

Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

Kunnskapssenteret
Juni 2014

Tittel	Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Saastad, Eli, seniorforsker, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> , Flesland, Øystein, seksjonsleder, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> , Lindahl, Anne Karin, avdelingsdirektør, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
ISBN	978-82-8121-878-9
Notat	Juni – 2014
Prosjektnummer	9999
Publikasjonstype	Notat
Antall sider	72 inkludert referanser og vedlegg
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Emneord (MeSH)	Adverse events, patient safety
Sitering	Saastad, E., Flesland, Ø., Lindahl, A.K. Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Notat 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014. 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 Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oslo, juni 2014

Denne rapporten ble oppdatert i september 2014 på grunn av enkelte feil i noen av tabellene.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	5
Introduksjon.....	7
Bakgrunn for Meldeordningen	7
Meldeordningen i Kunnskapssenteret.....	7
Utvikling	8
Meldeordningens første årsrapport.....	8
Del 1: Organisering av Meldeordningen og driftsmessige resultater	10
Innsending av meldinger fra virksomhetene.....	10
Antall meldinger	10
Elektroniske løsninger for innsending og informasjonsflyt	11
Meldepliktige virksomheter	11
Meldebehandling i virksomhetene	12
Innsendingstidspunkt i forhold til hendelsestidspunkt.....	14
Mottak og behandling av meldinger i Meldeordningen.....	15
1. Mottak av meldinger	16
2. Vurdering og tilbakemelding på enkelthendelser	18
3. Klassifikasjon av hendelsene	19
4. Læringsinformasjon og ekstern virksomhet	22
Del 2: Meldinger mottatt i 2013	23
Status for klassifikasjon av hendelser.....	23
Alvorlighetsgrad for skade på pasient.....	23
Pasientkarakteristika.....	25
Tidspunkt for hendelsene.....	26
Hendelsestyper	28

Pasientadministrative forhold	29
Klinisk prosess/prosedyre.....	32
Dokumentasjon	36
Infeksjon	39
Legemidler	41
Blod og blodprodukter	44
Ernæring	45
Oksygen/gass/sug	46
Medisinsk utstyr	47
Atferd – inklusiv suicid	49
Pasientuhell	56
Infrastruktur/bygninger/inventar	58
Ressurser/organisatorisk ledelse.....	60
Avsluttende kommentarer	63
Videre utvikling av Meldeordningen.....	64
Klassifikasjon av hendelser	64
Tekstuttrekk og -analyse	64
Læringstilbakemeldinger	64
Registrering av avdelingstype og yrkesgruppe	65
Tekniske løsninger for informasjonsflyt.....	65
Hva skal meldes?	65
Oppsummering	66
Referanser.....	67
Vedlegg.....	69
Vedlegg 1: Serviceerklæring	69
Vedlegg 2: Oversikt over undervisning og foredrag i 2013	72

Sammen drag

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 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.

Dette er Meldeordningens første årsrapport. Denne rapporten beskriver driftsmessige resultater (del 1) og oversikter over antall meldte hendelser i ulike hendelsestyper med alvorlighetsgrad for skade på pasient (del 2). Årsrapporten inneholder ikke lærings- og/eller forbedringstiltak knyttet til de ulike hendelsestypene.

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 publisert tre hastenotater og fire læringsnotater med følgende titler:

- Brystimplantater kan ha magnetisk materiale
- Treveiskraner resulterte i uønskede hendelser
- Mulig smitte med multiresistent Klebsiella etter bronkoskopi
- Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr
- Uønskede hendelser ved tromboseprofylakse eller antikoagulasjonsbehandling
- Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten
- Forveksling av legemidler

Meldemønster

Meldeordningen mottok 9540 meldinger i 2013; 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, da antall meldte hendelser blant annet påvirkes av meldekulturen i virksomheten. 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.

Sammenlignet med den gamle ordningen har følgende endringer skjedd:

- Femdobling i antall meldinger om uønskede pasienthendelser
- Endret meldemønster – flere meldinger om «nesten-uhell»
- Raskere innmelding – 47 prosent av meldingene er sendt innen tre dager etter at hendelsen skjedde

Noen resultater fra meldinger mottatt i 2013

- Hyppigst forekommende hendelsestype var kliniske prosesser/prosedyrer, med 2965 meldinger (32 %). De fleste hendelsene gjaldt kliniske prosesser som ikke ble utført når det var indisert, at det ble utført feil prosess/prosedyre eller at disse ble utført feil. Uklare prosedyrer er beskrevet som bidragsytende faktor i en del av disse hendelsene
- 806 hendelser gjaldt pasientadministrative forhold (11 %). Risikoområder er overflyttinger og overføring av pasienter mellom avdelinger og mellom institusjoner.
- I 1357 meldinger (19 %) er det registrert feil knyttet til legemidler. Utdeling av legemidler er en sårbar prosess. Gitt feil legemiddel og gitt legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens, var hyppigst forekommende.
- 1171 hendelser gjaldt fall (17 %), de fleste av disse gjaldt fall fra seng og fall fra toalett.
- 324 hendelser gjaldt dødsfall (5 % av hendelsene). Av disse var det 155 selvmord.
- Uønskede hendelser rapportert i meldingene har skjedd hyppigst mellom kl 21 og 23

Meldeordningen har bekreftet kjente risikoområder, identifisert nye områder med risiko for uønskede pasienthendelser og avdekket risikoforhold innenfor de tilsynelatende kjente risikoområdene. Gjennom tilbakemelding til melder på enkeltmeldinger og gjennom aggregerte analyser og læringsnotater, har meldeordningen bidratt til læring av uønskede hendelser, også på tvers av avdelinger og foretak.

Introduksjon

Bakgrunn for Meldeordningen

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. Hensikten med å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret var å skape et system for læring og forbedring som ikke er koblet til sanksjonsmyndighet.

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. Meldingene skal ikke inneholde personopplysninger, verken om pasient eller helsepersonell.

Meldeordningen i Kunnskapssenteret

Meldeordningen for uønskede tjenester i spesialisthelsetjenesten, heretter kalt Meldeordningen, er plassert i Seksjon for meldesystemer i Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret. Meldeordningen har i 2013 hatt 15 deltidsansatte saksbehandlere. Disse har klinisk hovedstilling i spesialisthelsetjenesten, noe som anses som viktig for at de raskt skal kunne kjenne seg igjen de ulike situasjonene som meldingene beskriver. Saksbehandlerne har vært geografisk spredd slik at ingen har behandlet meldinger fra eget helseforetak.

Meldeordningen har i 2013 hatt fem fulltidsansatte. Foruten å utføre administrative oppgaver, har disse kvalitetssikret og videreutviklet saksbehandling av enkeltmeldinger, gjort analyse av aggregerte data og utarbeidet informasjon i form av læringsnotater til bruk på nasjonalt nivå. Andre ansatte ved Kunnskapssenteret har også bidratt i utarbeiding av læringsnotater.

Følgende profesjoner har i perioden vært representert blant de ansatte: leger med ulike spesialiteter (kirurgi, fødselshjelp/kvinnesykdommer, indremedisin, anestesi, onkologi, ortopedi, immunologi og transfusjonsmedisin), sykepleier, ambulansarbeider, farmasøyt, jurist, psykolog og jordmor. For å systematisere og harmonisere vurderings- og tilbagemeldingsformer internt i Meldeordningen, har det vært avholdt månedlige heldagsmøter

for alle ansatte. Disse møtene har vært brukt også til å kvalitetssikre klassifiseringen ved at hendelser diskuteres i plenum.

Utvikling

Forberedelsene til oppstart av Meldeordningen er inngående beskrevet i «Melde for å lære – en beskrivelse av etableringen av Meldeordningen (§3-3) for uønskede pasienthendelser i Kunnskapssenteret i 2012»(2). Før oppstart ble det utarbeidet en serviceerklæring som blant annet definerer noen kjøreregler og tidsaspekter for meldingsbehandling (vedlegg 1).

Siden oppstart har det vært arbeidet kontinuerlig med å justere og utvikle løsninger på mange plan; i tett samarbeid med de meldepliktige helseforetak og andre institusjoner, heretter kalt virksomhetene. For å styrke samarbeidet mellom virksomhetene og å utvikle gode løsninger, har det vært avholdt tre nasjonale møter siden oppstart av ordinær drift; med IKT-ansvarlige ved virksomhetene (6.12.2012), med kvalitetsmedarbeidere/-avdelinger ved virksomhetene (24.4.2013) samt ett møte vedrørende legemiddelklassifisering (23.8.2013).

I tillegg har Meldeordningen gjennomført en spørreundersøkelse for å få tilbakemeldinger fra virksomhetene på deres erfaringer med Meldeordningen. Et semistrukturert spørreskjema med åpne spørsmål og kommentarfelt ble sendt ut til kvalitetsmedarbeidere ved alle meldepliktige virksomheter i februar 2013. I alt 23 av 29 virksomheter besvarte spørreundersøkelsen (79 %).

De nevnte nasjonale møtene og spørreundersøkelsen har gitt verdifull informasjon om forbedringstiltak for å etablere gode strukturer, arbeidsformer og metoder for informasjonsflyt mellom Meldeordningen og virksomhetene. Endringer som er foretatt siden oppstart, er basert på tilbakemeldinger fra virksomhetene og erfaringer internt i Meldeordningen.

Meldeordningens første årsrapport

Årsrapporten er todelt. Del 1 inneholder informasjon om organisering og drift av Meldeordningen. Siden dette er Meldeordningens første årsrapport, er denne delen relativt utfyllende.

I del 2 finnes oppsummering av analyser av de mottatte meldingene som er mottatt i 2013. Her presenteres også eksempler på mottatte meldinger. Enkelte eksempler er forkortet, alle personidentifiserende opplysninger, stedsnavn og datoer er fjernet, og enkelte skrivefeil er rettet for å øke lesbarheten. De valgte eksemplene representerer typiske eksempler på hendelser. Det er mange meldinger som ligner hverandre, og en melding som kan synes å være fra eget foretak, kan godt være fra et annet foretak selv om innholdet i hendelsen virker likt. Eksemplene

inneholder faguttrykk og forkortelser som ikke er forklart, med unntak av der dette er avgjørende for å forstå hendelsen. Forklaringer er i slike tilfeller lagt som fotnoter.

Denne rapporten inneholder ikke lærings- og/eller forbedringstiltak fra Meldeordningen knyttet til de ulike hendelsestypene. Imidlertid inneholder mange av eksemplene forslag til tiltak. Dette er forslag som er skrevet av den som har meldt inn hendelsen. All tekst i tekstboksene er fra innsendte meldinger.

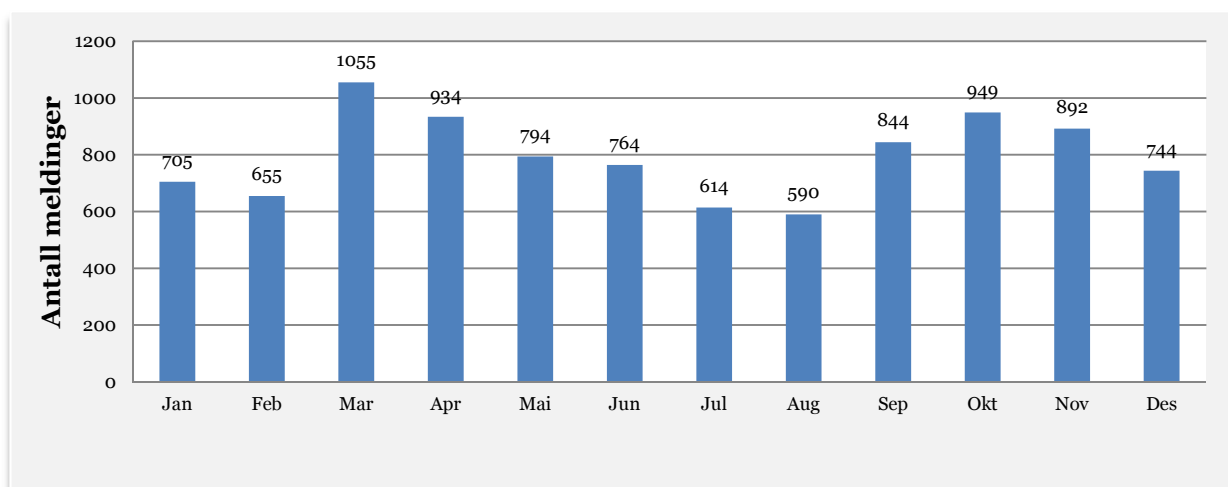
Læringsnotatene fra Meldeordningen finnes på www.melde.no. Her vil også tall fra Meldeordningens første halvår (1.7. - 31.12.2012) bli publisert.

Del 1: Organisering av Meldeordningen og driftsmessige resultater

Innsending av meldinger fra virksomhetene

Antall meldinger

Meldeordningen mottok 9540 meldinger i 2013. Dette utgjør i gjennomsnitt 795 meldinger per måned. Månedsvis fordeling er vist i figur 1.



Figur 1. Antall meldinger om uønskede hendelser mottatt i Meldeordningen i 2013. N=9540

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

Det er ukjent hvor mange pasientskader som skjer i spesialisthelsetjenesten. Målt ved systematisk journalgranskning med Global Trigger Tool-metoden (GTT)¹ er det påvist at det oppstod minst en pasientskade ved 13 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge i 2013

¹ Forklaring av GTT-metoden finnes på side 21

(3, 4). Ikke alle disse skadene er imidlertid meldepliktige, men ut ifra disse målingene kan det antas at det fortsatt er en betydelig underrapportering av meldinger om uønskede pasienthendelser også til Meldeordningen.

Elektroniske løsninger for innsending og informasjonsflyt

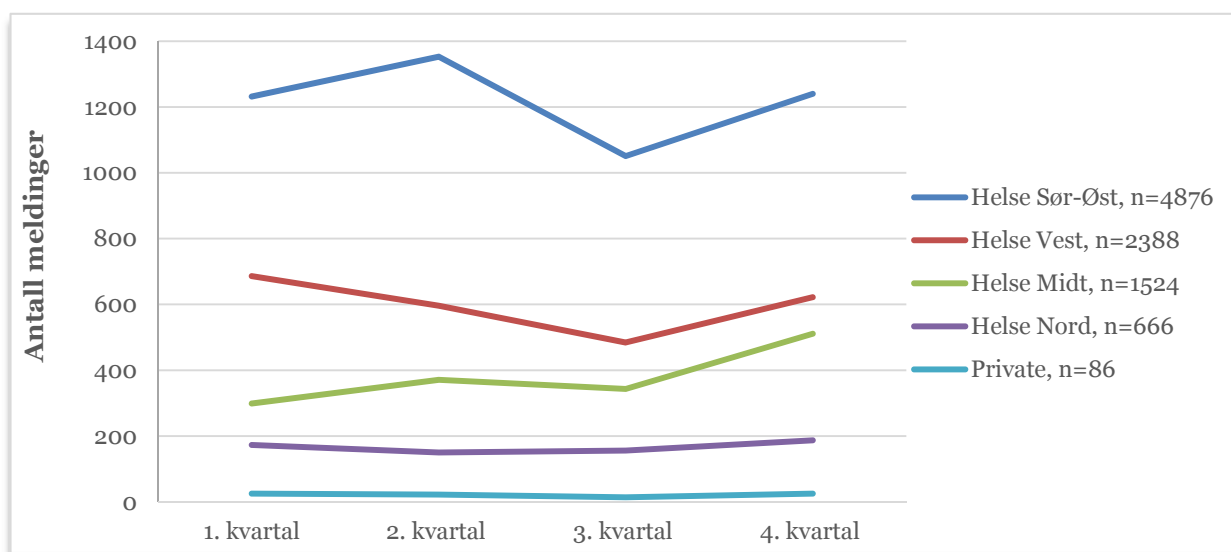
Innmelding av hendelser kan kun skje elektronisk. Som hovedregel skal melding sendes fra virksomhetenes elektroniske avvikssystem til Kunnskapssenteret via Norsk Helsenett (integriert løsning). I tillegg er det mulig å sende melding via et nettbasert skjema der meldingene leveres kryptert til samme mottak som meldingene fra avvikssystemene (web-løsning). Dette var tenkt som en midlertidig løsning, men prosessen med integrasjon har tatt lengre tid enn forutsatt. Ved utgangen av 2013 var det kun to virksomheter som ikke hadde integriert løsning for meldingsinnsending.

For rask og god saksbehandling og meldings-/informasjonsflyt er det avgjørende å ha velfungerende IKT-løsninger som innebærer integrasjon mellom virksomhetenes avvikssystem og Meldeordningen.

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 63 virksomheter. Åttitre (ca. 1 %) av mottatte meldinger er sendt fra virksomheter som ikke reguleres av spesialisthelsetjenesteloven, som for eksempel sykehusapotekene og spesialistsenter uten døgnkontinuerlig drift. Disse er ikke inkludert i denne rapporten.

Antall meldinger fra virksomhetene varierer fra 1-1223 meldinger og fordeler seg mellom de ulike regionale foretakene som vist i figur 2. De private virksomhetene er inkludert i den helseregion de har avtale med.



Figur 2: Kvartalsvis fordeling av innkomne meldinger fra de regionale helseforetak. N=9540

Antall meldinger sier noe om en institusjons evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser, da denne blant annet påvirkes av meldekulturen i virksomheten. 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.

Meldebehandling i virksomhetene

Spesialisthelsetjenesteloven definerer at det er virksomhetene som er ansvarlig for at melding om uønskede pasienthendelser blir sendt (1). Det er således opp til den enkelte virksomhet å organisere hvordan innmelding skjer. 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.

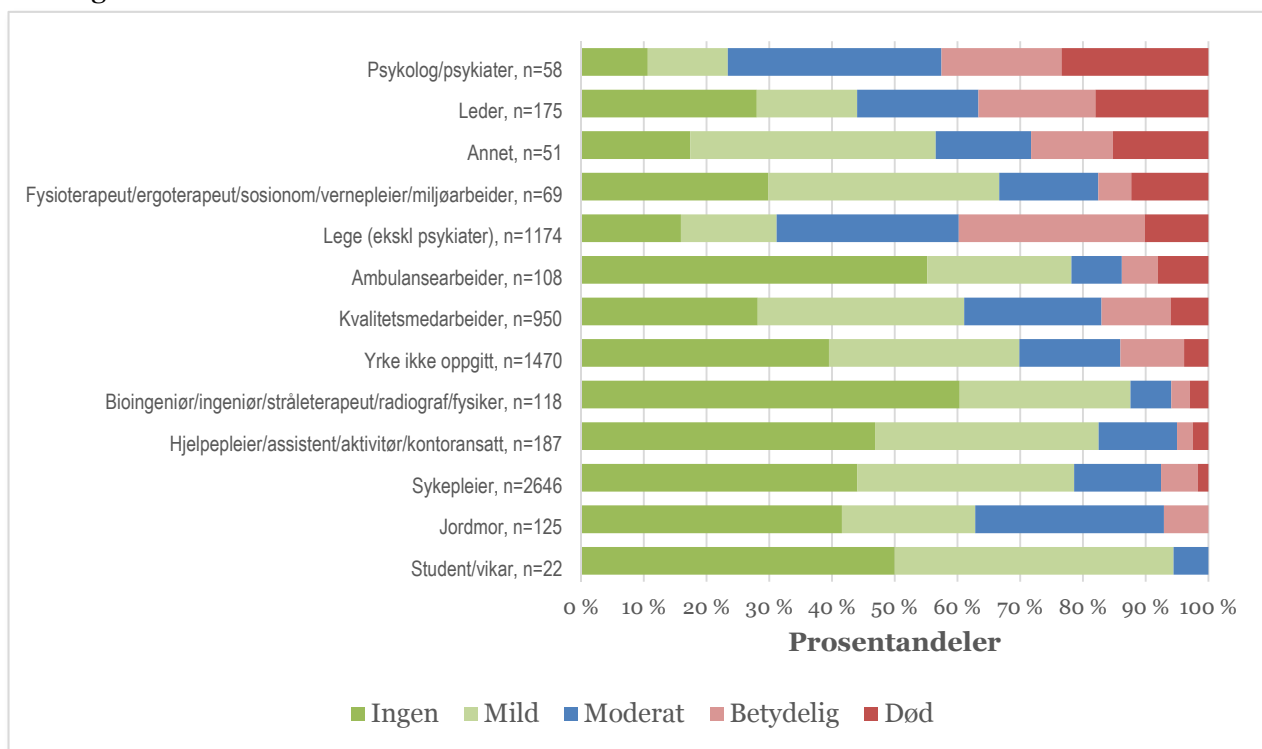
Meldinger er sendt av 29 ulike yrkesgrupper. Blant de 7692 meldingene der meldingsavsenders rolle/yrke er angitt (81 %), fordeler dette seg som vist i tabell 1. Noen av yrkeskategoriene med få mottatte meldinger er slått sammen i relevante grupper.

