



Forretningsudvalget i Region Hovedstaden

Journal nr.: 17014918

Dato: 02-06-2017

**Revideret redegørelse uden personfølsomme oplysninger til
Forretningsudvalget vedrørende patientforløb på Herlev og
Gentofte Hospital den 4. januar 2016.**

Hospitalsdirektionen er ved e-mail af 22. maj 2017 anmodet om en redegørelse vedrørende ovennævnte forløb.

Denne sag vedrører en 16-årig dreng med smitsom meningitis. Sagen er alvorlig og havde dødelig udgang.

Centralt for sagen er, at der ikke kan drages tvivl om, at der i patientforløbet blev begået et lægeligt fejlskøn af den primære diagnose, idet den lød på Schönlein-Henochs purpura. Først senere i forløbet blev diagnosen ændret til smitsom meningitis – en sygdom, der bl.a. er kendt for at kunne udvikle sig og forværres meget hurtigt og kan medføre døden.

Umiddelbart efter forløbet blev sagen grundigt analyseret og gennemgået i detaljer på hospitalet i et samarbejde mellem afdelingen og direktionen. Grundet sagens yderst alvorlige karakter var det af høj prioritet, at der hurtigst muligt blev draget læring af forløbet. Dermed kunne der hurtigt implementeres konkrete forbedringspunkter i afdelingen, således at risikoen for lignende tilfælde kunne minimeres. Afdelingen har i perioden fra januar 2016 til nu behandlet flere patienter henvist på mistanke om meningitis efter de nye procedurer.

Forløbet er dybt ulykkeligt for de pårørende. Patientforløbet har desuden været en stor følelsesmæssig belastning for det sundhedspersonale, der har været involveret.

Det har i hele sagens forløb været hospitalet intension at bidrage med alt relevant og tilgængeligt materiale, således at sagen bedst muligt kunne bidrage til læring.

Hændelsesforløbet

Nedenfor følger en detaljeret gennemgang af patientens kliniske forløb den 4. januar 2016. Oplysningerne er hentet fra journalen.

... Der henvises til fortroligt bilag.

Opfølgning på Herlev hospital efter overflytning til Rigshospitalet

Den 4. januar 2016 formiddag

Personale, der har været på stuen under behandling, samles til defusing. (Defusing er et kort møde mellem de involverede fagpersoner og nærmeste leder, hvor der kan udveksles fakta og fortælles om umiddelbare oplevelser ifm. hændelsen.) Der gives forebyggende antibiotika til de involverede i form af en tablet Ciproxin, og en overlæge fra Børne- og Ungeafdelingen kontakter embedslægen for at indberette tilfælde af meningokokmeningitis.

Der aftales debriefing med personalet, hvilket skal foregå nogle dage senere. (Debriefing er et længerevarende møde, hvor de involverede fagpersoner taler hændelsen, tanker, følelser og reaktioner igennem. Hensigten er at genoprette troen på egne faglige kompetencer og arbejdsevne.)

Den 12. januar 2016

Debriefing på Herlev Hospital med deltagelse af det involverede personale fra både Børne- og Ungeafdelingen og Anæstesiologisk Afdeling, Herlev Hospital, og Den Præhospitale Virksomhed. Forløbet og teamsamarbejde gennemgås, og det afklares, om der er punkter i forløbet til fremtidig læring. Der skal være opmærksomhed på teamlederkompetencer, tilkald af intensiv læge, afklaring af diagnose. Overordnet er forløbet usædvanligt med den upåvirkede dreng uden feber med svært påvirkede blodprøver og – som det viser sig – meningokoksygdom.

Dialogen med forældrene

... Der henvises til fortroligt bilag.

Denne samtale er i medierne fejlagtigt omtalt som en dialogsamtale. En dialogsamtale er en samtale, som afholdes i forbindelse med anlæggelse af en klagesag i Styrelsen for Patientsikkerhed. Samtalen den 20. januar 2016 var en mors-samtale, der altid tilbydes pårørende efter et svært forløb og ikke en klage/dialog-samtale.

Email korrespondance mellem forældre og overlæge:

... Der henvises til fortroligt bilag.

