

# Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i specialisthelsetjenesten

Kunnskapssenteret

Juni 2015

<b>Tittel</b>	Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, direktør
<b>Forfattere</b>	Saastad, Eli, seniorforsker, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> , Flesland, Øystein, seksjonsleder, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-965-6
<b>Notat</b>	Juni – 2015
<b>Prosjektnummer</b>	9999
<b>Publikasjonstype</b>	Notat
<b>Antall sider</b>	62 inkludert referanser
<b>Oppdragsgiver</b>	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Emneord (MeSH)</b>	Medical errors; Patient safety
<b>Sitering</b>	Saastad, E., Flesland, Ø. Årsrapport 2014 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Notat 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.  Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oslo, juni 2015

---

# Innholdsfortegnelse

<b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>7</b>
<b>2. DRIFTSMESSIGE RESULTATER .....</b>	<b>8</b>
MELDINGER FRA VIRKSOMHETENE .....	8
MOTTAK OG BEHANDLING AV MELDINGER I MELDEORDNINGEN.....	13
LÆRINGSTILBAKEMELDINGER OG EKSTERN VIRKSOMHET .....	15
VARSLING TIL HELSETILSYNET.....	16
SAMARBEID MED ANDRE ORGANISASJONER .....	16
<b>3. MELDINGER 2014.....</b>	<b>17</b>
KLASSIFIKASJONSSTATUS.....	17
ALVORLIGHETSGRAD FOR SKADE PÅ PASIENT.....	17
PASIENTKARAKTERISTIKA .....	18
TIDSPUNKT FOR HENDELSENE.....	19
HENDELSESTYPER – FORDELING.....	20
PASIENTADMINISTRATIVE FORHOLD .....	21
KLINISK PROSESS/PROSEDYRE .....	25
DOKUMENTASJON .....	28
INFEKSJON.....	32
LEGEMIDLER.....	34
BLOD OG BLODPRODUKTER.....	37
ERNÆRING.....	39
MEDISINSK UTSTYR .....	41
ATFERD.....	46
PASIENTUHELL – FALL.....	49
INFRASTRUKTUR/BYGNINGER/INVENTAR.....	50
RESSURSER/ORGANISATORISK LEDELSE .....	51
OPPDAGELSE AV HENDELSER .....	52
ORGANISATORISKE KONSEKVENSER .....	53
AVSLUTTENDE KOMMENTARER TIL HENDELSER MOTTATT I 2014 .....	54

<b>4. UTVIKLING OVER TID .....</b>	<b>55</b>
ANTALL HENDELSER .....	55
ALVORLIGHETSGRAD .....	56
INNMELDINGSTIDSPUNKT FRA VIRKSOMHETENE .....	56
MELDINGSMOTTAK I MELDEORDNINGEN .....	57
<b>5. VIDERE UTVIKLING AV MELDEORDNINGEN.....</b>	<b>58</b>
HVA SKAL MELDES? .....	58
REGISTRERING AV AVDELINGSTYPE OG YRKESGRUPPE.....	58
KLASSIFIKASJON AV HENDELSER.....	58
TEKSTUTTREKK OG -ANALYSE .....	59
LÆRINGSTILBAKEMELDINGER.....	59
<b>6. AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....</b>	<b>60</b>
<b>7. REFERANSER .....</b>	<b>61</b>

---

# Sammendrag

Spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet 1. juli 2012. Hensikten med å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret var å skape et system for læring og forbedring som ikke er koblet til sanksjonsmyndighet.

Årsrapporten inneholder beskrivelser av driftsmessige resultater, oversikter over antall meldte hendelser innen de ulike hendelsestypene, alvorlighetsgrad for skade på pasient, og noen oversikter over hendelser innmeldt fra Meldeordningens oppstart i 2012. I noen eksempler finnes forslag til forbedringstiltak. Dette er tiltak slik de er beskrevet i de mottatte meldingene. Forbedringstiltak basert på systematisk litteratursøk forsøkes inkludert i læringsnotater.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldeordningen har gitt svar på mottatte enkeltmeldinger og har i 2014 publisert tre læringsnotater med følgende titler:

- Varmetiltak kan gi brannskade
- Uønskede pasienthendelser i sykehus knyttet til manglende oppfølging av prøver og undersøkelser
- Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid

## **Innmeldte hendelser**

Meldeordningen mottok 9536 meldinger i 2014; i gjennomsnitt 795 meldinger per måned. Antall meldinger sier noe om en institusjons evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser. Antall meldinger kan heller ikke brukes til å si noe om kvaliteten på forskjellige virksomheter siden antall uønskede hendelser også påvirkes av virksomhetens størrelse, type, pasientgrunnlag og behandlingsnivå.

## Oppsummering av meldinger mottatt i 2014

- Totalt var det 1057 hendelser der pasienten fikk betydelig skade (13 %) og 443 hendelser beskrev dødsfall (6 %). Av disse var det 137 selvmord. I 2713 hendelser (34%) var det ikke registrert noen skade på pasienten.
- Svikt i pasientadministrasjon var beskrevet i 1098 meldinger. Det var to hovedområder for svikt:
  - Feil ved overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar mellom avdelinger og mellom institusjoner (n=454)
  - Forsinket respons på akutsituasjoner (n=233)Et fellestrekk var at problemer vedrørende kommunikasjon, informasjonsflyt og IKT-løsninger har vært bidragende faktorer til at hendelsene skjedde.
- I 670 meldinger var det beskrevet problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter. Dette var hovedsakelig hendelser der det var:
  - Kapasitetsproblemer for å få utført klinisk undersøkelse.
  - Kapasitetsproblemer ved undersøkelsesenheter (radiologi, patologi).
  - Svikt i administrative rutiner for oppfølging av prøver og undersøkelser.
- Feil ved utførelse prosedyre, behandling og intervensjon var beskrevet i 2546 meldinger. Hovedområder for avvik:
  - Retningslinjer/prosedyrer ikke fulgt (n=1031).
  - Forsinket behandling (n=596). Mange av disse beskrev at lege ikke ble tilkalt på grunn av manglende forståelse av alvorlighetsgrad eller at lege ikke var tilgjengelig på grunn av samtidighetskonflikter.
  - Feil ved utført prosedyre (n=561). Ofte var dette hendelser der viktig pasientinformasjon ikke var tilgjengelig ved behandlingstidspunktet.
- Forbedring av dokumentasjons- og informasjonsprosesser synes å være et viktig innsatsområde for økt pasientsikkerhet. Uønskede hendelser i slike prosesser var beskrevet i 834 meldinger, men var bidragende faktor i langt flere hendelser. Kurveføring er det området med størst forbedringspotensial.
- 1569 hendelser (20 %) gjaldt legemiddelhendelser. Feil ved utdeling av legemidler forekom hyppigst (n=1091), hovedsakelig gjaldt dette at det ble gitt feil legemiddel eller det ble gitt legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens.
- 1347 hendelser (17 %) gjaldt fall; oftest fra seng eller toalett. Mange meldinger beskrev utfordringer med å kunne utføre fallforebyggende tiltak i en travel hverdag eller at fallreducerende utstyr ikke var tilgjengelig (for eksempel anti-sklimate, fallmatte og sengehest). Mange meldinger beskrev at bremsere ikke var satt på (på seng, rullestol, bære, rullator), og at dette forårsaket fallet.

Gjennom analyser av mottatte meldinger har Meldeordningen bekreftet kjente risikoområder, identifisert nye områder med risiko for uønskede pasienthendelser og avdekket risikoforhold innenfor de tilsynelatende kjente risikoområdene.

---

# 1. Introduksjon

Spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om «betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade» (1). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet 1. juli 2012. Meldeordningen for uønskede tjenester i spesialisthelsetjenesten, heretter kalt Meldeordningen, er plassert i Seksjon for meldesystemer i Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal bidra til bedre pasientsikkerhet ved å avklare årsaker til hendelser og til å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Organisering og drift av Meldeordningen ble beskrevet i Meldeordningens første årsrapport (Årsrapport 2013) (2). Det har vært få endringer av dette i 2014, og det vises til denne første årsrapporten for nærmere informasjon om slike forhold. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har SINTEF høsten 2014 utført en evaluering av Meldeordningen. Rapport fra evalueringen ble publisert i januar 2015 og omtales ikke i denne rapporten.

Årsrapporten beskriver driftsmessige resultater, oversikter over antall meldte hendelser i ulike hendelsestyper, alvorlighetsgrad for skade på pasient, og noen få oversikter over hendelser innmeldt fra Meldeordningens oppstart i 2012.

Det har skjedd uønskede hendelser i et bredt spekter av områder. Rapporten beskriver hendelsestyper som representerer utfordringer i et pasientsikkerhetsperspektiv på systemnivå. Mange hendelser er sammensatte og kan høre hjemme i flere kategorier. De valgte temaene og eksemplene representerer typiske hendelser innen de ulike kategoriene. Eksempler er markert enten ved at teksten står i anførselstegn eller i egne tekstbokser. Årsrapporten inneholder ikke kvalitetssikrede forbedringstiltak knyttet til de ulike hendelsestypene. Der slike finnes, forsøkes de inkludert i læringsnotater.

## 2. Driftsmessige resultater

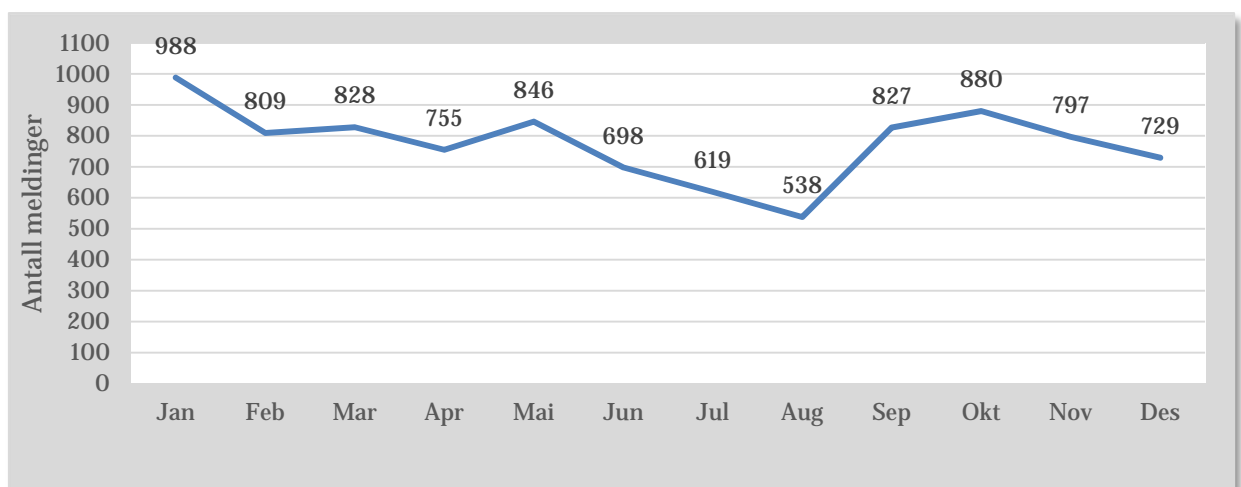
### Meldinger fra virksomhetene

#### *Antall meldinger*

Meldeordningen mottok 9536 meldinger i 2014. Dette utgjør i gjennomsnitt 795 meldinger per måned. Det var 222 meldinger som ikke ble inkludert i analysene. Dette skyldes følgende forhold:

- Melding var sendt fra virksomheter som ikke reguleres av spesialisthelsetjenesteloven, som for eksempel sykehusapotekene og spesialisenter uten døgnkontinuerlig drift (n=106).
- Melding beskrev hendelser av driftsmessig art som ikke hadde direkte sammenheng med pasientbehandlingen (n=115).
- Ni meldinger beskrev HMS-saker (denne kategorien ble innført høsten 2014, så dette antallet er ufullstendig på årsbasis).

Disse kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og i noen meldinger var det flere grunner til eksklusjon. Det gjenstod 9314 meldinger som ble inkludert. Månedsvis fordeling for når disse meldingene ble mottatt i Meldeordningen er vist i figur 1.



Figur 1. Antall meldinger om uønskede hendelser mottatt i Meldeordningen i 2014. N=9314



Som figur 1 viser, varierte antall innsendte meldinger fra måned til måned. Noe av variasjonen kan skyldes at det har vært tekniske problemer i innsendingsprosessen, og at mange meldinger først ble sendt inn når IKT-problemene har blitt løst. Færre meldinger om sommeren kan skyldes blant annet lavere elektiv aktivitet.

Det er ukjent hvor mange pasientskader som skjer i spesialisthelsetjenesten. Målt ved systematisk journalgranskning med Global Trigger Tool-metoden (GTT) er det påvist at det oppstod minst en pasientskade ved 13 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2013 (3, 4). Ikke alle disse skadene er meldepliktige, men ut fra disse målingene kan det antas at det fortsatt er en betydelig underrapportering av uønskede pasienthendelser også til Meldeordningen.

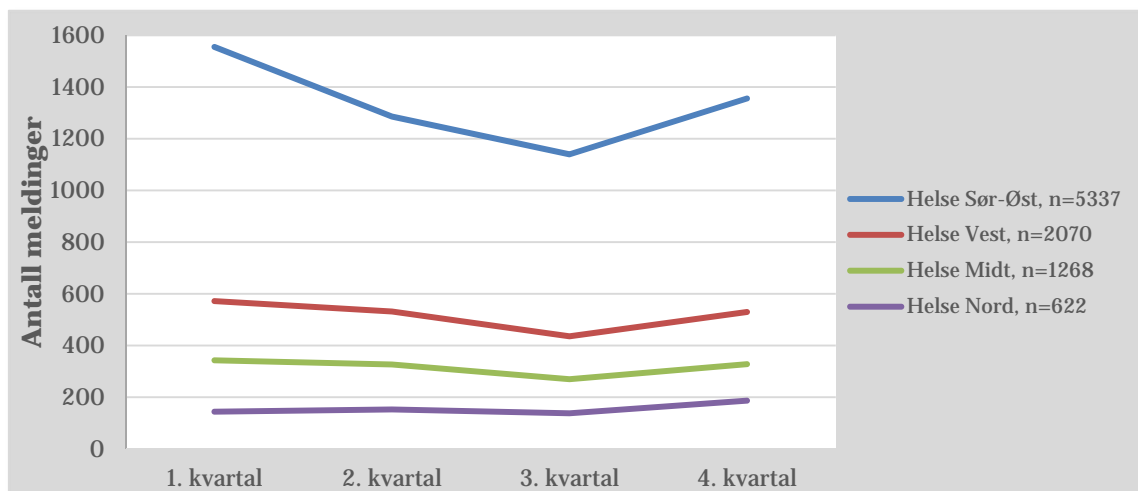
### ***Elektroniske løsninger for innsending og informasjonsflyt***

Innmelding av hendelser kan kun skje elektronisk. Som hovedregel skal melding sendes fra virksomhetenes elektroniske avvikssystem til Kunnskapssenteret via Norsk Helsenett (integreert løsning). I tillegg har det vært mulig å sende melding via et nettbasert skjema der meldingene leveres kryptert til samme mottak som meldingene fra avvikssystemene (web-løsning). Fra desember 2014 har alle meldepliktige virksomheter vært etablert med integreert løsning for meldingsinnsending og informasjonsflyt.

### ***Meldepliktige virksomheter***

Alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, har plikt til å sende melding om betydelig skade og nesten-uhell til Kunnskapssenteret (1). Meldeordningen har mottatt meldinger fra 50 ulike virksomheter.

Antall meldinger fra virksomhetene varierer fra én til 1204 meldinger og fordelt seg mellom de regionale foretakene som vist i figur 2. De private virksomhetene er her inkludert i den helseregionen de har avtale med. Sytten meldinger kom fra private virksomheter som ikke har avtale med et regionalt foretak. Disse er ikke inkludert i figur 2.



Figur 2: Kvartalsvis fordeling av innkomne meldinger fra de regionale helseforetak. N=9297

Antall meldinger sier noe om en institusjons evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser. Antall meldinger kan ikke brukes til å si noe om kvaliteten på forskjellige virksomheter siden antall uønskede hendelser også påvirkes av virksomhetens størrelse, type, pasientgrunnlag og behandlingsnivå. Hensikten med Meldeordningen er læring, ikke telling og måling.

Oversikt over meldinger fra de ulike meldepliktige virksomheter er vist i tabell 1.

Tabell 1: Innsending av meldinger fra meldepliktige virksomheter. N=9314

Virksomhet	Antall	Prosent totalt
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	<b>4824</b>	<b>51,8</b>
Akershus universitetssykehus HF	231	2,5
Oslo universitetssykehus HF	1204	12,9
Sunnaas sykehus HF	7	0,1
Sykehuset i Vestfold HF	380	4,1
Sykehuset Innlandet HF	318	3,4
Sykehuset Telemark HF	626	6,7
Sykehuset Østfold HF	154	1,7
Sørlandet sykehus HF	889	9,5
Vestre Viken HF	1015	10,9
<b>Helse Vest RHF</b>	<b>1967</b>	<b>21,1</b>
Helse Stavanger HF	568	6,1
Helse Fonna HF	264	2,8
Helse Bergen HF	956	10,3
Helse Førde HF	179	1,9
<b>Helse Midt RHF</b>	<b>1268</b>	<b>13,6</b>
Helse Møre og Romsdal HF	373	4,0
St. Olavs hospital HF	729	7,8
Helse Nord-Trøndelag	166	1,8
<b>Helse Nord RHF</b>	<b>617</b>	<b>6,6</b>
Helse Nord RHF (HF ikke spesifisert)	106	1,1
Helgelandssykehuset HF	14	0,2
Nordlandssykehuset HF	226	2,4
Finnmarkssykehuset HF	51	0,5
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	220	2,4
<b>Andre virksomheter – private, ideelle og andre</b>		
Diakonhjemmet Sykehus	215	2,3
Haraldsplass Diakonale Sykehus	100	1,1
Lovisenberg Diakonale Sykehus	243	2,6
Martina Hansens Hospital	31	0,3
Volvat Medisinske Senter	14	0,2
Virksomheter som har sendt fem eller færre meldinger	35	0,3
<b>Total</b>	<b>9314</b>	<b>100,0</b>

## **Meldingsbehandling i virksomhetene**

Spesialisthelsetjenesteloven definerer at det er virksomhetene som er ansvarlig for at melding om uønskede pasienthendelser blir sendt (1). Dette har medført at innmelding skjer på ulike måter; enten ved at meldingen går direkte fra primærmelder (ved virksomhetene) til Meldeordningen, eller ved at primærmelders leder eller kvalitetsavdeling vurderer hvorvidt meldingen skal sendes eller ikke. Tilsvarende varierer det hvordan tilbakemeldinger fra Meldeordningen behandles internt i virksomhetene. Som hovedregel vil tilbakemelding om enkelthendelser knyttes til saken i virksomhetens avvikssystem slik at den blir tilgjengelig for melder og andre med tilgang til saken.

Siden informasjon hentes fra virksomhetens avvikssystem, vil en del informasjon komme til Meldeordningen i en ikke-standardisert form fordi hver virksomhet har kategorisert forskjellig. Dette gjelder blant annet melderens yrkesgruppe og melderens avdelingstilhørighet.

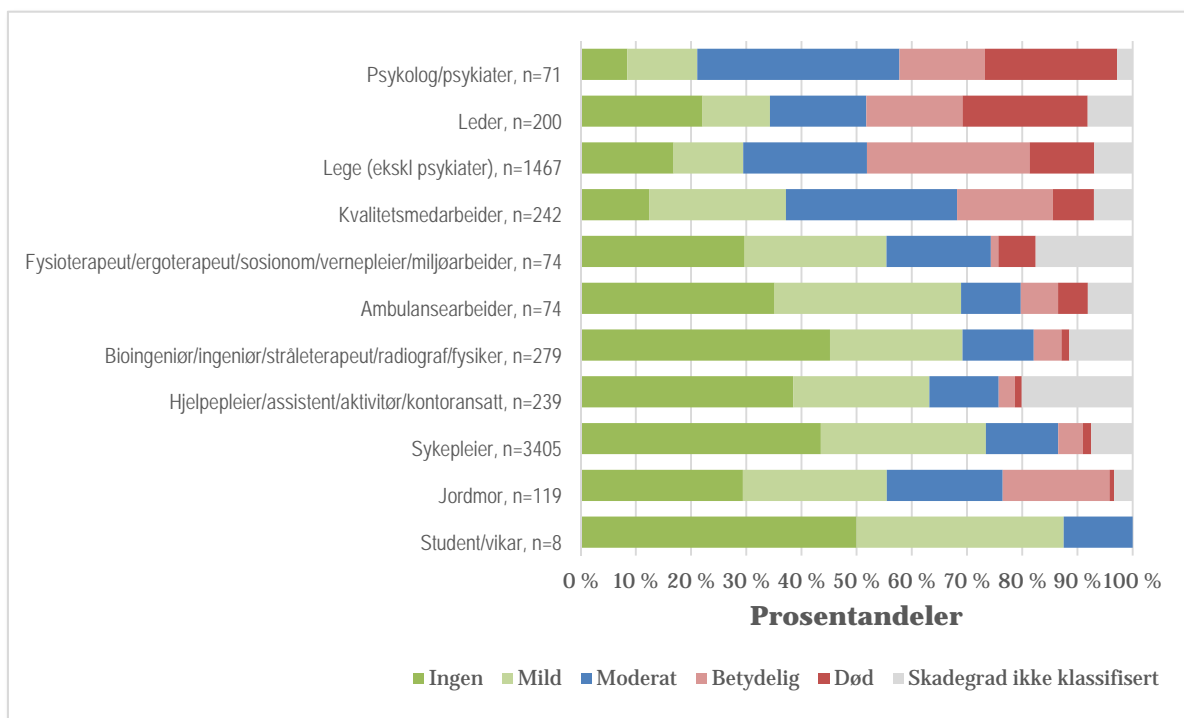
Meldinger er sendt av 28 ulike yrkesgrupper. Blant de 6944 meldingene der meldingsavsenders rolle/yrke var angitt (75 %), fordelte dette seg som vist i tabell 2.