Tabell 1: Innsending av meldinger fra ulike yrkesgrupper, n=7488

Yrkesgruppe	Antall	Prosent
Sykepleier	3297	43
Lege (ekskl. psykiater)	1596	21
Kvalitetsmedarbeider (kan være fra ulike yrkesgrupper)	1232	16
Hjelpepleier/assistent/aktivitør/kontoransatt	275	4
Leder (kan være fra ulike yrkesgrupper)	263	4
Bioingeniør/ingeniør/stråleterapeut/radiograf/fysiker	189	2
Fysioterapeut/ergoterapeut/sosionom/vernepleier/miljøarbeider/logoped	187	2
Jordmor	178	2
Ambulansearbeider	139	2
Psykolog/psykiater	84	1
Student/vikar	48	1

Som tabell 1 viser, er 80 prosent av meldingene sendt av sykepleier, lege eller kvalitetsmedarbeider.

Figur 3 illustrerer ulikheter mellom yrkesgruppene i alvorlighetsgrad på de innsendte meldingene blant de hendelsene som er klassifisert².



Figur 3: Innsending av meldinger fra ulike yrkesgrupper og hendelsens alvorlighetsgrad, n=5766

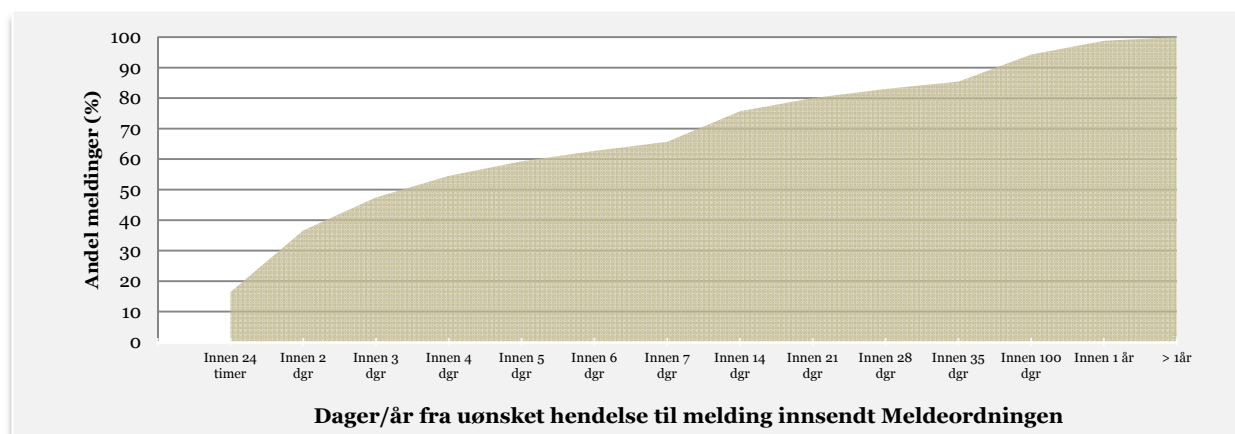
Andelen alvorlige hendelser er størst blant meldinger sendt fra psykologer/psykiatere og ledere. Lavest andel alvorlige hendelser finnes i gruppen med pleiepersonell/jordmødre og studenter/vikarer.

² Beskrivelse av klassifisering av alvorlighetsgrad finnes på side 21

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 Kunnskapssenteret 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 kan sies å ha funnet sted.

Fra tidspunktet for en uønsket hendelse til melding om hendelsen ble mottatt i Meldeordningen var median tid 3,4 dager. Seksten prosent av meldingene ble sendt inn innen 24 timer, og 47 prosent ble sendt inn innen 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 34 meldinger.



Figur 4: Andel meldinger innsendt innen ulike tidsintervaller. N=9506

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 meldetid. 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.³

Til sammen 111 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. Når hendelsen oppdages, var det således gått lang tid fra den uønskede hendelsen har skjedd.

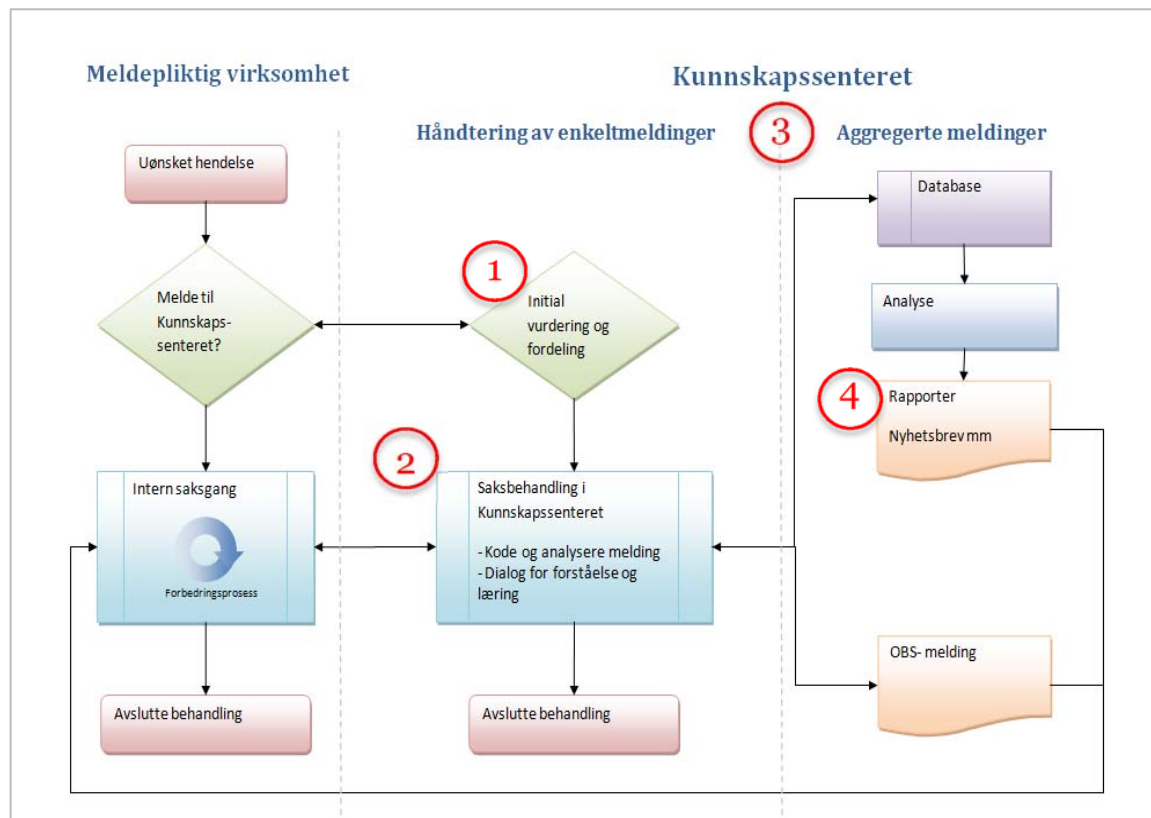
³ Informasjon fra kvalitetsmedarbeidere ved virksomhetene og fra en rekke innmeldte hendelser

Mottak og behandling av meldinger i Meldeordningen

Meldinger om uønskede hendelser behandles i fire delprosesser:

1. Mottak av meldinger
2. Vurdering og besvarelse av enkeltsaker
3. Klassifikasjon av hendelser
4. Analyse av aggregerte data – utarbeidelse av læringsinformasjon

Flytskjema over meldingsbehandling er illustrert i figur 5, hvor de fire delprosessene er markert.



Figur 5. Skjematisk oversikt over faser for meldingsbehandling

Detaljert beskrivelser av prosessene 1-4 presenteres i det følgende.

1. Mottak av meldinger

Fordeling til saksbehandler

Det jobbes kontinuerlig med å utvikle gode organisatoriske og tekniske løsninger slik at de mottatte meldingene blir behandlet mest mulig effektivt. Det har vært forsøkt ulike løsninger for fordeling av meldinger til saksbehandlerne.

I første halvdel av 2013 ble meldinger automatisk fordelt til en av saksbehandlerne når meldingen kom til Meldeordningen, med en etterfølgende omfordeling av noen av meldingene. Fra høsten 2013 mottas meldingene av to av de fulltidsansatte. Disse foretar daglig en førstegangsvurdering på følgende måte:

- Helsepersonell og pasienter aidentifiseres der hvor dette feilaktig er opplyst
- Meldinger fordeles til saksbehandler etter spesialkompetanse og geografisk tilhørighet slik at ingen behandler meldinger fra eget helseforetak
- Saksbehandler får informasjon om meldinger der pasienten døde, slik at disse behandles samme eller neste virkedag

I Meldeordningens serviceerklæring heter det at «Meldinger som kommer til Kunnskapssenteret fordeles til en saksbehandler innen 12 timer etter at meldingen er mottatt». (Vedlegg 1). Dette er oppnådd.

Videre i serviceerklæringen står det at «Saksbehandler skal ha lest meldingen og gjort en første vurdering av den innen 24 timer.» Dette er kun delvis oppnådd; 59 prosent av meldingene ble lest innen 24 timer, og 78 prosent av meldingene ble lest innen tre dager. Det er flere forhold som forklarer at det kan gå mer enn 24 timer før saksbehandler har gjort en første vurdering av saken. For det første skyldes det omfordelingen av sakene i tråd med saksbehandlernes spesialkompetanse. I tillegg kan det ta noen dager før første vurdering blir gjort av saksbehandler fordi disse ofte har organisert sin deltidsstilling som en arbeidsdag per uke eller to halve dager per uke.

Vurdering av hastegrad for tilbakemelding til virksomhetene

Det foretas en fortløpende vurdering av hastegrad for tilbakemelding av hendelsene til virksomhetene. Ved melding om hendelser med alvorlig eller potensielt alvorlig pasientskade der det kan være fare for at dette forekommer nasjonalt, sender Meldeordningen ut varsel om dette. Tidsramme for utsendelse er avhengig av hendelsestype og alvorlighetsgrad. Hastenotater distribueres til de regionale helseforetakenes fagdirektører samt til helseforetakenes kvalitetsavdelinger.

Meldeordningen har sendt ut tre hastenotater:

- Brystimplantater kan ha magnetisk materiale (5)
- Treveiskraner resulterte i uønskede hendelser (6)
- Mulig smitte med multiresistent Klebsiella etter bronkoskopi (7)

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 § 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 (8).

Meldeordningen identifiserer regelmessig både enkeltmeldinger og samlinger av meldinger som diskuteres internt med tanke på om Helsetilsynet skal varsles, men man har ikke funnet grunn til å sende slikt varsel i 2013. Meldeordningen har god og jevnlig dialog med Helsetilsynet der prinsipielle spørsmål drøftes.

2. Vurdering og tilbakemelding på enkelthendelser

Meldeordningen skal behandle meldinger om uønskede hendelser med sikte på å bidra til læring og forbedring internt i helseforetak eller annen spesialisthelsetjeneste (9). Arbeidet med å kommentere enkeltmeldinger gjøres primært av saksbehandlerne.

Meldeordningen kan gi tilbakemeldinger som kan inneholde råd og forslag til videre håndtering, men det er virksomheten selv som velger hvordan hendelsen videre skal følges opp. Dokumentert effektive tiltak skal brukes i Meldeordningens tilbakemeldinger til melderne og til helsetjenesten for øvrig. Det har vært både positive og negative tilbakemeldinger fra virksomhetene på tilbakemeldinger mottatt fra Meldeordningen. Det arbeides kontinuerlig med å utvikle kunnskapsbaserte tilbakemeldinger.

Etter noen måneders drift av Meldeordningen ble det klart at det var kapasitetsutfordringer på grunn av omfanget av innkomne meldinger. Virksomhetenes kontaktpersoner ønsket raskere svar på innmeldte hendelser enn det de fikk, og det var ikke kapasitet til å klassifisere alle hendelsene. For å kunne gi raskere tilbakemelding til virksomhetene og å redusere antall uklassifiserte hendelser, tok Meldeordningen fra mai 2013 i bruk *forenklet saksbehandling* på noen av sakene. Forenklet saksbehandling innebærer at meldingen ikke besvares med et faglig innhold. Dette kan skyldes at det enten var for lite informasjon til å kunne gi en faglig tilbakemelding, at det ikke var sannsynliggjort at det var en sammenheng mellom hendelse og helsetjenestens ytelse eller mangel på ytelse, eller hendelsen ikke kunne relateres til en konkret pasienthendelse.

Eksempler på tilbakemelding ved forenklet saksbehandling:

Takk for meldingen.
Hendelsen er nå vurdert og klassifisert i vår database. Dersom det er ønskelig med en spesifikk tilbakemelding på meldte hendelse, må det sendes flere opplysninger i saken. Hendelsen inngår nå i analyser for å avdekke risiko, årsaker og læringsbehov på nasjonalt nivå.
Saksbehandlers navn, Meldeordningen. www.melde.no

Dersom saksbehandler anser at det er behov for mer utfyllende opplysninger for å forstå hendelsen, sendes en *etterspørringsmelding*. Disse har i svært liten grad blitt besvart av virksomhetene. Dette kan skyldes tekniske løsninger som gjør at saksbehandlers spørsmål i liten grad når fram til den som har meldt hendelsen. Tekniske løsninger på dette er under videreutvikling, og plikten foretakene har til å besvare disse, bør det i større grad opplyses om.

Noen helseforetak har valgt at informasjon fra lokal saksbehandling automatisk går til Meldeordningen. Dette mottas som *påfyllingsmeldinger*. Det er nyttig for Meldeordningen å få denne informasjonen, men Meldeordningens interne tekniske løsning har hittil ikke fungert optimalt i disse tilfellene og skal forbedres.

3. Klassifikasjon av hendelsene

Alle meldinger skal klassifiseres og lagres i databasen for aggregerte analyser. Analyse av aggregerte data danner utgangspunkt for faglige tilbakemeldinger i form av blant annet læringsnotater og eksterne presentasjoner/foredrag.

Ved oppstart av Meldeordningen ble meldingene klassifisert etter ulike systemer:

WHOs rammeverk for klassifikasjon

I tråd med rammeverket fra WHO (Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety), heretter kalt WHO-klassifikasjonen, klassifiseres hendelsene i ti kategorier (10). Rammeverket foreligger i offisiell versjon kun på engelsk. En del av begrepene er internt i Meldeordningen oversatt til norsk. Hovedkategoriene er oversatt på følgende måte:

- Incident Type – Hendelsestype
- Patient Outcomes – Pasientutfall
- Patient Characteristics – Pasientkarakteristikk
- Incident Characteristics – Hendelseskarakteristikk
- Contributing Factors/Hazards – Medvirkende faktorer
- Organizational Outcomes – Organisatoriske utfall/resultat
- Detection – Oppdagelse/identifikasjon av hendelsen
- Mitigating Factors – Skademodererende faktorer
- Ameliorating Actions – Forbedringstiltak/kompensatoriske tiltak
- Actions Taken to Reduce Risk – Risikoreduserende tiltak

Alle kategoriene har en rekke underkategorier. Mange av kategoriene som beskriver hendelsestyper er inndelt i prosess- og problemkategorier. Disse blir beskrevet under aktuelle kategorier i rapportens Del 2. Én hendelse kan klassifiseres i flere kategorier.

Klassifisering av legemiddelhendelser

Ved oppstart av Meldeordningen ble legemiddelhendelser klassifisert i to ulike systemer; etter WHO-klassifikasjonen (10) og etter et system utarbeidet av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Sistnevnte var et nyutviklet system som det var behov for å få testet. Det ble således brukt to system parallelt for kunne å evaluere funksjonalitet og nytteverdi med disse to ulike systemene.

Meldeordningens erfaringer med begge systemene i et halvt års tid, medførte fra 13.5.2013 at legemiddelhendelser kun har blitt klassifisert etter WHO-klassifikasjonen. Erfaringene ble oppsummert ved en workshop i august 2013 med 50 deltagere fra helseforetakene; fagdirektører, representanter for ledere som håndterer meldinger fra ansatte, samt ansvarlige for meldesystemene.

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 2. Ved klassifisering av alvorlighetsgrad skal det ligge til grunn at skadens omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner skal være knyttet til den uønskede hendelsen.

Tabell 2. 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 behandlingstiltak
Betydelig	Skade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet/skader som medfører reoperasjon eller overflytning til intensiv overvåking, 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 antas å ha samme meningsinnhold som Helsetilsynets kategorier: «betydelig personskade» og «forhold som kunne ha ført til betydelig personskade»(10). Resultater fra gammel og ny ordning når det gjelder alvorlighetsgrad er derfor sammenlignbare.

I Meldeordningens første driftsår ble alvorlighetsgrad i tillegg klassifisert etter deler av klassifikasjonssystemet i Global Trigger Tool (GTT) (3). GTT-metoden innebærer at det gjøres systematisk gjennomgang av et tilfeldig utvalg av pasientjournaler over en tid. Skade på pasient klassifiseres fra A-I, avhengig av alvorlighetsgrad. Kategoriene F-I fra GTT (de alvorligste skadene) ble valgt i oppstartsfasen for å vurdere om WHO-klassifikasjonen eller GTT var det mest funksjonelle systemet for bruk i Meldeordningen.

Evaluerings etter ni måneders drift medførte at GTT-klassifiseringen ble fjernet, da WHO-klassifikasjonen ble vurdert å være den beste av disse to systemene for klassifisering av alvorlighetsgrad for skade på pasient.

Forenkling og standardisering

Ved oppstart av Meldeordningen ble hele WHO-klassifikasjonen brukt. Det har vært en utfordring at rammeverket ikke forelå på norsk, da en del av begrepene ikke var umiddelbart overførbare til norske forhold. Det har kontinuerlig vært jobbet med oversettelse til norsk og å

med å utvikle entydige begrepsdefinisjoner, men erfaringer fra Meldeordningen tilsier at klassifikasjonsrammeverket bør foreligge på norsk.

Etter et halvt års drift ble det tydelig at det var behov for en forenkling. Meldeordningens saksbehandlere manglet tilstrekkelig informasjon om hendelsene til å foreta en såpass detaljert klassifisering som WHO-klassifiseringen er. I tillegg var det slik at hendelsene ble klassifisert i Meldeordningen før de var ferdigbehandlet i helseforetakene. Saksbehandlerne manglet således fullstendig informasjon på det tidspunkt klassifikasjonen ble utført.

I mai 2013 ble en forenklet versjon tatt i bruk i Meldeordningen ved at noen hovedkategorier og en rekke underkategorier ble tatt ut. Dette var kategorier som viste seg å bli lite brukt eller som ikke viste seg å være anvendbare i analyser. Disse ble markert slik at det ikke var nødvendig for saksbehandlerne å gå gjennom disse delene. Ingen av de gamle kategoriene ble endret. Arbeidet med tolkning har imidlertid pågått kontinuerlig.

WHO-klassifikasjonen er svært omfattende (totalt 911 kategorier). 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 klassifikasjonssystemet standardiseres nasjonalt og internasjonalt. Den 3.10.2013 gav Helse- og omsorgsdepartementet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å utarbeide et forslag til felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede hendelser. Oppdraget beskrev at klassifikasjonen skulle bygge på WHO's klassifisering for å muliggjøre internasjonale sammenligninger, samt at arbeidet skulle skje i tett samarbeid med de regionale helseforetakene og andre relevante aktører. Dette arbeidet ble startet i desember 2013.

4. Læringsinformasjon 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 nasjonalt nivå. Dette kan inkludere læringsnotater, månedsbrev, kvartalsrapporter, årsrapporter og hastenotater, samt å oppdatere nettsiden www.melde.no.

I tillegg til hastenotatene som er nevnt på side 18, har Meldeordningen publisert fire læringsnotater:

- Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr (11)
- Uønskede hendelser ved tromboseprofylakse eller antikoagulasjonsbehandling (12)
- Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten (13)
- Forveksling av legemidler (14)

Tilbakemeldinger fra virksomhetene tyder på at både haste- og læringsnotater har blitt godt mottatt. Publikasjon av læringsnotater vil være et prioritert område.

Undervisning og informasjon

Meldeordningen har som mål å drive undervisning, gi informasjon om alle deler av Meldeordningen og å påpeke læringspotensiale som identifiseres gjennom de uønskede hendelsene. Dette omfatter både gjennomføring av undervisningsoppdrag og bidrag til å avdekke behov for opplæring. Meldeordningens ansatte har hatt 27 foredrag nasjonalt og to foredrag internasjonalt, inklusive undervisning av studenter i medisin, helseledelse, sykepleie og farmasi (vedlegg 2).