Hændelsesanalyse og læring

I den konkrete sag døde en 16 årig dreng efter et meget hurtigt og atypisk forløb. Dette vil altid medføre øjeblikkelige overvejelser omkring håndteringen af forløbet. Ledelsen på Børne- og Ungeafdelingen iværksatte derfor straks en analyse af forløbet. I forbindelse med opstart af analysen, blev der ikke indberettet en UTH (utilsigtet hændelse).

Den 18. januar 2016 og den 22. januar 2016 blev forløbet indberettet som en UTH af henholdsvis patientens egen læge og en pårørende. På dette tidspunkt var afdelingen som nævnt allerede i gang med at undersøge forløbet.

Herlev og Gentofte Hospital kan oplyse, at i forbindelse med indberetning af en UTH vurderer risikomanager og den patientsikkerhedsansvarlige vicedirektør, om en hændelse skal analyseres ud fra en hændelsesanalyse eller i form af en kerneårsagsanalyse. Resultatet af begge analyser kan føre til øget patientsikkerhed.

Vurderingen beror på om en hændelse vurderes:

- Ikke at have foranlediget nogen skade
- Mild (ingen øget pleje/behandlingsbehov og med forbigående skade)
- Moderat (med øget pleje/behandlingsbehov og med forbigående skade)
- Alvorlig (øget Pleje/behandlingsbehov eller akut livsreddende og med permanent skade)
- Dødelig

I denne konkrete sag er der ingen tvivl om, at der er tale om en alvorlig hændelse med dødelig udgang, der bør analyseres som en dybdegående analyse.

Da afdelingsledelsen og den patientsikkerhedsansvarlige vicedirektør den 27. januar 2016 beslutter at fortsætte den analysetilgang, der allerede er påbegyndt den 12. januar 2016 i forbindelse med debriefingen, er det fordi den indeholder de samme elementer, der indgår i en kerneårsagsanalyse.

Ved lærings- og debriefingen den 12. januar 2016 deltog:

- Den Præhospitale Virksomhed med 1 læge, 1 paramediciner og 1 redder
- Børneafdelingen med 4 sygeplejersker (inklusive sygeplejersken, der havde skrevet sin personlige beretning) og 4 læger
- Anæstesiaafdelingen med 1 læge og 1 sygeplejerske

Mødet blev ledet af en erfaren overlæge fra afdelingen, der også er tilknyttet CAMES (Copenhagen Academy og Medical Education and Simulation) og er trænet i at lede den slags sessioner.

Den 25. januar 2016 foreslog Herlev og Gentofte Hospital efter drøftelse mellem patientsikkerhedskordinator og patientsikkerhedsansvarlig vicedirektør at anbefale den regionale enhed for patientsikkerhed, at der blev lavet en tværgående kerneårsagsanalyse, da to hospitaler og Den Præhospital Virksomhed var aktører i patientforløbet. Dette blev afvist med et forslag om en analyse alene på Herlev Hospital.

Korrespondancen vedlægges.

Den 27. januar 2016 mødtes afdelingsledelsen og patientsikkerhedsansvarlig vicedirektør, hvor det blev besluttet at supplere den viden man havde fra det første indledende lærings- og debriefingsmøde med en hændelsesanalyse.

Analysen bygger dermed på

- data fra hændelsen (journalmateriale) og
- data fra Lærings- og debriefingsmødet, hvor alt involveret personale deltog.

Det endelige analyseteam blev ledet af den ledende overlæge på Børne- og Ungeafdelingen, der sammen med den afsnitsansvarlige overlæge (ansvarlig for data-hændelsesdelen) og teamlederen af lærings og debriefingsmødet, sammenskrev analysens hovedpunkter og anbefalinger af forbedringstiltag til implementering. Analysen blev afleveret den 22. februar 2016 til den patientsikkerhedsansvarlige vicedirektør, der godkendte rapporten og godkendte at implementering af forbedringstiltag kunne starte umiddelbart.

Overvejslen om at stoppe op den 27. januar 2016 og genindkalde til nyt møde med alle deltagere og dermed starte forfra med en kerneårsagsanalyse, blev fravalgt, da det var vores vurdering, at indholdet af analyserne vil være sammenlignelige i både dybde og grundighed.

