om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp

Det sentrale vurderingstemaet i saken er som nevnt ovenfor om pasienten fikk forsvarlig behandling ved Helgelandssykehuset Mo i Rana fra 2007 og frem til sin død i august 2008.

På bakgrunn av sakens dokumenter legger Statens helsetilsyn til grunn at utredning og behandling av pasientens kreftsykdom ble mange måneder forsinket på grunn av svikt ved Helgelandssykehuset, Mo i Rana.

Det er ingen uenighet mellom Statens helsetilsyn og sykehuset om at resultatet av CT røntgen-kontrastundersøkelsen som ble utført 4. september 2007 skulle vært fulgt opp umiddelbart etter at røntgensvaret/vurderingen fra overlege Ivar Johnsson forelå. De funn som ble gjort tilsa at det umiddelbart var behov for videre utredning for å iverksette kurativ eller sykdomsbegrensende behandling.

Pasienten fikk ingen slik umiddelbar oppfølging.

På dette grunnlag mener Statens helsetilsyn at pasienten fikk uforsvarlig helsehjelp ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

#### Vurdering av involverte legers handlemåte

Statens helsetilsyn har vurdert om overlege Ivar Johnsson, avdelingsoverlege Kristina Helander og lege Nick Pujan ved sin oppfølging av pasienten har utøvet forsvarlig legevirksomhet.

#### *Overlege Ivar Johnsson*

Johnsson sendte røntgensvaret til assistentlege Geir Mjøen, som hadde rekvirert undersøkelsen, i sykehusets elektroniske pasientjournalssystem DIPS. Dette var i tråd med sykehusets rutiner.

I tillegg skulle han i følge sykehusets rutiner ha orientert rekvirerende lege, eventuelt en annen lege i Medisinsk avdeling dersom rekvirerende lege ikke kunne nås, om de alvorlige funnene som ble gjort. En slik muntlig orientering om røntgensvaret ble ikke gitt.

Det foreligger i sakens dokumenter ingen informasjon om hvorfor det ikke fant sted en slik muntlig kontakt mellom Røntgenavdelingen og Medisinsk avdeling. Det er imidlertid opplyst at Johnsson var vikar ved sykehuset, og at det er mulig at han derfor ikke hadde blitt gjort kjent med sykehusets rutiner. I mangel av annen informasjon legger Statens helsetilsyn dette til grunn for sin vurdering.

På denne bakgrunn mener Statens helsetilsyns at sykehuset må bære hovedansvaret for at rekvirerende lege eller annen lege ved Medisinsk avdeling ikke fikk muntlig informasjon om prøvesvaret.

Vi finner ikke at overlege Ivar Johnsson har utøvet uforsvarlig virksomhet i forbindelse med oppfølgingen av pasienten.

#### *Avdelingsoverlege Kristina Helander*

Det fremgår av sakens dokumenter at avdelingsoverlege Helander signerte det aktuelle røntgensvaret uten at det først var lest. Videre fremgår det at det over en måned fra røntgenundersøkelsen ble utført 4. september 2007 til prøvesvaret ble signert i starten av oktober samme år. Statens helsetilsyn finner at begge disse forhold må anses som brudd på kravet til forsvarlig helsehjelp.

Helander har i ettertid ikke kunne gi en sikker forklaring på hvordan det var mulig for henne å signere det aktuelle røntgensvaret uten at det først var lest. Hun har imidlertid pekt på at mengden informasjon i "undefinert arbeidsgruppe" var betydelig, og at denne informasjonsmengden var krevende å håndtere. I tillegg har hun vist til svakheter i DIPS som kan ha bidratt til feilen.

Etter Statens helsetilsyns vurdering må den eller de dominerende årsakene til at det var mulig for Helander å signere en røntgenbeskrivelse uten at den først var lest, og at systemet heller ikke varslet om at det ble begått en feil i forbindelsen med signeringen, anses som en svakhet ved dataprogrammet DIPS.

I en virksomhet som skal håndtere et stort antall prøvesvar er det grunn til å tro at denne typen "taste-feil" vil kunne skje fra tid til annen. Når en slik form for risiko ved datasystemet er identifisert, må det forventes at foretaksledelsen iverksetter tiltak for å forhindre at slike feil kan skje, alternativt sikre at eventuelle feil ikke får alvorlige konsekvenser for pasienter.