Samarbeid med andre organisasjoner

Meldeordningen har hatt samarbeidsmøter med en rekke organisasjoner og etater, som for eksempel Norsk pasientskadeerstatning, Statens helsetilsyn, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS), Statens legemiddelverk og Legemiddelindustrien. Meldeordningen har vært representert i prosjektet «Regionalt avviks- og dokumentstyringssystem, Helse Sør-Øst RHF».

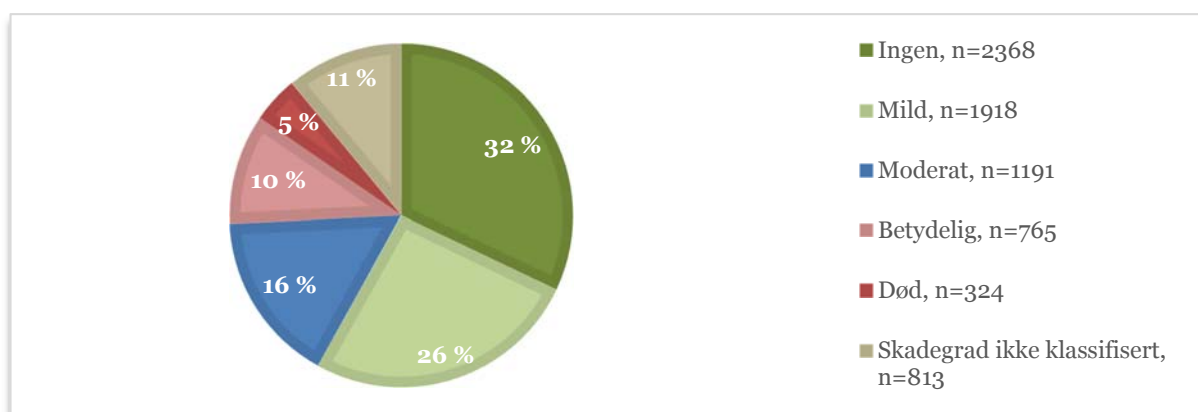
Del 2: Meldinger mottatt i 2013

Status for klassifikasjon av hendelser

Det er et mål at alle hendelser skal klassifiseres. Av de 9540 mottatte meldingene, er 7379 klassifisert (77 %). Tjuetre prosent av hendelser har ikke blitt klassifisert. Dette skyldes både kapasitetsutfordringer på grunn av omfanget av innkomne meldinger og at klassifikasjonsrammeverket var svært omfattende, slik det er beskrevet på side 20. Forenkling av klassifikasjonssystemet har bidratt til å redusere andel uklassifiserte hendelser.

Alvorlighetsgrad for skade på pasient

Figur 7 viser fordeling over alvorlighetsgrad for skade på pasient. Dette inkluderer kun de klassifiserte hendelsene. Av disse er 813 hendelser (11 %) ikke klassifisert med hensyn til alvorlighetsgrad. Dette skyldes i hovedsak at skadegrad ikke var mulig å klassifisere på grunn av lite opplysninger i meldingen fra virksomheten, eller at skadens omfang ikke var kjent ved innmeldingstidspunkt.



Figur 7: Alvorlighetsgrad for skade på pasient, N=7379

Som figur 7 viser, var 1089 hendelser (15 %) assosiert med betydelig personskade eller død. Det synes å være en økning i antall alvorlige hendelser i forhold til hendelsene som ble meldt til

Meldesentralen i Helsetilsynet. Meldesentralen mottok meldinger om 7756 hendelser i årene 2008-2011. Blant disse var 33 prosent assosiert med betydelig personskade (15). Dette utgjør gjennomsnittlig 166 hendelser per år, altså langt færre enn tilsvarende meldinger mottatt i Meldeordningen i 2013.

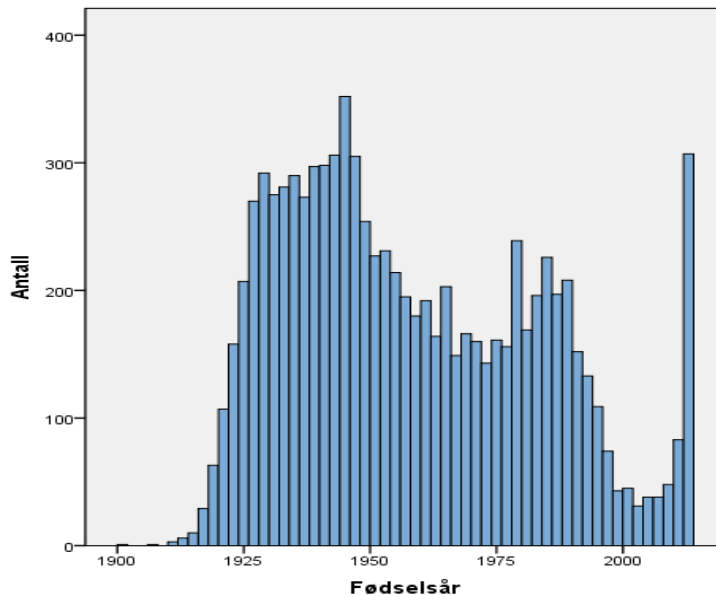
Totalt sett har Meldeordningen mottatt nesten fem ganger så mange meldinger som den gamle ordningen. Det er altså en økning både hendelser som førte til pasientskade og i antall «nesten-hendelser».

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. Uavhengig av alvorlighetsgrad ønsker Meldeordningen å analysere hendelsenes mulige bidragsytende faktorer, hvilke tiltak som kan og bør iverksettes for å unngå at tilsvarende hendelser skjer på nytt, samt å bidra til å spre kunnskap om kjente effektive tiltak for å hindre gjentakelse. Dette gjøres i læringsnotatene.

Pasientkarakteristika

Pasientenes fødselsår

Fordeling over pasientenes fødselsår er vist i figur 8.



Figur 8. Fordeling over pasienters fødselsår. $N=8955$

For hendelser i forbindelse med fødsel har fødselsår blitt registrert upresist, da det ikke har vært konsistent om hendelsen registreres på morens eller barnets fødselsår. Det er barnets fødselsår som skal registreres dersom hendelsen gjelder barnet, og morens dersom hendelsen gjelder mor. Dette må tydeliggjøres for de aktuelle virksomhetene. I 585 meldinger (6 %) manglet opplysninger om pasientens alder.

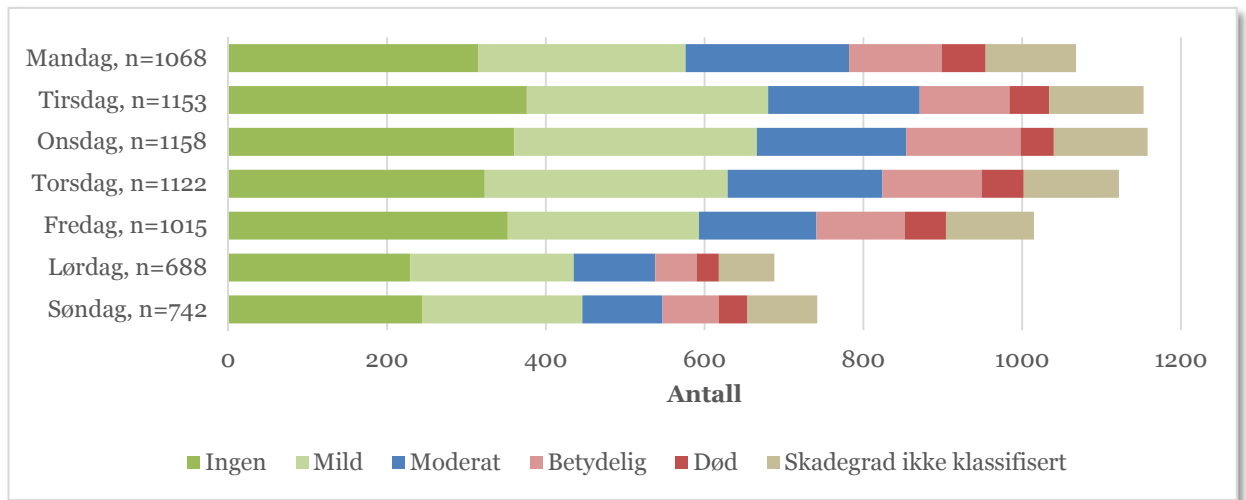
Kjønn

I 8891 meldingene var kjønn opplyst. Disse hendelsene gjaldt 51 prosent kvinner og 49 prosent menn.

Tidspunkt for hendelsene

Ukedager

Ukedag for når hendelsene har skjedd manglet i 85 meldinger. De 6946 hendelsene fordeler seg som vist i figur 9.



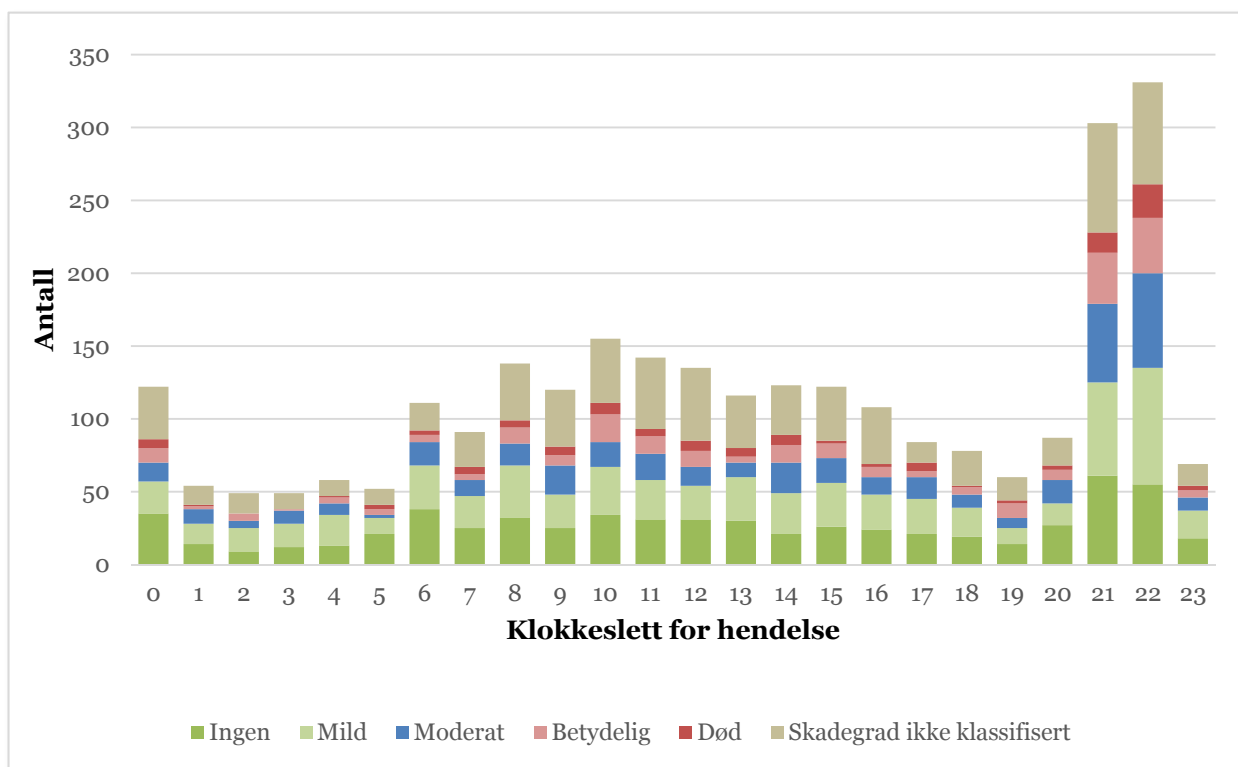
Figur 9. Fordeling over ukedager når de innmeldte hendelsene har skjedd og hendelsens alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=6946

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 synes ikke å være svært stor variasjon mellom ukedagene, verken med hensyn til antall eller alvorlighetsgrad. Tilbakemelding fra kvalitetsmedarbeidere og helsepersonell forteller imidlertid at det ofte ikke meldes når det er svært travelt, slik at vi ikke kan konkludere noe om faktiske uønskede hendelser og ukedagsvariasjon.

Klokkeslett for hendelser

Klokkeslett var opplyst i kun 30 prosent av meldingene. Fordeling over tidspunkt for hendelse er vist i figur 10.



Figur 10. Fordeling over klokkeslett for når hendelsene har skjedd. N=2877

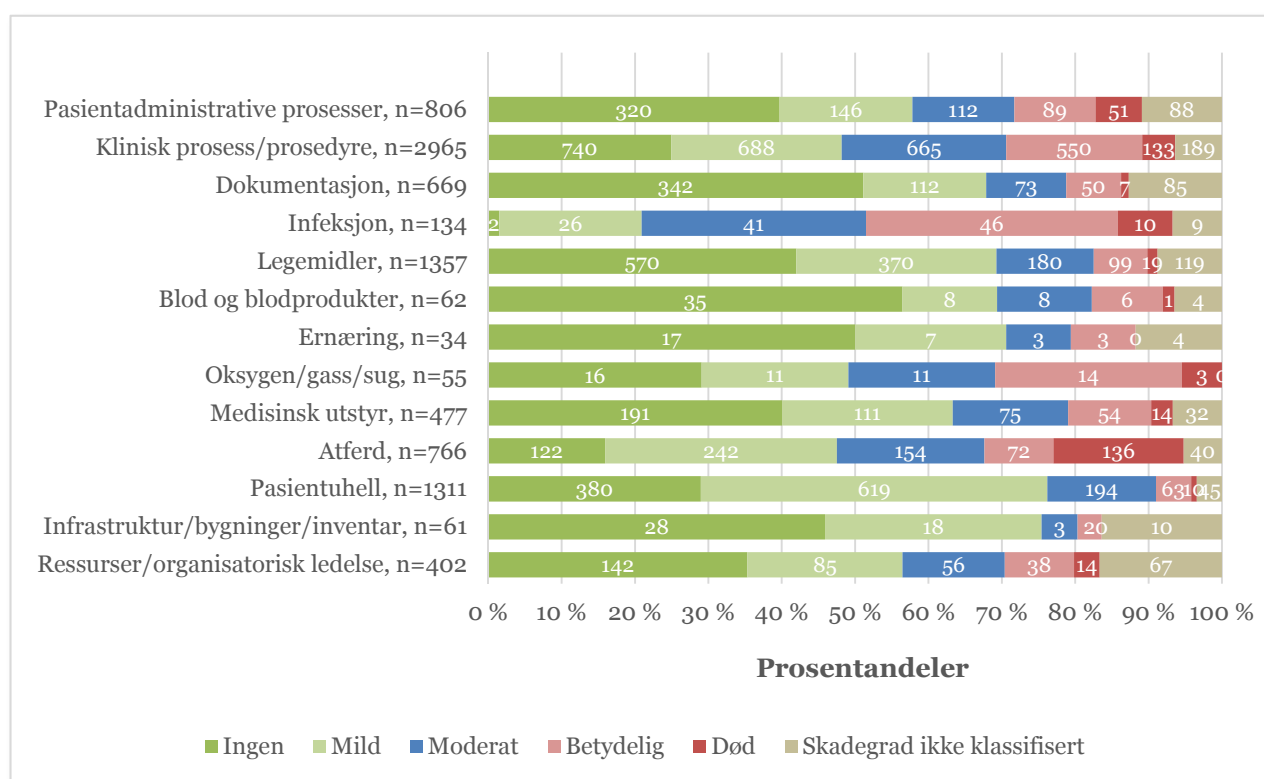
En stor andel av hendelsene ble rapportert å ha skjedd mellom klokka 21 og 23. Dette er et tidsrom der det er vaktskifte for pleiepersonalet ved sykehusavdelingene/-postene, og hvor det ofte er minimumsbemanning. Klokkeslett var registrert bare i cirka en tredel av meldingene, så disse tallene må vurderes med forsiktighet. Dette vil følges nøye videre i Meldeordningen, slik at man kan vurdere risikobildet nærmere.

Det kan også være grunn til å innskjerpe at hendelsestidspunkt skal rapporteres.

Hendelsestyper

Meldingene som har blitt klassifisert etter systemene som er beskrevet tidligere, fordelte seg på hendelsestypene som vist i figur 11. I dette diagrammet er det viktig å merke seg at antall hendelser varierte sterkt mellom de ulike kategoriene. Kategoriene er presentert i prosentandeler for å tydeliggjøre fordelingen i alvorlighetsgrad for hver av kategoriene. Dette er særlig nyttig for å få fram antallet i kategorier med svært få hendelser. Det faktiske antall er angitt i de respektive felt.

Hendelsene er i gjennomsnitt klassifisert i 1.3 hendelsestyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.



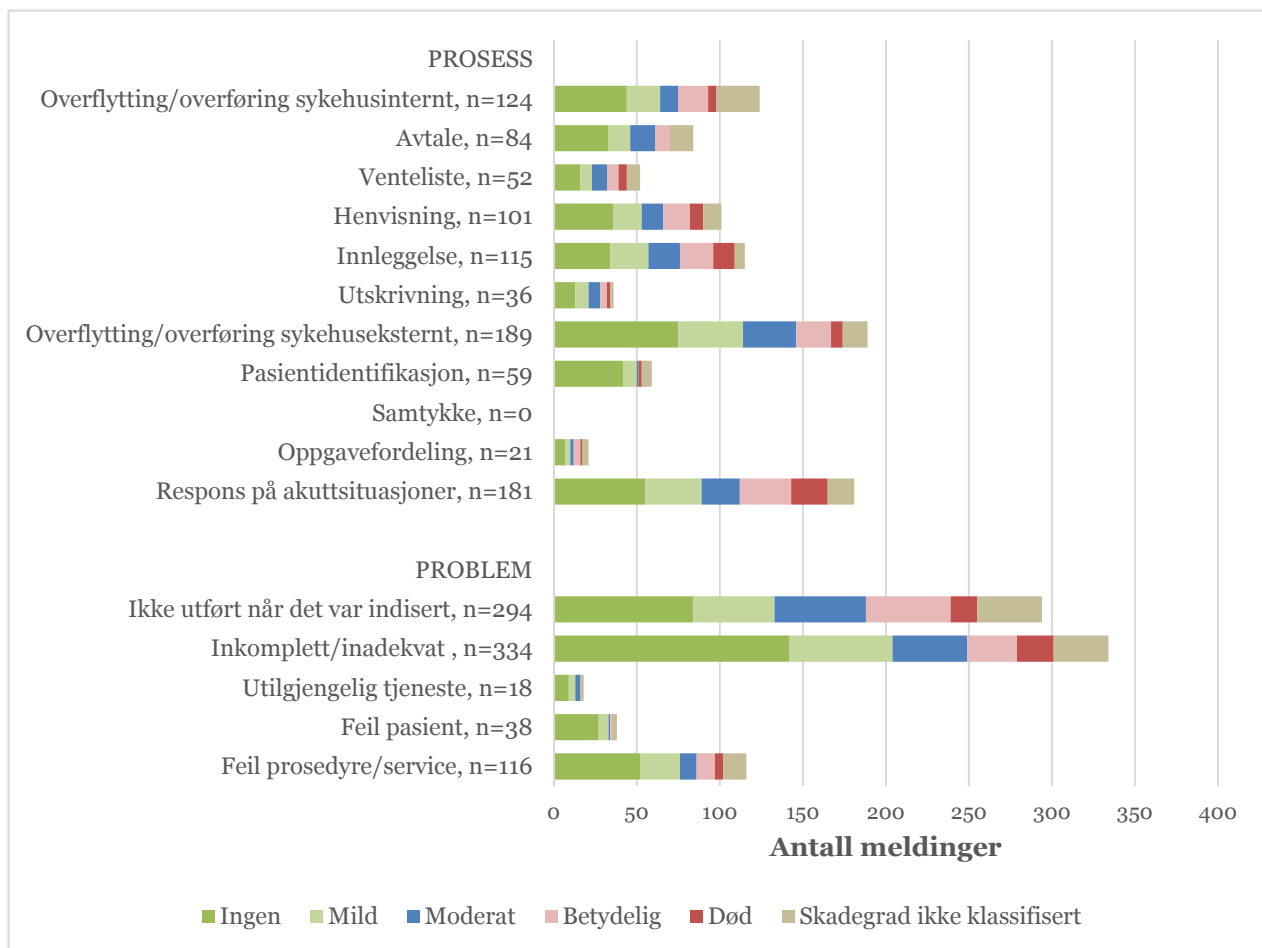
Figur 11: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i de ulike hendelsestypene. N=7379

Som figur 11 viser, var hendelser relatert til *Kliniske prosesser* hyppigst forekommende, deretter følger kategoriene *Legemidler* og *Pasientuhell*.