Vurderingen var således, at læringen fra første møde suppleret med en hændelsesanalyse, gjorde det muligt at afdække hændelsen til fulde og læringen deraf derfor helt afspejler alvoren af hændelsen og den opsamlede viden.

Som et supplement kan det oplyses, at Sofie Hæstorp Andersen (Vera Quistgaard) ved e-mail af 10. april 2017 oplyste regionsrådet om, at hun i TV-avisen den 3. april 2017 fejlagtigt oplyste, at Region Hovedstaden altid laver kerneårsagsanalyser ved sådanne alvorlige hændelser. I e-mailen

præciserede Sofie Hæstorp Andersen, at Amager-Hvidovre Hospital ikke havde lavet en kerneårsagsanalyse.

Dagen efter, den 11. april 2017 skrev hospitalsdirektør Klaus Lunding en mail til regionen, hvor han gjorde opmærksom på, at der heller ikke var foretaget en kerneårsagsanalyse på Herlev og Gentofte Hospital.

Korrespondancen vedlægges.

Læring:

Som konklusion på hændelsesanalysen er følgende læringspunkter udtaget og straks implementeret:

- 1) Ved petekkielle hudblødninger tages quick-CRP og der afventes fremover **altid** svar på blodprøver før pt. kan gå hjem Tilføjes klinisk vejledning om "Schönlein Henochs Purpura" og "Idiopatisk "Trombocytopenisk Purpura". Er sat ind som lokal tilføjelse i afdelingens VIP-instruks og der er givet besked til pædiatrisk faglig ekspert om, at denne tilføjelse er foretaget lokalt til en Sundhedsplatforms-vejledning på baggrund af dette fatale forløb.
- 2) Tlf. nr. på intensiv læge, der tilkaldes i akutte situationer hænges på væggen på akutstuen i stedet for i Flip-Flap. Herved undgås unødigt forsinkelse ved tilkald af akut hjælp.
- 3) Laminerede kort med vægt-afhængige udregnede doser for akutmedicinering på akutstuen for tilstande som:
Meningitis
Kramper
Anafylaksi
Med dette tiltag undgår man, at der skal udregnes doser i den akutte fase.
- 4) Det er drøftet, hvorvidt der altid skal gives antibiotika i.v. til patienter med hudblødninger, kramper eller andet, som teoretisk kan være forstadier til meningokoksygdom. Dette har aldrig tidligere været praktiseret og synes heller ikke rationelt i forhold til, at en meget stor gruppe patienter unødigt vil få anlagt drop og få antibiotika. Det ændrer dog ikke på, at aktuelle hændelse vil give anledning til at sætte fokus på meningokoksygdommens voldsomme forløb og bruge dette som redskab for undervisning af det sundhedsfaglige personale på afdelingen.
- 5) Fortsat simulationstræning i Børne- og Ungeafdelingen med fokus på teamlederrollen.

De fem punkter er senere udvidet med et sjette punkt:

- 6) Under Dansk Pædiatrisk Selskab er der ved at blive udarbejdet en klinisk vejledning om hudblødninger hos børn. Den indeholder et flowchart, som vejleder klinikerer i forhold til håndtering af hudblødninger. Flow-chartet tager udgangspunkt i klinisk tilstand, lokalisation og størrelse af hudblødninger og hvornår, der skal iværksættes omgående behandling for meningokoksygdom. Flowchartet vil være indeholdt i klinisk vejledning om hudblødning hos børn. Det vil endvidere blive indsat som bilag til følgende tre kliniske vejledninger: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, Schönlein-Henochs purpura og meningitis. Vi har tilbudt at eftersende Vejledning og flowchart til styrelsen, når det udgives.

Det skal bemærkes, at afdelingens læringspunkter den 23. februar 2016 og den 19. april 2016 blev lagt i DPSD databasen i forbindelse med, at de to indberettede UTH'er blev afsluttet.

Styrelsen for Patientsikkerhed er organiseret med flere fagkontorer, blandt andet et kontor for Vidensformidling og Læring, der modtager og behandler indberetninger om utilsigtede hændelser, og et kontor i Klagecenteret for Visitation og Sagkyndige, der indhenter materiale i klagesager.