I denne saken synes det klart at virksomhetsledelsen over tid har vært klar over muligheten for svikt uten at det var iverksatt nødvendige tiltak. På denne bakgrunn finner vi ikke å kunne laste Helander for den tastefeil som ble gjort.

I tillegg til at det var mulig for Helander å signere en røntgenbeskrivelse uten at den først var lest, er det grunn til å påpeke at det tok over en måned fra røntgenbeskrivelsen ble sendt i DIPS til den ble signert av Helander. Statens helsetilsyn anser at dette hovedsakelig må tilskrives den betydelige mengden informasjon som ble definert i "undefinert arbeidsgruppe" og som derfor måtte håndteres av Helander. Vi finner også på dette punkt at det må anses som et lederansvar å sikre at arbeidsmengden til den enkelte arbeidstaker ikke overstiger det som er mulig å håndtere.

#### *Lege Nick Pujan*

Statens helsetilsyn deler lege Pujans oppfatning om at han i den aktuelle pasientkonsultasjonen ikke hadde noen foranledning for å etterspørre prøvesvaret fra utført CT røntgen-kontrastundersøkelse av nyrepulsårer og nyrekretsløp som ble foretatt 4. september 2007.

Vi kan derfor ikke se at lege Nick Pujans oppfølging av pasienten var uforsvarlig.

#### Vurdering av sykehusets ansvar

Ansatte ved Helgelandssykehuset Mo i Rana har i løpet av saksbehandlingen ved flere anledninger gitt uttrykk for at det er sammensatte årsaker til den mangelfulle oppfølgingen av pasienten. Statens helsetilsyn er av samme oppfatning. Som nevnt ovenfor mener vi imidlertid at den eller de dominerende årsakene til at pasienten ikke fikk forsvarlig helsehjelp ved sykehuset skyldes mangelfull styring og ledelse.

Med dette som utgangspunkt vil Statens helsetilsyn nedenfor foreta en nærmere vurdering av sykehusets ansvar i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Bestemmelsen er gjengitt ovenfor.

#### *Vikarbruk*

Ut fra sakens dokumenter legger Statens helsetilsyn til grunn at sykehuset i perioder har hatt mange midlertidig ansatte / vikarer.

Det foreligger ingen informasjon om hvilke risikovurderinger sykehusets ledelse gjorde knyttet til bruken av midlertidig ansatte i sykehuset. Det foreligger heller ingen informasjon om hva slags rutiner og særlige prosedyrer som ble iverksatt for å møte de særlige utfordringer for sykehusdriften som utstrakt bruk av vikarer medfører. Vi legger imidlertid til grunn at sykehusledelsen har erkjent de særlige utfordringer som knytter seg til utstrakt bruk av vikarer, og derfor i etterkant av den aktuelle hendelsen har arbeidet systematisk for å redusere bruken av vikarer.

Som nevnt ovenfor legger Statens helsetilsyn til grunn at overlege Ivar Johnsson ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om sykehusets rutiner. Dette anser vi som i strid med internkontrollforskriften § 4 annet ledd bokstavene g og c.

Det er ikke kjent for Statens helsetilsyn hva slags rutiner Helgelandssykehuset Mo i Rana i dag har for å sikre at midlertidig ansatte blir gjort kjent med sykehusets rutiner.

#### *Mottakeren "undefinert arbeidsgruppe"*

Det fremgår av sakens dokumenter at sykehuset ikke foretok noen risikovurdering knyttet til bruken av undefinert arbeidsgruppe før etter den aktuelle hendelsen.

Det er en klar forutsetning for all kvalitetstenkning at ansvarlige for en virksomhet skaffer seg en oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt mv. Det foreligger i denne saken ingen opplysninger som indikerer at sykehusets ledelse hadde erkjent potensialet for svikt knyttet til bruken av "undefinert arbeidsgruppe". Dette anser vi å være i strid med internkontrollforskriften § 4 annet ledd bokstav f.

Vi legger til grunn at sykehuset etter den aktuelle hendelsen har iverksatt tiltak for å redusere mengden informasjon som sendes til mottakeren "undefinert arbeidsgruppe", og at risikoen for svikt i fremtiden ved dette antas redusert.