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

Pasientadministrative forhold

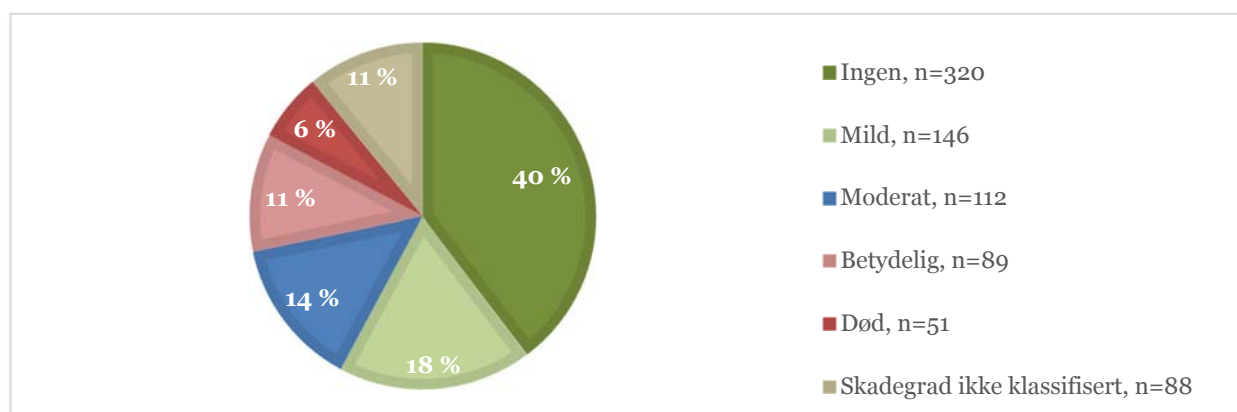
Pasientadministrative forhold utgjorde 11 prosent av de klassifiserte hendelsene. Denne kategorien er inndelt i 11 prosesskategorier og fem problemkategorier. Dette fordelte seg som vist i figur 12.



Figur 12: Hendelser og alvorlighetsgrad for pasient relatert til pasientadministrative forhold. N=806

Prosesser knyttet til overflyttinger og overføring av pasienter var hyppigst forekommende; til sammen har Meldeordningen mottatt 311 slike hendelser. Hyppige problemområder var at aktuell pasientadministrativ prosess ikke ble utført når det var indisert eller at prosessene var ufullstendige/inadekvate. Dette blir eksemplifisert under.

I totalt 140 hendelser i denne kategorien ble skade på pasient ble vurdert til betydelig eller død (figur 13).



Figur 13: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien Pasientadministrasjon, n=806

Noen eksempler

Eksempelet nedenfor viser at dårlig kommunikasjon mellom ulike avdelinger kan ha medvirket til at alvorlig syk pasient ikke fikk nødvendig undersøkelse og behandling så raskt som retningslinjene tilsier:

Saken skyldes enten for dårlig kommunikasjon mellom mottakende lege og vakthavende lege på medisinsk avdeling, eller at vakthavende på medisin tillegges for mange og tidkrevende oppgaver til å kunne gjøre en god nok jobb for pasienter.

Pasient kommet inn med redusert allmentilstand. Oppfyller kriterier for sepsis. Nakkestiv, lyssky, klinisk mistanke om meningitt. Pasienten blir liggende flere timer før det gjøres spinalpunksjon og behandling startes. Jamfør behandlingsrutine for pasienter med mistanke om meningitt, skal pasienten undersøkes av vakthavende lege på medisinsk avdeling og spinalpunkteres så snart som mulig etter innkomst i sykehus.

Forslag til tiltak: Informere vaktleger og vaktleder i Akuttmottak om rutine for mottak av meningittpasient, hastegrad i forhold til undersøkelse og behandlingsstart.

Noen meldinger beskrev at kreftdiagnostisering ble forsinket på grunn av at ulike avdelinger ikke anvender samme pasientadministrative system eller at de ulike pasientadministrative systemene ikke er godt nok integrert:

Elektronisk henvisning av 2 pasienter i det pasientadministrative systemet *** til «patologi» til gransking av mutasjonsanalyse med betydelig terapikonsekvens for kreftpasient i oktober 2012.

Da jeg etterspør resultat ultimo desember 2012, får jeg opplyst om at ingen har sett på henvisningen «siden ingen følger opp denne henvisning adressen; patologen bruker ikke ***.

Mangel på kvalitetssikrede prosesser for oppfølging av pasienter på venteliste medførte at pasient falt ut av ventelistene:

En pasient som ble strøket av operasjonsprogrammet på grunn av øyeblikkelig hjelp-operasjoner (som forrykket operasjonsprogrammet), ble skrevet ut uten at det ble opprettet ny kontakt. Henvisningen ble dermed lukket og merket «ferdig».

Innleggesskjema og andre papirer ble ikke returnert til operasjonskoordinator. Pasienten er ute av våre ventelister da han i dag ringer og lurert på om han ikke snart skal få ny operasjonsdato.

Prøvesvar må følges opp etter at pasienten er utskrevet:

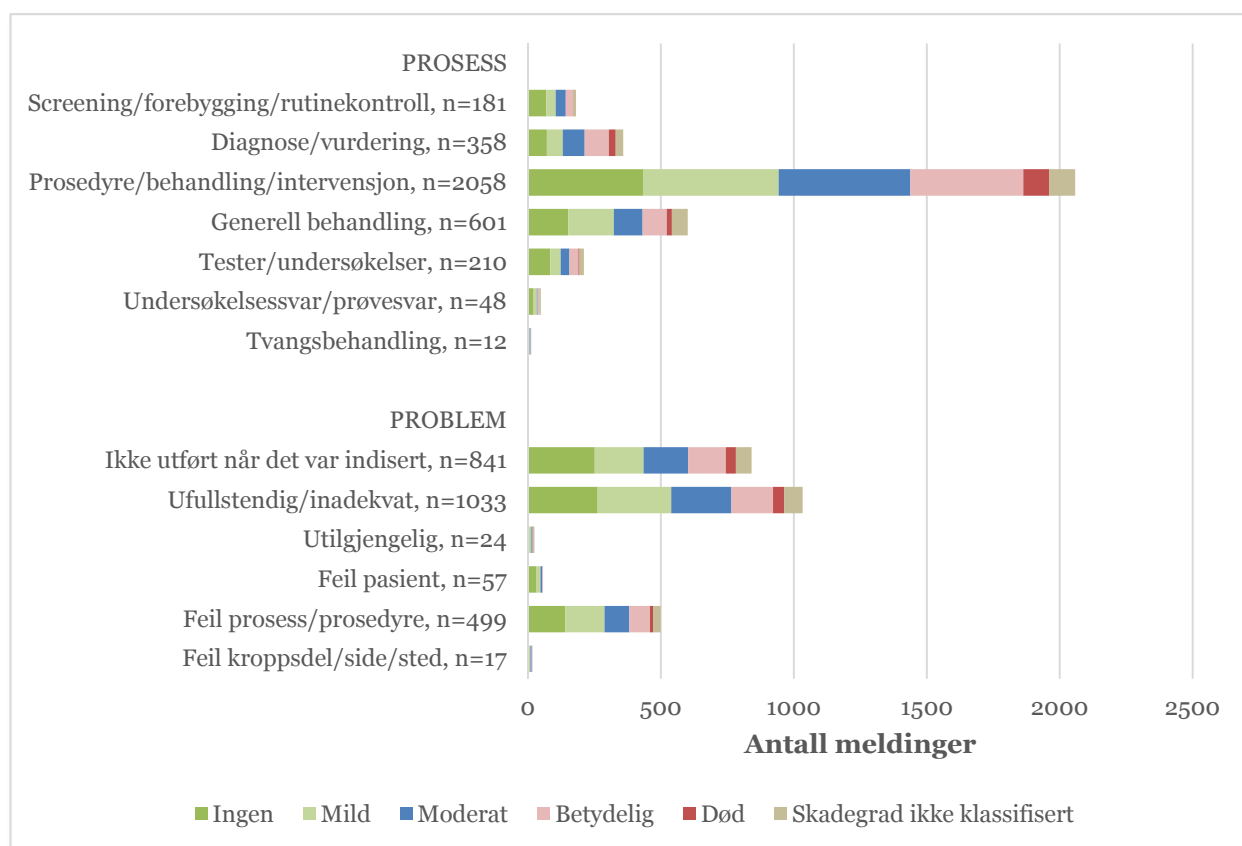
Nærmest rutinemessig røntgen thorax under innleggelse hjerteavdelingen påviste infiltrat i en underlapp. Anbefalt videre kontroll eller utredning med CT-thorax. Ingenting av dette ble gjort. Pasienten har nå fått påvist lungekreft som sikkert forelå som nevnte infiltrat allerede for fire år siden.

Det blir rutinemessig tatt røntgen thorax av pasienter som skal til hjertekateterisering som ledd i klargjøring for eventuell operasjon. De færreste blir operert. Svar foreligger oftest etter at pasienten er reist, og det har ikke vært god nok sikring av at svarene på disse rutineundersøkelsene blir sett over og signert. I dette tilfellet har ikke svaret blitt registrert og kvittert som sett.

Alle faser av pasientopphold påvirkes av pasientadministrative rutiner. IKT-løsninger er innført for å kvalitetssikre pasientforløp, men er av og til medvirkende til problemer. Ofte er skjæringspunktet mellom teknologi og menneskelige rutiner et sårbart punkt. Dette er diskutert i læringsnotatet om manglende oppfølging av prøver og undersøkelser (16).

Klinisk prosess/prosedyre

Som figur 11 viser, var hendelser relatert til kliniske prosesser/prosedyrer hyppigst forekommende. I 2013 utgjorde dette 32 prosent av de klassifiserte hendelsene. Disse fordeler seg i underkategoriene og alvorlighetsgrad for skade på pasient som vist i figur 14.



Figur 14: Hendelser relatert til klinisk prosess/prosedyre. N=2965

Prosesser knyttet til prosedyre, behandling og intervensjon utgjorde 29 prosent av disse hendelsene. Noen hendelsestyper så ut til å være dominerende. De hyppigst forekommende problemområdene var:

- At kliniske prosesser ikke ble utført når det var indisert
- At det var uklare prosedyrer
- Feilaktig utførelse av gjeldende prosedyrer/prosedyre ble ikke fulgt
- At prosesser ble utført ufullstendig/inadekvat
- At det ble utført feil prosess/prosedyre

Noen eksempler

Prosedyre for smittevern ble ikke fulgt:

Pasienten er innlagt for en infeksjon i magen og ligger med et åpent sår. To kirurger kommer på morgenvisitt. De tar på seg usterile hansker, åpner bandasjen og drar ut blodige og sekretgjennomtrukne kompresser. Undertegnende hadde påminnet om kontaktsmitte og tilbydd beskyttelsesfrakker. Dette blir ignorert. Kirurgene står med grønne overdeler og hvite frakker tett inn og over såret. Etter manuell inspeksjon av såret ble hanskene tatt av, hendene spritet og så fortsatte de med visitrunden.

Smertestillende medikamenter til epiduralpumpe ble ikke istandgjort i riktig tid:

Pasient med epiduralpumpe med smertestillende blanding i pose, ble sendt til røntgen kort tid etter vaktskifte. Posen gikk tom for medikament mens pasienten var til røntgen, og pasienten ble liggende med store smerter. Ny pose var ikke ferdigblandet og klargjort på forhånd av dagvaktene, så kveldsvaktene hadde problemer med å få tak i ny. Anestesiavdelingen ble kontaktet uten at man fikk blandet ny pose med smertestillende. Apoteket var stengt.

Pasienten opplyste selv at hun hadde blitt fortalt av dagvaktene at ny pose var blandet og lå klar i kjøleskapet. Det var det ikke. På grunn av lav bemanning og stor arbeidsbelastning fikk ikke personalet på gynekologisk avdeling fulgt henne opp tilstrekkelig.

Nyoperert pasient ble ikke adekvat overvåket:

Pasienten som nettopp var operert ble på formiddagen overflyttet fra postoperativ avdeling. Hun har en insulinkrevende diabetes mellitus som var regulert med kontinuerlig infusjon på pumpe. Man hadde tilsatt 100 IE i 500 ml NaCl. Da han ble overflyttet til post ble pumpen tatt bort og ikke erstattet med noen pumpe på post. Ca kl 1500 fikk han symptomer på hypoglycemi og klarte akkurat selv å få ringt på før han begynte å bli uklar. Blodsukkeret var da 2,1. Han hadde også en pose med glukose hengende som vi skrudde opp hastigheten på. Samtidig stengte vi av insulindryppet. Av de 500 ml som det opprinnelig hadde vært i posen (som så vidt jeg kunne se var hengt opp samme morgen) var det bare ca 100 ml igjen. Mens han hadde hypoglycemi var han tydelig stresset og klaget over brystmerter. Han har fra tidligere ingen kjent hjertesykdom. EKG viste iskemi i laterale fremrevegg. Troponin-belastning tatt og denne steg da jevnt og trutt og han ble neste morgen overført til hjerteavdelingen etter at det var klart at han hadde hatt et infarkt.

Disse eksemplene representerer typiske meldinger om uønskede hendelser knyttet til kliniske prosesser og prosedyrer. Om det var prosedyrene eller ansvaret som var uklart, kan være vanskelig å si i eksemplene over, men de viser en typisk kombinasjon av svikt ved overflytting

fra spesialavdeling til sengepost: utstyr fjernes, blodsukker kontrolleres for sent, nye symptomer i en uavklart situasjon blir oversett/vanskelig å tolke.

Manglende kommunikasjon, tidsnød eller dårlig kjennskap til sykehusets døgnrytme og infrastruktur kan føre til svikt i gjennomføringen av planlagte prosedyrer:

Turnuslege kom opp på avdelingen og lurte på hvor pasienten med pneumothorax var. Pasienten skulle få thoraxdren. Vakhavende hadde ikke gitt beskjed til sykepleier om dette. Turnuslege går inn til pasienten som er uklar og forteller dette. Pasienten blir redd og engstelig, og får ingen videre informasjon om dette. Sykepleier får beskjed pr telefon av vakthavende kirurg at pasienten skal ringes ned når det er klart på operasjon. Får da en telefon fra anestesien at de venter på pasienten og at de vil ha pasientene ned omgående. Sykepleier fikk aldri beskjed at det var klart på operasjon. Ble møtt med lite forståelse at sykepleier ikke kan forlate avdelingen på natten og må bestille portør til pas. Pasienten blir hentet og får ingen informasjon av lege. Hendelsen hadde en tidsramme på ti minutter.

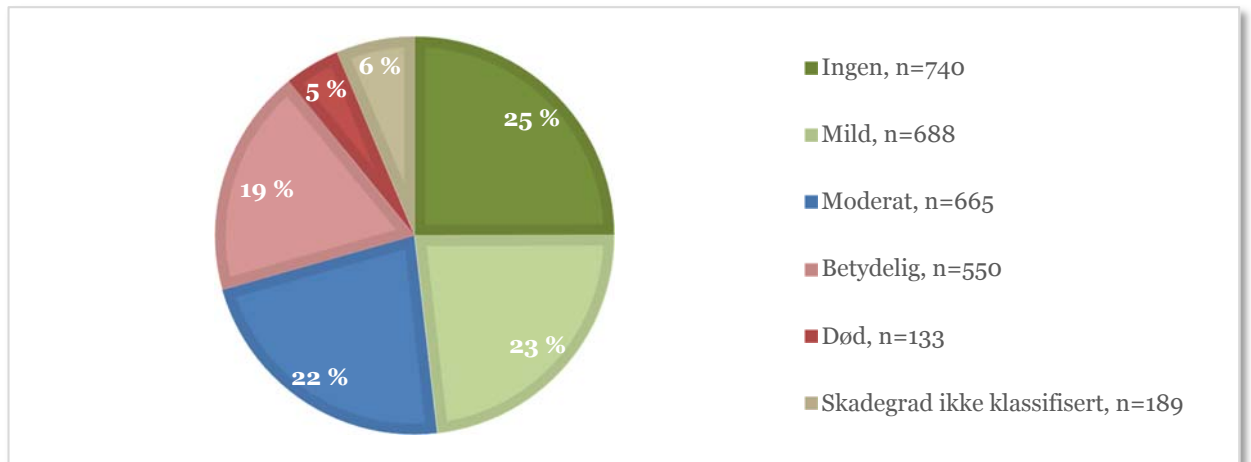
Prosesser i forbindelse med behandlingsprosedyrer er sårbare for svikt i kommunikasjon og kontinuitet:

Pasienten ble overflyttet til medisinsk sengepost med parainfluenza uten at det hadde vært smitteisolert på intensivavdeling, eller under transporten til vår avdeling. Det var heller ikke gitt beskjed om at pasienten burde isoleres ved ankomst.

Planen var at pasienten skulle direkte inn på avdelingens overvåkingsstue og dele denne med en alvorlig syk hjertepasient. Dette ble heldigvis unngått fordi overvåkingsstuen ikke var klargjort/rengjort da pasienten kom, og fikk et isolatrom tilfeldigvis. Under sykepleierrapporten kom det frem at pasienten hadde parainfluenza. Rapporten ble gitt etter at pasienten var kjørt inn på rom, og at utstyr var klargjort.

Sted: Skiftestue. Det ble gjort spinalpunksjon etter at laboratoriet i 4. etasje var stengt. Prosedyre er å bestille hasteportør. Dette fungerte greit, men ved levering av prøvene på Sentrallabben ble varene satt i kjøleskap uten at det ble gitt beskjed om dette. Prøvene ble oppdaget sent på kveldsvakt. Da var det for sent å ta celletelling noe som inngår i standardmåling. Med den belastning det er for pasient å ta spinalpunksjon er dette svært beklagelig.

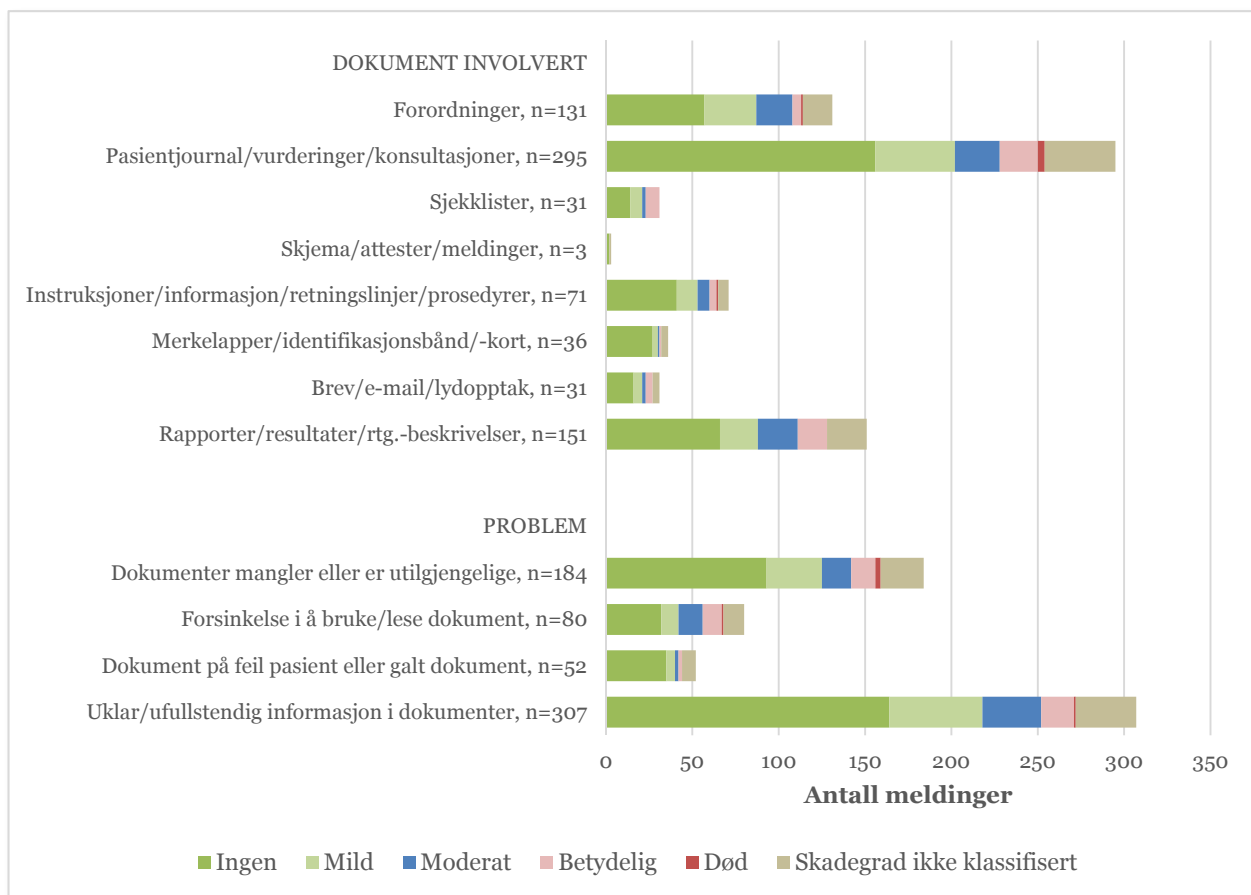
Fordelingen over alvorlighetsgrad for alle hendelsene som involverte klinisk prosess/prosedyre, viste at konsekvensene for pasienter kan være store; i 23 prosent av hendelsene resulterte i betydelig skade eller død (figur 15).