Herudover er der tre kontorer, som blandt andet fører tilsyn med behandlingssteder og rådgiver omkring smitsomme sygdomme, herunder Tilsyn og Rådgivning Øst, som har opstartet tilsynssag i den konkrete sag.

Børne- og Ungeafdelingens læringspunkter blev den 23. februar 2016 og den 19. april 2016 tilgængelige for styrelsens kontor for Vidensformidling og Læring i forbindelse med lukning af UTH'erne.

Den 4. juli 2016 blev læringspunkterne fremsendt til Klagecenteret for Visitation og Sagkyndige i forbindelse med klagesagen.

Den 25. april 2017 blev læringspunkterne fremsendt til Tilsyn og Rådgivning Øst, som led i tilsynssagen.

Læringspunkterne har således været tilgængelige for styrelsen i mere end 1 år forud for opstart af tilsynssagen.

Hospitalets korrespondance med styrelsen vedlægges.

Personlig beretning

Efter traumatiske forløb i afdelingen har det tidligere været praksis, at personalet blev opfordret til at lave en personlig beretning om forløbet med henblik på personlig bearbejdning. Det er os bekendt, at de faglige

organisationer i et ukendt omfang også opfordrer deres medlemmer til at lave en personlig beretning.

Den er ikke en del af patientjournalen eller på anden måde en del af hospitalets dokumenter, og er ej heller indgået som en del af hospitalets dokumentation. Notatet er en personlig beretning, som medarbejderen selv skal opbevare.

I dette tilfælde er det klarlagt, at beretningen også blev afleveret til medarbejderens daværende afdelingssygeplejerske (der nu er fratrukket), som efter det oplyste lagde beretningen i et skab på sit kontor.

... Der henvises til fortroligt bilag.

Den personlige beretning og sygeplejenotaterne vedlægges som særskilt fortroligt bilag. Materialet fra Styrelsen vedlægges i anonymiseret form.

Klage- og erstatningssager

Den 8. juni 2016 modtog hospitalet klagesagen fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Der sendes svar (journalmateriale og udtalelse) til Styrelsen den 4. juli 2016.

Den 16. august 2016 modtog hospitalet en erstatningssag fra Patienterstatningen. Der sendes svar (journalmateriale og udtalelse) den 19. august 2016.

Den 13. januar 2017 traf Styrelsen for Patientsikkerhed afgørelse. Der udtales kritik af Herlev Hospital for ikke at have ordineret CRP-blodprøver, da patienten første gang kommer ind på hospitalet og for ikke at have mistænkt meningitis og derfor straks have startet behandling med antibiotika.

I afgørelsen udtales der ikke kritik af Den Præhospitale Virksomheds behandling. Styrelsen har dog valgt at genoptage denne del af afgørelsen, da man ved en sagsbehandlingsfejl har ladet en sagkyndig med speciale i børnesygdomme vurdere forløbet i stedet for en sagkyndig med særlig viden inden for akutområdet.

Afgørelsen sendes til Børne- og Ungeafdelingen. Børne- og Ungeafdelingen giver tilbagemelding til direktionssekretariatet med oplysning om læringstiltag. Afgørelse og tilbagemelding om læringstiltag læses af Hospitalsdirektionen, der vurderer om tiltagene er tilstrækkelige.

Tilsynssag

Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst har ved brev af 12. april 2017 oplyst, at de på baggrund af afgørelsen med kritik i klagesagen indleder en tilsynssag. Børne – og Ungeafdelingen har i den anledning fremsendt en redegørelse af 25. april 2017 med 5 læringspunkter.

Styrelsen oplyste den 4. maj 2017, at de ønskede yderligere oplysninger. Disse oplysninger blev fremsendt til styrelsen den 17. maj 2017.

I TV den 21. maj 2017 oplyste enhedschef Anette Petri fra styrelsens afdeling for Tilsyn og Rådgivning Øst, at styrelsen ikke var tilfreds med de oplysninger, hospitalet havde givet. Hospitalet er ikke informeret om, at styrelsen skulle have fundet vores besvarelse utilstrækkelig. Den 22. maj 2017 anmoder styrelsen om at få fremsendt sygeplejerskens personlige beretning. Denne fremsendes den 23. maj 2017 sammen med en henstilling om, at kommunikation fremadrettet foregår direkte mellem hospitalet og styrelsen og ikke gennem medierne.