*Tabell 2: Innsending av meldinger fra ulike yrkesgrupper. N=6944*

<b>Yrkesgruppe</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Sykepleier	3725	53,7
Lege (ekskl. psykiater)	1668	24,0
Kvalitetsmedarbeider (kan være fra ulike yrkesgrupper)	283	4,1
Leder (kan være fra ulike yrkesgrupper)	200	2,9
Hjelpepleier/assistent/aktivitør	191	2,7
Jordmor	139	2,0
Bioingeniør/ingeniør	116	1,7
Ambulansearbeider/paramedic	95	1,4
Radiograf	94	1,4
Vernepleier	87	1,3
Sekretær	86	1,2
Psykolog/psykiater	78	1,1
Miljøterapeut	29	0,4
Sosionom	23	0,3
Fysioterapeut	20	0,3
Stråleterapeut/medisinsk fysiker	16	0,2
Student	9	0,1
Ergoterapeut	7	0,1
Forsker	7	0,1
Farmasøyt	3	0
Logoped	2	0
Verneombud	1	0
Annet	65	0,9
Totalt	6944	100

Som tabell 2 viser, var 78 prosent av meldingene sendt av sykepleier eller lege.

Figur 3 illustrerer ulikheter mellom yrkesgruppene i alvorlighetsgrad på de innsendte meldingene blant de hendelsene som er klassifisert<sup>1</sup>. Noen av yrkeskategoriene med få mottatte meldinger er slått sammen i relevante grupper. Figuren inkluderer kun hendelser der yrkeskategori er kjent og hendelsen er klassifisert av Meldeordningens saksbehandlere, totalt 6150 hendelser.



Figur 3: Innsending av meldinger fra ulike yrkesgrupper og hendelsens alvorlighetsgrad. N=6150

Andelen alvorlige hendelser er størst blant meldinger sendt fra psykologer/psykiatere og ledere.

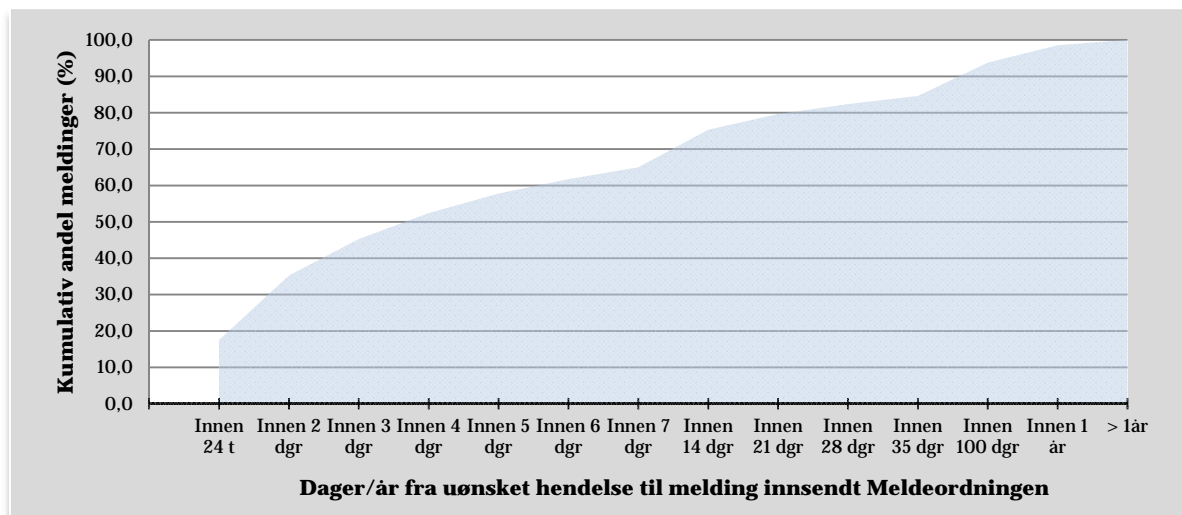
### ***Innsendingstidspunkt i forhold til hendelsestidspunkt***

I henhold til § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven har institusjon som faller inn under denne loven plikt til å sende melding til Kunnskapscenteret innen 24 timer (1). Meldeordningen har ikke opplysninger om tidspunkt for når hendelsen ble oppdaget, bare om tidspunkt for hendelsen. Noen hendelser oppdages nødvendigvis først på et senere tidspunkt enn da hendelsen fant sted.

Fra tidspunktet for en uønsket hendelse til melding om hendelsen ble mottatt i Meldeordningen var median tid 3,6 dager. 18 prosent av meldingene ble sendt inn innen 24

<sup>1</sup> Beskrivelse av klassifisering av alvorlighetsgrad finnes på side 15

timer, og 45 prosent ble sendt i løpet av de første tre dagene etter hendelsen. Dette synes å være i overensstemmelse med forventninger til virksomhetens meldeplikt. Gruppert fordeling over tid fra hendelser skjedde til innsending av melding er vist i figur 4. Dato for hendelse manglet i elleve meldinger.



Figur 4: Andel meldinger innsendt innen ulike tidsintervaller. N=9303

Innsendingstidspunkt påvirkes blant annet av lokale løsninger for innsending, som beskrevet i forrige kapittel. Når hendelser meldes til Meldeordningen *via* primærmelders leder eller kvalitetsmedarbeider, medfører det forlenget tid fra hendelsestidspunkt til innmelding. Manglende integrasjon mellom virksomhetenes avvikssystem og Meldeordningen vil også bidra til forsinkelse i innsendingsprosessen, siden innmelding da medfører manuelle prosesser i tillegg til internt avvikssystem.<sup>2</sup>

Til sammen 134 meldinger (1,4 %) ble mottatt over ett år etter at hendelsen skjedde. Dette var i hovedsak meldinger som omhandler mangelfull diagnostikk eller problem med ventelister som har medført at pasient ikke har fått oppfølging til riktig tid.

---

## Mottak og behandling av meldinger i Meldeordningen

---

Innkomne meldinger behandles i flere delprosesser; 1) førstegangs gjennomlesning og fordeling til saksbehandler, 2) vurdering og klassifikasjon ved saksbehandler, 3) tilbakemelding/svar til virksomhetene og 4) analyse av aggregerte data. Dette er beskrevet nærmere i Årsrapport 2013 (2). Som beskrevet der, har saksbehandler i Meldeordningen muligheter for å innhente mer utfyllende opplysninger for å forstå hendelsen ved å sende en

<sup>2</sup> Informasjon fra kvalitetsmedarbeidere ved virksomhetene

*etterspøringsmelding.* Dette er basert på forutsetninger i en proposisjon til Stortinget – Prop. L91 (2010-2011) – om at meldepliktige institusjoner skal gi tilleggsopplysninger til Kunnskapscenteret (5). Etterspøringsmeldinger har i svært liten grad blitt besvart av virksomhetene. Dette kan skyldes at det har vært uklarheter om at helsepersonell er pliktig å gi supplerende opplysninger ved behov, eller at tekniske løsninger medfører at saksbehandlers spørsmål i liten grad når fram til den som har meldt hendelsen. Bedre tekniske løsninger på dette er under utvikling.

### ***Klassifisering***

Alle meldinger skal klassifiseres og lagres i databasen som utgangspunkt for aggregerte analyser og faglige tilbakemeldinger i form av blant annet læringsnotater og presentasjoner/foredrag. Hendelsene klassifiseres av Meldeordningens saksbehandlere etter rammeverket fra WHO (Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety), heretter kalt WHO-klassifikasjonen (6). I 2014 har Meldeordningen brukt en forenklet versjon av WHO-klassifikasjonen, som beskrevet i Årsrapport 2013 (2). Kategoriene presenteres i rapportens del 2 og 3. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende.

Meldeordningens behov for forenkling er sammenfallende med internasjonale erfaringer; ingen land bruker WHO-klassifikasjonen i full versjon. Det er også framkommet et behov for og ønske om at klassifikasjonen standardiseres nasjonalt og internasjonalt. Den 3.10.2013 gav Helse- og omsorgsdepartementet Kunnskapscenteret i oppdrag å utarbeide et forslag til felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede hendelser. Dette arbeidet startet i desember 2013. En statusrapport ble sendt til Helse- og omsorgsdepartementet 30.4.2014 (7). Det har vært holdt ti heldagsmøter i prosjektets arbeidsgruppe i 2014. Dette har resultert i et utkast til et forenklet klassifikasjonssystem som er sendt til høring blant relevante aktører i januar 2015.

Meldeordningen deltar i WHO-prosjektet *Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning*. Norge er ett av åtte pilotland i dette arbeidet.

### ***Hendelsens alvorlighetsgrad for skade på pasient***

Lovteksten som regulerer Meldeordningen definerer at meldeplikten gjelder «uønskede hendelser som har ført til betydelig personskade eller som kunne ført til betydelig personskade» (1). Alvorlighetsgrad for skade på pasient klassifiseres etter WHO-klassifikasjonen i fem kategorier: *None*, *Mild*, *Moderate*, *Severe* og *Death*. Disse er oversatt til norsk og definert som beskrevet i tabell 3. Ved klassifisering av alvorlighetsgrad skal det ligge til grunn at skadens omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner skal være knyttet

til den uønskede hendelsen. Det vil alltid være et aspekt av skjønn involvert i denne klassifiseringen.

Tabell 3. Kategorier og definisjoner av alvorlighetsgrad av skade på pasient

Alvorlighetsgrad	Definisjon av skade
Ingen	Ingen observerbar skade på pasient/nesten-uhell
Mild	Forbigående negativ helseeffekt/skade som ikke krever omfattende behandling
Moderat	Skade som krever omfattende behandlingstiltak
Betydelig	Skade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet/skader som medfører reoperasjon eller overflytning til intensiv overvåkning, forlenget sykehusopphold eller varig funksjonstap
Død	Død

Det ble ikke gjort endringer i tekst/begreper som beskriver hva som er meldepliktig ved overgang til ny meldeordning. Kategoriene «betydelig» og «død» i WHO-klassifikasjonen vurderes å ha samme meningsinnhold som Helsetilsynets kategorier: «betydelig personskade» og «forhold som kunne ha ført til betydelig personskade» (8). Resultater fra gammel og ny ordning når det gjelder alvorlighetsgrad er derfor sammenlignbare.

---

## Læringstilbakemeldinger og ekstern virksomhet

---

Analyse av aggregerte data skal blant annet danne utgangspunkt for faglige tilbakemeldinger i form av for eksempel læringsnotater og eksterne presentasjoner.

### **Læringsnotater**

En av Meldeordningens hovedoppgaver er å publisere læringsinformasjon til bruk på lokalt og nasjonalt nivå, som for eksempel læringsnotater og årsrapporter. Meldeordningen har publisert tre læringsnotater i 2014:

- Varmetiltak kan gi brannskade (9)
- Uønskede pasienthendelser i sykehus knyttet til manglende oppfølging av prøver og undersøkelser (10)
- Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid (11)

Tilbakemeldinger fra virksomhetene tyder på at læringsnotatene har blitt godt mottatt. Publikasjon av læringsnotater vil være et prioritert område.

## ***Undervisning og kurs***

Meldeordningen har som mål å drive undervisning, opplyse om alle deler av Meldeordningen og påpeke læringspotensial som identifiseres gjennom mottatte meldinger om uønskede hendelser. Dette omfatter både gjennomføring av undervisningsoppdrag og bidrag til å avdekke behov for opplæring. Meldeordningen har blant annet arrangert to todagers kurs i *Pasientsikkerhet og årsaksanalyse* og ett todagers kurs i *Når skaden har skjedd – kommunikasjonstrening for ledere*. Ansatte har hatt undervisning og foredrag nasjonalt og internasjonalt, inklusive undervisning av studenter i medisin, helseledelse og sykepleie. Meldeordningen er medarrangør av den årlige pasientsikkerhetskonferansen.

---

## **Varsling til Helsetilsynet**

---

Ved mistanke om alvorlig systemsvikt som utgjør stor fare for at pasienter vil bli påført betydelig skade i fremtiden, skal Meldeordningen varsle Statens helsetilsyn etter bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 femte ledd (1). Meldinger til Meldeordningen kan likevel ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd (12).

Meldeordningen identifiserer regelmessig både enkeltmeldinger og samlinger av meldinger som diskuteres internt med tanke på om Helsetilsynet skal varsles. I konkrete hendelser har det vært telefonisk kontakt mellom Meldeordningen og Helsetilsynet, men det ble ikke funnet grunn til å sende noen varsler i 2014. Meldeordningen har god og jevnlig dialog med Helsetilsynet der prinsipielle spørsmål drøftes.

---

## **Samarbeid med andre organisasjoner**

---

Meldeordningen har hatt samarbeidsmøter med en rekke organisasjoner og etater, som for eksempel Norsk pasientskadeerstatning, Statens helsetilsyn, Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, Statens legemiddelverk, Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) og Legemiddelindustrien. I tillegg samarbeider Meldeordningen med Helsedirektoratet om nasjonale faglige retningslinjer og Pasientsikkerhetsprogrammet.

Internasjonalt samarbeider vi med WHO og EU i prosjektet *Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning* i forbindelse med videreutvikling av klassifikasjonssystemet.



## 3. Meldinger 2014

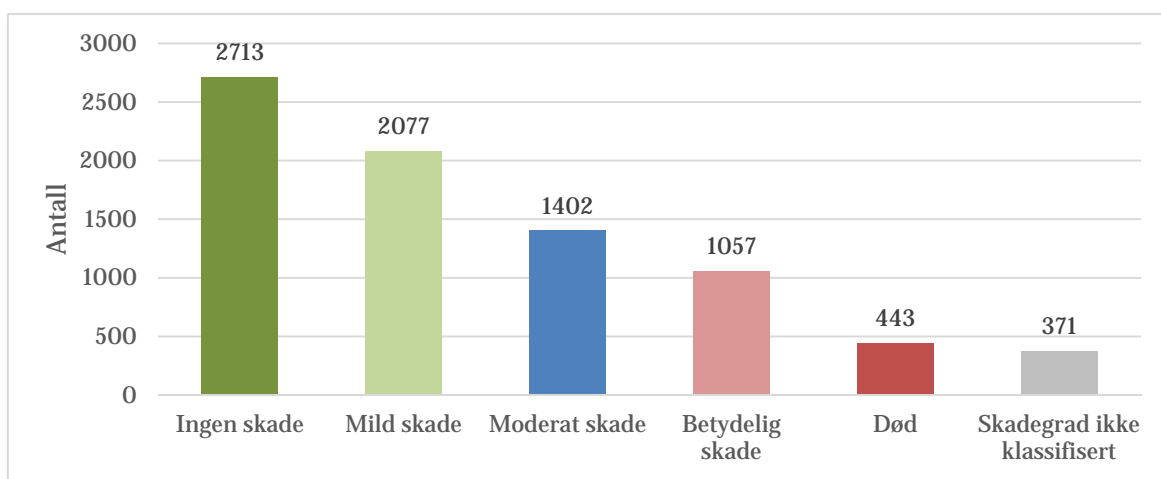
### Klassifikasjonsstatus

Som beskrevet i kapittel 2, var det 9314 hendelser som var inkludert i analyse av driftsmessige resultater. I de videre analyser av hendelsestyper og forhold rundt disse er kun de klassifiserte hendelsene inkludert; totalt 8063 hendelser. Det er altså 1251 hendelser som ikke har blitt klassifisert i Meldeordningen. Dette skyldes følgende forhold:

- Hendelser var ikke mulig å klassifisere på grunn av sparsomt med opplysninger i meldingen (n=318).
- Hendelser har ikke blitt klassifisert på grunn av kapasitetsutfordringer i Meldeordningen (n=933).

### Alvorlighetsgrad for skade på pasient

Figur 5 viser fordeling av alvorlighetsgrad for skade på pasient. Av disse er 371 hendelser (5 %) ikke klassifisert med hensyn til alvorlighetsgrad. Dette skyldes at skadegrad ikke var mulig å klassifisere på grunn av for lite opplysninger i meldingen fra virksomheten eller at skadens omfang ikke var kjent ved innmeldingstidspunkt.



Figur 5: Alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=8063

Som figur 5 viser, var 1500 hendelser (19 % av de klassifiserte hendelsene) assosiert med betydelig personskade eller død.

Meldeplikten gjelder for hendelser som har medført eller kunne ha medført betydelig personskade. Alle innmeldte hendelser er derfor potensielt alvorlige, og alle er like viktige i et læringsperspektiv. Meldeordningen har som mål å analysere hendelsene for å finne tiltak som kan forebygge at tilsvarende hendelser skjer på nytt, samt å bidra til å spre kunnskap om dette. Dette gjøres i læringsnotatene.

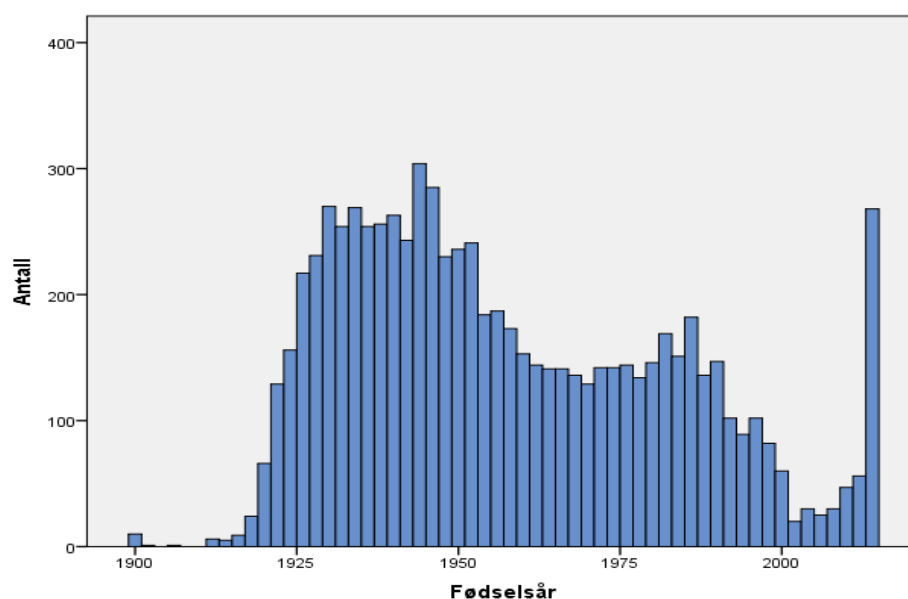
---

## Pasientkarakteristika

---

Pasientens kjønn var opplyst i 7664 meldingene. Av disse var det 51 prosent kvinner og 49 prosent menn.

Fordeling over pasientenes fødselsår er vist i figur 6.



Figur 6. Fordeling over pasienters fødselsår. N=7752

For hendelser i forbindelse med fødsel har fødselsår blitt registrert upresist i de innsendte meldingene ved at det i noen meldinger er registrert med mors fødselsår selv om hendelsen gjaldt barnet. Det er barnets fødselsår som skal registreres dersom hendelsen gjelder barnet, og morens fødselsår dersom hendelsen gjelder mor. Dette må tydeliggjøres for de aktuelle virksomhetene. I 311 meldinger (4 %) manglet opplysninger om pasientens alder.

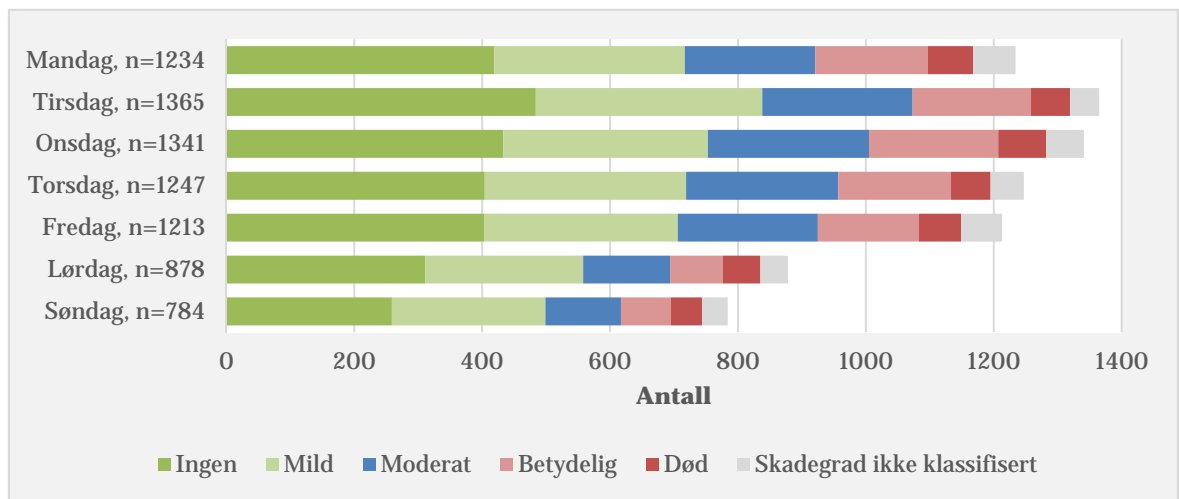
---

## Tidspunkt for hendelsene

---

### ***Ukedager***

Ukedag for når hendelsene skjedde, fordeler seg som vist i figur 7. Hendelsesdag manglet i én av meldingene.



Figur 7. Fordeling over ukedager når de innmeldte hendelsene har skjedd og hendelsens alvorlighetsgrad for pasient. N=8062

Antall uønskede hendelser påvirkes i stor grad av aktivitetsnivået i virksomheten. Det er derfor logisk at antall uønskede hendelser var lavere i helger enn på ukedagene. Siden antall meldinger ikke antas å være representativt for antall hendelser som forekommer, har vi ikke relatert antall hendelser til antall pasientopphold, liggedager i sykehus eller annet for å se på forholdet mellom meldingene og faktiske pasientbehandlinger.

Det er ikke stor variasjon mellom ukedagene når det gjelder antall meldinger eller alvorlighetsgrad. Tilbakemelding fra kvalitetsmedarbeidere og helsepersonell forteller imidlertid at det muligens ikke meldes når det er svært travelt, slik at vi ikke kan konkludere noe om faktiske uønskede hendelser og ukedagsvariasjon.

### ***Klokkeslett***

I 2013 ble en stor andel av hendelsene rapportert å ha skjedd mellom klokka 21 og 23. Det er ikke mulig å si noe om dette i data fra 2014, da klokkeslett var opplyst i kun 21 prosent av meldingene.