Figur 15: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien klinisk prosess/prosedyre. N=2965

Dokumentasjon

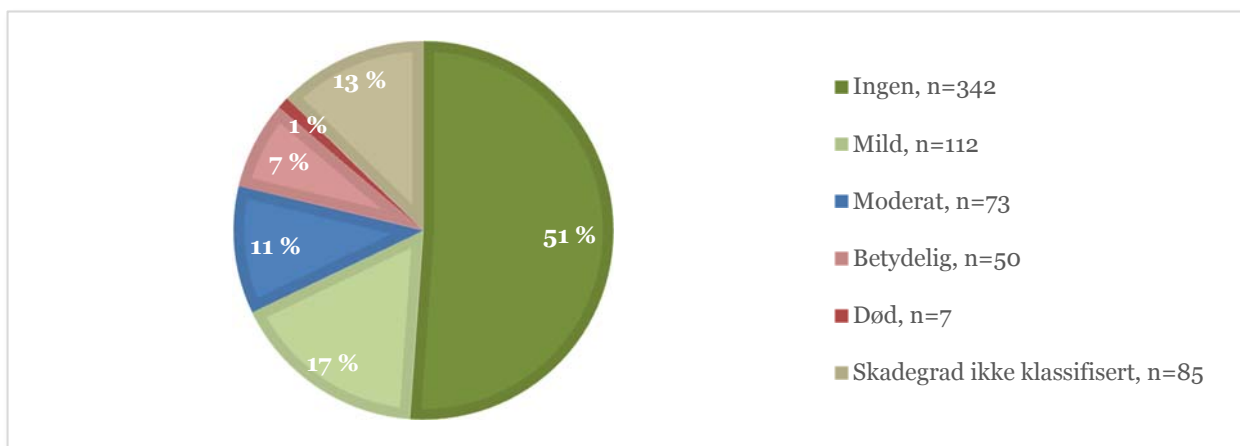
Meldeordningen mottok 664 meldinger som omhandler dokumentasjon. Dette utgjorde 7 prosent av meldingene mottatt i 2013. Figur 16 viser fordelingen i underkategorier og alvorlighetsgrad.



Figur 16: Hendelser relatert til dokumentasjon med underkategorier og alvorlighetsgrad. N=669

Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet journalføring og at relevant dokumentasjon manglet eller var ufullstendig. Det var også registrert hendelser som gjaldt forveksling av pasientdokumenter.

God dokumentasjon er en forutsetning for et trygt pasientforløp. Svikt på dette området kan sette pasienters sikkerhet i fare. Alvorlighetsgrad for skade på pasient ved hendelser knyttet til dokumentasjon er vist i figur 17.



Figur 17: Alvorlighetsgrad for skade på pasient relatert til dokumentasjon. N=669

Noen eksempler

Manglende dokumentasjon om at en pasient var inneliggende medførte at sykepleieansvaret ikke ble overført ved vaktskifte:

Pasienten lå på Telemetri da kveldsvakt kommer på vakt. Det er ikke ført opp på pasientlisten slik at sykepleieren som hadde ansvaret for pasienten først finner dette ut senere i vekten.

Nødvendig dokumentasjon om pasientens tilstand manglet. Oppstart av antibiotikabehandling ble forsinket:

Får legerapport fra akuttmottaket at vi skal få en pasient som mest sannsynlig har en pneumoni, samt spørsmål om sepsis. Pasienten ankommer avdelingen 13:15. Ingen papirer følger med, og de ligger heller ikke under hodeputen til pasienten. Ringer til akuttmottaket for å etterlyse de. Hun jeg møter på i telefonen sier at papirene ble sendt i røpost, da pasienten ble sendt via røntgen. Venter da at papirene skal ankomme avdelingen ganske snart, men ingen papirer kommer. Ringer igjen mottak, og de er overrasket over at papirene ikke har kommet fram og de sier da at de ikke vet hvor de har blitt av. Sier de skal finne ut av det, og at sykepleieren skal ringe opp så snart hun vet noe. Tiden går, klokken har blitt 14:45, og papirene er ikke kommet til avdelingen. Får nå beskjed om at papirene ble lagt under hodeputen, da pasienten ble sendt av gård, men det stemmer ikke. Sier de skal sende over kopi av papirene som er på avveie. Klokken 15:00 er papirene fortsatt ikke her.

Noen hendelser beskrev svikt på mange områder, som meldingen under, hvor det var manglende journalskriving, medikamentkurve var ikke fylt ut, og legemidler var ikke ordinert. Noen meldinger beskrev også mangelfull samhandling og samarbeid og mangel på adekvat personell, slik dette eksempelet viser:

Pasient med lungeødem kommer omtrent rett i avdeling fra luftambulansse, var innom i akuttmottak i kort tid. Pasienten ble ikke tatt imot av lege, det vil si at det ikke var skrevet preliminær journal på pasienten (verken rosa ark eller i DIPS). Medikamentkurve var ikke utfylt og det var ikke ordinert medikamentell behandling (morfin, furix ...) med tanke på at pasienten kom inn med lungeødem.

Pasienten kom opp i avdeling med pågående nitroinfusjon, noe som personalet på medisinsk sengepost ikke har kompetanse til å administrere og overvåke. Når pårørende kom til avdeling så kunne ikke personale på medisinsk avdeling informere om noe annet enn at pasienten mest sannsynlig har lungeødem og at han får nitroinfusjon, dette på grunn av at pasienten ikke var tatt imot før han kom opp i avdeling. Det gikk omlag to timer fra pasienten kom til avdeling og fram til pasienten ble sett til av lege.

Manglende dokumentasjon på tidligere sykehistorie, medikasjon og behandlingsplan kan forsinke hele behandlingsforløpet og innebærer klar risiko for pasienten. Det vanskeliggjør også informasjon til pasient og pårørende om videre planer for behandling.

Dokumenter merket med feil pasient ID. To ulike sengeposter ved medisinsk avdeling behandlet to pasienter med samme navn samtidig. Det ene har skrevet ut navneetiketter på feil pasient og limt på kurvearkene til "sin" pasient.

Avviket ble oppdaget av skanningscenteret; kurveark med etiketter for begge pasienter var skannet inn som ett dokument i den enes journal. Dokumentet ble skrevet ut og makulert, og skulle skannes til riktig journaler da det oppsto usikkerhet fordi kurveark for den eldste pasienten med utskrivingsdato 13.**.13 var fylt ut til 15.**.13.

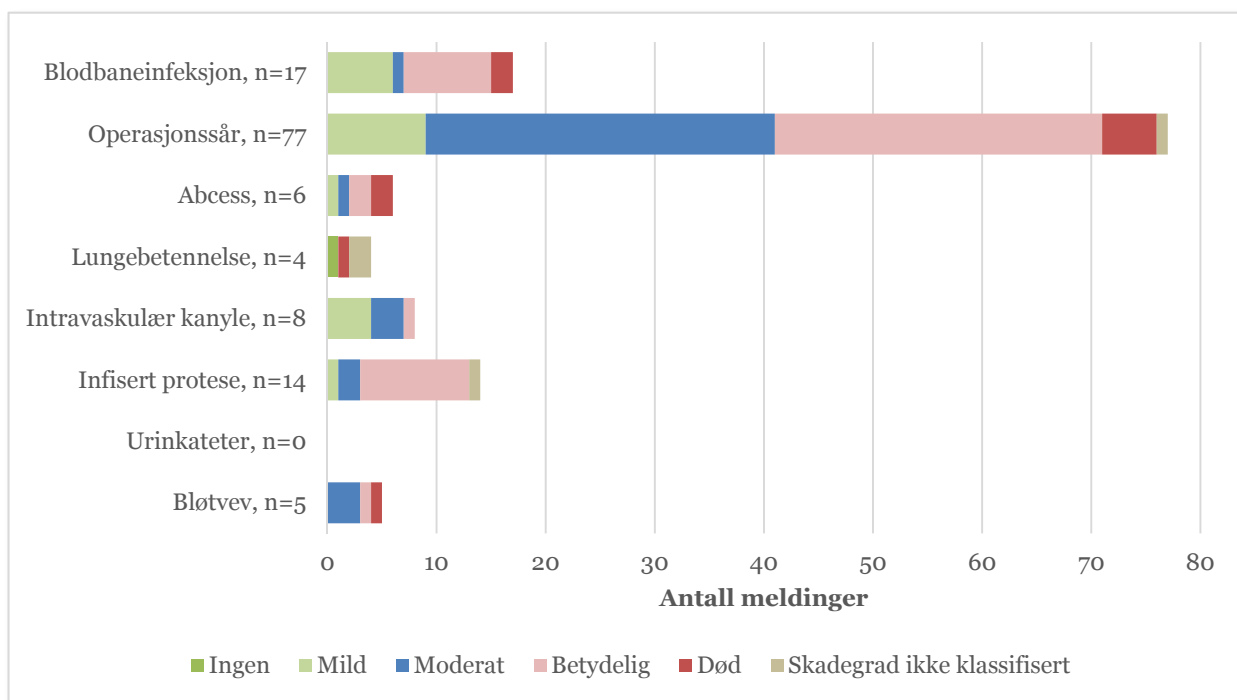
Skanningscenter tok kontakt med sengeposten der eldste pasient var inneliggende; medikamenter på det som (ut i fra etiketten) er deres pasients kurveark samsvarer ikke med det som ble gitt. Medikamentene samsvarer derimot med medikamentene på det andre kurvearket.

Enkelte former for informasjon er svært viktig for gjennomføring av undersøkelser, for eksempel om pasienter som skal til MR-undersøkelse har pacemaker:

Uriktige opplysninger i sjekklisten før MR hjerteundersøkelse. Dr. *** har krysset nei for Pacemaker, noe pasienten har (og hadde på det tidspunkt sjekklisten ble fylt ut). Han har krysset ja for "Metall etter tidligere kirurgi", men ikke spesifisert hvilken type metall pasienten har.

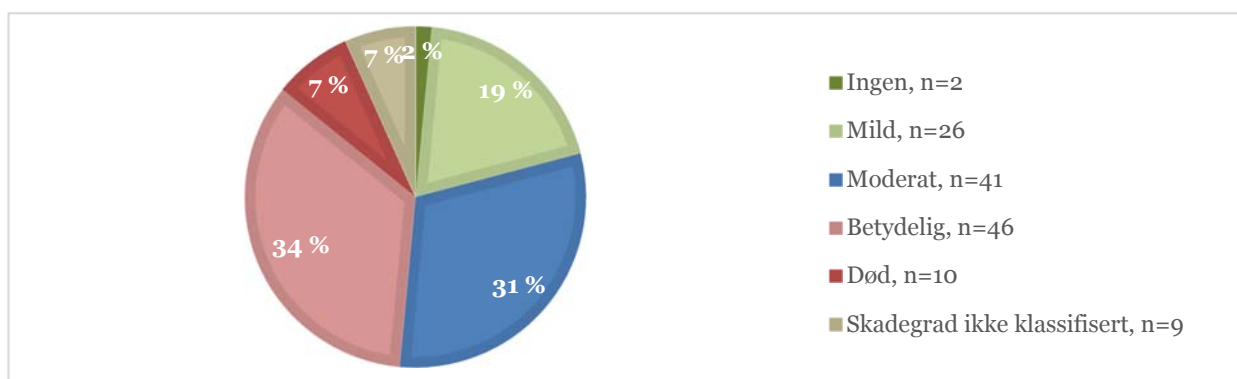
Infeksjon

Meldeordningen har mottatt 134 meldinger om hendelser knyttet til infeksjon. Dette utgjorde 1,4 prosent av innmeldte hendelser. Blant disse er det 88 bakterielle infeksjoner, fem er virale, mens de øvrige ikke er klassifisert med hensyn til type organisme, eller dette er ukjent. Figur 18 viser fordelingen over hvilke type infeksjon som er innmeldt.



Figur 18: Meldinger om infeksjon og alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=134

Infeksjon i operasjonssår var hyppigst forekommende. 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 at tjenestene ikke oppfattet disse som meldepliktige



Figur 19: Alvorlighetsgrad for skade på pasient – infeksjon. N=134

Som vist i eksemplene nedenfor, var de meldte infeksjonene av ulike typer og forekom i ulike faser av oppholdet.

Pasienten ble operert med totalprotese venstre hofte med MIS-tilgang januar -12. Tidligere postoperativ infeksjon håndtert med bløtdelsrevisjon, bytte av løse komponenter og 10 uker antibiotika.

Aldri blitt bra i hoften i etterkant. Nå innkommet med kliniske tegn på oppbluss av infeksjonen.

Tromboflebitt. Pasienten klaget over at venflon på venstre hånd var smertefull. Denne hadde ligget siden innkomst, 4 dager. Denne ble derfor fjernet. (Stod ikke dato på venflonen) Etter et par timer hadde pasienten fått mer smerter i hånden der venflonen var. Lignet på et hematom. La på omslag med klorhexedin. Smertene og hevelsen gav seg noe. I ettertid viser det seg at hun hadde fått en absess der venflonen lå og måtte få intravenøs antibiotikabehandling.

Infeksjoner er en sykehuskomplikasjon som kan gi betydelige tilleggsplager og forlenget sykehusopphold for pasienter. Tall fra helsenorge.no viser at cirka fem prosent av pasienter innlagt i sykehus får en infeksjon (17).

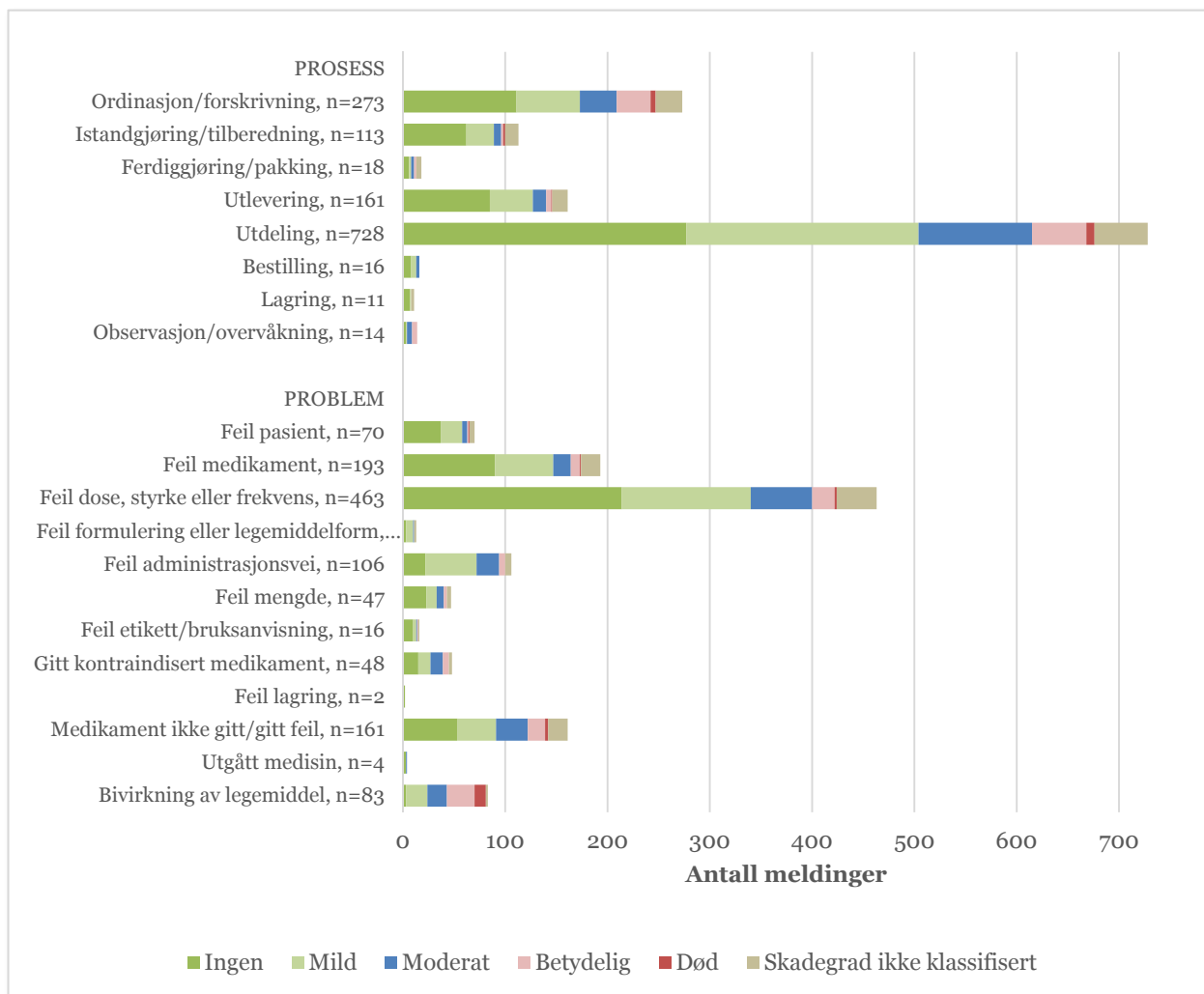
Infeksjoner ble i liten grad rapportert til Meldeordningen i 2013. De hyppigste skadene sett ved systematisk journalgjennomgang med GTT-metoden var imidlertid infeksjoner (urinveisinfeksjoner 2,1 %, postoperativ sårinfeksjon 1,6 %, nedre luftveisinfeksjon 1,3 %, annen infeksjon 1,3 %) (4).

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.»(9). 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 yil andre kilder enn det som registreres i avvikssystemene gi relevant informasjon når virksomhetene skal arbeide med å redusere forekomsten.

Legemidler

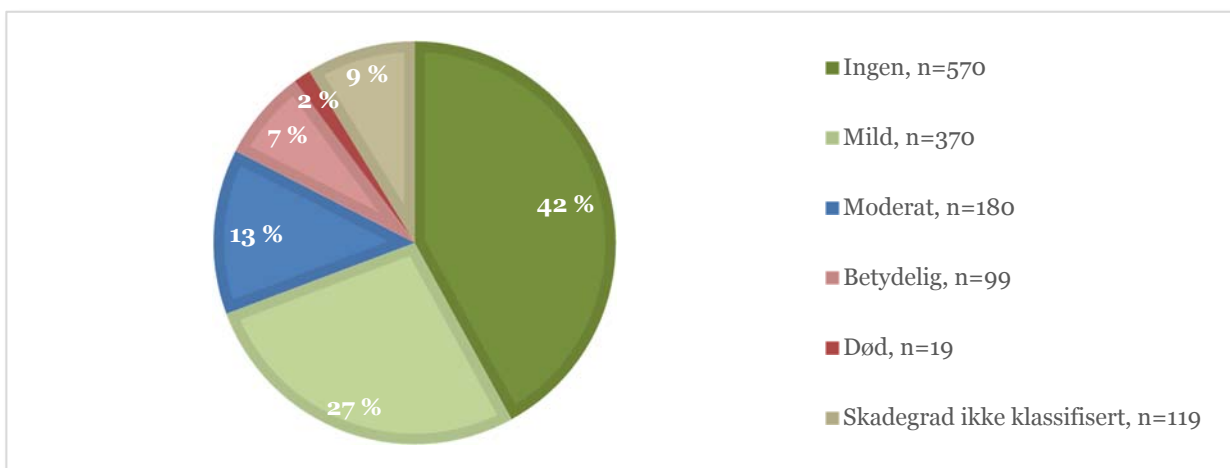
I 1357 meldinger (19 %) var det registrert feil knyttet til legemidler. Disse fordelte seg i de ulike prosess- og problemkategoriene som vist i figur 20.



Figur 20: Legemiddelhendelser og alvorlighetsgrad for skade på pasient. N=1357

Helsetilsynet brukte betegnelsen *legemiddelfeil*, mens WHO-klassifikasjonen også eksplisitt inkluderer intravenøs væskebehandling i denne kategorien (*Medication/IV Fluids*). Imidlertid kan disse kategoriene sies å være identiske, siden intravenøsvæsker også defineres som legemidler. Blant meldingene som ble rapportert til Helsetilsynet, var 14 prosent av hendelsene legemiddelfeil (15), altså en noe lavere andel av de innmeldte hendelsene til Meldeordningen.