Kopi af brevet vedlægges.

Forebyggende antibiotikabehandling til personalet

Der er i medierne rejst kritik af, at personalet, der behandlede patienten fik forebyggende antibiotika, mens patienten ikke fik antibiotika.

Vi kan hertil oplyse, at patienten fik antibiotika, da man erkendte hans tilgrundliggende infektion. Efter at han havde fået antibiotika og var blevet overflyttet til Rigshospitalet, foregik der en defusing på Børnemodtagelsen på Herlev Hospital, hvor man kort gennemgik forløbet. Samtidig blev der foretaget en konkret vurdering af, hvorvidt personalet i den aktuelle situation skulle tilbydes forebyggende behandling i form af en engangsdosis Ciproxin som tablet i lighed med, hvad der tilbydes patientens familie. Vi er bekendt med, at dette ikke som standard anbefales fra styrelsens afdeling for Tilsyn og Rådgivning Øst, da de anbefalede værnemidler yder tilstrækkelig beskyttelse.

Det er imidlertid Herlev og Gentofte Hospitals opfattelse, at det i den aktuelle situation, hvor der var tvivl om, hvorvidt værnemidlerne havde været anvendt sufficient, inden meningokokdiagnosen blev erkendt, er hensigtsmæssigt at tilbyde personalet forebyggende behandling. Vi finder

også, at det ville være uhensigtsmæssigt at nægte en sådan behandling til personale, som føler sig utrygge, specielt i lyset af, at der er tale om forudgående lægefaglig vurdering.

Det følger af bl.a. Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggelse ved tilfælde af meningokoksygdom fra 2017, side 5, at den læge, der har en patient med meningitis i behandling, telefonisk skal underrette Styrelsen for Patientsikkerhed. Det fremgår endvidere, at den behandlende læge efter samråd med Styrelsen for Patientsikkerhed skal sikre sig, at antibiotikaprofylakse iværksættes. Antibiotikaprofylakse gives til personer i patientens husstand og "under særlige omstændigheder kan det være relevant at iværksætte antibiotikaprofylakse til andre personer, der har haft en tilsvarende nær kontakt med en smittet person".

Det er endvidere vores vurdering, at der under længerevarende intensiv behandling i en akutmodtagelse kan opstå situationer, hvor tvivlen om eventuel dråbesmitte må komme den ansatte til gode.

Vejledningen vedlægges.

Fremtidig brug af antibiotika til børn med hudblødninger

Det står i forløbet klart, at patientens familie, journalister og myndigheder stiller som krav, at Børne- og Ungeafdelingen fremover behandler alle børn med hudblødninger med intravenøs penicillin for at undgå et tilsvarende forløb fremover. Dette er fuldt forståeligt, men hvad der i situationen kan synes helt ukompliceret, kan på længere sigt vise sig at blive uhensigtsmæssigt.

Børn og unge kan have petekkier i en række situationer. F.eks. ved opkastninger, ved ufarlige virusinfektioner, ved Schönlein-Henochs Purpura og ved trombocytopeni.

Ukritisk behandling af alle børn med hudblødninger med penicillin i blodåren kan således medføre en væsentlig overbehandling. Indlæggelse og etablering af intravenøs penicillinbehandling er for mange børn og familier ganske traumatisk ligesom indlæggelse af ikke alvorligt syge børn kan tage kostbar tid, opmærksomhed og plads fra andre alvorligt syge børn ikke kun med meningokoksygdom.

Børne- og Ungeafdelingen er derfor bekymret ved en sådan generel udmelding og har derfor valgt at lægge beslutningen om håndtering af hudblødninger i Dansk Pædiatrisk Selskab hos specialets eksperter, hvor der aktuelt arbejdes med at udforme en landsdækkende vejledning for dette. Dette synes mest hensigtsmæssigt også i forhold til, at de

retningslinjer, der udarbejdes, vil blive landsdækkende.

Konklusion

Der blev foretaget et alvorligt lægeligt fejlskøn i Børnemodtagelsen den 4. januar 2016. Dette erkendte og beklagede afdelingen over for patientens forældre til mors-samtalen den 21. januar og i e-mail af den 22. januar 2016.