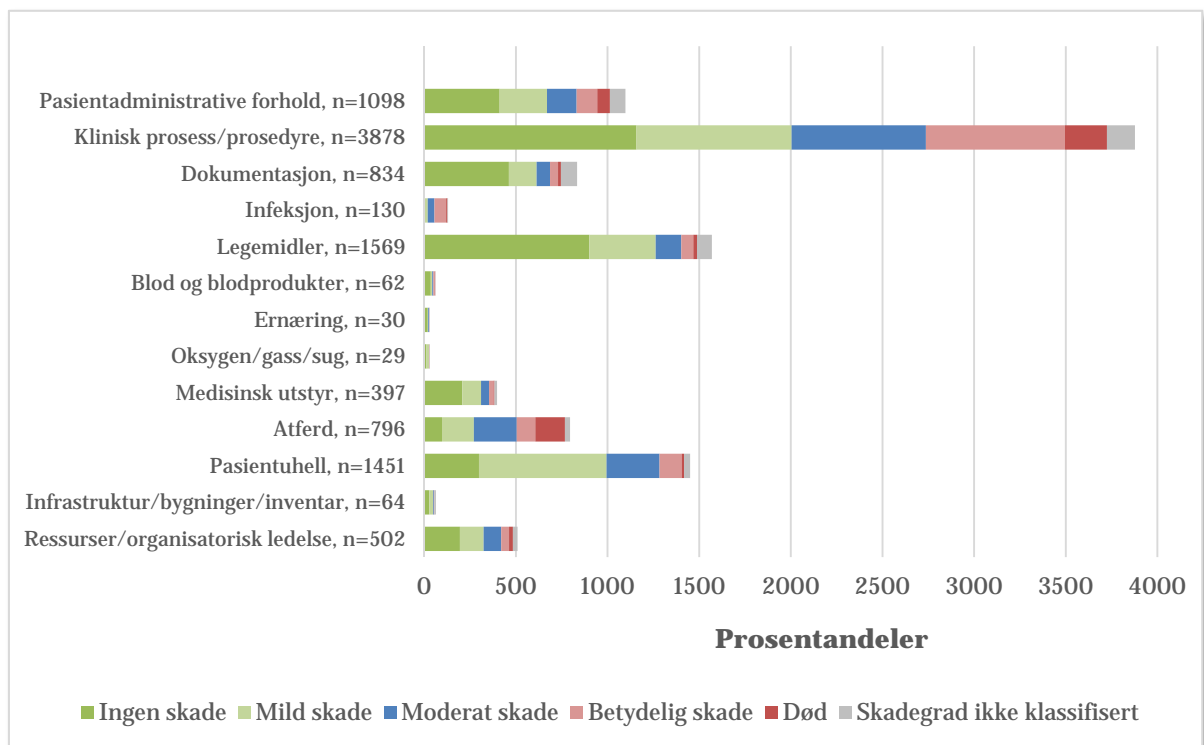
---

## Hendelsestyper – fordeling

---

Hendelsene som har blitt klassifisert etter systemene som er beskrevet på side 14, fordelte seg i ulike hendelsestyper som vist i figur 8.

Hendelsene er i gjennomsnitt klassifisert i 1,3 hendelsestyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.



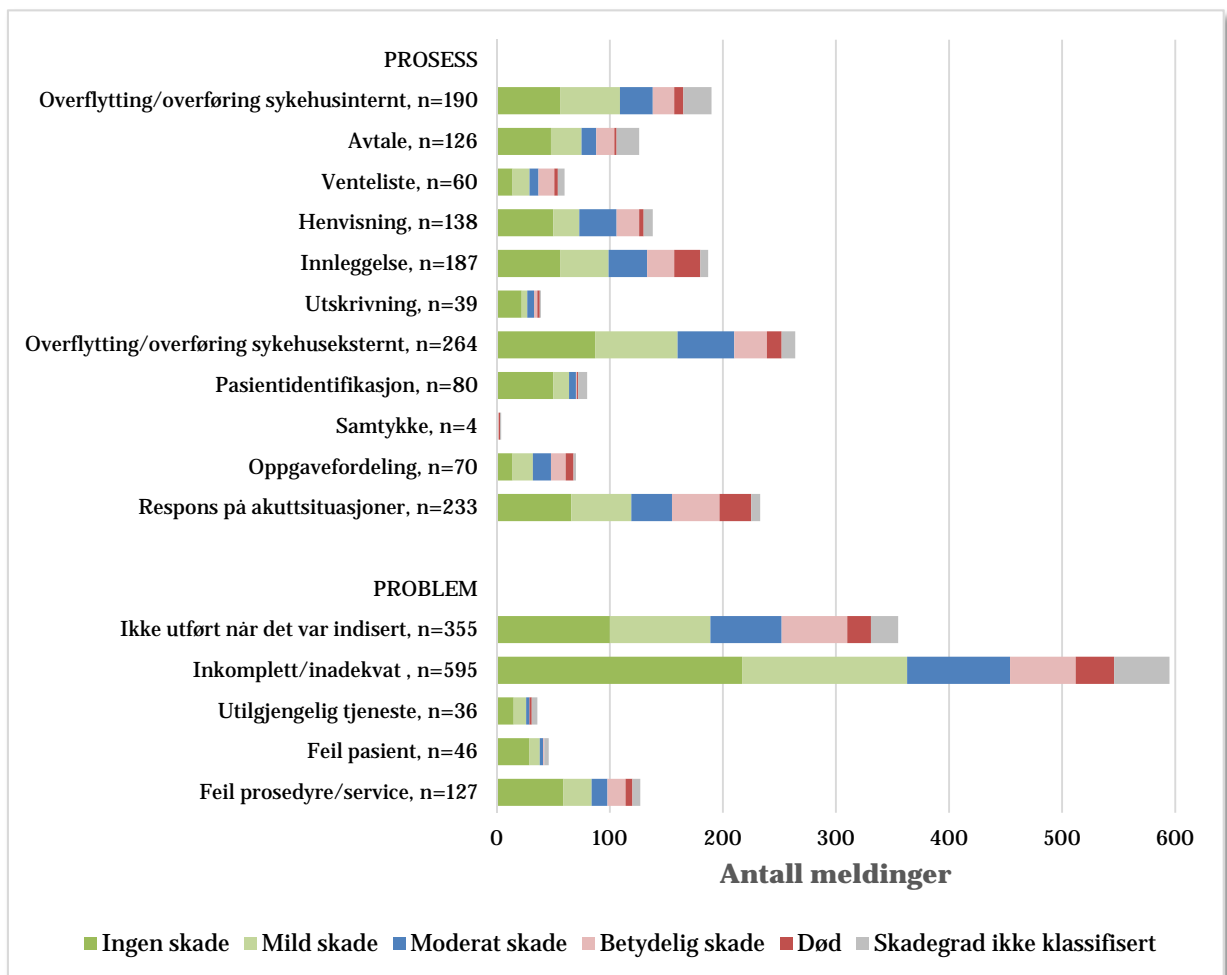
Figur 8: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i de ulike hendelsestypene. N=8063

Som figur 8 viser, var hendelser relatert til *Kliniske prosesser* hyppigst forekommende, deretter følger kategoriene *Legemidler* og *Pasientuhell*. *Pasientadministrative forhold* er også en hyppig forekommende kategori.

I det følgende presenteres mer informasjon om underkategoriene i de enkelte hendelsestypene.

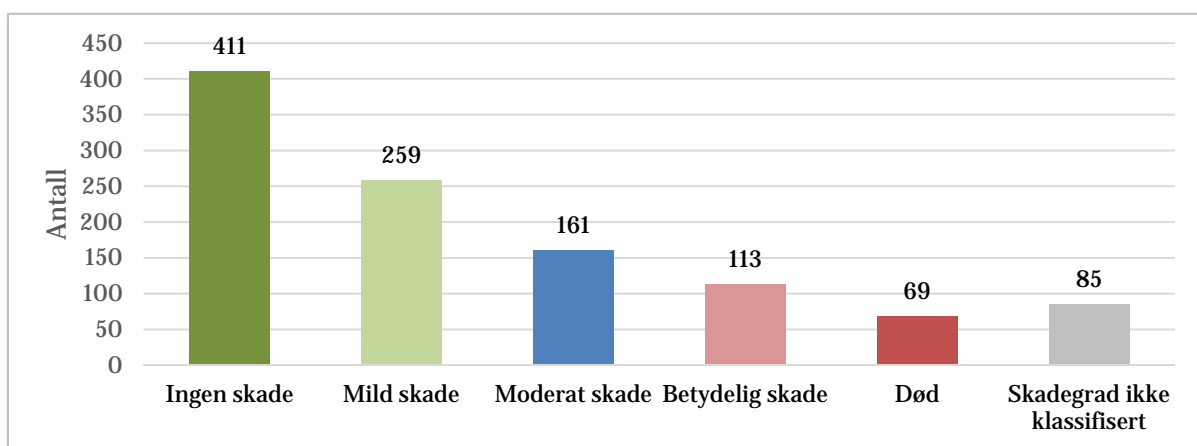
## Pasientadministrative forhold

Hendelser som omhandlet pasientadministrative forhold utgjorde 14 prosent av de klassifiserte hendelsene (n=1098). Denne kategorien er inndelt i elleve prosesskategorier og fem problemkategorier. Underkategoriene og alvorlighetsgrad er vist i figur 9.



Figur 9: Hendelser om pasientadministrative forhold og alvorlighetsgrad for pasient. N=1098

I 182 hendelser i denne kategorien ble skade på pasient vurdert til betydelig eller medførte død (figur 10).



Figur 10: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien Pasientadministrasjon. N=1098

Hyppige forekommende problemområder var prosesser knyttet til overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar og respons på akuttsituasjoner. Dette blir eksemplifisert under.

### ***Overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar***

I 454 meldinger var det beskrevet uønskede hendelser i tilknytning til innleggelse på sykehus eller ved flytting av pasienter internt på sykehus. Problemer med samhandling i alle ledd i helsetjenesten var beskrevet i disse meldingene, men det gjaldt særlig forsinkelser ved henvisninger av pasienter til- fra fastlege/lokalsykehus til spesialsykehus og svikt i oppfølging av tester og undersøkelser. Dette var problemer i forbindelse med:

- **Ventelister:** Mangel på kvalitetssikrede prosesser for oppfølging av pasienter på venteliste har medført at pasienter faller ut av ventelister. Diagnostikk og behandling har blitt opptil flere år forsinket.
- **Henvisning fra lokalsykehus eller fastlege til spesialistsykehus:** Henvisninger har ikke blitt sendt fra lokalsykehus eller fastlege til sykehus. Noen pasientadministrative systemer krever at brukerne selv markerer eksterne mottagere fordi det ikke er automatisert at aktuelle sykehus automatisk legges som mottaker av henvisningsnotater.
- **Mottak av henvisninger:** Kreftutredning har blitt forsinket i opptil flere år på grunn av at sykehusets vurderingsbrev ikke har kommet fram til fastlege eller lokalsykehus. I mange meldinger er dette beskrevet at det mangler interne rutiner for kvalitetssikring av mottak av eksterne brev/svar.
- **Vurdering av prøver og undersøkelssvar:** Etablerte systemer for gjennomgang av radiologiske undersøkelser har sviktet ved at dato-baserte inklusjonslister ikke har inkludert alle pasientene. Undersøkelser utført på enkelte datoer har ikke blitt vurdert. Kreftdiagnostikk har blitt forsinket, også her opptil flere år.

- **Oppfølging av pasienter i flyt mellom avdelinger/poster:**  
Kommunikasjonssvikt og manglende tydeliggjøring av ansvar for pasienter i forbindelse med spesialundersøkelser og overflytting mellom avdelinger/poster var beskrevet i mange meldinger. Dette gjaldt ofte pasienter som blir liggende uten tilsyn uten muligheter til å tilkalle hjelp, for eksempel etter at en undersøkelse er avsluttet eller når pasienter overflyttes til avdelinger/poster.
- **Systemer for gradert oppfølging av elektroniske henvisninger:**  
Datatekniske løsninger synes å være en stor utfordring når det er påkrevet med mange ulike undersøkelser. Nedenstående eksempel viser dette, der hjerte- medisinske undersøkelser av en alvorlig kreftsyk pasient ble forsinket. To problemer var beskrevet; 1) henvisning ble liggende uten vurdering på grunn av mangel på personale, og 2) pasientens trinnvise utredning ble ikke gjennomført i tråd med klinisk vurdering av hastegrad.

Det mest alvorlige avviket i denne saken ligger i at nukleærmedisinsk avdeling tilsynelatende ikke har rutiner for å vurdere hastegrad av henvisninger fortløpende. En får inntrykk av at henvisninger blir liggende på ubestemt tid pga mangel på personale – uten at det blir gitt tilbakemelding til henvisende instans om dette. Henvisende kliniker må kunne forutsette at en avdeling som tilbyr utredning med myocardscintigrafi har et system for å vurdere hastegrad av henvisninger, og at dette gjøres fortløpende slik at henvisninger som haster eventuelt kan videresendes til annen avdeling. Forløpet avdekker også en alvorlig systemsvikt i organiseringen av trinnvis hjertemedisinsk utredning ved medisinsk poliklinikk, hvor ventetiden mellom hver undersøkelse kan ta uker eller måneder. Den samlede utredningstiden blir for lang på tross av at pasienten ble innkalt relativt raskt for første vurdering ved medisinsk avdeling. Man bør søke å organisere hjertemedisinsk utredning på en slik måte at trinnvis utredning skjer i en tidsmessig sammenheng slik at man unngår å komme «bakerst i køen» for hver nye undersøkelse som skal gjøres.

Disse situasjonene viser at sikkerheten for pasientene er truet både i prosesser fra henvisende instans, ved mottak av henvisninger ved spesialistsykehus og ved oppfølging av tester og undersøkelser på ulike nivåer. Pasientadministrative systemer synes ikke å ha tilstrekkelige kvalitetssikrede rutiner slik at svikt oppdages.

### ***Respons på akuttsituasjoner***

Blant de 233 hendelsene som dreide seg om respons på akuttsituasjoner, var det 28 dødsfall og 42 hendelser med betydelig skade på pasient. Disse hendelsene var komplekse og kompliserte og omhandlet ofte mange aspekter, som kommunikasjon, koordinering, samarbeid og datatekniske løsninger. Noen sentrale områder der pasientsikkerheten synes å være truet:

- **Informasjon på tvers av organisatoriske enheter.** Samhandling og informasjonsutveksling syntes å være et generelt problem, men særlig mellom psykiatriske og somatiske avdelinger. Feilbehandling har skjedd fordi det var svært begrenset informasjon fra psykiatrisk avdeling til behandlende somatisk avdeling.
- **Kommunikasjon mellom traumeteam og mottakende avdeling.** Mangel på teamleder i traumemottaket og dårlig kommunikasjon mellom teamet og mottakende avdeling har bidratt til diskontinuitet i behandlingen, for eksempel at legemidler blir ikke gitt og viktig observasjon og behandling ikke blitt fulgt opp.
- **Beredskap ved svikt i pasientadministrative systemer og telefonnett.** Brudd i disse systemene har bidratt til forsinkelser i nød-kirurgiske inngrep og for eksempel mangel på muligheter til å sjekke pasientidentitet med fare for at inngrep ble gjort på feil pasient.
- **Vurdering av øyeblikkelig hjelp-henvisninger:** Noen hendelser beskrev manglende rutiner for hvordan øyeblikkelig hjelp-henvisninger skal håndteres eller manglende vilje hos sykehusleger til å vurdere øyeblikkelig hjelp-henvisninger fra fastleger, med permanente skader som konsekvens for pasienter.
- **Tydligere prioritering av akuttpasienter** – mangel på tydelige prosedyrer ved akutte og dårlige pasienter med uklar diagnostikk og muligens flere diagnoser. En del meldinger beskrev situasjoner der ambulansetjenesten med svært dårlige pasienter blir dirigert mellom sykehusene fordi funksjonsfordeling tilsier at enkelte diagnoser skal behandles på bestemte sykehus (for eksempel at hjertestans-pasienter skal mottas ved ett sykehus og hjerneblødning-pasienter ved et annet). I noen av disse meldingene beskrives det som et stort problem at klinikerne som står nær pasienten blir overprøvd av tredje-part som ikke er involvert i pasienten. I en annen melding var det beskrevet: «Det er ytterst uheldig når pasienter omdirigeres i systemet av «ikke-involverte parter»». Vi MÅ ha en mer direkte vei og koordinering av disse pasientene».

Et fellestrekk ved mange av disse hendelsene er at problemer vedrørende kommunikasjon, informasjonsflyt og IKT-løsninger har vært bidragende faktorer til at hendelsene skjedde.

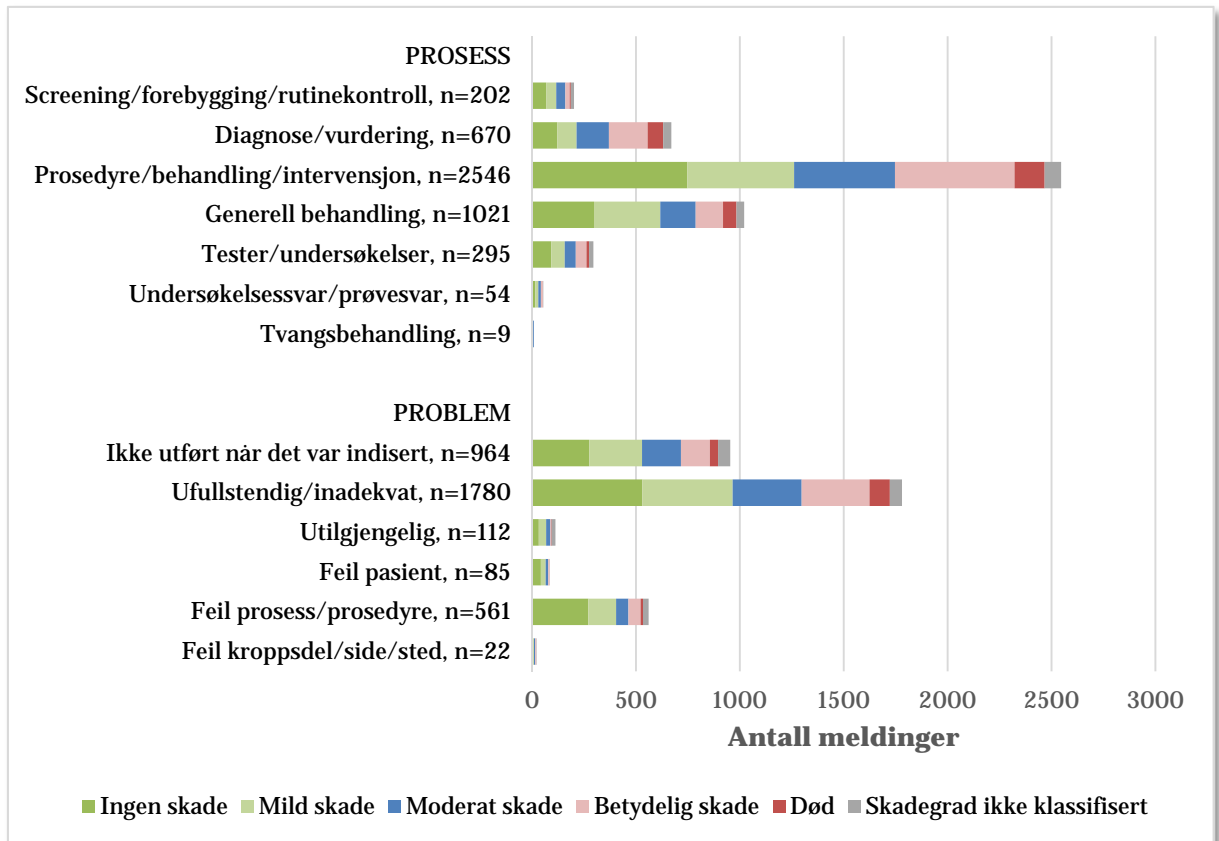


---

## Klinisk prosess/prosedyre

---

Som figur 8 viser, var hendelser relatert til kliniske prosesser/prosedyrer de hendelsene som forekom hyppigst. Disse hendelsene utgjorde 48 prosent av de klassifiserte hendelsene. De fordeler seg i underkategorier og alvorlighetsgrad som vist i figur 11.



Figur 11: Hendelser relatert til klinisk prosess/prosedyre. N=3878

Prosesser vedrørende prosedyre, behandling og intervensjon utgjorde 32 prosent av disse hendelsene i denne kategorien. Hovedsakelig var dette hendelser der retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt (n=1031)<sup>3</sup> og/eller at utførelse av behandling ble gjort for sent (n=596)<sup>4</sup> eller feilaktig (n=561). I 670 hendelser var det registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter.

I det følgende presenteres noen aspekter ved de hyppigst forekommende problemområdene.

---

<sup>3</sup> Kombinasjon av kategoriene *Prosedyre/behandling/intervensjon* og *Ufullstendig/inadekvat*

<sup>4</sup> Kombinasjon av kategoriene *Prosedyre/behandling/intervensjon* og *Ikke utført når de var indisert*

## ***Diagnose/vurdering***

Av de 670 hendelsene i denne kategorien var det 186 hendelser med betydelig skade og 75 hendelser der pasienten døde. Noen hendelsestyper som gjentok seg:

- **Kapasitetsproblemer for å få utført klinisk undersøkelse**, særlig ved at lege ikke var tilgjengelig for å undersøke pasienter i mottaksavdelinger.
- **Kapasitetsproblemer ved laboratorier for diagnostiske undersøkelser** (radiologi, patologi). Lang ventetid for å få utført diagnostiske tester og undersøkelser var hyppig beskrevet.
- **Svikt i administrative rutiner** for oppfølging av prøver og undersøkelser har medført:
  - Manglende oppfølging av patologiske prøvesvar, enten ved at det ved utsendelse av prøvesvar skjedde feil som hindret utsendelsen, eller at resultat fra undersøkelser ikke har blitt forevist laboratorielege (for eksempel at «prøvesvarsbeskrivelsen ble satt i en A4-perm uten at lege ble informert»)
  - Manglende kontroll av ubesvarte prøver – prøvesvar blir «arkivert og glemt»

## ***Retningslinjer/prosedyrer***

Av de 2546 hendelsene vedrørende prosedyre/behandling/intervensjon, var det 1031 hendelser som omhandlet at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt. I 227 hendelser var det registrert betydelig pasientskade, og i 49 hendelser døde pasienten. Svært få meldinger beskrev at det var mangler ved retningslinjer/prosedyrer.