Helsetilsynet mottok årlig gjennomsnittlig 275 meldinger knyttet til legemiddelfeil. Meldeordningen har således mottatt nesten fem ganger så mange slike hendelser i 2013 som det som kom til Helsetilsynet.



Figur 21: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien Legemiddelhåndtering. N=1357

Over 50 prosent av meldingene om legemiddelhendelser var knyttet til utdelingen. Tiltak rettet mot bedre rutiner ved utdeling av legemidler bør derfor prioriteres. «Feil dose, styrke eller frekvens» var den hyppigst forekommende feilen, etterfulgt av «Feil legemiddel» og «Legemiddel ikke gitt», uavhengig av hvor i prosessen det gikk galt.

I november 2013 publiserte Meldeordningen et læringsnotat om forveksling av legemidler basert på meldinger mottatt i perioden 1.7.2012 til 30.6.2013 (14). De fleste av disse hendelsene var også relatert til tilberedning eller utdeling. Læringsnotatet gir en oversikt over legemidler som har blitt forvekslet på grunn av likhet i preparatnavn eller pakninger. Dette er feil som er mulig å forebygge, men som krever tiltak på ulike nivåer fra myndigheter til den enkelte sykepost og personell.

Eksempler knyttet til noen av kategoriene over:

Feil legemiddelformulering:

En pasient fikk Haldol injeksjon intramuskulært 20 mg i stedet for Haldol Depot inj. 20 mg. Sykepleier som var alene om både ansvarsvakt og medisinansvar fredag kveld satte feil preparat, og det var ikke signert for dobbeltkontroll av medikamentinjeksjon. Feilen ble oppdaget søndag morgen klokken 9:00. Vaktlege målte blodtrykk og puls. Ordinerende lege var tilfeldigvis på vakt og spesifiserte ordinasjonen. Forordningsteksten "Haldol depot inj. i.m. x 1" på hovedkurven kunne tolkes til å skulle administreres daglig. Sykepleier lette lenge etter preparatet, og da hun fant Haldol i.m., trodde hun det var rett. Årsaken kan være at det er vanskelig å få oversikt på medisinrommet grunnet for stor medikamentbeholdning.

Legemiddel ikke gitt:

Pasient med mekanisk aortaventil og endokarditt fikk ikke Marevan på 2 dager. INR 1,7. Dette er en rutinesvikt. Stadig viktig med gode rutiner omkring dosering og administrering av Marevan. Viktig at sykepleier på kveld er nøye med å sjekke om Marevan er dosert. Dette må ofte gjøres om kvelden etter at svar på INR foreligger. Bakvakten blir ofte bedt om å dosere Marevan, og dette er helt greit. Det kan allikevel ikke ventes at bakvakten skal fange opp tilfeller der Marevan ikke er dosert. I dette tilfellet ble feilen gjentatt neste dag uten å bli oppdaget av flere vaktlag av sykepleiere eller legene som plikter å sjekke medikamentlisten daglig. Feilen ble oppdaget andre dag av postlegen. Viktig her med stadig gode rutiner med sjekking av medikamenter og underskrift daglig på kurven. Vel å merke er dette spesielt utfordrende med Marevan der dosering skjer oftest etter visittid.

Feil legemiddel ble gitt på grunn av navnelikhet. Innmelder foreslår:

Det ble gitt Humalog (hurtigvirkende insulin) morgen og kveld. Skulle vært Humulin som er langtidsvirkende insulin.

Forslag til tiltak:

Gå tilbake til preparater som tidligere har vært i bruk (NovoRapid og Insulatard) da de nye preparatene har for likt navn.

Feil styrke/dose eller frekvens ble gitt til pasienten. Innmelder har gitt gode beskrivelser av prosessene og problemene knyttet til ordinasjon og utdeling av morfin:

Pasienten ønsker smertestillende. Da undertegnede leser ordinasjonene står det at pasienten kan få «Morfin mikstur 10 ml». Med annen penn står det like over «1 mg/ml». Undertegnede finner ikke morfin mikstur i styrken 1 mg/ml i narkotika-skapet på medisinerrommet. Der finnes morfin 10 mg/ml. I permen der vi dokumenterer narkotikapreparatene står det at pasienten har fått 10 ml av morfin fra denne flasken, altså 10 mg/ml. Han har det seneste døgnet fått morfin mikstur i denne dosen 5 ganger det siste døgnet- altså 100 mg morfin x 5.

Det ser ut som om styrken på morfin mikstur ikke var angitt da de første dosene ble gitt - styrken 1 mg/ml er skrevet der med en annen penn og annen skrift, sannsynligvis på visitten dagen etterpå? Ved hvert administrasjonstilfelle har to sykepleiere signert for morfindosen, tilsammen 5 ulike signaturer uten at noen av dem har reagert på den avvikende dosen.

Kan man gjøre kontrollene sikrere på noen måte? Hvordan kan man bli oppmerksom på avvikende doser? Mulig at sykepleiere burde sett i permen og fulgt hva som ble tatt ut tidligere? Viktig at legen skriver både styrke og mengde medikament i ordinasjonen (altså hvilken dose pasienten skal ha)!

Blod og blodprodukter

Meldeordningen har mottatt 62 uønskede hendelser knyttet til blod og blodprodukter; dette utgjør 0,9 prosent av de klassifiserte hendelsene. Blant disse er det ett dødsfall og seks hendelser med betydelig skade.

Seksjon for meldesystemer har også et eget meldesystem for blod og blodprodukter, hemovigilanssystemet; www.hemovigilans.no

Hemovigilanssystemet mottar flere og mer detaljerte meldinger om komplikasjoner hos blodmottakere og blodgivere enn det Meldeordningen mottar. På den annen side mottar Meldeordningen meldinger som ikke hemovigilanssystemet mottar, slik som at blodet pasienten trenger, leveres for sent fra blodbanken. De to meldeordningene utfyller derfor hverandre.

Et eksempel på hendelse som skyldtes mangel på blodprodukt. Hendelsen antas å ha medført pasientskade:

Alvorlig trombocytopeni etter cellegift. Det ble ordinert trombocyttransfusjon på grunn av 7. Blodbanken kunne ikke levere trombocyttkonsentrat før neste ettermiddag, over ett døgn etter ordinasjon. TPK⁴ falt til < 5. Pasienten pådro seg netthinneblødning med synsfeltdefekt. Det er overveiende sannsynlig at blødningskomplikasjonen ville vært unngått ved tidligere trombocyttransfusjon.

Blodbanken må sikre lager av trombocyttkonsentrat til døgnberedskap.

⁴ TPK = trombocyttoppartikkelkonsentrasjon (blodplater)

Ernæring

Trettifire mottatte hendelser involverte ernæring, hvilket utgjorde 0,5 prosent av de klassifiserte hendelsene. At det har innkommet få hendelser i denne kategorien, kan skyldes at disse type hendelser omhandler legemiddelrelaterte situasjoner og derfor er klassifisert i kategorien legemiddelhendelser.

Ingen av disse hendelsene har resultert i betydelig skade eller død. Tolv av disse hendelsene gjaldt barn under tolv år.

I et eksempel som omhandlet ernæring, beskrev innmelder at et barn feilaktig fikk ernæringsvæske direkte inn i sentralt venekateter i stedet for i en perifer venekanyle. Selv om dette ikke representerer noen fare, kunne det ha medført skade på pasient dersom forbytingen hadde skjedd «omvendt» vei, det vil si dersom væske som skal brukes i sentralt venekateter ble gitt i perifer venekanyle.

Pasienten fikk intravenøs TPN (total parenteral ernæring) som var ment for perifer venekateter (PVK) i et sentralt venekateter (SVK). Infusjonen pågikk i 45 minutter før feilen ble oppdaget.

Det kom ikke frem av forordningen at det finnes ulike typer av denne TPN. Undertegnede visste heller ikke at det fantes ulike typer for PVK og SVK. Undertegnede har ikke kjennskap til denne type TPN fra før, da den nylig er tatt i bruk her på huset. Kollegaer på posten og barneposten over hadde heller ikke tilstrekkelig kjennskap til denne typen TPN.

Undertegnede ønsker kursing i væskebehandling på avdelingen, da jeg vet at jeg og flere andre kollegaer føler at vi har for lite kunnskaper om dette. Spesielt ønskes kursing av de ulike typene væsker og TPN, da det nå også nylig har kommet en ny type TPN på huset.

Innmelder beskriver at bedre merking av produkter og kurs i væskebehandling er nødvendige tiltak for å øke pasientsikkerheten.

Oksygen/gass/sug

Meldeordningen mottok 55 hendelser relatert til oksygen/gass/sug. Dette utgjør 0,8 prosent av de klassifiserte hendelsene. En forklaring på at det er såpass få i denne kategorien, er at disse hendelsene i svært mange situasjoner også involverer bruk av medisinsk utstyr. Hendelser som inkluderer oksygen/gass/sug er oftest klassifisert i kategorien medisinsk utstyr.

I denne kategorien finnes tre dødsfall og 14 hendelser med betydelig skade.

Noen eksempler

Nødvendig utstyr som brukes til overvåkning av pasient i narkose er ustabil. I eksempelet under beskrives det i tillegg mangel på overvåkningsutstyr av denne typen:

TOF⁵ virket ikke slik som den skulle. Korrekt oppsatt TOF, men gav ikke avlesbare verdier som var til å stole på da det kliniske bilde som ble avlest ved TOF-stimulering ikke samsvarte med TOF-monitor. Resultat ble ekstubering av restcurarisert pasient.

Det andre mulige er at ekstubering av tuben med oppblåst cuff (pga brå bevegelse av pasient i oppvåkningen) forårsaket en larynksspasme. Larynksspasme etter ekstubering av cuffet tube eller restcurarisert pasient. Pasient fikk oksygenmetningsfall til 56 % før reetablering av luftvei med ny tube. Larynksspasme etter ekstubering er en risiko som eksisterer.

Vi må være observante så vi unngår å ekstubere med oppblåst cuff. TOF monitor må være til å stole på! Den enheten som vi har på dagsykehuset i *** har vist i mange tilfeller at den ikke virker slik som er tiltenkt. Det er på tide at vi får en ny, eller 6 nye, det vi faktisk trenger!

Eksempelet under viser hvordan utstyrssvikt ikke rammet pasienten; personalet oppdaget svikt i oksygentilførselen på grunn av feil ved utstyret før pasienten ble påvirket:

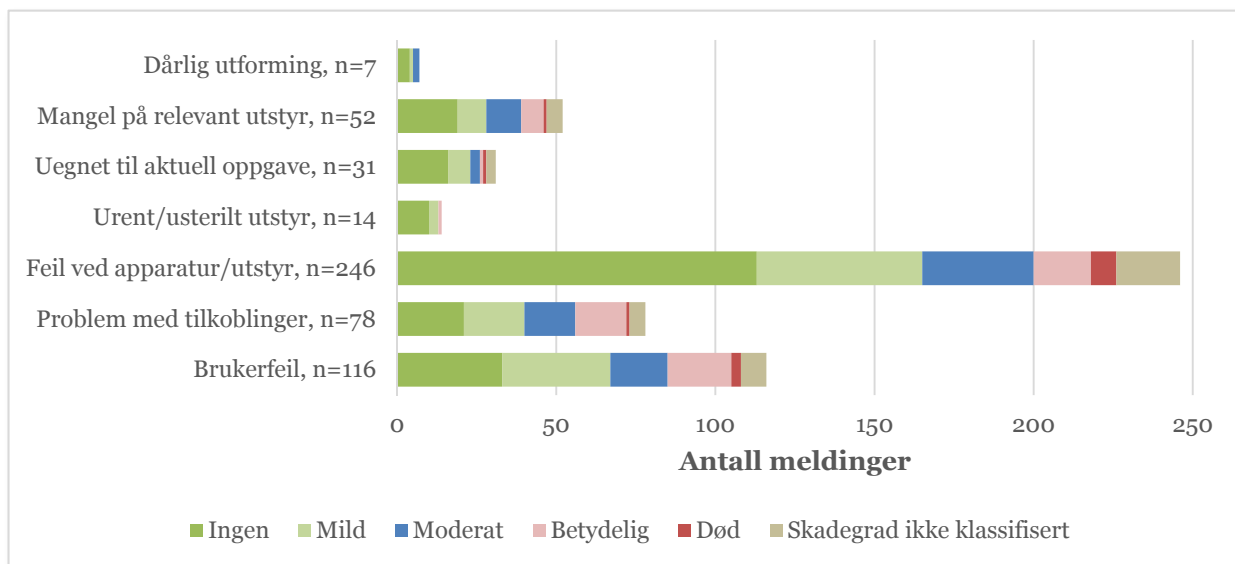
Ved preoksygenering av pasienten før innledning av narkosen, oppdages svikt i oksygentilførselen til anestesibordet. Selv om oksygeninnstillingen var satt til 100 %, viste inspirert O₂ bare 20 %. Pasienten steg heller ikke i metning.

Det foregår vedlikehold ved avdelingen, og vi lurte på om dette kunne ha betydning. Ellers ble samtlige anestesibord på alle operasjonsstuene sjekket, og samme feil ble funnet på halvparten av operasjonsstuene. Feil ved utstyret/produktet. Dette ble oppdaget ved at inspirert oksygen ikke stemte overens med den innstillingen vi hadde på anestesibordet. Pasienten steg heller ikke i metning. Ingen konsekvenser for pasienten annet enn at han måtte vente noen minutter før vi kunne starte anestesien.

⁵ TOF=Train-of-four"-monitor: brukes for å kvantifisere grad av muskelblokkade under narkose

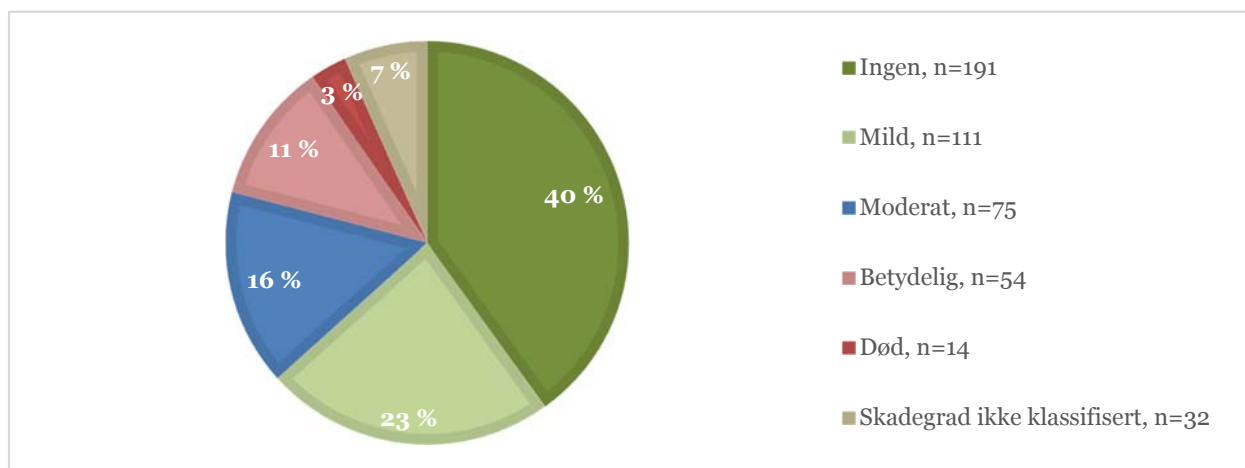
Medisinsk utstyr

Meldeordningen har mottatt 475 hendelser (7 %) som involverer medisinsk utstyr. Underkategoriene fordeler seg som vist i figur 22.



Figur 22: Meldinger relatert til medisinsk utstyr. N=477

Feil ved apparatur/utstyr er de hyppigst forekommende situasjonene innenfor kategorien medisinsk utstyr.



Figur 23: Alvorlighetsgrad for skade på pasient i kategorien Medisinsk utstyr i 2013. N=477

Meldeordningen har publisert et læringsnotat om uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr (11). 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.

Noen eksempler

Teknisk feil ved ampuller for legemidler, beskrevet som et gjentakende problem:

Når jeg overtok *** medisinene i vaktskiftet, så sjekket jeg ampullene som vanlig. Ved undersøkelsen av den rektale 10 mg stesoliden oppdaget jeg at tuppen på tuben var løsnet, og stesoliden hadde lekket ut. Tuben var tom. Dette er det andre avviket jeg skriver på samme type hendelse på kort tid, og jeg vet det er andre som har gjort det samme. I tillegg er det flere som sier de har opplevd det samme men ikke skrevet avvik, slik at de mørke tallene er mest sannsynlig store. Jeg og flere savner tilbakemeldinger på de avvikene som er sendt, og at det blir satt i gang tiltak for å forbedre situasjonen. I tillegg kan det jo nevnes at vi ifølge MOM⁶ kan vi gi inntil 30 mg stesolid rektalt, men når det er bare en paramedic på bilen er han/hun oppsatt med bare 15 mg.

Mangler ved teknisk-administrative systemer medførte forsinket diagnostisering. Dette ble beskrevet som et gjentakende problem:

Opplæring i regi av leverandør ble gjennomført på avdelingen. For å øke verdien av opplæringen ble noen pasienter undersøkt med det nye utstyret. Det viser seg at ikke alle filter i RIS/PACS⁷ var definert, slik at vakthavende radiolog ikke fikk opp pasientene på sin arbeidsliste. Konsekvensen var at pasienten ikke ble diagnostisert før neste dag. Hendelsen gjelder flere pasienter, men kun denne ene har gitt forsinket oppstart av behandling.

Løse deler i infusjonssett til intravenøs bruk og defekt utstyr kan skade pasienten:

Radiografen hadde nettopp gjort klart nytt «sett» med kontrast, infusjonssett og mellomstykke. Etter opptrekking av kontrast i trykksprøyta kontrollerte radiografen trykksprøyta visuelt. Radiografen oppdager en plastbit i trykksprøyta. «Under cystoskopian ble det observert en metallgjenstand inni pasientens blære. Det var en bit fra arbeidsansatsen som hadde falt av under innføring av instrumentet, denne ble umiddelbart forsøkt fjernet med steinknusertang, men på grunn av mye blod i blæra var det ikke mulig å finne den igjen for å få den fjernet på poliklinikken. Årsaksbeskrivelse: Gammelt utstyr. Konsekvens: Store konsekvenser for pasienten, istedenfor en kort undersøkelse ble det sykehusinnleggelse. Forslag til tiltak: Se over utstyret og vurder kvaliteten. Kontakte kvalitetskoordinator ved sterilsentralen.

⁶ MOM: Medisinsk Operativ Manual

⁷ RIS/PACS: informasjons- og kommunikasjonsløsning for radiologi

Atferd – inklusiv suicid

WHO-klassifikasjonens hovedkategori *Atferd* har kategorier for både helsepersonell og pasienter, med identiske underkategorier. Tabell 3 viser underkategoriene i WHO-klassifikasjonens originalversjon og norsk oversettelse som er gjort internt i Meldeordningen.

Hendelsene klassifiseres uavhengig av type avdeling/behandlingssted for hendelsen og pasientens diagnose. Det skiller ikke her mellom somatisk og psykisk helsevesen.

Tabell 3: WHO-klassifikasjonens underkategorier i kategorien Atferd

Originalbegreper	Norske begreper
Noncompliant/Uncooperative/Obstructive	Samarbeidsproblemer
Inconsiderate/Rude/Hostile/Inappropriate	Hensynsløs/upassende
Risky/Reckless/Dangerous	Truende/risikofylt/farlig
Problems with Substance Use/Abuse	Rusmisbruk
Harassment	Trakassering
Discrimination/Prejudice	Diskriminering
Wandering/Absconding	Rømming
Intended Self Harm/Suicide	Selvskade/suicid
Verbal Aggression	Verbal aggresjon
Physical Assault	Fysisk overfall
Sexual Assault	Seksuelt overfall
Aggression toward an Inanimate Object	Aggresjon mot ting/utstyr/inventar
Death Threat	Dødstrussel

I det følgende presenteres kategoriene atferd for henholdsvis helsepersonell og pasient.

Helsepersonells atferd

Meldeordningen har mottatt 47 hendelser som er klassifisert som uønsket atferd blant helsepersonell. Underkategoriene med flest hendelser var:

- Samarbeidsproblemer: 26 hendelser
- Hensynsløs/upassende atferd: 7 hendelser
- Truende/risikofylt/farlig atferd: 8 hendelser

Felles for mange av disse hendelsene er at de har skjedd i akuttsituasjoner; hovedsakelig er dette hendelser i mottaks- eller intensivavdelinger.