#### *Signering av prøvesvar*

Helgelandssykehuset Mo i Rana var kjent med at det i DIPS var mulig å signere røntgensvar uten at disse rent faktisk var vurdert. Sykehuset har ikke opplyst om at det er utarbeidet rutiner for å forebygge svikt i tjenesteytingen som følge av dette, og heller ikke at det er iverksatt andre tiltak for å forebygge svikt. Dette er etter Statens helsetilsyns oppfatning i strid med internkontrollforskriften § 4 annet ledd bokstavene f-h.

Det foreligger i sakens dokumenter motstridende opplysninger om det er gjort endringer i DIPS for å redusere risikoen for signering av dokumenter uten at de er lest.

Ut fra foreliggende opplysninger legger Statens helsetilsyn til grunn at det ikke er gjort endringer i DIPS. Hva Helander sikter til når hun skriver at dette nå er korrigert i DIPS er uklart for Statens helsetilsyn.

### **Konklusjon**

Pasienten fikk ikke forsvarlig helsehjelp ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Helgelandssykehuset Mo i Rana, har brutt forsvarlighetskravet i spesialist-helsetjenesteloven § 2-2.

Involvert helsepersonell har ikke opptrådt klanderverdig i en slik utstrekning at deres handlemåte vurderes å være i strid med helsepersonelloven § 4.

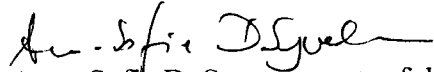
Helgelandssykehuset HF bes innen 6 uker fra dagens dato om å redegjøre til Helsetilsynet i Nordland om følgende:



1. Hvilke tiltak er iverksatt for å sikre at midlertidig ansatte blir gjort kjent med sykehusets rutiner, arbeidsmåter mv. Vi ber også om at det redegjøres for hvordan tiltakene eventuelt er evaluert.
2. Hvilke tiltak er iverksatt for å sikre at patologiske prøvesvar/røntgensvar blir identifisert og fulgt opp innen forsvarlig tid. Vi ber også om at det redegjøres for hvordan tiltakene eventuelt er evaluert.
3. Hvilke risikovurderinger er gjort ift. funksjonaliteten i DIPS som gjør det mulig å signere prøve- og røntgensvar uten at disse er lest, og hvilke tiltak er iverksatt for å hindre fremtidig svikt som følge av denne funksjonaliteten.

Avslutningsvis vil vi beklage lang saksbehandlingstid.

Med hilsen



Anne-Sofie D. Syvertsen etter fullmakt  
fung. ass. direktør



Bjørn Jamtli  
seniorrådgiver

Kopi:  
Pasientombudet i Nordland  
Helsetilsynet i Nordland  
Overlege Ivar Johnson  
Avdelingsoverlege Kristina Helander  
Lege Nick Pujan

Anonymisert kopi:  
Overlege Thomas de Lange  
Helse Nord RHF  
DIPS ASA

Juridisk saksbehandler: Sylvi Storaas tlf. 21 52 99 18  
Helsefaglig saksbehandler: Bjørn Jamtli, tlf. 21 52 99 39



Helse Nord RHF

Sjøgata 10  
8038 BODØ

MOTTATT  
09 MARS 2011

Nordland fylkesting vedtok enstemmig i sitt møte 21.- 24.02.2011 følgende uttalelse:

**Bevar fødetilbudet for befolkningen i Nordland**

Fylkestinget i Nordland kan ikke akseptere forslaget om å redusere fødetilbudet i Narvik og ved Lofoten sykehus.

Det er fullt mulig å opprettholde disse funksjonene innenfor rammen av Helsedirektoratets nye krav til kvalitet i fødetilbudet.

Fylkestinget i Nordland ber at styret i Helse Nord og helseministeren sikrer dette.

Med vennlig hilsen

Mariette Korsrud  
fylkesordfører

Kopi til:

Fylkesrådet	Fylkeshuset	8048	BODØ
Nordlandssykehuset Lofoten	Postboks 373	8375	GRAVDAL
Universitetssykehuset Nord-Norge – Narvik sykehus	Postboks 273	8504	NARVIK
Nordlandsbenken på Stortinget			