Noen eksempler der det var beskrevet avvik fra retningslinjer/prosedyrer:

- **Forsinket oppstart av antibiotikabehandling**, til tross for klinisk bilde og laboratorieresvar som tilsa alvorlig, livstruende infeksjon.
- **Ambulansepersonell fulgte ikke prosedyre** ved henting av gravid med vannavgang der sengeleie var påkrevet på grunn av fare for navlesnorsfremfall. Ambulansemedarbeidere bes om å gå ned selv. «Dette er manglende kompetanse/faglig vurdering hos ambulansemedarbeider.»
- **Mangelfull oppfølging før operasjon** er illustrert ved følgende eksempel, der det var avvik fra prosedyrer for forberedelse til operasjon: «Pasienten var ikke tegnet på før han var lagt i narkose. Kontaktet da operatør og det viste seg at han ikke hadde informert pasienten heller. Det var svikt i rutine på dagkirurgi og på operasjonsavdelingen».

## ***Forsinket utførelse av kliniske prosesser***

I 596 hendelser ble ikke behandling utført til riktig tid i forhold til klinisk vurdering. Blant disse var det 91 hendelser med betydelig pasientskade og 26 dødsfall. Mange av disse hendelsene var knyttet til manglende tilkalling av lege med korrekt spesialitet, ofte på grunn av manglende forståelse av alvorlighetsgrad. Noen hendelser gjaldt forsinket undersøkelse

av lege på grunn av samtidighetskonflikter. Disse forholdene har medført at pasienter ikke fikk korrekt behandling til riktig tid ved livstruende tilstander.

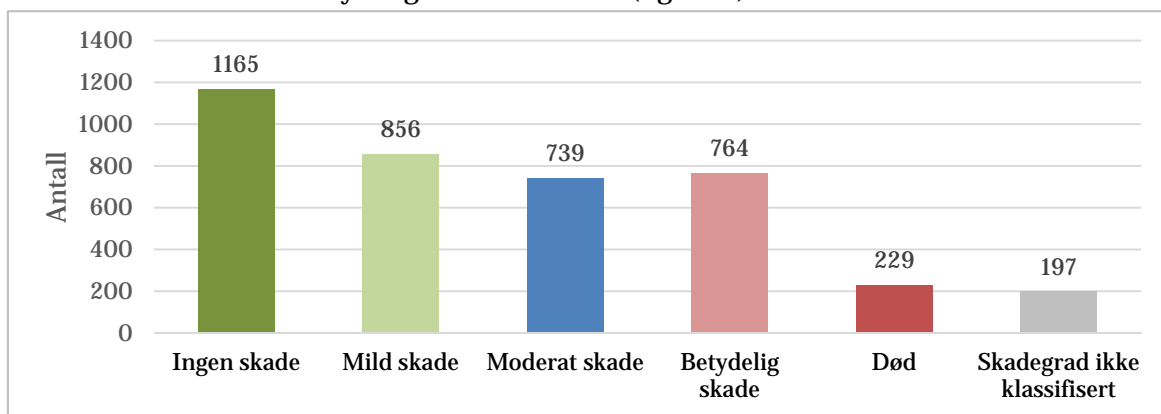
### ***Feil prosess eller prosedyre***

Det var 561 hendelser der det var beskrevet at det hadde blitt utført feil prosess eller prosedyre. Blant disse var det 58 hendelser med betydelig pasientskade og 12 dødsfall.

Nedenfor følger beskrivelse av noen av de sentrale problemområdene.

- **Mangel på kontinuitet i behandling på tvers av avdelinger og profesjoner.** En del meldinger beskrev at viktig pasientinformasjon ikke var kjent for behandlende personell i akutsituasjoner og/eller at pasienters ansvarlige lege ikke ble involvert i behandling dersom denne fant sted på annen avdeling enn pasientens opprinnelige.
- **Akuttrutiner var ikke kjent for alt personale.** Ved øyeblikkelig hjelp-situasjoner kan det være stor risiko for pasientsikkerheten dersom ikke alt personell er klar over akutt-rutinene. En rekke meldinger har beskrevet forsinkelse i tilkalling på grunn av at vikarer ikke har vært kjent med hvordan alarmer skal utløses. Dette har bidratt til unødig forsinkelse i livreddende behandling. Tematikken er diskutert i læringsnotat fra Meldeordningen i 2014 (13).
- **Oppfølgingsansvar for mor etter fødsel.** Når mor er innlagt for eksempel på avdeling for friske barselkvinner og barnet er på nyfødtavdeling, har flere uønskede situasjoner oppstått. Dette var kvinner med alvorlig sykdom før eller under fødsel som ikke fikk adekvat oppfølging i barselperioden.

Fordelingen over alvorlighetsgrad for alle hendelsene som involverte klinisk prosess/prosedyre, viser at konsekvensene for pasienter kan være store; 23 prosent av hendelsene resulterte i betydelig skade eller død (figur 12).

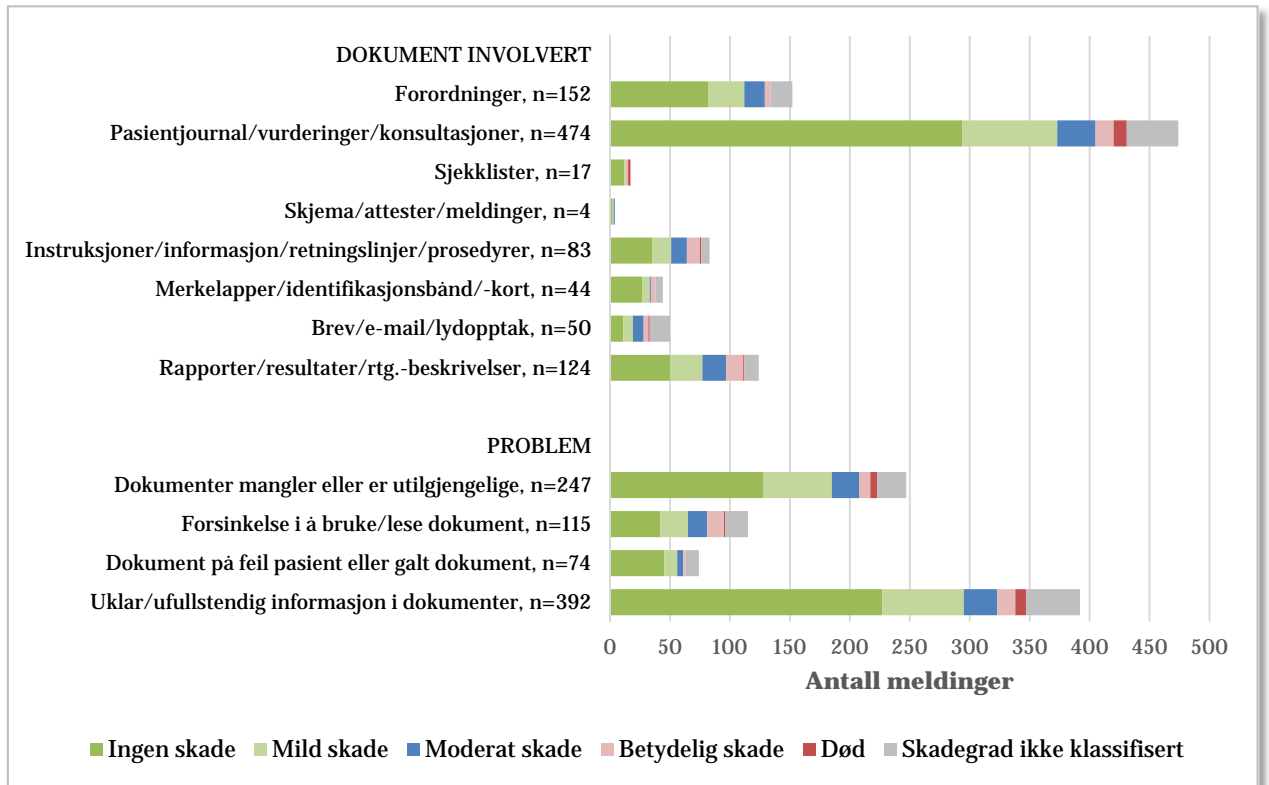


Figur 12: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien klinisk prosess/prosedyre. N=3878

Avvik fra retningslinjer/prosedyrer ved diagnostisering og utførelse av kliniske prosesser syntes å være et viktig område der forbedring kan være mulig for økt pasientsikkerhet.

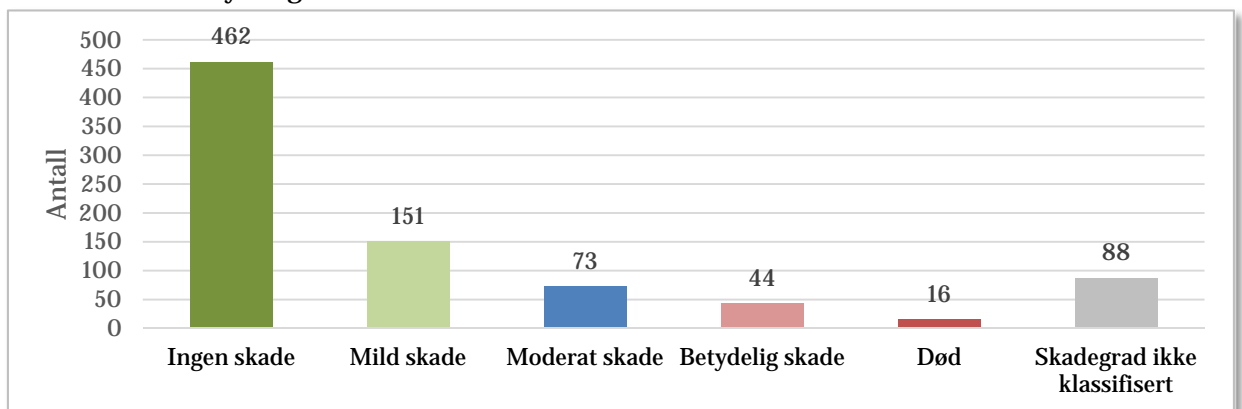
## Dokumentasjon

Uønskede hendelser vedrørende dokumentasjon var beskrevet i 834 meldinger; 10 prosent av de klassifiserte hendelsene. Figur 13 viser fordelingen i underkategorier og alvorlighetsgrad.



Figur 13: Hendelser relatert til dokumentasjon med underkategorier og alvorlighetsgrad. N=834

God dokumentasjon er en forutsetning for et trygt pasientforløp. Alvorlighetsgrad for skade på pasient ved hendelser knyttet til dokumentasjon er vist i figur 14. Seksti hendelser var assosiert med betydelig skade eller død.



Figur 14: Alvorlighetsgrad for skade på pasient – hendelser relatert til dokumentasjon. N=834

Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet journalføring og at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig. Kurveføring synes å være det området med størst forbedringspotensial for å øke pasientsikkerheten. Svært mange av disse hendelsene handler om feil ved legemiddelhåndtering. Dette omtales under kapittelet om legemidler. I tillegg var det noen hendelser som gjaldt forveksling av pasientdokumenter.

### ***Kontinuitet i behandling – informasjonsflyt***

Noen viktige områder for økt pasientsikkerhet syntes å være:

- **Overflytting av pasienter** – god dokumentflyt er en forutsetning for god pasientbehandling, slik at man unngår situasjoner som beskrevet i en melding: «jeg må gjette med hensyn til videre vurdering.»
- **Informasjonsflyt poliklinikk-post – journalopplysninger vanskelig tilgjengelig:** Nødvendig informasjon om pasientbehandling av pasienter som går til poliklinisk behandling må være tilgjengelig for helsepersonell på post. For eksempel må datasystemer «kommunisere» med hverandre. «Poliklinisk notat (i fødedataprogrammet) er ikke synlig i DIPS. Viktige påminnelser /observasjoner lar seg ikke gjenfinne i DIPS.»
- **Kvalitetssikre epikriser før utsendelse:** Mange hendelser beskrev feil i epikriser: «Det skjer fremdeles alvorlige og mindre alvorlige feil i forbindelse med utsending av epikriser som ikke er kvalitetssikret. Dette til tross for at legene har fått beskjed i nærmere et år at de selv er ansvarlige for detaljene i epikrisen».

### ***Kvalitetssikre at viktig informasjon når til riktig person***

- «**Gule lapper**» i DIPS: Hastemeldinger om oppfølging av pasienter må på en systematisk måte bli fanget opp av riktig person til riktig tid. Mange meldinger beskrev svikt på dette området. I DIPS er oppfølging av viktig informasjon forsøkt sikret ved bruk av «gul lapp». Til tross for dette er det kommet meldinger om svikt, og der forklaringen var at «gul lapp» ble brukt feil.

### ***Dokumentasjon av pasientkontakt***

- **Registrering av riktig avdeling ved ankomst mottak:** For at pasienter skal få oppfølging av lege med korrekt spesialitet, er det nødvendig at pasienter ved mottak registreres ved korrekt avdeling. Uttrekk av pasientlister gjøres med utgangspunkt i avdelingsplassering. Feilregistrering av dette har bidratt til forsinkelse i akuttbehandling.
- **All pasientkontakt må dokumenteres i journalen:** Gravide som kommer til fødeavdeling for vurdering før fødsel må få problemstilling, observasjon og tiltak

dokumentert. Uønskede hendelser har skjedd i forbindelse med fødsel etter at jordmor ikke har registrert for eksempel mistanke om vannavgang før fødsel. I et annet eksempel ble legenotat fra et poliklinisk besøk ved øyeavdeling ikke skrevet, og henvisning til kreftavdeling ble derfor ikke sendt. Strålebehandling ble forsinket.

### ***Én pasient – én journal***

- **Fletting av journaler:** Ved registrering av fødsel får alle nyfødte barn tildelt et midlertidig personnummer (hjelpenummer) fordi datasystemene krever et 11-sifret fødselsnummer. Når barnet etter hvert blir eldre og får sitt permanente personnummer fra Folkeregisteret, oppstår en fare for at det etableres dobbel journal; én som er basert på hjelpenummer og én som er basert på permanent personnummer. Viktig informasjon har gått tapt fordi journalene ikke samkjøres.

### ***Tilgang til journalsystemer***

- **Tilgang til journalsystemer for alle behandlingsansvarlige:** Flere meldinger inneholdt beskrivelser om at personale på spesialavdelinger (anestesi, operasjon, intensiv) ikke får tilgang til pasientjournalen, og at ulike dokumentasjonssystemer ikke kommuniserer med hverandre. Personalet har noen steder løst dette ved å ha flere pc-er i bruk på operasjonsstuene, som i eksempelet under. De ekstra minuttene som kreves for å få disse prosessene i gang er potensielt livsfarlig for en kritisk dårlig pasient.

Personalet må ha flere pc-er oppe samtidig der personalet logger seg på ulike pasientjournalsystemer for å få tilgang til både røntgenbeskrivelser og hovedjournal. Det er et problem at det er lagt inn for korte tidsperioder før pc-ene går i dvalemodus, og en av personalet må jevnlig trykke på tastatur/mus for å slippe å logge seg på på nytt.

- **DIPS svikter ved skriving av besvarelser på undersøkelser:** Tekniske problemer under journaldokumentasjon har medført stor risiko for feil, som i dette eksempelet:

Det har skjedd en rekke ganger (forskjellige pasienter) de siste dagene. Ved besvarelse av medisinske undersøkelser (elektroencefalografi og elektromyografi) «hopper og spretter» teksten rundt i dokumentet, ord og setninger jeg skriver faller ut. Det kan medføre fare for pasientbehandlingen, da besvarelsen pasientansvarlige lege får kan bli direkte feil uten at avsenderen merker det (for eksempel kan bortfall av ordet "ikke" ha store konsekvenser). Dette er åpenbart et datateknisk problem!!! Jeg har snakket med flere kolleger som har opplevd det samme, så dette er ikke koblet til min maskin eller min brukeridentitet. Dette må ha en datateknisk løsning.

- **Henvisning/tilsynsbestilling må inneholde adekvat informasjon:** Ved spesialundersøkelser og inngrep som gjøres ved annen avdeling enn der pasienten ligger, må nødvendig informasjon medfølge pasienten.
- **Presis beskrivelse for oppfølging etter spesialundersøkelse:** Oppfølging etter spesialundersøkelse har vært mangelfull, motstridende og/eller uklar. Dette har bidratt til manglende observasjon og behandling.

### ***Informasjon til pasienter***

- **«Ingen nyheter – gode nyheter?»** Som hovedregel mottar ikke pasienter informasjon om prøvesvar der det ikke er funnet noe galt eller det ikke er nødvendig med oppfølging. I flere meldinger var det beskrevet at pasienter ikke hadde mottatt informasjon om positivt prøvesvar, selv om oppfølging var påkrevet.
- **Systemfeil i DIPS** har medført at pasienter ikke har mottatt viktig informasjon om histologisvar, aktuell behandling på E-resept og videre oppfølgingsplan.

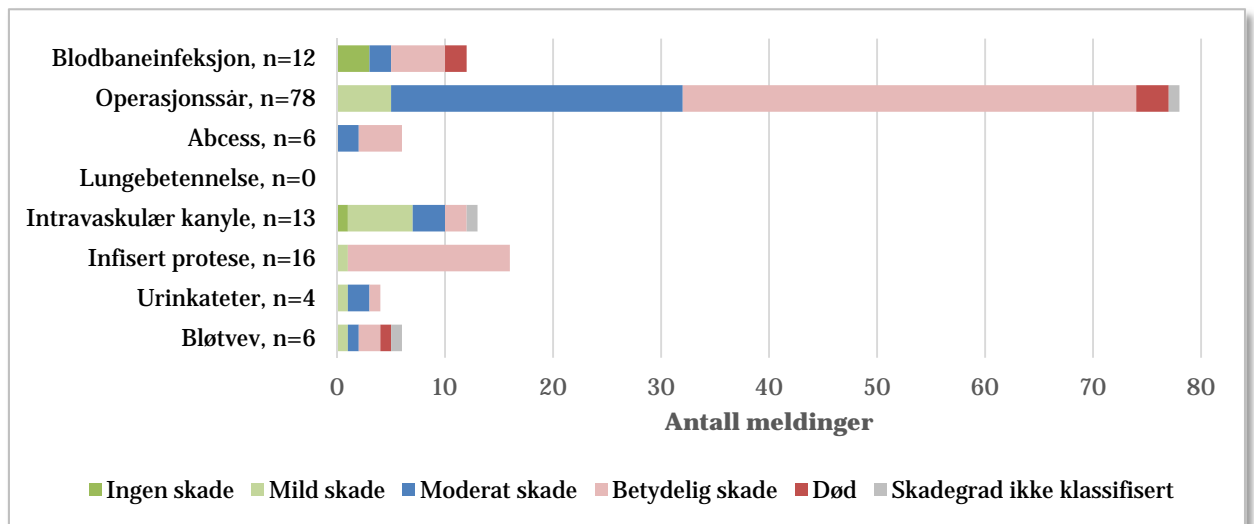
Et hovedinntrykk fra innmeldte hendelser i 2014 er at svikt i dokumentasjon og informasjonsflyt synes å være den største trusselen mot sikker pasientbehandling. Alle faser av pasientopphold påvirkes av pasientadministrative rutiner. IKT har blitt en selvfølgelig og nødvendig del av infrastrukturen mellom ulike ledd og nivåer av helsetjenesten, og nytteverdien er udiskutabel når det gjelder tid og pasientsikkerhet. IKT-løsninger er innført for å kvalitetssikre pasientforløp, men er av og til medvirkende til problemer. Ofte er menneske-maskin-interaksjon et sårbart punkt. Det anbefales at antall manuelle prosesser må minimeres slik at forglemmelser unngås. Dette er diskutert i et læringsnotat fra Meldeordningen om manglende oppfølging av prøver og undersøkelser (10). Hendelser som involverer dokumentasjon var i stor grad uønskede hendelser på systemnivå, og forbedring må gjøres på systemnivå.

---

## Infeksjon

---

Meldeordningen mottok 130 meldinger om hendelser knyttet til infeksjon. Dette utgjorde 1,6 prosent av innmeldte hendelser. Blant disse var det 99 bakterielle infeksjoner, to var virale, mens de øvrige ikke er klassifisert med hensyn til type organisme eller dette var ukjent. Figur 15 viser fordelingen over type infeksjon og alvorlighetsgrad.



Figur 15: Meldinger om infeksjon og alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=130

Tall fra helsenorge.no viser at cirka fem prosent av pasienter innlagt i sykehus får en infeksjon (14). De hyppigste skadene sett ved systematisk journalgjennomgang med GTT-metoden var infeksjoner (urinveisinfeksjoner 2,1 %, postoperativ sårinfeksjon 1,6 %, nedre luftveisinfeksjon 1,3 %, annen infeksjon 1,3 %) (4).

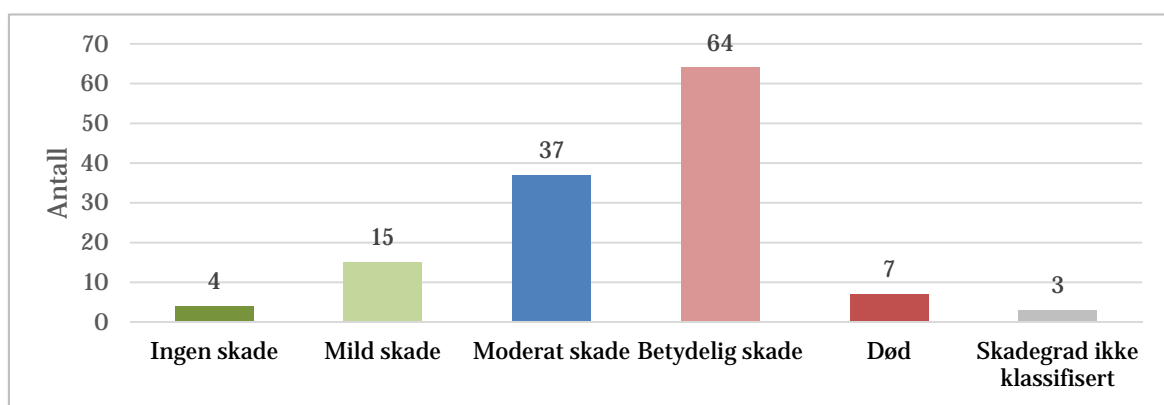
Infeksjoner ble i liten grad rapportert til Meldeordningen i 2014. Infeksjon i operasjonssår forekom hyppigst (figur 15). Ingen hendelser om urinveisinfeksjon ble innmeldt. Dette kan skyldes at slike infeksjoner ofte debuterer etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og av den grunn ikke blir meldt til Meldeordningen, eller det kan skyldes at tjenestene i spesialisthelsetjenesten ikke har oppfattet disse som meldepliktige.