Noen eksempler

Pasienten med påvist brudd ble kjørt til avdeling kl 17:40. Her ble jeg møtt av en lite samarbeidsvillig ansvarssykepleier som bare MÅTTE varme opp og servere sin sultne pasient middag (som lå på avdelingen og ikke hadde fått mat tidligere) (avvik 1). Imens kom en annen sykepleier bort for å ta imot rapport. Jeg gav henne en god rapport om pasientens tilstand og ba spesielt om at de måtte ha økt beredskap for å ta over respirasjonen til pasienten om de skulle gi henne mer morfinlignende preparater, da hun fikk raskt respirasjonsdepresjon og apne perioder, noe sykepleieren var enig i. Midt i rapporten kommer ansvarssykepleier rasende inn på kontoret hvor rapporten ble holdt, og sa «denne pasienten må ha ketorax - ser dere ikke at hun har det vondt? Se her: hun detter nesten ut av senga» sitat slutt.

Igjen minnet jeg om at de måtte ha stor beredskap for å kunne overta respirasjonen helt, da hun allerede hadde fått mye smertestillende og at hun hadde blitt urolig under transport opp til avdelingen. Ansvarssykepleier som ikke ville delta på rapporten, gikk rett inn og ga pasienten ketorax mot anbefaling (avvik 2!)

Manglende samarbeid og illojalitet overfor kollegas beslutning vedrørende behandling av alvorlig syk pasient:

32 år gammel pasient med langvarig og alvorlig problematikk med psykisk lidelse/anorexi. Kronisk alvorlig selvskading, svært dårlig matinntak og søvn. Siste tiden igjen økt selvskading. Fått infeksjon i kutt på armen, armen opphovnet, oppsøkt legevakt med 39.7 i feber og 120 i hvilepuls. Deretter innlagt akutt mottak på grunn av fare for sepsis. Pasienten oppga at han hadde gått opp 4-5 kg på 4-5 dager, til tross for oppkast og diare da han ikke tålte Apocillin og Diclocil som han fikk. Pasienten var bekymret for forstyrret væskebalanse/ødem i kroppen og at noe var alvorlig somatisk galt. Pasienten opplevde seg godt ivaretatt av turnuslege, og ble forespeilet 2-3 dager på sykehuset. Imidlertid kom en annen lege (bakvakt?), som opptrådte lite imøtekommende, og heller ikke trodde på pasientens opplysninger om vektøkning. Midt på natten, kl. 03.00 kom denne legen så plutselig inn og sa at pasienten bare kunne dra hjem. Pasienten forlot deretter sykehuset alene kl. 04.00. Pasienten var på dette tidspunkt i svært nedsatt allmenn- og ernæringstilstand og psykisk nedkjørt, og opplevde seg ikke tilstrekkelig tatt på alvor og ivaretatt i situasjonen.

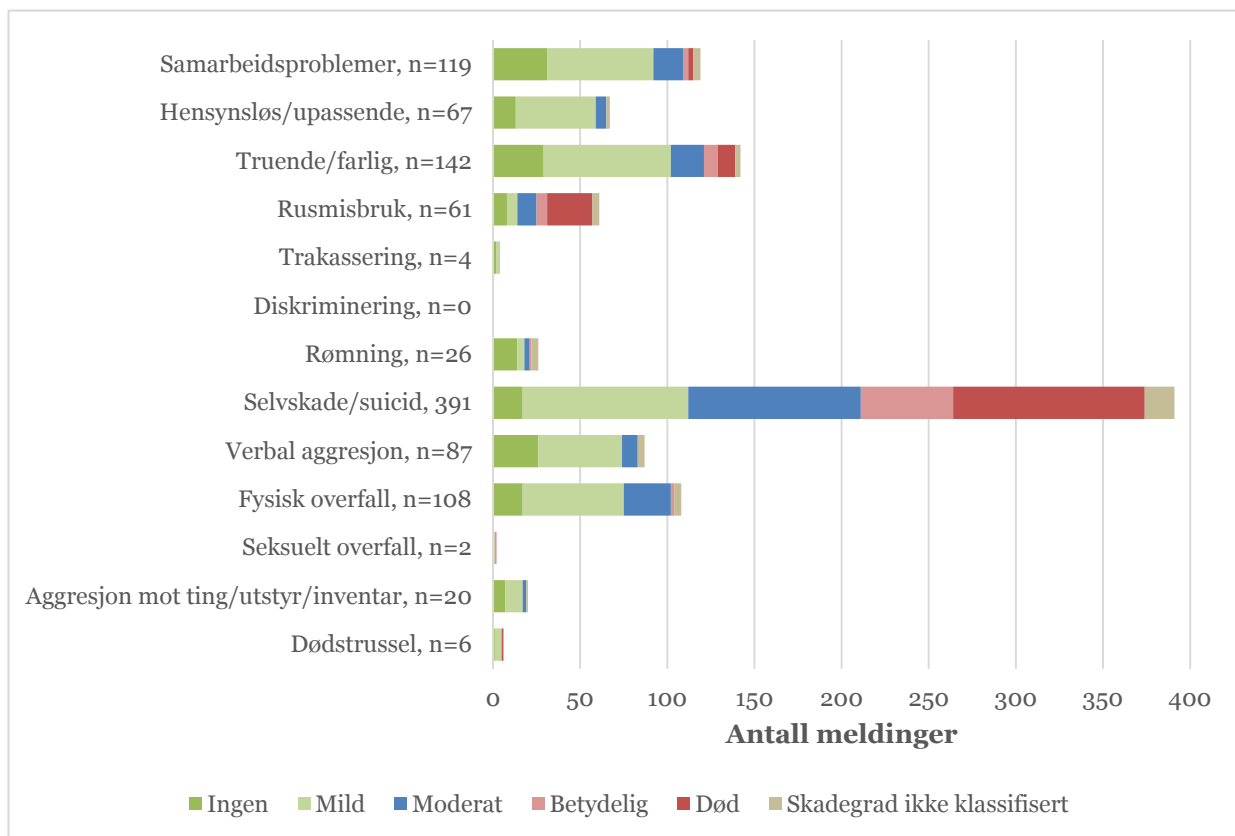
Manglende smertebehandling ved reponering av ankelbrudd:

Mottak av pasient med åpen fraktur venstre ankel. Under forløpet ble ansvarlig ortoped Dr *** gjentatte ganger bedt om å la frakturen være til pasienten hadde fått smertestillende, 3 ganger av undertegnede og en gang av traumeleder. Ortopeden sa ja, men fortsatte arbeidet like fullt. Distal status var ikke truet, og det var helt unødvendig å skylle + reponere dette før vi hadde fått gitt smertestillende. Pasienten skrek gjentatte ganger og ba om smertestillende og at vi måtte slutte, men ortopedene brøt seg på helt uten å ta hensyn til pasienten. Smertelindrende gitt prehospitalt hadde ingen effekt lenger.

Det er svært få meldinger om uønskede hendelser knyttet til helsepersonells atferd. 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 ifra meldingene åpenbart at det kan gå ut over pasientsikkerheten og gjøre pasientene som det er uenighet om behandlingen av, usikre og utrygge.

Pasientatferd, inklusiv suicid

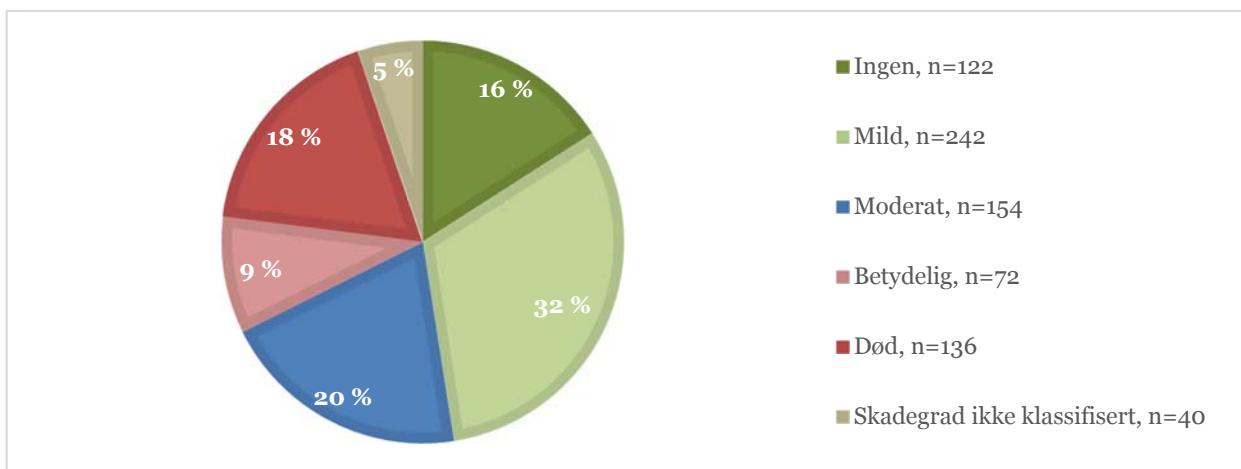
I alt 718 hendelser ble klassifisert i en av kategoriene som omhandler pasienters atferd (10 %). Dette fordelte seg som vist i figur 24.



Figur 24: Hendelsestyper og alvorlighetsgrad i underkategorier av Pasientatferd. N=766

Kategorien *Selvskaide/suicid* var hyppigst forekommende blant de klassifiserte sakene som omhandler pasientatferd; dette utgjorde 44 prosent av de klassifiserte hendelsene i denne kategorien. 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 *Selvskaide/suicid*.

Totalt i denne kategorien fordelte skadegrad på pasient seg som vist i figur 25.



Figur 25: Skadegrad på pasient ved hendelser klassifisert som pasientatferd. N=766

Som vist i figur 25, medførte hendelsene betydelig skade eller død i 199 (28 %) av hendelsene. Som nevnt tidligere, er 23 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, hending og intox. Analyse av disse mot alvorlighetsgrad for skade på pasient, viser at Meldeordningen fikk meldt 155 meldinger om selvmord i 2013. 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.

Noen eksempler

I hendelsen som beskrives under, ble et suicidforsøk oppdaget. Innmelder poengterer innmelder at det er i strid med retningslinjer at pasienter som har økt risiko for suicid skal administrere egne medisiner:

Suicidforsøk.

Pasient inntok 19 tabletter antidepressivum i suicidal hensikt. Innlagte pasienter, spesielt de med diagnoser som kan føre til risiko for selvdrap, skal ikke administrere egen medisin.

Noen hendelser beskrev flere aspekter, som hendelsen under; pasienten har ikke har fått tilstrekkelig vurdering før diagnosesetting, akuttpsykiatrisk avdeling manglet adekvat kompetanse, og pasienten har ikke fått utarbeidet individuell plan:

Pasienten har over flere år blitt behandlet med utgangspunkt i diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse og bipolar lidelse, uten at disse har blitt utredet med standardiserte måleinstrumenter, men vår avdeling har ikke den nødvendige fagkompetansen for behandling av lidelsen.

Pasienten har for et halvt år siden gjennomført et alvorlig selvmordsforsøk som førte til innleggelse på medisinsk avdeling. Pasienten har gjentatte ganger gitt uttrykk for at hun ikke føler at hennes diagnose blir tatt på alvor. Behandlingsplanen avdelingen opererer etter, er fortsatt basert på diagnose fra i fjor, på tross av at denne som nevnt ikke har blitt utredet tilstrekkelig.

Pasienten har også, på tross av mange år i psykisk helsevern, ikke fått utarbeidet en individuell plan på tross av ønsker.

Man må sikre tilstrekkelig kompetanse hos spesialisthelsetjenesten og på akuttpsykiatrisk sengepost med kurs og undervisning relatert til dissosiative lidelser.

Neste hendelse omhandler organisering av psykisk helsevern for pasienter som både har psykiske problemer og rusproblemer:

Pasienten har fått innvilget rett til helsehjelp ved *** DPS og har hatt noen samtaler der. På grunn av alvorlig abstinens og suicidalfare ble pasienten innlagt til avrusning. Den akuttsengen som *** sykehus disponerer, har maksimal liggetid på 7 dager. Det ble søkt om forlengelse av akutttopphold for avrusning, men pasienten fikk avslag. Pasienten ble deretter utskrevet og sendt hjem, med akkurat samme lidelser og samme risiko som før innleggelsen.

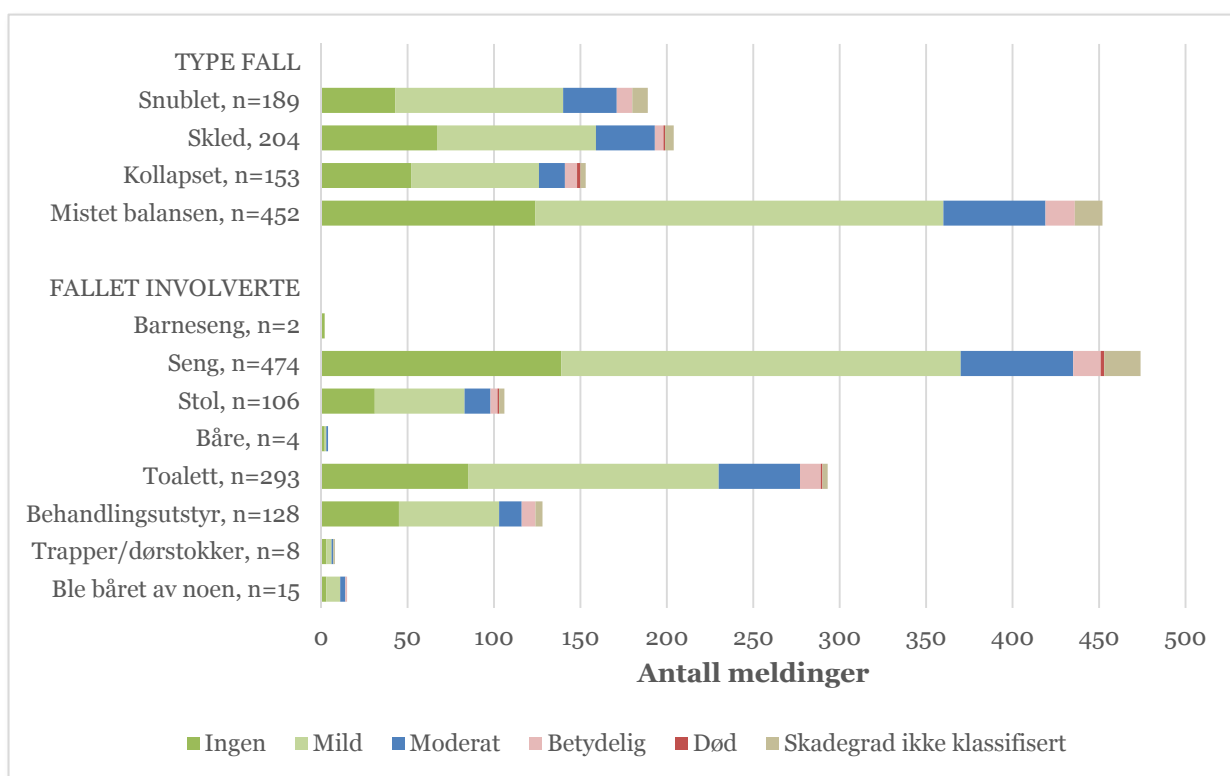
Alle aktørene i dette forløpet gjorde alt de kunne for pasienten, men det finnes ikke akutt tilbud til pasienter med akutt rus- og psykiatrisk problematikk, ingen henviser til noe som ikke finnes, mangelen synes å bli mer merkbar med en vei inn, da flere og flere fagfolk i vaktordning møter dette problemet, det melder seg via legevakt og ved intoxer innlagt på somatiske avdelinger og påfølgende behov for avrusning på døgn, det foreligger risiko for at noe går galt med noen, når denne pasientgruppen med behov for akutt avrusning på døgn ikke har et likeverdig tilbud som det psykiatriske pasienter har via akuttsenger på DPS døgnavdelinger.

Fortvilelse og frustrasjon hos pasienten og pårørende. De tok selv affære og skaffet pasienten plass for 6 uker på privatklinikken ***, med de private kostnader det påfører dem. Ruspoliklinikken har ikke forutsetninger for å behandle slike pasienter forsvarlig og optimalt, når man ikke har akutte døgnssenger å spille på lag med. Ruspoliklinikken mangler å befinne seg innenfor et system med enhetlig organisering, styring og kommunikasjon angående poliklinikk, avrusning på døgn, og klinikkbehandling ellers.

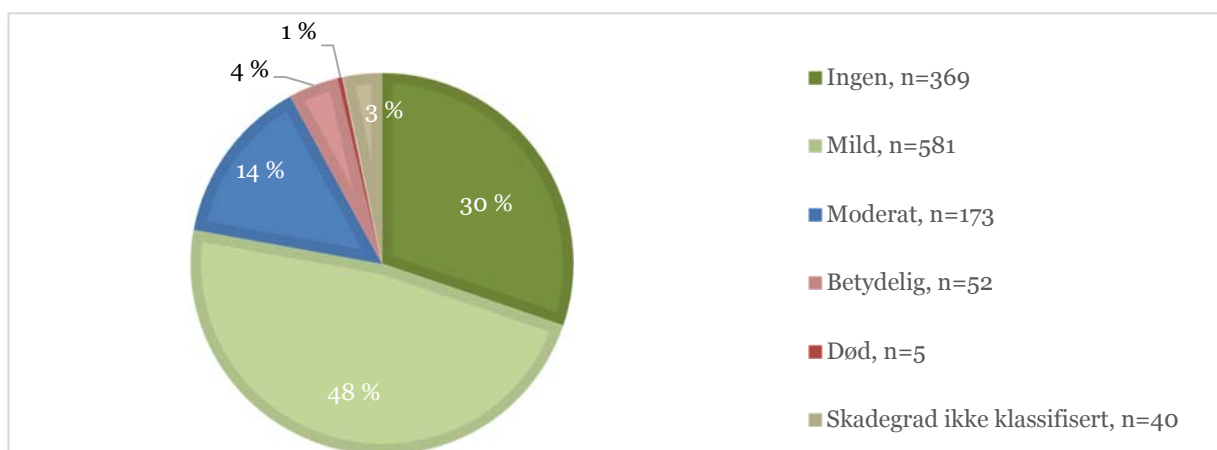
Behandling og juridiske pasientrettigheter skiller mer og mer lag. Strukturene DPS og ARA har ført til at samarbeid skiller mer og mer lag. Organisatoriske demninger hindrer pasientflyt, samt at det ikke er vann å flyte til. Det trengs en endring i organisering med ruspoliklinikk, avrusingssenger og klinikkssenger i og innenfor DPS. Da blir organiseringen lik den for rus som for psykiatri. Da kan man få til samme gode pasientflyt, styring, oversikt og daglige kommunikasjon. I påvente av endringer må DPS døgn rustes opp til å ta imot pasienter med rus og rus/psykiatri. Hvis en pasient har et akutt psykiatrisk problem, får pasient akutt plass på DPS døgn. Hvis nøyaktig samme pasient også har et rusproblem, ekskluderes han/hun fra en slik plass.

Pasientuhell

Totalt er 1311 av hendelsene er klassifisert som pasientuhell (18 %). Blant disse hendelsene var fall den hyppigst forekommende; i alt 1171 hendelser. Dette utgjør 17 prosent av de klassifiserte meldingene. Meldesentralen i Helsetilsynet mottok i gjennomsnitt 213 meldinger per år. Dette utgjorde 11 prosent av meldingene i årene 2008-11 (15). Meldeordningen har altså mottatt mer enn seks ganger så mange meldinger om fall enn hva som ble meldt i gammel ordning. Blant hendelsene knyttet til fall, fordeler hendelsene seg som beskrevet i figur 26. Fall fra seng og fall fra toalett forekom hyppigst.



Figur 26: Fall klassifisert i undergrupper. N=1220



Figur 27: Alvorlighetsgrad for skade på pasient, fall. N=1220

Ett eksempel

Vurdering av fallrisikoen er en av flere anbefalinger i Nasjonal fagprosedyre om fallforebyggende tiltak hos voksne pasienter på sykehus (18). Dette foreslås av innmelder i følgende eksempel:

Pårørende til annen pasient varslet om at aktuell pasient lå på kne på gulvet utenfor sitt pasientrom. Pasienten hadde da på retur fra WC til rommet seget sammen grunnet kraftsvikt i knærne. Han fikk tatt seg for på en rullestol og unngikk på den måten å slå knærne ned i gulvet.
Forslag til tiltak: Hyppig tilsyn av pasienter som er i risiko for fall. Sikre at de har nødvendige hjelpemidler for hånnde. Vi må kartlegge falltendens hos pasienter mer systematisk.

Infrastruktur/bygninger/inventar

I 61 hendelser var knyttet til infrastruktur, bygninger eller inventar (0,8 % av klassifiserte hendelser). Ingen hendelser medførte dødsfall, mens to hendelser var assosiert med betydelig skade på pasient. Hendelser i denne kategorien inkluderer for eksempel lokaler, utstyr og kommunikasjonssystemer.