Det er Herlev og Gentofte Hospitals grundlæggende holdning at have fuld åbenhed og give indsigt i ethvert forløb inden for lovgivningens rammer også i sager, hvor der begås fejl. Dette har også været intentionen i dette forløb. Det er dog vores opfattelse, at forløbet desværre er beskrevet unuanceret i medierne.

Det er ligeledes altid vores intention at understøtte en læringskultur på hospitalet og uddrage mest mulig læring af et sådant alvorligt forløb. Dernæst er det meget væsentligt at følge op på forløbet med de pårørende, så de ikke står med uafklarede spørgsmål efterfølgende. Og endelig er det vores opgave at tage hånd om det involverede personale i efterforløbet.

Det er Hospitalsdirektionens vurdering, at der er foretaget de relevante ledelsesmæssige tiltag, som en sådan alvorlig hændelse med dødelig udgang fordrer.

I relation til åbenhed, har det i hele forløbet været intentionen at give fuld indsigt i samtlige af sagens aspekter. Oplysninger i DPSD er dog generelt undtaget reglerne om aktindsigt, og det har været Herlev og Gentofte Hospitals juridiske vurdering, at den interne mailkorrespondance omkring valg af analysemetode ligeledes har været undtaget retten til aktindsigt.

Det er i det aktuelle forløb blevet klart, at det er den personlige beretning, som en sygeplejerske har skrevet i efterforløbet, der har fremkaldt utrygheden om hvorvidt, der er givet indsigt i samtlige af sagens akter. Denne beretning, der ikke er dateret, er som nævnt først for ganske nylig kommet til afdelingsledelsens kendskab. Det er endvidere vores juridiske vurdering, at sådanne beretninger ikke er en del af patientjournalen.

I relation til læring og analyse, er der foretaget:

- Omhyggelig beskrivelse og analyse af forløbet
- Defusing umiddelbart efter forløbet

- Debriefing et par dage efter med gennemgang af hele forløbet med det relevante personale tilstede, herunder identifikation af mulige læringspunkter
- Morssamtale med forældrene mhp. at afklare forløbet og give familien mulighed for at stille spørgsmål
- Hændelsesanalyse på baggrund af ovenstående med identifikation af læringspunkter
- Implementering af læringspunkter
- Besvarelse af klagesag
- Besvarelse af tilsynssag inkl. supplerende spørgsmål

Det er vores vurdering, at forløbet blev klarlagt ved en nøje analyse, der identificerede kerneårsagerne. Det har imidlertid givet anledning til megen forvirring i offentligheden, at der ikke var tale om en regelret kerneårsagsanalyse. Denne forvirring beklages, ligesom det er vores vurdering efterfølgende, at forløbet skulle have været indberettet som en UTH umiddelbart efter forløbet. For så vidt angår de kliniske læringspunkter, henvises til ovenstående.

I relation til de pårørende, har afviklingen af morssamtalen klarlagt, at personalet skal klædes bedre på i forhold til at håndtere sådanne følelsesmæssigt vanskelige samtaler, hvor det direkte involverede personale kan blive presset, hvilket kan give udslag i uhensigtsmæssige formuleringer. Dette skal forsøges imødegået mest muligt, da hensigten med samtalen er, at afklare forløbet og give de pårørende ro til at bearbejde forløbet. Det skal i den forbindelse også overvejes, hvornår en sådan samtale skal afholdes tidsmæssigt i forhold til dødsfaldet, samt hvor længe samtalen skal vare.

I relation til det involverede personale generelt er der fulgt op på personalets oplevelser både i form af defusing og debriefing.

... Der henvises til fortroligt bilag.

Direktionen har imidlertid taget forholdet omkring personlige beretninger til efterretning og vil igangsætte en præcisering af, hvilken form og hvilket indhold en sådan indberetning skal have, og hvordan en sådan skal opbevares, samt understrege at fyldestgørende dokumentation skal ske i journalen.

For så vidt angår udlevering af forebyggende antibiotika behandling til involveret personale, finder hospitalsdirektionen at have taget relevant hånd om personalets mulige udsættelse for smitte men tager til efterretning, at styrelsen skal være informeret inden.

Klaus Lunding
Hospitalsdirektør