Fra pasientens ståsted er infeksjoner uønskede hendelser. Samtidig vil man ofte kunne si at infeksjoner er «skader innenfor normal risiko». I henhold til Veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 IS 1997 pkt. 5 skal skader innenfor normal risiko ikke meldes. Videre heter det: «Med skader som ligger innenfor normal risiko menes skader som er utslag av en kjent risiko og som inntreffer til tross for at behandlingen m.v. på alle måter er korrekt faglig utført.». Infeksjoner illustrerer at det kan diskuteres hva som egentlig er meldepliktig.



Infeksjoner er også et område som virksomhetene monitorerer særskilt og har egne rutiner for. I tillegg meldes sykehusinfeksjoner i NOIS (Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner). Derfor vil andre kilder enn avvikssystemene gi relevant informasjon når virksomhetene skal arbeide med å redusere forekomsten.

Infeksjoner er en sykehuskomplikasjon som kan gi betydelige tilleggsplager og forlenget sykehusopphold for pasienter. Som figur 16 viser var de meldte hendelsene om infeksjon i stor grad assosiert med alvorlig pasientskade; 64 med betydelig skade og sju dødsfall.



Figur 16: Alvorlighetsgrad for skade på pasient – infeksjon. N=130

De meldte infeksjonene var av ulike typer, og de forekom i ulike faser av oppholdet. I nesten alle disse hendelser var det beskrevet avvik fra prosedyrer/retningslinjer.

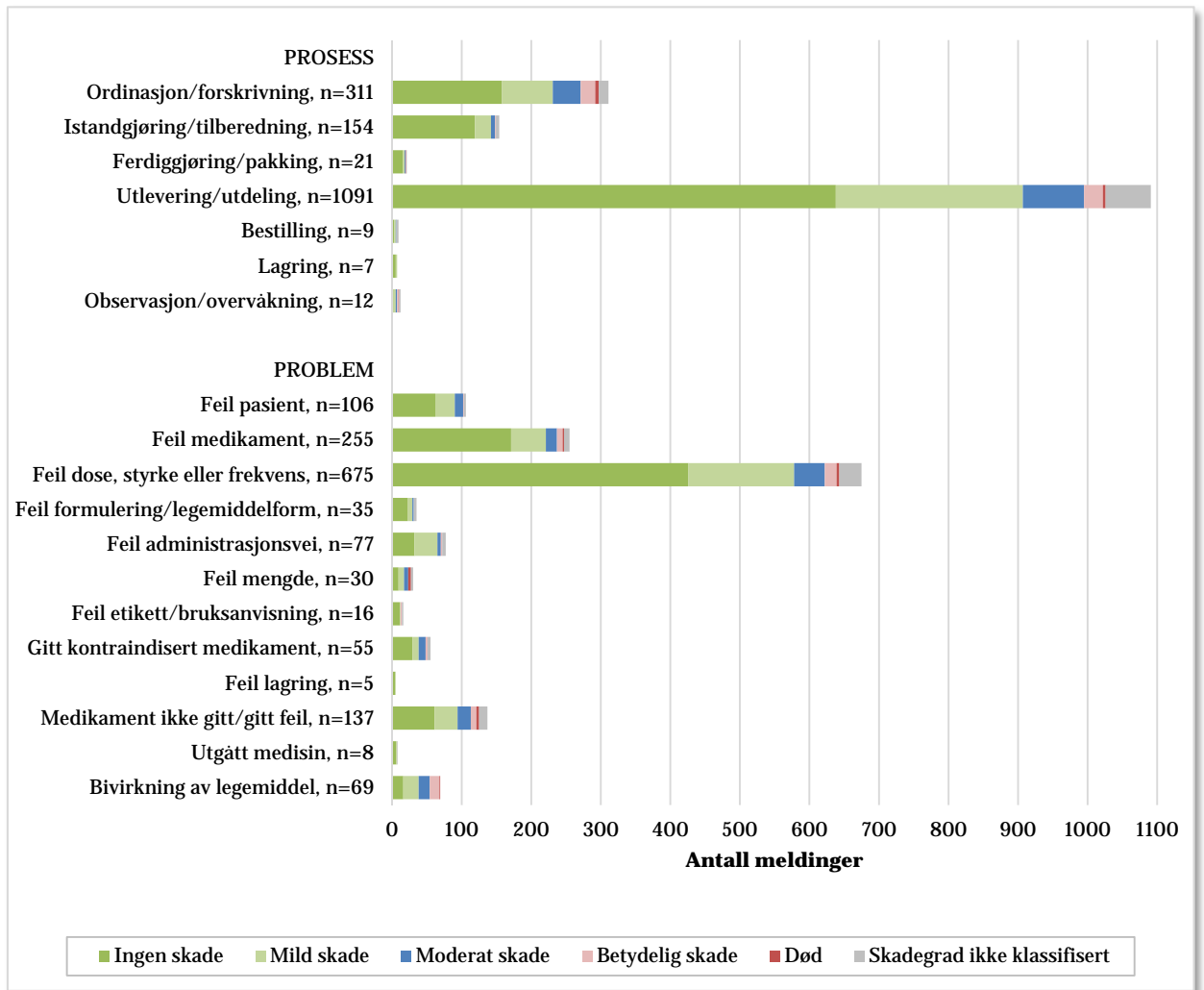
- **Manglende ordinasjon av antibiotika** i situasjoner der dette er indisert, for eksempel ved vannavgang til termin hos kvinner med gruppe B-streptokokker i urinen. Dette var meldt som avvik fra nasjonale anbefalinger. Hendelsen medvirket til infeksjon hos mor og nyfødt barn.
- **Gjenglemte fremmedlegemer:** Manglende fjernelse av ikke-resorberbart materiale eller sårduk har bidratt til langvarige plager hos de pasienter som ble rammet.
- **Systematisk sjekk av bandasje/innstikksted/perifer venekanyle (PVK):** Det syntes å være en gjentakende svikt at innstikksted ikke observeres regelmessig og systematisk, for eksempel svikt ved bruk av epiduralkateter, perifere venekanyler og bandasjer.
- **Manglende steril-vask før operasjon:** I noen meldinger er det beskrevet at leger har ignorert kollegaers påpekning av manglende steril-vask før operasjon (for eksempel manglende skift av frakk fra forrige kirurgiske inngrep, bruk av urene hansker).

---

## Legemidler

---

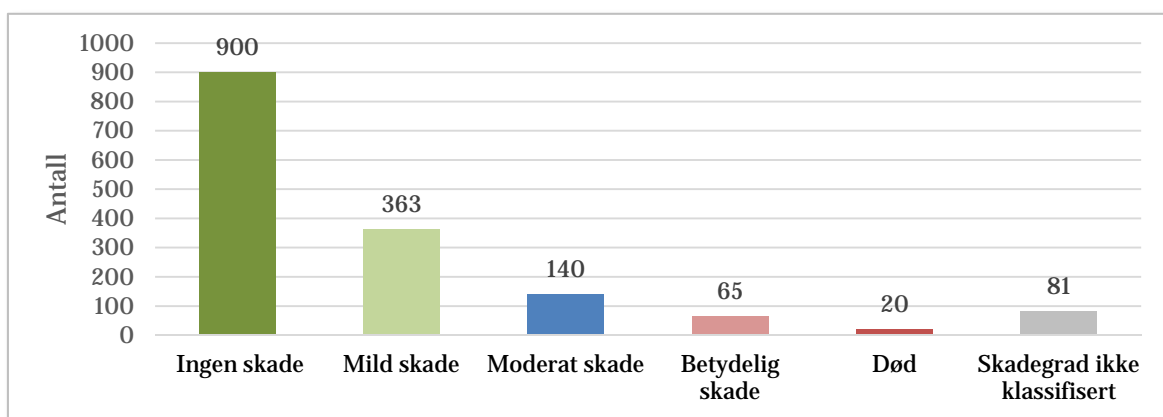
I 1569 meldinger (20 prosent av klassifiserte hendelser) var det registrert feil knyttet til legemiddelhandtering. Disse fordelte seg i de ulike kategoriene som vist i figur 17.



Figur 17: Legemiddelhendelser og alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=1569

Utlevering/utdeling (70%), ved Ordinasjon/forskrivning (20%) og ved Istandgjøring/tilberedning (10%) forekom hyppigst kategorier som omhandler i hvilke deler av prosessen feilen skjedde.

Feil dose, styrke eller frekvens (43%) var den hyppigst forekommende feilen, etterfulgt av Feil legemiddel (16%) og Legemiddel ikke gitt (9%), uavhengig av hvor i prosessen hendelsen skjedde. Sekstifem hendelser resulterte i betydelig pasientskade og i 20 hendelser døde pasienten (figur 18).



Figur 18: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien Legemiddelhåndtering. N=1569

Legemiddelhendelser var en av de hyppigste hendelsestypene. I det følgende presenteres kun et utvalg av områdene der forbedringsmuligheter på systemnivå synes mulig.

### **Ordinasjon/forskrivning**

I 311 meldinger var det beskrevet avvik ved ordinasjon/forskrivning. I 21 hendelser fikk pasienten betydelig skade, mens det var fem dødsfall. Noen eksempler på type feil:

- **Feil ved overføring** fra prejournal til kurve
- **Feil dosering** ved at legemiddeldose ble anført i mg (milligram) i stedet for mcg (mikrogram)
- Skrevet **feil legemiddel** ved ordinasjon
- **Feil dosering.** Lege har «bommet på ei linje på medisinkurven», og dosering har blitt skrevet på feil legemiddel
- **Utydelig skrift** har resultert i at feil dose ble gitt, for eksempel et barn som skulle hatt Penicillin iv 460 mg x 4, fikk 160 mg x 4
- **Utydelige begreper** av ordinerende lege har bidratt til misforståelse av frekvens for administrasjon av legemidler

### **Utdeling/utlevering – feil dose, styrke eller frekvens**

I hele 70 % av legemiddelhendelsene var det beskrevet feil ved utdeling/utlevering. Tiltak rettet mot bedre rutiner ved utlevering/utdeling av legemidler bør derfor prioriteres. I mange av disse meldingene var det beskrevet at det var dårlig bemanning i forhold til pasient- og arbeidsmengde, og at stress og travelhet bidro til feil i utdelingen.

Hendelsene omhandlet ulike feil:

- **Feil dose, styrke eller frekvens.** Hovedsakelig omhandlet dette feil utregning av dose eller hastighet av infusjoner.

- **Forveksling av pasienter:** Dårlig brukervennlighet i DIPS har medført sammenblanding av pasientjournaler. Pasienter har fått feil antibiotika. Kontrollrutiner har ikke forhindret at legemidlet ble gitt til feil pasient.
- **Forveksling av legemidler:** Totalt var det 370 hendelser der legemidler hadde blitt forvekslet. Av disse var det 19 dødsfall og 29 hendelser med betydelig pasientskade. Meldeordningen har publisert et læringsnotat om forveksling av legemidler (15). Mange av de samme problemområdene har forekommet i 2014 som ble beskrevet i dette notatet. Utdeling var et gjentakende problemområde. Læringsnotatet gir en oversikt over legemidler som har blitt forvekslet på grunn av likhet i preparatnavn eller pakninger.

### ***Kurveføring***

I svært mange hendelser var det feil ved kurveføring som bidro til at hendelsen skjedde. Mange meldinger har beskrevet at de mange ulike systemene for kurveføring og med bruk av både elektronisk og papirbasert kurve er en utfordring for god legemiddelhåndtering. Risikosituasjoner oppstod ofte ved overflyttinger mellom avdelinger/poster, som vist i de to eksemplene under:

Pasient som har vært et halvt døgn på intensiv. De fører ikke kurve på samme måte som oss, når pasienten kommer tilbake på overvåkningen har det ikke vært klart hvilke medisiner pasienten skulle fortsette med. Det har blitt skrevet en ny kurve, trolig på intensiv, denne er signert av lege på lungeavdelingen. Ved sammenligning av kurvene viser det seg at det er en del medisiner som ikke er ført over på den nye kurven, de er heller ikke seponert i den gamle. Det er ikke beskrevet i Doculive<sup>5</sup> at disse medisinene er seponert, kan ikke finne opplysninger i Picis<sup>6</sup>. De fleste medisinene er i Picis seponert av sykepleier, usikkert hvorfor. Det kan bare antas disse medisinene er blitt oversett når ny kure skulle skrives.

Vi har tre steder for medisinordinasjoner: Papirkurve fra gynekologisk avdeling, Panorama på DIPS<sup>7</sup> og Metavision<sup>8</sup>. Veldig vanskelig å skaffe seg oversikt over pasientens medisiner, basert på at ordinasjonene er spredt over disse tre lokalisasjonene for medisiner.

### ***Varselsignaler ignoreres***

Noen barrierer er innebygget i de elektroniske pasientjournalssystemene, som for eksempel blinkende CAVE-lys som kommer fram når det ordineres legemidler pasienten ikke tåler. Likevel har vi eksempler på at slike legemidler har blitt forordnet og gitt.

<sup>5</sup> Doculive: verktøy for elektronisk pasientjournal

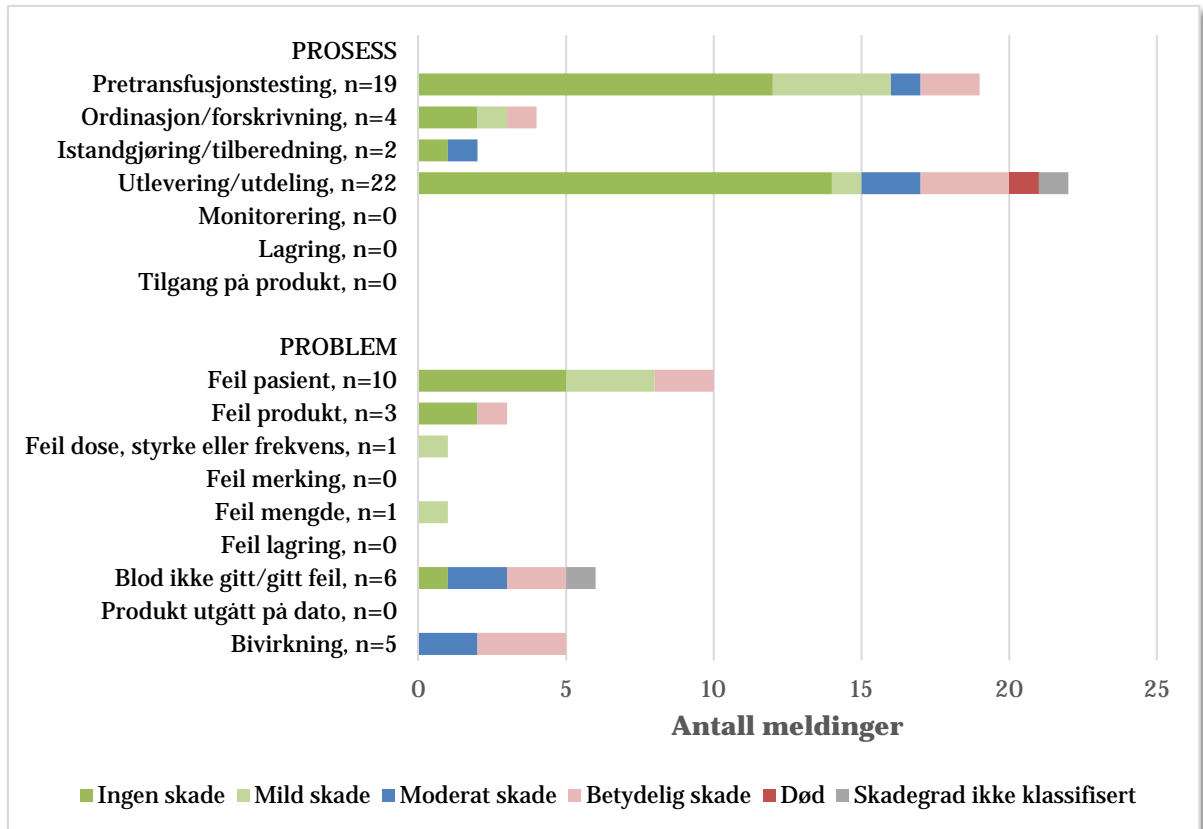
<sup>6</sup> Picis: system for datahøsting av medisinsk-teknisk utstyr, hendelser, prosedyrer, diagnoser og problemer. Systemet håndterer også forordning og administrering av medikamenter og væsker, og holder oversikt over hva som skal gjøres og hvem som gjør hva.

<sup>7</sup> DIPS: leverandør av e-helse til norske sykehus

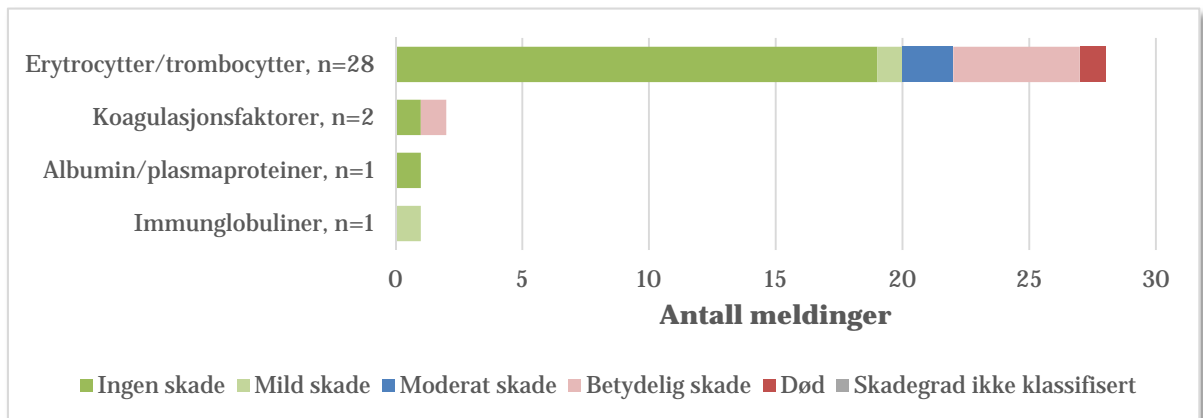
<sup>8</sup> Metavision: elektronisk pasientkurve

## Blød og blødprodukter

Meldeordningen har mottatt 62 uønskede hendelser knyttet til blød og blødprodukter, inkludert blødgivning; 0,8 prosent av de klassifiserte hendelsene. Blant disse var det ett dødsfall og ni hendelser med betydelig skade.



Figur 19: Blød og blødprodukter og alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=62



Figur 20: Blødprodukter involvert i hendelsen og alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=32

Seksjon for meldesystemer har også et eget meldesystem for blod og blodprodukter, hemovigilanssystemet; [www.hemovigilans.no](http://www.hemovigilans.no) . Hemovigilanssystemet mottar meldinger om blodgiverkomplikasjoner og transfusjonskomplikasjoner uavhengig om de var innenfor normal risiko. Hemovigilanssystemet mottar også meldinger om andre uønskede hendelser. De fleste meldingene kommer fra blodbanker eller via blodbanker (16, 17).

Meldeordningen mottar meldinger både direkte fra kliniske avdelinger og fra blodbanker. Meldeordningene supplerer hverandre fordi klinikere til en viss grad melder andre problemer enn blodbankene melder til Hemovigilanssystemet.

Tre problemområder pekte seg ut:

- **Blod ble gitt for sent:** Tretten meldinger gjaldt blod som ble gitt for sent. Dette var enten fordi blodet ble levert for sent fra blodbanken eller det ble levert fra blodbanken i tide, men blodet ble likevel gitt for sent. I disse tilfellene var det beskrevet at det var for dårlig kommunikasjon mellom klinisk avdeling og blodbank om hastegrad.
- **Manglende identitetssikring:** Fjorten meldinger beskrev manglende identitetssikring slik at blodet ble gitt til feil pasient eller at prøve tatt av pasienten var merket feil. Det ene dødsfallet skyldtes at blodet ble gitt til feil pasient. Alle slike hendelser kan unngås hvis prosedyrer for identitetssikring følges.
- **Uklarheter om pretransfusjonstesting var utført:** Mange av de øvrige meldingene skyldtes uklarheter i kommunikasjon mellom klinisk avdeling og blodbank om pretransfusjonstesting var utført eller ikke. Dette medførte usikkerhet og forsinkelser.

---

## Ernæring

---

Tjueni meldinger omhandlet ernæring; 0,4 prosent av de klassifiserte hendelsene. At det har innkommet få hendelser i denne kategorien, kan skyldes at noen av disse typer av hendelser omhandler legemiddelrelaterte situasjoner og derfor er klassifisert i kategorien legemiddelhendelser. Ingen av disse hendelsene har resultert i død, mens to hendelser var assosiert med betydelig skade. Seks av hendelsene gjaldt barn under tolv år.

Meldingene om ernæring inneholdt mange ulike typer av hendelser, som for eksempel uklarheter ved ordinasjon av sondeernæring, mangelfull oppfølging av ernæring etter akutt sykdom, sondemat gitt i feilplassert sonde i lungene og om mangel på personalressurser til å gi mat til pleietrengende pasienter. Noen eksempler presenteres i det følgende.

### ***Ordinasjon***

Innmelder i eksempelet under foreslo at sondemat føres opp i medisinkurven for ikke å bli glemt.

Pasient som får all mat gjennom nasogastrisk sonde (forsnevring i spiserøret som umuliggjør svelging) blir ikke gitt sondemat jfr. plan fra klinisk ernæringsfysiolog og diverse notater og behandlingsplan. Pasienten får likevel Insulatard på kveldsvakta. Ingen blodsuktermåling er registrert verken i kurve eller notater i løpet av kvelden. Kveldsvakta gir tross dette beskjed om at man skal følge med på blodsukkeret ettersom pasienten har begynt med ny sondemat. Pasienten blir funnet hypoglykemisk kl. 01. 10, med blodsukker på 1,9 og ingen sondeernæring tilkoblet.

### ***Oppfølging etter akutt sykdom***

I eksempelet under er det beskrevet at en pasient ikke fikk adekvat ernæring i flere dager etter akutt, alvorlig sykdom.

Pasienten kom inn med hjertestans som postoperativ komplikasjon etter en operasjon. Siden ankomst har han ikke fått adekvat ernæring. Bare siste uke har han fått under 18 kcal/kg/døgn. Gjennomgang av pasientens kurve viser at han har fått helt ned til 10 kcal/kg/døgn enkelte dager. Det er ikke registrert noe tilsyn av klinisk ernæringsfysiolog i løpet av oppholdet. Pasienten var svært ustabil sirkulatorisk de første dagene etter ankomst, men har nå vært av pressor en god stund. Det er startet opp med ernæring, men flere av dagene er det ikke ordinert ønsket mengde kcal i det hele tatt. Det kommer heller ikke frem av kurven om det er tatt hensyn til pasientens vekt, eller om det bare er foreslått et tall.

### ***Sondemat til lungene***

At en sonde beregnet for ernæring havner i lungene ved nedsetting eller forskyver seg til lungene, er en kjent komplikasjon, men det finnes prosedyrer ved sondeernæring og for observasjon av ernæringssonde. Innmelder stilte i eksempelet under spørsmål om disse hadde blitt fulgt.

Pasienten overflyttet med spørsmål om lungeødem. Avkrefte på hovedintensiv ved ecco cor. Respirasjonsfrekvens 50-60. Blir lagt på NIV<sup>9</sup> og pneumoni mistenkes. 100% O<sub>2</sub>. Tachycard, svett. Pasienten blir intubert. Ved suging i tuben ligner innholdet mistenkelig på sondemat. Sonden blir sjekket og det viser seg at den ikke ligger på plass ... knapt 10 cm ligger innenfor pasientens nesebor. Vanskelig å vite hvor lenge dette har stått på. Har vært fullernært på sondemat i flere dager.

### ***Pleietrengende pasient – tidkrevende å gi mat***

I hendelsen under er det beskrevet utfordringer med ernæring der pasienten trenger mye stell og hjelp, og at det ikke var mulig å bruke tilstrekkelig tid til at pasienten fikk i seg mat og drikke.

En pleietrengende pasient fikk ikke mat eller drikke per os i løpet av kveldsvakten. Dette da pasienten har svelgproblematikk og det tar lang tid i matsituasjon. Pasienten ble tømt for avføring gjennom hele vakt, noe som tok mye tid. Han ble også svært sliten og orket ikke mye utover dette. Jeg var mye hos pasienten pga stell, men måtte ellers være hos andre pasienter som jeg nesten ikke rakk å være hos. Det var både sykepleier og assistent hos denne pasienten, men assistent hadde så vidt tid til å være til hjelp i stell et par ganger. Kone til pasienten var tilstede i begynnelsen av vakt og forsøkte å gi litt mat, men var vanskelig da pasienten lett kan sette maten feil eller aspirere. Hun gikk etter litt og kunne da ikke hjelpe videre med mat.

Ernæringstilstanden har stor betydning for blant annet sårtilheling og rekonvalesens. Infeksjoner og andre tilstander øker det basale energiforbruket til pasientene. Pasienter kan i tillegg ha dårlig ernæringstilstand allerede ved innleggelse. Selv om noe forsinkelse i matinntak, enten per os eller intravenøst, er umulig å unngå, kan det virke som oppmerksomheten rundt ernæring er for lav. Alvorligst blir dette for pasienter som får lange sykehusopphold.

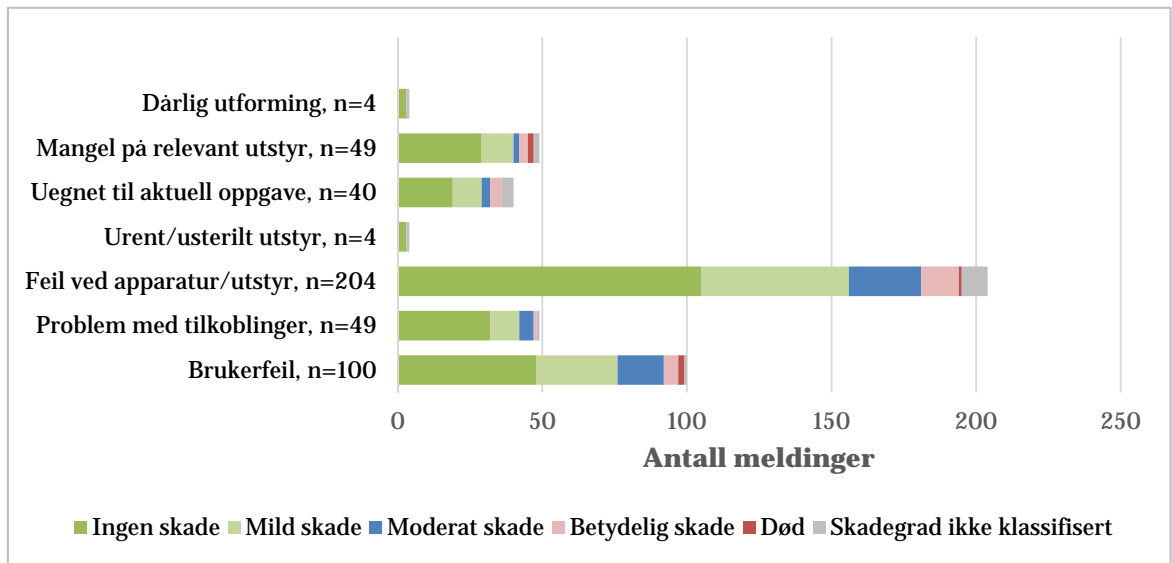
---

<sup>9</sup> NIV: Non-invasiv ventilasjon, enten ved kontinuerlig luftveisovertrykk eller trykkstøttet ventilasjon med ansikts-/nesemaske



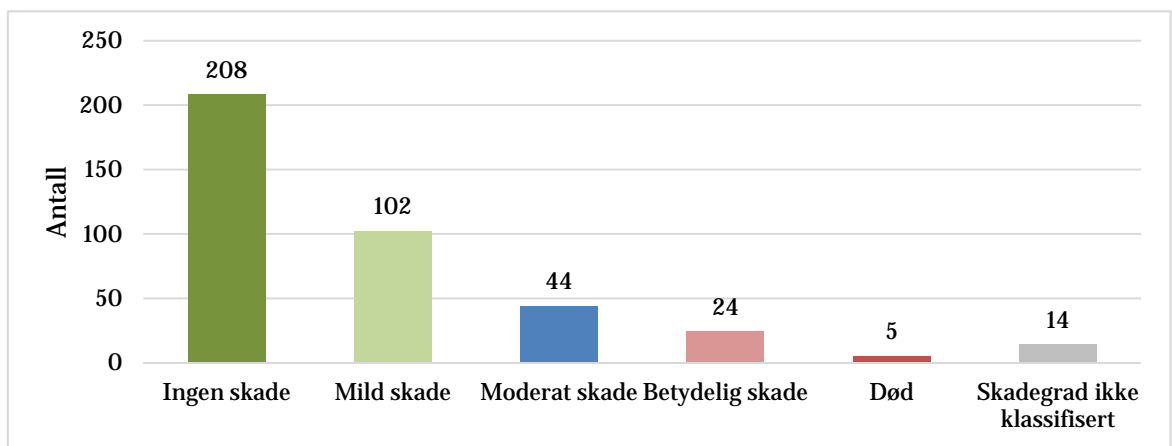
## Medisinsk utstyr

Meldeordningen mottok 397 meldinger om hendelser (5 %) som involverte medisinsk utstyr. Underkategoriene fordelte seg som vist i figur 21. Hendelser knyttet til IKT-utstyr er beskrevet i kapittelet *Infrastruktur/bygninger/inventar*. Hendelser vedrørende bruk av oksygen/gass/sug er delvis klassifisert i kategorien *Legemiddelfeil* og delvis i kategorien *Medisinsk utstyr* dersom det var svikt i utstyret som ble brukt til gasser og sug.



Figur 21: Meldinger relatert til medisinsk utstyr. N=397

Feil ved apparatur/utstyr er de hyppigst forekommende situasjonene innenfor kategorien medisinsk utstyr. Hendelsenes alvorlighetsgrad er vist i figur 22.



Figur 22: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien medisinsk utstyr. N=397

Det var følgende hovedområder for hendelser:

1. Feil ved apparatur/utstyr
2. Mangel på relevant utstyr
3. Opplærings- og kontrollrutiner og brukerfeil

Disse områdene beskrives i det følgende.

### **1. Feil ved apparatur/utstyr**

Feil ved apparatur/utstyr utgjorde de fleste hendelsene i denne kategorien. Det var noen gjentatte typer feil. Dette var:

#### **NYTT ENGANGSUTSTYR – DÅRLIGERE BRUKERVENNLIGHET**

Mange meldinger beskrev at ny type engangsutstyr var av dårligere kvalitet, mindre brukervennlig enn det utstyret de hadde tidligere. Noen eksempler:

- **Dårlige tusjer:** Før operasjon skal operasjonsfelt markeres. Dette gjøres med tusj. Melder beskrev hvordan en ny type tusjer fungerer dårlig, noe som både er tids- og ressurskrevende:

Skal utføre omfattende excisjon av hudvev. Pennen markerte dårlig og således skjærer jeg vekk for mye vev. Pennene vi får gjennom innkjøp har nå endelig fått fleksibel linjal vedlagt. Pennene i seg selv er imidlertid ubrukelige til annet enn «fin» opptegning i små områder på tørt vev. Vi må få tilbake tidligere tusj slik at tegning på større områder/ slimhinne etc. lar seg gjøre. I dag brukte jeg 4 tusjpakker på en operasjon, i går brukte min kollega 5 tusjpakker for å komme til mål med operasjonen. Dette er ikke kostnadseffektivt, medfører mye unødvendig ergrelse og gir dårligere kvalitet på operasjon med potensielt alvorlige konsekvenser for pas.

- **Dårlig kvalitet på nål til suturering:** Svakheter i nål som brukes til å sy fødselsrifter har ifølge melder vært et gjentakende problem:

Etter fødsel blør det kraftig fra kar. Jeg må underbinde blødende blodkar. Hele nålen brykker av og blir stående i vevet, får ikke fatt i nålen og kan heller ikke kjenne den ved palpasjon. Underbinder blødende blodkar (...) Det har over tid vært problemer med denne nåletypen, det er ikke første gang at nålene knekker i skjøten mellom nål og tråd. De fleste gangene får vi tak i nålen, men det er fare for at også andre vil utsettes for lignende hendelse. Mange av jordmødrene opplever at kvaliteten på nålene ikke er tilfredsstillende. Tråden har også en tendens til å gå opp i knutene, og må alltid sikres med ekstra knuter. Håper vi kan se om det kan finnes en annen sutureringsnål å bruke på de mindre riftene.

- **Ny type munnbind:** En ny type munnbind beskrives stivere enn de gamle og medfører irritasjon og nedsatt syn under operasjoner.
- **Nye identitetsbånd:** En pasient fikk alvorlig sår ved håndleddet på grunn av tynne og stive identitetsbånd.

## GAMMELT UTSTYR

- **Infusjonspumper** som ikke fungerer var et gjentatt problem. Dette kan være kritisk/fatalt:

Meget ustabil pas som har gjennomgått sirkulasjonsstans en time tidligere på operasjonsstuen på vei til intensiv. Går på store doser noradrenalin og adrenalin. På veien fra operasjon til intensiv stopper pumpen uten forvarsel. Det er da ca gått ett minutt fra pumpen ble tatt ut av strømmettet (hvor den har stått tilkopleet de siste tre timene). Det er da ikke mulig å trykke på start, heller ikke på basen. Pumpen er helt DØD. Det gis katastrofeadrenalin og pas ankommer til intensiv med et systolisk trykk på omkring 70. Ingen batteridrift på hverken base eller pumpen. Dette skjer ganske ofte. Pumpene er totalt uberegnelige. Bli kvitt disse elendige drittpumpene før det skjer en meget alvorlig hendelse.

- **Gamle senger** var beskrevet i mange meldinger:

Pasient kom til intensiv, dårlig ved ankomst og ble akutt verre, måtte intuberes raskt. Personellet klarte ikke å få av hodegavlen på sengen. Satt helt fast på den gamle sengen. Dette gjorde at arbeidsforholdene for legene ikke ble optimalisert. Dette kunne å ha ført til at pasienten fikk alvorlig skade med døden til følge. Pasienten gikk i asystole rett etter intubering. Alle gamle rustne senger må ut av drift, og nye må kjøpes inn.

- **Gamle fødesenger** kan medføre fare for dårlig fødselshjelp, svikt i fosterovervåking og krever en ekstra ansatt til stede i fødselssituasjonen:

Beinholdere er ødelagt og dysfunksjonelle, og en ekstra person må være i rommet for å holde oppe den ene foten. Dette vanskeliggjør utførelsen og krever flere personer tilstede ved fødselen. Denne senga har vi hatt problemer med i lengre tid (minst 2 mnd). Vi trenger utstyr som virker for å kunne utføre jobben vår! Hva skal en gjøre i en slik situasjon dersom de andre står opptatt? Hva ville skjedd om det for eksempel var skulderdystoci? Dette rommet skal i utgangspunktet brukes til friske gravide der man forventer et normalt forløp. I noen tilfeller er det ikke nok fødestuer slik at kvinner som også trenger overvåking med CTG/STAN er på denne fødestua.

- **Defaultverdier på infusjonspumpe** kan forårsake at feil dose gis intravenøst:

I forbindelse med innledning av anestesi med Propofol (TIVA modus) hadde pumpen feilaktig returnert til startverdi på 70 kg, hvorfra dose beregnes, og ikke barnets vekt som jeg mente å ha bekreftet. Oppdaget ved at sprøyten tømte seg for raskt. Da TIVA modus typisk benyttes til barn, bør en forhåndsinnstilt vekt ikke være 70 kg; snarere 15-20 kg.

## **ANNEN UTSTYRSFEIL**

Flere meldinger har beskrevet problemer med å kombinere infusjonsslanger og koblingssett fra ulike leverandører, for eksempel hendelser der kombinasjon av to forskjellige typer treveiskraner har medført lekkasje fra sentralt venekateter.

Et eksempel på utstyr med svakheter; et spylekanylesett til bruk under kneoperasjon brakk, og en av delene ble stående inne i pasientens kne:

Utførselshylsen (for skyllevann) med kran gikk fra hverandre i to deler under operasjonen. Det ser ut som om instrumentet hadde blitt produsert i to deler og at disse to delene var blitt loddet sammen. Kirurgen ble stående med krandelen i handa og et metallrør ble stående inni pasientens kne. Dette metallrøret lot seg "fiske ut" og pasienten fikk ingen skade.

## **2. Mangel på relevant utstyr**

Hyppig forekommende hendelser var knyttet til bruk av oksygen, enten at bærbare oksygenkolber var tomme, at slange for oksygen feilaktig var koblet til romluft eller at oksygenflow var stilt feil.

## **3. Opplærings- og kontrollrutiner og brukerfeil**

Kvalitetssikrede opplærings- og kontrollrutiner er barrierer som kan hindre uønskede hendelser å nå pasienten. Noen områder for feil som var beskrevet:

- **Dobbeltkontroll** av styrke er nødvendig både på medikamentblanding og av programmering av infusjonspumpe:

Dexdorinfusjon var programmert inn på styrke: 4 mcg/ml på infusjonspumpen. Blandingen som pågikk var på 10 mcg/ml. Konsekvensen av dette var at pasienten fikk tilført 21 ml/t av blandingen, i stedet for ca 9 ml/t. Det pågikk en maksdosering på 1,4 mcg/kg/t. Vi må ikke bare dobbeltsjekke selve styrken på medikamentblandinger, men dobbeltsjekke styrken opp mot det som er programmert, eller skal programmeres inn, på infusjonspumpen.

- **Kontroll av gjenopplivningsutstyr** (asfyksibord) skal gjøres regelmessig. I meldingen under etterspurte melder ansvarsforhold og utførelse av kontroll av asfyksibord for nyfødte:

Ved kontroll av asfyksibordet på op. stua oppdaget jeg at baggen var feilmontert. Var det samme bag som jeg skrev avvik på på fredagen?? Tok de ikke forrige avvik på alvor? Hvordan er kontrollene på operasjonsstua? Hvem gjør kontrollene? Har man dårlig opplæring i hvordan man monterer en bag?

- **Bruk av engangsutstyr – skililaken:** Utstyr beregnet på voksne er ikke er egnet til barn. Dette kan medføre ekstra utfordringer for å sikre situasjonen under operasjon:

Ca.1 år gammelt barn til operasjon. Barnet skled på bordet og havnet nesten i fanget på operatøren. Små barn som opereres med hodestøtte har en stor del av kroppen/vekten utenfor operasjonsbordet. Avstanden fra bordet til hodestøtten er stor (beregnet til voksne) derfor dras madrassen utenfor bordet for å skjule/stabilisere glippen mellom bordet og hodestøtten. Det er vanskelig å fikse barnet til bordet da så stor del av kroppen ligger utenfor bordet. Da kirurgen skulle begynne, ble hodeenden vippet ned og pasienten skled mot kirurgen. Nye engangslaken og stikklaken er glattere/mindre friksjon enn tøylaken. Vi er mange forskjellige leger og sykepleiere som arbeider med disse pasientene. Små forandringer i måten å leie disse pasientene på kan få store konsekvenser.

Meldeordningen har publisert et læringsnotat om uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr (18). Fordelingen i underkategorier og alvorlighetsgrad er relativt like i materialet fra 2013 som i den inkluderte perioden i dette læringsnotatet. Forslag til kvalitetsforbedrende tiltak er presentert i læringsnotatet.

---

## Atferd

---

WHO-klassifikasjonens hovedkategori *Atferd* har kategorier for både helsepersonell og pasienter, med identiske underkategorier. Underkategoriene i WHO-klassifikasjonens originalversjon og i en norsk oversettelse som er gjort internt i Meldeordningen, er beskrevet i Årsrapport 2013 (2).

Hendelsene klassifiseres uavhengig av type avdeling/behandlingssted for hendelsen og pasientens diagnose. Det skilles ikke mellom somatisk og psykisk helsevesen. I det følgende presenteres kategoriene atferd for henholdsvis helsepersonell og pasient.

### ***Helsepersonells atferd***

Meldeordningen har mottatt 32 hendelser som er klassifisert som uønsket atferd blant helsepersonell. Mange av disse hendelsene skjedde i akuttsituasjoner som i mottaks- eller intensivavdelinger og ved tilkallinger ved øyeblikkelig hjelp-situasjoner generelt.

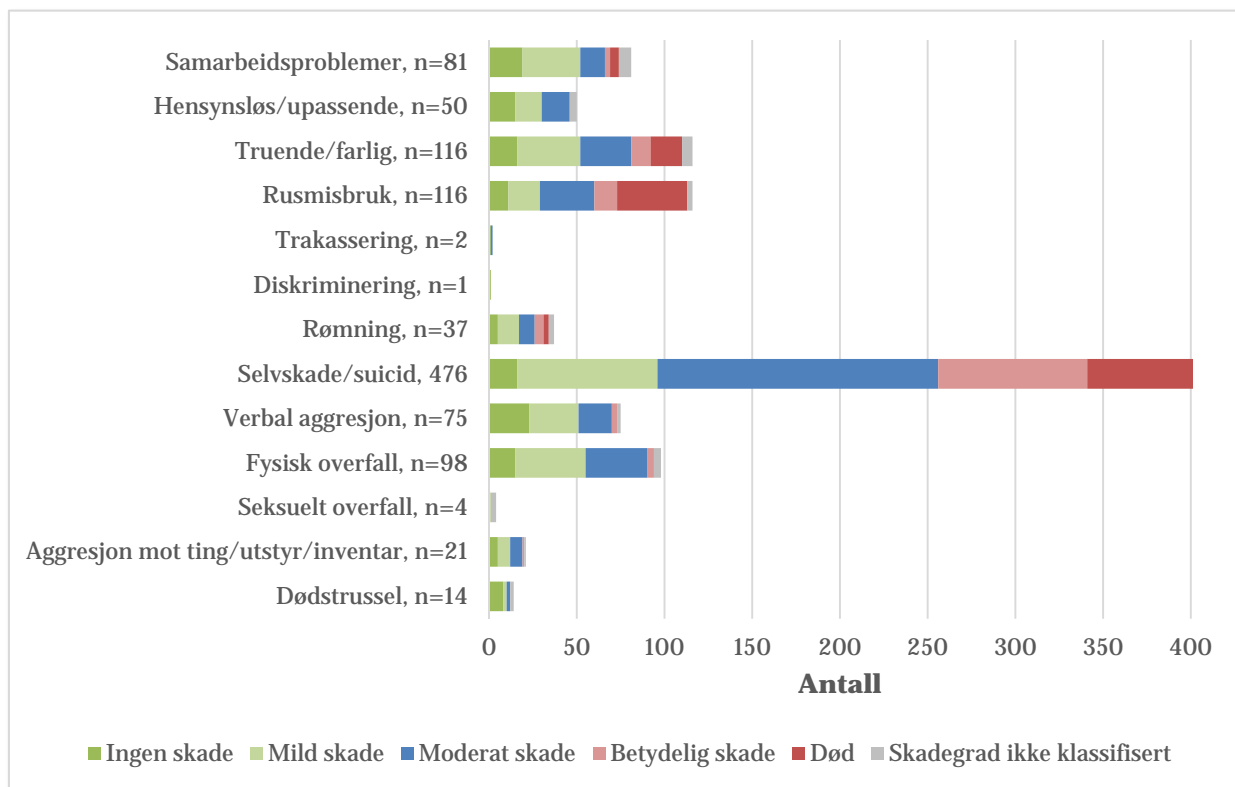
Underkategoriene med flest hendelser var:

- **Samarbeidsproblemer:** 16 hendelser. Disse hendelsene omfattet ofte manglende respons på tilkallinger, enten ved at callinger ikke ble besvart eller at den som ble tilkalt ikke vurderte det nødvendig å komme. Dette gjaldt mellom flere nivåer; for eksempel sykepleier som tilkalte forvakt (lege), forvakt som tilkalte bakvakt, lege som tilkalte lege med annen spesialitet, radiograf som tilkalte radiolog.
- **Truende/risikofylt/farlig atferd:** åtte hendelser. Flere av disse inneholdt beskrivelser av at noen i operasjonsteamet ikke overholdt retningslinjer/prosedyre for smittevern og således stod i fare for å påføre pasienter unødig infeksjon. Andre typer hendelser var leger som avviste øyeblikkelig-hjelp-henvisninger, med varige personskader som konsekvens.
- **Hensynsløs/upassende atferd:** fire hendelser. Dette var hendelser der psykiatriske pasienter var involvert, for eksempel negative, personlige kommentarer om ECT-behandling til pasienter som var i forberedelse til å få slik behandling gjennomført.

Det var altså svært få meldinger om uønskede hendelser knyttet til helsepersonells atferd. Dette kan skyldes at det er få slik hendelser eller at slike hendelser meldes til linjeleder i stedet for til Meldeordningen. De meldingene som har kommet inn, dreier seg ofte om uenighet ved vurderingen av pasientbehandlingen, og hvordan dette håndteres. Mange vil tenke at dette i hovedsak er arbeidsmiljøproblemer, men det er ut fra meldingene åpenbart at det kan gå ut over pasientsikkerheten og gjøre pasientene som det er uenighet om behandlingen av, utrygge.

### **Pasientatferd, inklusiv suicid**

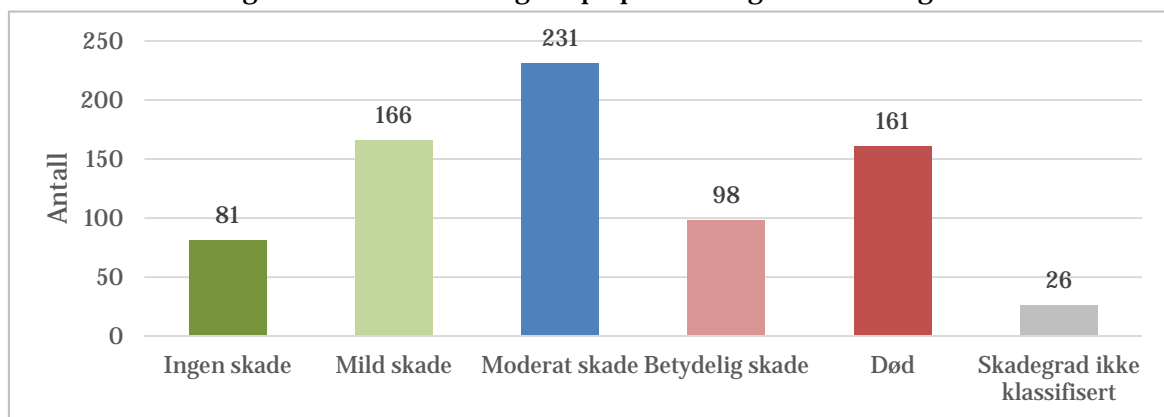
I alt 763 hendelser ble klassifisert i en av kategoriene som omhandler pasienters atferd (10 %). Hendelsestypene fordelte seg som vist i figur 23.



Figur 23: Hendelsestyper og alvorlighetsgrad i underkategorier av Pasientatferd. N=763

Én hendelse kan klassifiseres i mer enn én kategori. En del av hendelsene som er klassifisert under for eksempel *Rusmisbruk* og *Truende/farlig*, er også klassifisert som *Selvskade/suicid*.

Totalt i denne kategorien fordelte skadegrad på pasient seg som vist i figur 24.



Figur 24: Skadegrad på pasient ved hendelser klassifisert som pasientatferd. N=763

Som vist i figur 21, medførte hendelsene betydelig skade eller død i 259 (34 %) av hendelsene. Som nevnt tidligere er 10 prosent av hendelsene ikke klassifisert. Ved tekstsøk i hendelses- og årsaksbeskrivelsene fra meldingene, ble også hendelser som ikke er klassifisert identifisert. Det ble gjort søk med ulike språklige varianter med begrepene suicid, selvmord, strangulering, henging og intoxic. Analyse av disse mot alvorlighetsgrad for skade på pasient, viser at **Meldeordningen fikk meldt 137 meldinger om selvmord i 2014**. De fleste av selvmordene har skjedd under innleggelse eller mens pasienten var under poliklinisk behandling. Suicid umiddelbart etter utskrivning vil som hovedregel være meldepliktig; det inngår derfor også noen slike i dette tallet.

I et pasientsikkerhetsperspektiv presenteres her noen utfordringer beskrevet i de innkomne meldingene. Dette er delt i tre områder:

- 1. Samhandling – overføringer mellom ulike poster, avdelinger og behandlingsnivåer.** For lite kjennskap til pasienten etter overflytninger har medført at pasienter har fått for dårlig og for liten individtilpasset observasjon og oppfølging.
- 2. Oppfølging og gjennomføring av planlagte tiltak:** Planlagte tiltak som er dokumentert i epikrise etter innleggelse må sendes til pasienters faste behandler.
- 3. Oppfølging ved utskrivning til hjemmet.** I mange meldinger ble det beskrevet utilstrekkelig oppfølging av pasienter etter utskrivelse, slik at pasienter ikke skrives ut til «ingenting».

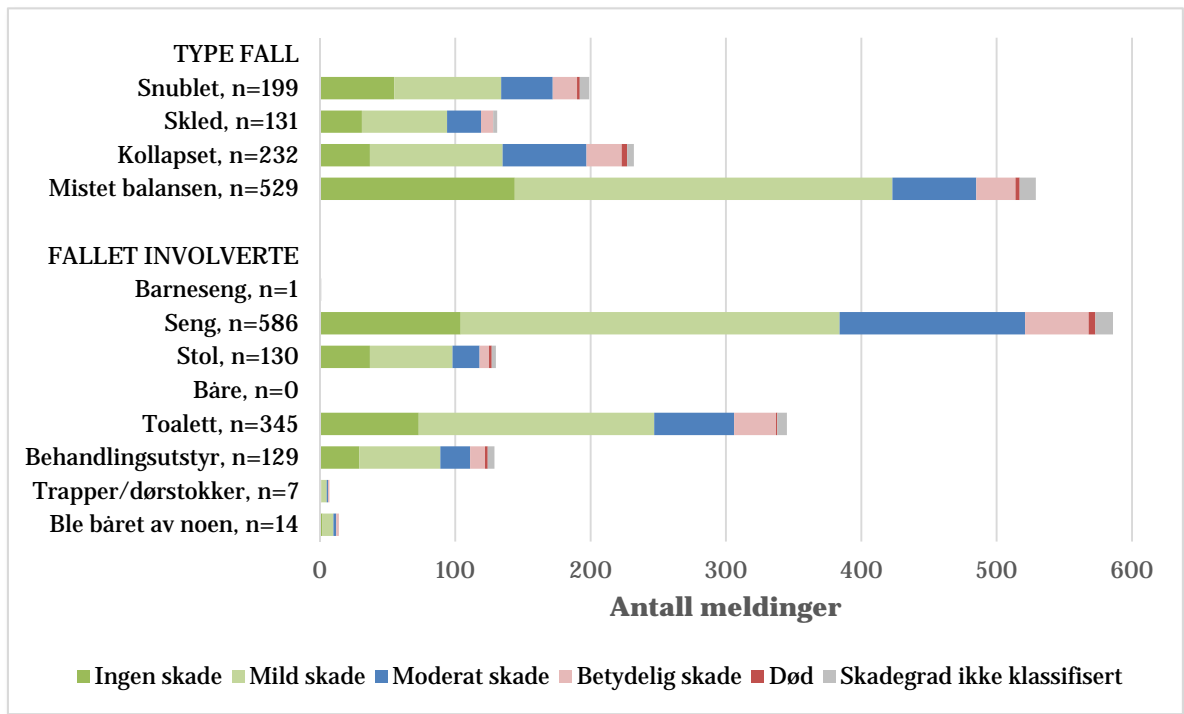
Det er et inntrykk at mangel på kontinuitet i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser, var et gjennomgående problem.



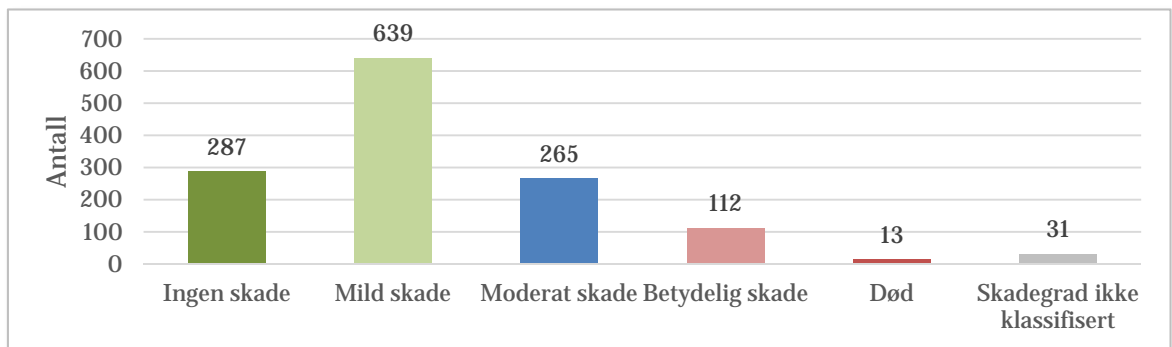
## Pasientuhell – fall

Totalt er 1451 av hendelsene klassifisert som pasientuhell. Blant disse hendelsene var fall den hyppigst forekommende; i alt 1347 hendelser (17 % av klassifiserte hendelser).

Fordeling i underkategorier er beskrevet i figur 25. Hyppigst var fall fra seng og fra toalett.



Figur 25: Fall klassifisert i undergrupper. N=1347



Figur 26: Alvorlighetsgrad for skade på pasient, fall. N=1347

Vurdering av fallrisiko er anbefalt i fagprosedyre om fallforebyggende tiltak hos voksne pasienter på sykehus fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer (19). Mange meldinger inneholdt forslag til tiltak som er inkludert i denne prosedyren, men at det er begrensede muligheter til å følge disse i en travelt hverdag. Et gjennomgående problem var at fallreducerende utstyr ikke var tilgjengelig (anti-sklimatte, fallmatte og sengehest), og/eller at bremser ikke var satt på (på seng, rullestol, båre, rullator) og at dette forårsaket fallet.

---

## Infrastruktur/bygninger/inventar

---

Sekstifire hendelser var knyttet til infrastruktur, bygninger eller inventar (0,8 % av klassifiserte hendelser). En hendelse medførte dødsfall, mens to hendelser var assosiert med betydelig skade på pasient. Hendelser i denne kategorien inkluderer for eksempel lokaler, utstyr og kommunikasjonssystemer. Kommunikasjonssystemer har også sammenheng med dokumentasjonssystemer, så noen av disse hendelsestypene er sammenfallende i tematikk med kategorien «Dokumentasjon/informasjon».

To typiske eksempler i denne kategorien er vist under; hendelser som involverte adgang til behandlingssteder i akuttsituasjoner.

### Ødelagte heiser hindret pasientoverflytting i akuttsituasjon

Kom med en dårlig pasient som skulle på nevrologen. Men da vi kom i underetasjen i gamle hovedbygget ble vi stående da ingen av de tre heisene vi pleier å bruke virket. Etter å ha snakket både med Sikkerhetsavdelingen, vaktleder i akuttmottak og til slutt portørsentralen, så fikk vi vite at det nå var åpnet en 4. heis som kunne brukes. Heis nr 4 (innerst i korridoren og til høyre) var så liten at vi så vidt fikk plass til seng + en personell til å følge. Akuttmottak og sikkerhetsavdelingen var da på vei for å hjelpe til med å bære pasienten opp trappen.

### Adgangskontroll

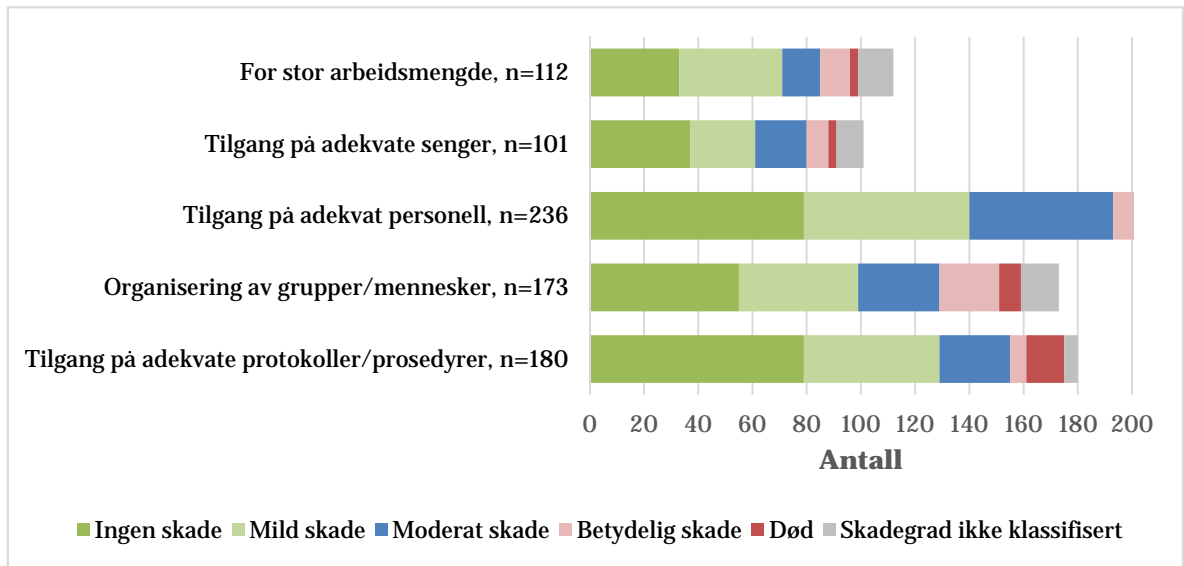
Nedenstående melding beskrev at ødelagte eller manglende kortlesere hindret akuttteam i å komme inn i en bygning i en akuttsituasjon:

Det ble ringt på stanstelefonen fra øyeavdelingen om hjertestans på pasient. Teamet ble kjørt bort til øyeavdelingen av portvakta. Ved hovedinngangen er det ikke kortleser. Vi ringte på flere ganger, men naturlig nok var alt personale opptatt, og ingen åpnet. Vi ble stående en stund, før portvakta fant ut at det var en annen inngang. Teamet løp da rundt halve bygget, og vi kom oss inn den inngangen, da det var kortleser der. Dørene inn til selve avdelingen der pasienten lå, var også stengt, og heller ikke her fantes det kortleser. Vi måtte dunke på dørene for å få oppmerksomhet fra personalet. Teamet ble kraftig forsinket fordi det ikke fantes kortlesere, verken inn til bygget eller inn til selve avdelingen.

Dette er uønskede hendelser hvor beslutning om forbedrende tiltak må tas på et høyt nivå, da det inkluderer kostnadskreven investeringer. Dette er nærmere beskrevet i læringsnotatet som omhandler medisinsk utstyr (18).

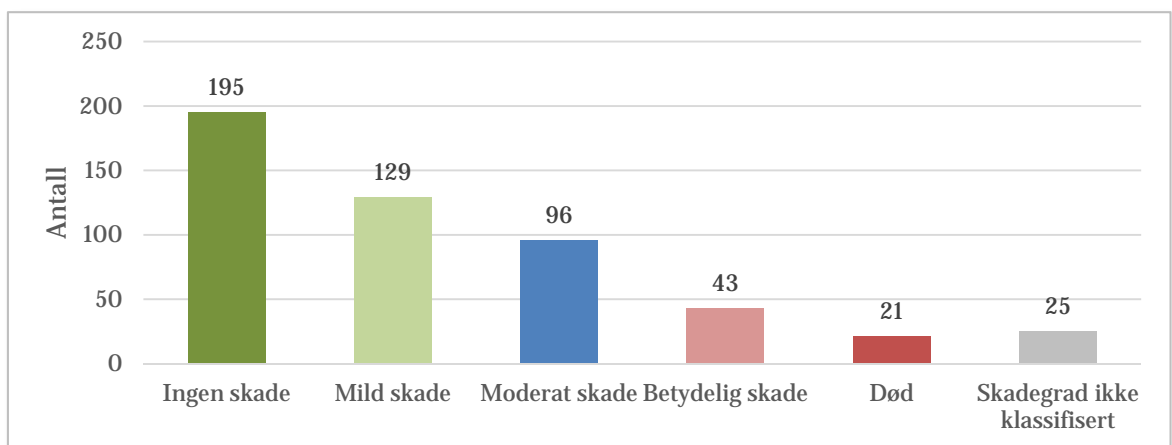
## Ressurser/organisatorisk ledelse

509 (6 %) av hendelsene var assosiert med tilgang på ressurser og organisering. Figur 27 viser antall hendelser og alvorlighetsgrad i underkategorier for disse hendelsene.



Figur 27: Antall hendelser knyttet til ressurser/organisatorisk ledelse. N=509

Mange meldinger beskrev samtidighetskonflikter mellom ulike arbeidsoppgaver i klinisk pasientarbeid, der forbedringspotensialet ligger i å tydeliggjøre prioriteringer i hastesituasjoner og i situasjoner der planlagte inngrep må utsettes på grunn av kapasitetsproblemer.



Figur 28: Alvorlighetsgrad for hendelser knyttet til ressurser/organisatorisk ledelse. N=509

Kombinasjon av kapasitetsmangel og prioriteringsproblemer gir utfordringer som kan sette pasientsikkerheten i fare.

---

## Oppdagelse av hendelser

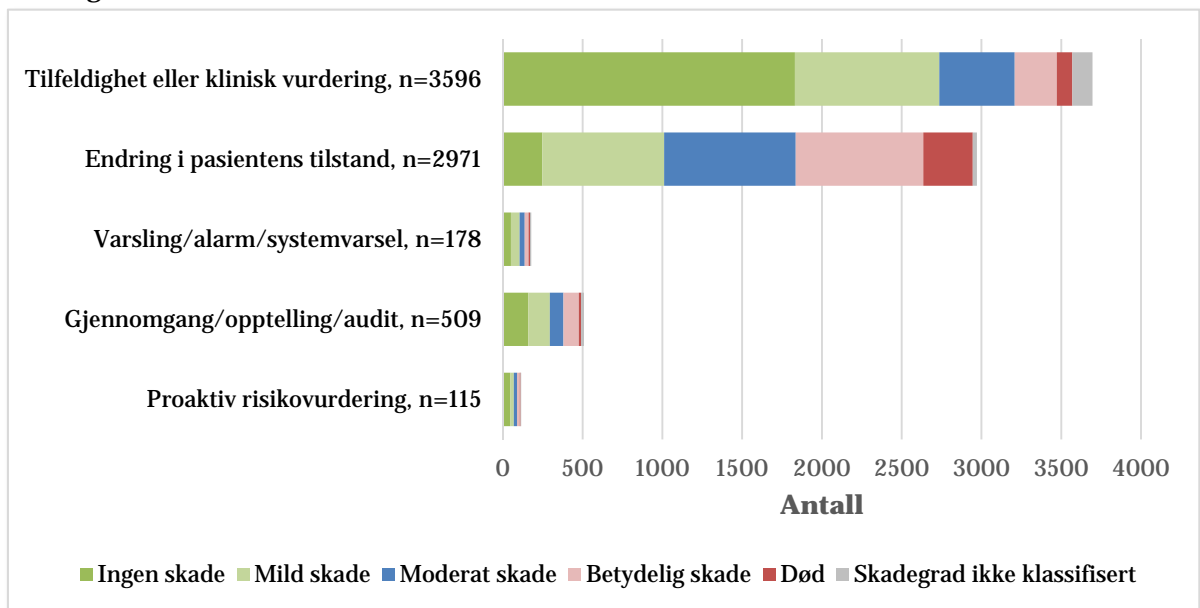
---

Med kategorien *Oppdagelse* menes hva som bidro til eller hva som skjedde slik at den uønskede hendelsen ble oppdaget. I henhold til WHO-klassifikasjonen er det følgende underkategorier;

Hendelsen ble oppdaget ved:

- En tilfeldighet eller ved klinisk vurdering av pasient og aktuell behandling
- Endringer i pasientens status
- Alarm fra maskiner, systemer, miljøendringer, for eksempel overvåkningsutstyr
- Audit<sup>10</sup>, opptelling, journalgjennomgang eller andre retrospektive vurderinger bidro til at en uønsket hendelse ble oppdaget og denne oppdagelsen hadde en konsekvens for pasientbehandlingen
- Proaktiv risikovurdering, dvs aktiv risikovurdering på bakgrunn av kjente risikoforhold, for eksempel kjent risiko ved et inngrep eller lidelse og det gjøres aktive vurderinger spesifikt av disse forholdene

Blant de meldingene som inneholdt tilstrekkelig informasjon, ble hendelsene oppdaget som vist i figur 29.



Figur 29: Hvordan hendelser ble oppdaget og alvorlighetsgrad. N=7615

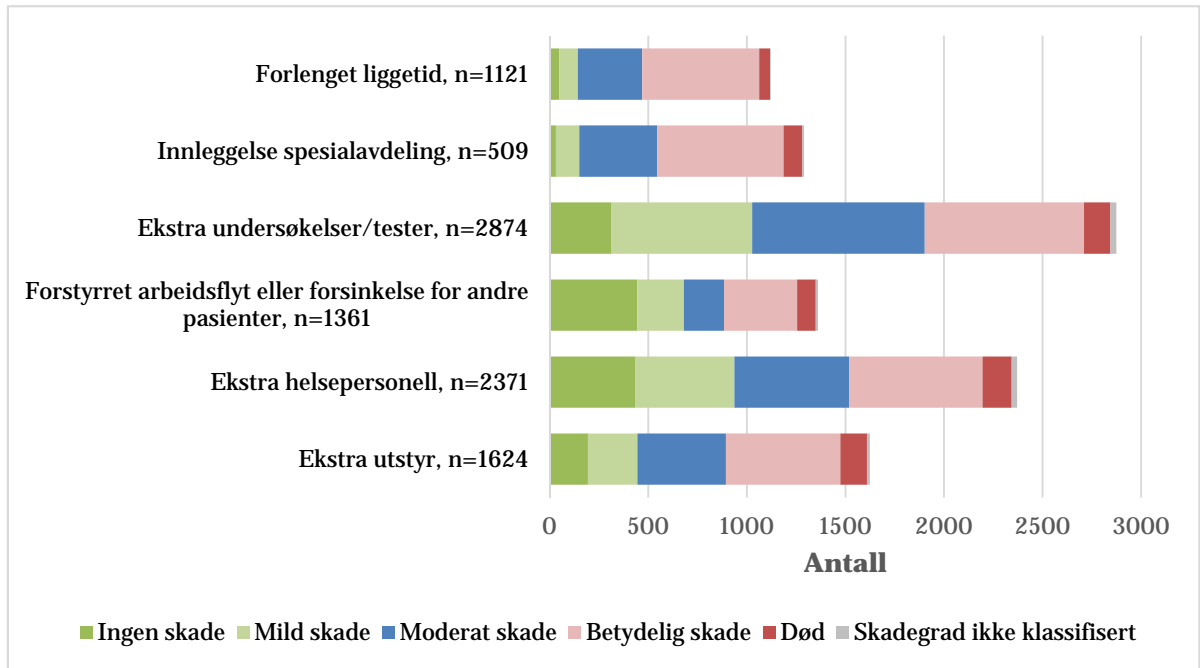
Hovedtyngden hendelser ble identifisert ved at feil ble oppdaget (49%) eller at det var en endring i pasientens tilstand (39%), i liten grad ved varsling ved hjelp av apparatur (2 %) eller ved proaktiv risikovurdering (2%).

---

<sup>10</sup> Audit: kvalitetsforbedringsmetode med mål om å forbedre helsetilbudet til pasienten

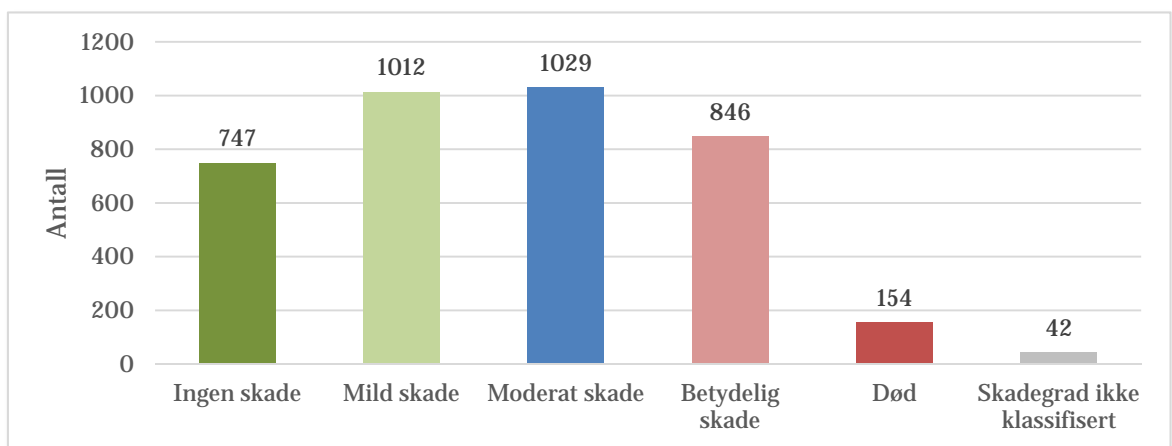
## Organisatoriske konsekvenser

Med dette menes effekten(e) på en organisasjon som helt eller delvis kan tilskrives en uønsket hendelse. Dette vil si konsekvenser direkte på organisasjonen, i motsetning til kliniske eller terapeutiske konsekvenser. Underkategoriene og alvorlighetsgrad for skade er vist i figur 30 for de 3830 hendelsene der det var tilstrekkelig informasjon til at det var mulig å klassifisere organisatoriske konsekvenser.



Figur 30: Underkategorier av organisatoriske konsekvenser og alvorlighetsgrad. N=3830

Alvorlighetsgrad for skade på pasienten fordeler seg som vist i figur 31. Dette er altså konsekvenser på organisasjonen i de ulike kategoriene for alvorlighetsgrad for skade på pasient.



Figur 31: Organisatoriske konsekvenser totalt og alvorlighetsgrad. N=3830

---

## **Avsluttende kommentarer til hendelser mottatt i 2014**

---

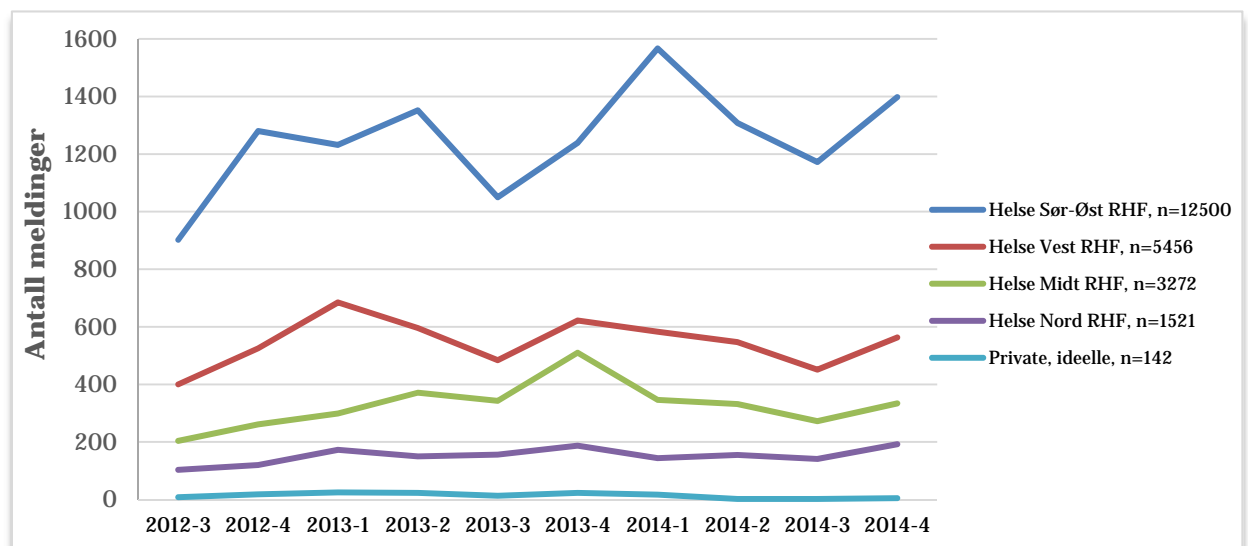
Alle hendelsestypene i WHO-klassifikasjonen er i denne rapporten presentert med antall i de ulike kategoriene og alvorlighetsgrad. I tillegg er det vist en rekke eksempler som beskriver mangfoldet i de mottatte meldingene.

Arbeidet i Meldeordningen fortsetter med å anvende dette materialet til lærings- og kvalitetsfremmende tilbakemeldinger til virksomhetene. Mange meldinger inneholder beskrivelser av forslag til forbedringstiltak og læringsmuligheter. Dette vil bli oppsummert og anvendt i kommende læringsnotater for å bidra til spredning av gode tiltak mellom ulike helsevirksomheter.

## 4. Utvikling over tid

### Antall hendelser

Meldeordningen har mottatt 22885 meldinger fra oppstart i 1.7.2012 til utgangen av 2014. Fordeling per regionalt helseforetak (RHF) er vist i figur 32.



Figur 32: Mottatte meldinger per kvartal 1.7.12-31.12.214 per regionalt foretak. N=22885

Private og ideelle virksomheter som har driftsavtale med et regionalt foretak er klassifisert med sine respektive RHF-er. De som ikke har slik avtale, er inkludert i kategorien *Private, ideelle*.

Meldesentralen i Helsetilsynet mottok meldinger om 7756 hendelser i årene 2008-2011 (8), gjennomsnittlig 162 hendelser per måned. Meldeordningen har mottatt gjennomsnittlig 763 meldinger per måned siden 1.7.2012. Det har altså vært en nesten femdobling av antall meldinger fra oppstart av Meldeordningen ved Kunnskapscenteret i forhold til antall meldinger til Helsetilsynet. Selv om det har vært variasjoner i antall meldinger per foretak per kvartal, synes dette å være relativt stabilt. Noe av variasjonen kan forklares med brudd i innsendingsflyten på grunn av tekniske problemer.

---

## Alvorlighetsgrad

---

Totalt blant de hendelsene som er klassifisert etter alvorlighetsgrad, var det

- 1048 dødsfall (6%)
- 2292 hendelser med betydelig skade (12%)
- 3408 med moderat skade (17%)
- 5008 hendelser med mild skade (24%)
- 6621 hendelser der det ikke var noen observerbar skade på pasient (32%)

Andelene i de ulike kategorier av alvorlighetsgrad har vært stabil gjennom denne perioden.

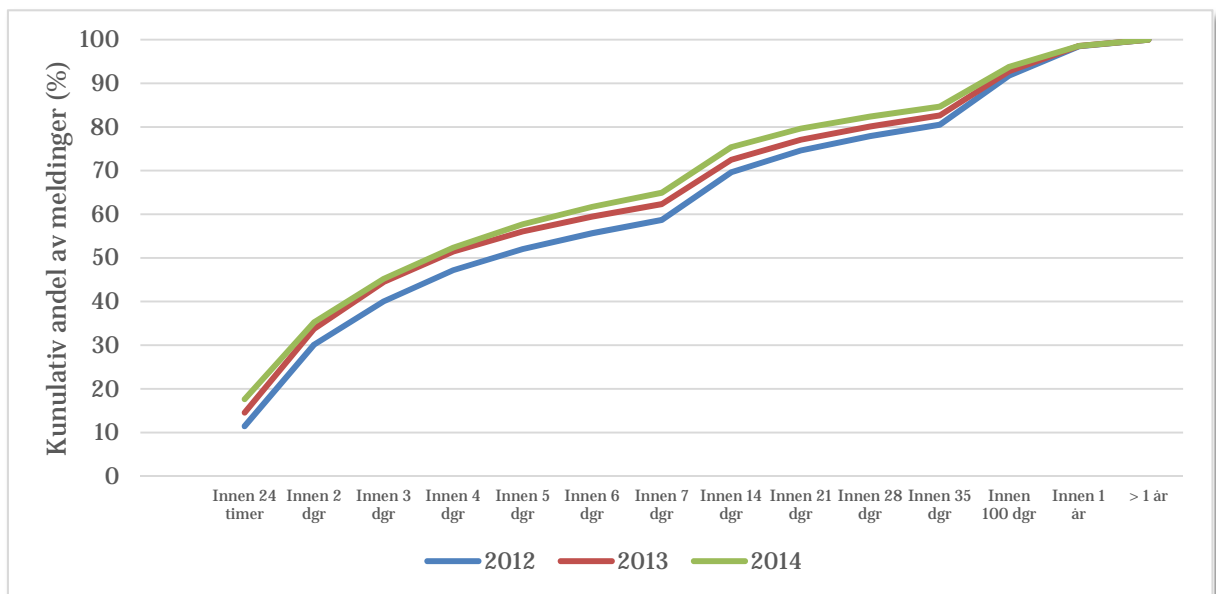
Blant de 7756 hendelsene som ble meldt til Meldesentralen i Helsetilsynet i 2008-2012, var 33 prosent assosiert med betydelig personskade/død (8); gjennomsnittlig 42 hendelser per måned i disse årene. Meldeordningen har mottatt 3060 hendelser med betydelig skade eller død i 2012-2014; gjennomsnittlig 102 meldinger per måned. Det har altså vært mer enn en dobling i antall meldinger med betydelig personskade/død fra gammel til ny ordning.

---

## Innmeldingstidspunkt fra virksomhetene

---

Som nevnt på side 12, beskriver § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven at har institusjon som faller inn under denne loven plikt til å sende melding til Kunnskapscenteret innen 24 timer (1).



Figur 33: Andel meldinger innsendt innen ulike tidsintervaller i perioden 2012-2014. N=22773



Figur 33 viser en svak tendens i retning av noe kortere tid fra hendelsen ble oppdaget til melding ble sendt. Som nevnt på side 12, har ikke Meldeordningen opplysninger om tidspunkt for når hendelsen ble oppdaget, bare om tidspunkt for hendelsen. Noen hendelser oppdages nødvendigvis først på et senere tidspunkt enn da hendelsen skjedde.

## Meldingsmottak i Meldeordningen



Figur 34: Andel meldinger som er vurdert i Meldeordningen innen ulike tidsintervaller i perioden 2012-2014. N=22773

Figur 34 viser at det har gått stadig kortere tid fra melding ble mottatt til den ble lest og vurdert i Meldeordningen. I 2012 var det 43 prosent av meldingene som ble lest innen tre dager, i 2013 var det 72 prosent, mens i 2014 var nesten alle meldinger lest innen tre dager (99,6%). Dette skyldes en intern omorganisering, ved at mottak av meldinger nå skjer blant noen få ansatte før behandlingsansvar av meldingen fordeles til en av de deltidsansatte saksbehandlerne. Dette er nærmere beskrevet i Årsrapport 2013 (2).

---

## 5. Videre utvikling av Meldeordningen

---

### Hva skal meldes?

---

Helsedirektoratet har laget en veileder for meldeordningen (20). Det er fortsatt usikkerhet knyttet til meldeplikten for enkelte hendelser. Infeksjoner er et område der det ser ut til å herske usikkerhet. Fra pasientens ståsted er en infeksjon en uønsket hendelse, men det kan samtidig oppfattes som en påregnelig risiko, og derfor ikke meldepliktig. Det bør tydeliggjøres hva som er meldepliktig.

---

### Registrering av avdelingstype og yrkesgruppe

---

I dag registreres det ikke på en konsis og konsistent måte på hvilken avdeling hendelser skjer, eller hvilken yrkesgruppe som har sendt melding om uønsket hendelse. Dette skyldes ulik terminologi og katalogisering av organisasjonsstrukturen ved virksomhetene. Det er behov for å standardisere registrering av avdelingstype og helsepersonellkategorier ved virksomhetene for å kunne gjøre mer presise og detaljerte analyser av hendelsene.

Det er også uklart om avdeling som skal registreres er avdelingen pasienten tilhører eller der hendelsen skjedde, for eksempel røntgen- eller operasjonsavdeling; det vil si, hvem som «eier» problemet. Det kan synes som om Meldeordningen i dag fortrinnsvis får informasjon om melderens avdelingstilhørighet, ikke hvor pasienten var da hendelsen skjedde.

---

### Klassifikasjon av hendelser

---

Som beskrevet i kapittelet om klassifisering, er det igangsatt et arbeid med forenkling og standardisering. Dette arbeidet er beskrevet i et notat med et foreløpig forslag til nytt klassifikasjonssystem (7). Arbeidet er ikke avsluttet, da prosessen videre blant annet er avhengig av pågående prosesser i WHO (Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting & Learning Project). Formålet er å utvikle et nytt, felles internasjonalt standardisert klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser. Meldeordningen har to representanter i dette prosjektet.

---

## **Tekstuttrekk og -analyse**

---

Statusrapporten fra det nasjonale klassifikasjonsprosjektet (7) beskriver utfordringene knyttet til det å ha et finmasket klassifikasjonssystem som samtidig skal være brukervennlig og intuitivt. Som et supplement til klassifiseringen, ønsker Meldeordningen i samarbeid med virksomhetene å utvikle metoder for tekstuttrekk og analyse av tekstdata. Dette vil bidra til å forbedre og forenkle prosessene med å identifisere områder der det er behov for kvalitetsforbedring. Det gjøres allerede nå tekstsøk i hendelses- og årsaksbeskrivelser, men det er behov for å videreutvikle og standardisere disse metodene.

---

## **Læringstilbakemeldinger**

---

Meldeordningen vil prioritere å styrke den faglige tilbakemeldingen basert på analyser av de innkomne meldingene. Dette inkluderer tilbakemelding på enkelthendelser og utarbeidelse av læringsnotater. Det er i 2014 publisert tre læringsnotater basert på innkomne meldinger. Det er ønskelig at det regelmessig publiseres læringsnotater. Aktuell informasjon legges ut på [www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner) .

---

## 6. Avsluttende kommentarer

En av innvendingene mot den gamle meldeordningen var at det var en underrapportering av uønskede hendelser. At helsepersonell ikke melder om uønskede hendelser, kan bidra til at tilliten til helsetjenesten reduseres og at helsetjenesten ikke lærer. Fordi meldingene gikk til Helsetilsynet – som har sanksjonsmulighet – ble det ansett som sannsynlig at det kunne bidra til at det kom for få meldinger (21). Ett av målene med å flytte meldeordningen var å få flere meldinger. Med en femdobling av antall meldinger, er dette målet nådd. Den største økningen var for meldinger om «nesten-hendelser», men det har også kommet dobbelt så mange meldinger om alvorlige hendelser.

Et annet mål var å få raskere saksbehandling i virksomhetene og i Meldeordningen. Fristen på 24 timer for å sende melding skulle bidra til dette. Tendensen er at det går kortere tid fra hendelser blir oppdaget til melding sendes til Meldeordningen; 45 prosent av meldingene har blitt sendt innen tre dager etter hendelsen.

Meldeordningen ønsker å vurdere meldinger så raskt som mulig. Fra 2012 til utgangen av 2014 har det gått stadig kortere tid fra melding ble mottatt til den ble lest og vurdert i Meldeordningen, og 99,6 prosent av meldingene er i 2014 lest innen tre dager. Det har imidlertid ikke vært mulig å besvare meldingene like raskt. Ansvar for oppfølging av uønskede hendelser ligger på virksomheten, og Meldeordningen bestreber seg på å svare så raskt at svaret kan være til nytte i arbeidet lokalt.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldeordningens svar på enkeltmeldinger skal bidra til dette lokalt. I tillegg er det publisert læringsnotater som distribueres vidt for at man skal kunne lære på tvers av virksomhetene. Dette arbeidet er det ønskelig å prioritere i framtiden.

Oppsummering av noen sentrale områder der læring og forbedring kan vurderes, er presentert i sammendraget på side fem.

---

## 7. Referanser

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.
2. Saastad E, Flesland Ø, Lindahl A. Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2013-for-meldeordningen-for-uønskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>
3. Griffin F, Resar R. Global Trigger Tool for measuring adverse events (Second edition). Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. (IHI Innovation Series white paper).
4. Deilkås E. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/pasientskader-i-sykehus-pa-vei-ned>
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010-2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak).
6. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: version 1.1.: technical report January 2009. Geneva: WHO; 2009. (WHO/IER/PSP/20102).  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)
7. Saastad E, Engebretsen T, Levernes S, Resulbegovic N, Riiser T, Rudsro S, et al. Felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser : en statusrapport og foreløpig forslag. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (Notat fra Kunnskapssenteret april 2014).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/felles-nasjonalt-klassifikasjonssystem-for-uønskede-pasienthendelser-en-statusrapport-og-forelopig-forslag>
8. Helsetilsynet. Meldesentralen : oppsummeringsrapport 2008-2011. Oslo: Helsetilsynet; 2012. (Rapport fra Helsetilsynet 4/2012).  
[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport4\\_2012.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport4_2012.pdf)
9. Krogstad U, Hafstad E, Saastad E, Flesland Ø. Varmetiltak kan gi brannskade. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (Notat fra Kunnskapssenteret september 2014).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/varmetiltak-kan-gi-brannskade>

10. Krogstad U, Hafstad E, Patrono WP, Saastad E, Flesland Ø. Uønskede pasienthendelser knyttet til prøver og undersøkelser. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (Notat fra Kunnskapssenteret juni 2014).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-pasienthendelser-knyttet-til-prover-og-undersokelser>
11. Saastad E, Kirschner R, Flesland Ø. Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (Læringsnotat fra Meldeordningen oktober 2014).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-under-svangerskap-fodselsel-og-barseltid>
12. Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64.
13. Saastad E, Moberg T, Flesland Ø. Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. (Læringsnotat fra Meldeordningen oktober 2013).  
<http://www.melde.no/l%C3%A6re/u%C3%B8nskede-hendelser-knyttet-til-vikarbruk-i-spesialisthelsetjenesten>
14. Sykehusinfeksjoner. Helsenorge.no. [Oppdatert 7.5.2012; Lest 2.6.2015]. Tilgjengelig fra:  
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner/sykehusinfeksjoner>
15. Saastad E, Klem K, Nguyen K, Flesland Ø. Forveksling av legemidler. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. (Notat fra Kunnskapssenteret november 2013).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forveksling-av-legemidler>
16. Steinsvåg C, Espinosa A, Flesland Ø. Eight years with haemovigilance in Norway : what have we learnt? Transfusion and Apheresis Science 2013;49(3):5.
17. Steinsvåg C, Espinosa A, Flesland Ø. Overvåking av blod i Norge 2012 : transfusjonskomplikasjoner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. (Rapport fra Hemovigilansgruppen ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/overvaking-av-blod-i-norge-2012>
18. Saastad E. Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. (Læringsnotat fra Meldeordningen juni 2013).  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-knyttet-til-medisinsk-teknisk-utstyr>
19. De Groot C, Johnsen N, Oppheim A, Henriksson S. Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus. Vestre Viken HF; Oslo universitetssykehus; Sykehuset Telemark. [Oppdatert 23.1.2014; Lest 9.6.2014]. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/fallforebygging-hos-voksne-pasienter-pa-sykehus>
20. Helsedirektoratet. Veileder til spesialisthelsetjenesteloven §3-3 : meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. (Veileder IS-1997).  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-spesialisthelsetjenesteloven-3-3-meldeplikt-til-nasjonalt-kunnskapssenter-for-helsetjenesten>
21. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten: forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)  
Notat: ISBN 978-82-8121-965-6

**Juni 2015**

 kunnskapssenteret