Noen eksempler

Kritiske områder for infrastruktur er transport og informasjonsoverføring ved overflyttinger:

Jeg har vakt i dag. Vi fikk inn en pasient som har falt fra stor høyde meter med hodet først mot hardt underlag. CT avslører alvorlig hodeskade, men det er ikke sikker at det behøves øyeblikkelig hjelpoperasjon. Bildene rekvireres overført til *** PACS ***. Nevrokirurgisk avdeling *** kontaktes umiddelbart. De ønsker å se på bildene for å avklare eventuelt behov for overflytting til ***. Vi avventer beskjed fra *** – vi hører ikke noe fra *** – vi tar kontakt igjen – det var gått 3 timer da og de hadde enda ikke fått sett bildene – undertegnende bestemmer da å sende pasienten til *** med luftambulanse uansett. Ved utreise var pasienten stabil.

Jeg har ikke kjennskap til pasientens tilstand nå eller om bildene noen gang kom frem på ***, eller om det måtte tas nye CT-bilder der.

Dette er en alvorlig forsinkelse begrunnet i teknologiske problemer knyttet til teleradiologi, en slik forsinkelse kan ha fatale følger. Dette var tatt opp med kirurgiske legene på morgenmøte siste uke, og alle leger som går vakt her kan rapportere om lignende tilfelle, dog ikke alltid like alvorlig skadet pasient. Problemet er dessverre betydelig underrapportert – legene har ikke tatt seg tid til å skrive avviksmeldinger i alle disse tilfellene. I de siste 14 dagene har vi hatt 11 pasienter som måtte tas imot av traumeteam (multitraume-alarm). Vi har definitivt behov for en teleradiologisk løsning som sikrer rask informasjonsutveksling med traumesenter på ***-sykehuset. Dagens teleradiologi løsning kan åpenbart ikke garantere en sikker informasjonsutveksling.

Romtemperaturen i ambulanserbåten er 18 grader etter at traumepasient er levert til kai. Båten hadde nettopp vært ute og gått og har ikke vært stoppet. Vi rettet gjentatte anmodninger om mer varme til båtmannskapet uten at temperaturen steg. Vi måtte bruke alle tepper vi hadde tilgang til uten at det hjalp pasienten. I tillegg er sambandet bak i båten, og sykekupeen er ubrukelig. Landgangen på AAA og BBB er og en stor risiko i slike tilfeller der vi må ha personell på siden av båren for å stabilisere hodet, og ellers få pasienten skånsomt i land. I denne konkrete hendelsen balanserte flere personell på utsida av landgangen.

Syketransport byr på helt spesielle utfordringer og kan kreve forbedringstiltak som inkluderer flere ulike etater. Dette peker på behovet for tverrsektorielt samarbeid.

Noen meldinger omtalte flere sviktområder, som i eksempelet under, hvor det var problemer knyttet til både strømkabel til defibrillator og med pasientsengens hodeende:

Pasient fikk respirasjonsstans og sirkulasjonsstans like etter ankomst. Strømkabel på defibrillator var løs, slik at vi ikke fikk opp kurve over kompresjonene. Når vi skulle prøve å feste denne falt den av. Dårlig patent, slik at det i en slik situasjon er vanskelig å få klikke denne på igjen på grunn av dårlig plass der ledningen skal settes på plass. Pasienten hadde PEA og trengte ikke defibrillering, men dersom han hadde trengt det ville denne situasjonen ha forsinket dette. I tillegg var det svært vanskelig å få av hodeenden på sengen, noe som er nødvendig for å få intubert pasienten. På grunn av stor pasient var det her ikke noe alternativ å dra pasienten ut på siden i sengen for å komme til, slik vi av og til gjør. Hodeenden på mange av sengene er nærmest rustet fast og derfor svært vanskelige å få av i en stanssituasjon.

Forslag til tiltak:

Snakke med leverandør av defibrillator om det kan gjøres noe med forholdene rundt strømkabelen, slik at det er bedre plass. Sjekke ved daglig kontroll av defibrillatoren at strømkabelen sitter fast. Høre med personalet på sengesentralen om det er noe som kan gjøres når sengene er nede til vasking, at de evt. smører de sengene som er vanskelige å få av gavlen på?

Strømbrydd i sykehus var beskrevet i mange meldinger. Dette gir åpenbart problemer på mange områder, men kan neppe garanteres eliminert. Tiltakene må ligge i pålitelige reserveløsninger som umiddelbart trer i kraft. Andre systemer som er sårbare for brydd er for eksempel heiser og telemetriovervåking:

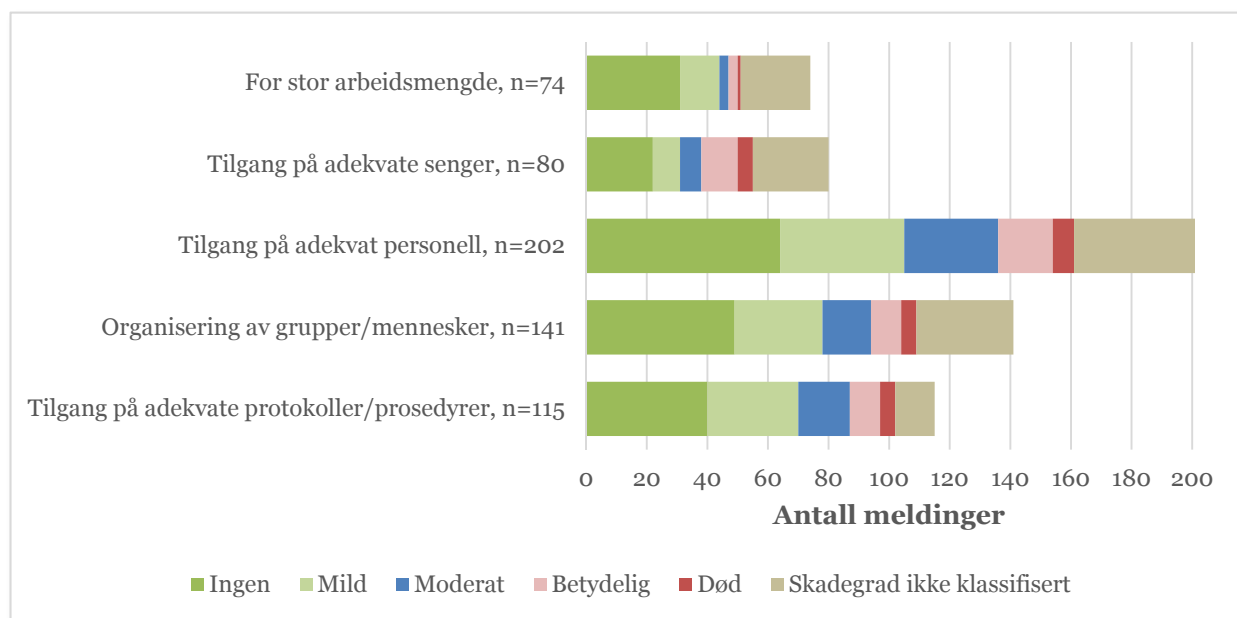
Telemetri-scop faller ut slik at det ikke er mulig å se pasienter som telemetriovervåkes. Varighet i ca 1 min før det er tilbake og så faller det ut igjen. Gjentar seg hyppig i dag. Rammer alle 9 telemetriene som var påkoblet pasienter.

IKT-løsninger er nå en selvfølgelig og nødvendig del av infrastrukturen i sykehus. Nytteverdien er udiskutabel når det gjelder tid og pasientsikkerhet. Det er omfattende investeringer knyttet til disse områdene, særlig med tanke på overføring av informasjon mellom ulike deler av helsetjenesten. Problemer knyttet til dette er nærmere omtalt i et læringsnotatet om manglende oppfølging av prøver og undersøkelser (16).

Samlet sett er dette uønskede hendelser hvor forbedrende tiltak må tas på et høyt nivå, da det inkluderer kostnadskrevenende investeringer. Dette er også nærmere beskrevet i læringsnotatet som omhandler medisinsk utstyr (11).

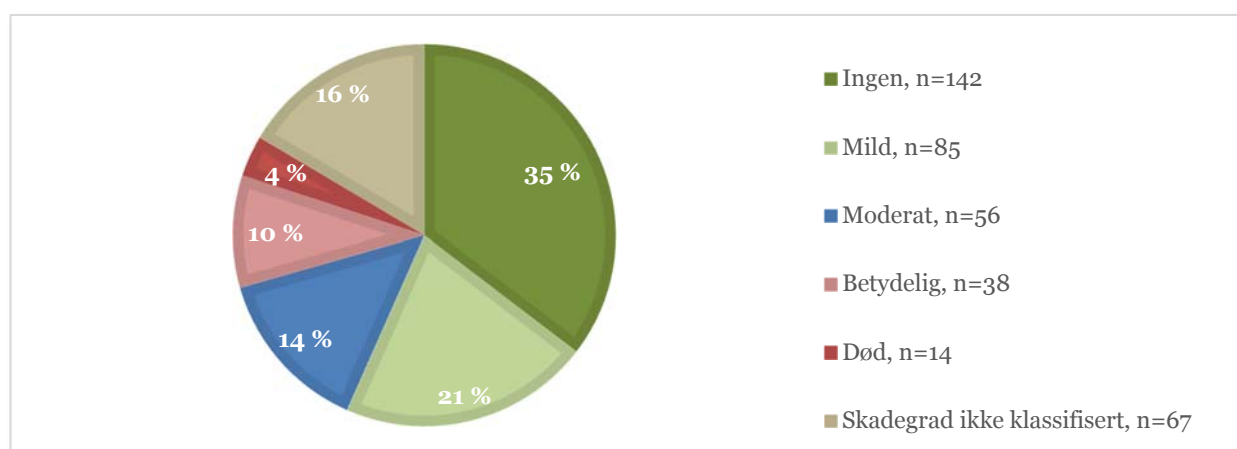
Ressurser/organisatorisk ledelse

399 hendelser (6 %) av hendelsene var assosiert med tilgang på ressurser og organisering. Figur 28 viser antall hendelser registrert i underkategorier i denne hendelsestypen.



Figur 28: Antall hendelser knyttet til ressurser/organisatorisk ledelse. N=402

Denne kategorien inkluderer blant annet samtidighetskonflikter mellom ulike arbeidsoppgaver som oppstår 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 29: Alvorlighetsgrad for hendelser knyttet til ressurser/organisatorisk ledelse. N=402

Noen eksempler

For stor arbeidsmengde og mangel på intensivplasser medfører at sykepleier må ta imot pasient som krever mer overvåkning enn avdelingen har muligheter til å tilby:

Ny pasient kommer sammen med lege omtrent rett fra mottagelsen. Dette på grunn av at de ikke har tid til denne i mottagelsen. Sykepleier (jeg) får beskjed om at denne er dårlig og trenger kontinuerlig overvåkning. Vi har pasienter som krever mye i avdelingen, og har samme ettermiddag allerede fått inn flere nye pasienter. Jeg sier at vi ikke har kapasitet til kontinuerlig overvåkning, da må pasienten overføres til intensiv. Får da beskjed om at der er det fullt og de har ikke kapasitet til mer. Tar imot pasienten og legger den på rom. Diagnosen er dehydrering.

Mangel på tilgang på adekvat personell medfører at forsinkelse i medikamentell vurdering av psykotisk pasient:

Pasient med psykose har etter gjentatte purringer ikke blitt medikamentelt vurdert av psykiater. Pasienten fikk psykose-diagnose for ett år siden. Undertegnede har flere ganger fått beskjed om at psykiater vil komme til *** fengsel å foreta en medikamentell vurdering. Det ble sist avtalt at psykiater vil møte i fengslet i forrige uke, noe som ble videreformidlet til pasienten. Fengselslege har også etterlyst bistand fra psykiater i ny henvisning datert **.**.13 (dvs fire måneder senere). I tilfeller med psykoseproblematikk er dette svært uheldig.

Bedret intensivtransportkapasitet og bedret intensivkapasitet kunne ha forhindret forsinkelse av nødvendig operasjon ved meningitt:

Pasienten med meningitt og truende herniering. Inneliggende på intensiv. Etter ny CT-undersøkelse påvist behov for drenering av sinus sphenoidal. På grunn av behov for spesielt navigasjonsutstyr må dette inngrepet gjøres på operasjonsstua på universitetssykehuset. Pasienten er dypt sedert på respirator. Pressor med høy dose noradrenalin og dopamin for å holde adekvat CPP.

Ventet omtrent 5 timer på intensiv-transport. Pasienten måtte returneres med ny intensivtransport tilbake til oss da det ikke var ledige intensivplasser på universitetssykehuset. Dette medførte forsinket absolutt nødvendig operasjon som en del av meningitt-behandlingen og at kritisk syk pasient måtte ha to transporter i stedet for en.

Forslag til tiltak: Bedret intensivtransport-kapasitet. Bedret intensivkapasitet. Bedret ØNH-kapasitet på *** (usikker på om utstyret nødvendig for lokalisering av sphenoidal sinus kunne vært installert hos oss, det ville i så fall spart hele intensiv-transporten).

Ingen vil «eie» pasienten – sykepleier ble stående med dårlig pasient som ikke fikk nødvendig legetilsyn:

Skriver hendelse på vegne av personell på vakt i natt. En pasient kom til akuttmottak kl 0222. Han var meldt av legevaktslege og ble konferert med medisinsk bakvakt. Medisinsk bakvakt sa dette ikke var hans pasient og ba innleggende lege konferere med ØNH lege. Pasienten var meldt med tonsilitt/DVT/sepsis?

Da pasienten ankommer oppfatter sykepleier straks at pasienten er tufs, noe gusten og grå i huden og rødflamme. Hun finner utslett i høyre lyske. Pasienten triageres til ORANGE på grunn av utslett som ikke blekner og lege (med bakvakt) blir varslet. Det var igjen beskjed om at dette ikke var min pasient. Det blir målt parametre som viser meget lavt blodtrykk. Lege blir varslet igjen og medisinsk turnuslege kommer, selv om det nå også blir hevdet at dette ikke er min pasient. Sykepleier ringer til ØNH lege, som også sier dette ikke er dennes pasient. Sykepleier står da der med en dårlig pasient som ingen vil eie. Turnuslege hjelper til med forordning av væske. BT forbedrer seg. Bakvakt blir gjentatte ganger tilkalt av turnuslege, men velger å ikke komme. Det tar over 2 timer før bakvakt kommer, dette etter at blodprøvesvar foreligger. Det tar over 2 timer før pasienten får antibiotika og pasienten flyttes til intensiv først etter nesten 3 timer.

Forslag til tiltak: Når pasienter meldes så kan man ikke henge seg opp i den diagnose eller den avdeling en er meldt til når det viser seg at observasjoner raskt viser seg å være noe annet. Leger må vise eierskap til pasienter og i alle fall tilse og undersøke før de viser videre til neste fagfelt. Da bør en også kontakte neste lege for å legge frem sine tanker og observasjoner. Legene må lytte til erfarne akuttmottak-sykepleiere.

Kombinasjoner av kapasitetsmangel og prioriteringsproblemer gir utfordringer som kan sette pasientsikkerheten i fare. Flere av meldingene forteller om hendelser som ikke burde forekommet overhode, og varsler om forhold som må ryddes opp i lokalt, for eksempel dette med at ingen ønsker å ta ansvar for en pasient som er innlagt på sykehus (jamfør meldingen over). Av andre meldinger kan en få inntrykk av at det er en kronisk tilstand av kapasitetsmangel som ansatte søker å få gjort noe med gjennom å melde i Meldeordningen. Disse gir ofte uttrykk for et sterkt engasjement for pasientene som den som melder mener får for dårlig behandling. Alle disse meldingene handler om situasjoner som krever at ledelsen tar ansvar og søker å rydde opp, uansett om det er lokale kulturproblemer eller om det er faktiske kapasitetsproblemer som ligger bak.

Avsluttende kommentarer

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.

Årsrapporten inneholder ikke beskrivelser fra medvirkende faktorer, som også er en del av WHO-klassifikasjonen. Dette vil bli anvendt i kommende læringsnotater.

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

Videre utvikling av Meldeordningen

Klassifikasjon av hendelser

Som beskrevet i kapitlet 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 (19). 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 (19) 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 2013 publisert sju læringsnotater; basert på innkomne meldinger i Meldeordningen. Det er ønskelig at det regelmessig publiseres læringsnotater, og at aktuell informasjon regelmessig legges ut på www.melde.no.

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 således behov for å standardisere registrering av avdelingstype og helsepersonellkategorier ved virksomhetene. Meldeordningen har vurdert å be om at medisinsk spesialitet registreres, men man har gått bort fra det.

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.

Tekniske løsninger for informasjonsflyt

Det har vært ressurskrevende å få velfungerende tekniske løsninger, og det har tatt lengre tid enn forutsatt å få alle foretak inn på en integrert løsning. Informasjonsutvekslingen mellom helseforetakene og Meldeordningen har vært utfordrende å få til på en velfungerende måte, og deler av den er ennå ikke på plass. Det videre arbeidet med dette ble igangsatt i Meldeordningen ved utgangen av 2013.

Hva skal meldes?

Helsedirektoratet har laget en veileder for meldeordningen (9). 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 er derfor ikke meldepliktig. Dette bør tydeliggjøres.

Oppsummering

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 bidra til at helsetjenesten ikke lærer. Det ble ansett som sannsynlig at det at meldingene gikk til Helsetilsynet – som har sanksjonsmulighet – kunne bidra til at det kom for få meldinger. Ett mål med å flytte meldeordningen var å få flere meldinger. Med en femdobling av antall meldinger, er dette målet nådd. Den største økningen er for meldinger om «nesten-hendelser», men det har også kommet flere 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. Virksomhetene melder raskere nå enn med gamle meldeordningen. 47 prosent av meldingene har blitt sendt innen tre dager etter hendelsen. Dette vil sannsynligvis øke når alle virksomheter er på integrert løsning for meldingsutveksling.

Meldeordningen har i sin serviceerklæring sagt at meldingen skal leses innen tolv timer og vurderes innen 24 timer. Dette er på langt på vei oppfylt. 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 hastenotater og læringsnotater som distribueres vidt for at man skal kunne lære på tvers av virksomhetene.

Har Meldeordningen avdekket nye og hittil ukjente risikoområder? Både ja og nei. Et stort antall meldinger gjelder kjente risikoområder som for eksempel legemiddelhåndtering, fall og selvmord. Samtidig viser de publiserte læringsnotatene at Meldeordningen har bekreftet kjente risikoområder, har identifisert nye områder med risiko for uønskede pasienthendelser og har avdekket ukjente risikoforhold innenfor de tilsynelatende kjente risikoområdene.

Referanser

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
2. Brudvik M, Lindahl A. Melde for å lære - en beskrivelse av etableringen av Meldeordningen (§3-3) for uønskede pasienthendelser i Kunnskapssenteret i 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. (Notat fra Kunnskapssenteret Oktober 2013).
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/melde-for-%C3%A5-l%C3%A6re-en-beskrivelse-av-etableringen-av-meldeordningen>
3. Griffin FA, Resar R. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. (IHI Innovation Series white paper).
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>
4. GTT-rapport 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; upublisert.
5. Brystimplantater kan ha magnetisk materiale. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Meldeordningen. [Oppdatert 18. nov. 2013; Lest 8. april 2014]. Tilgjengelig fra:
<http://www.melde.no/l%C3%A6re/brystimplantater-kan-ha-magnetisk-materiale>.
6. Treveiskraner resulterte i uønskede hendelser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Meldeordningen. [Oppdatert 18. nov. 2013; Lest 11. juni 2014]. Tilgjengelig fra:
<http://www.melde.no/l%C3%A6re/treveiskraner-resulterte-i-u%C3%B8nskede-hendelser>.
7. Lindahl A, Flesland Ø. Mulig smitte med multiresistent Klebsiella etter bronkoskopi. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Oppdatert November 2013; Lest 05. juni 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/mulig-smitte-med-multiresistent-klebsiella-etter-bronkoskopi>.
8. Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64.
<http://lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
9. Veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 - meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-spesialisthelsetjenesteloven-3-3/Sider/default.aspx>
10. World Health Organization. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. Geneva: WHO; 2009. (WHO/IER/PSP/20102).
http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
11. Saastad E. Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. Nytt fra meldeordningen 2/2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013.

- <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/u%C3%B8nskede-hendelser-knyttet-til-medisinsk-teknisk-utstyr>
12. Lindahl A. Uønskede hendelser ved tromboseprofylakse eller antikoagulasjonsbehandling. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Oppdatert 19. juli 2013; Lest 10. juni 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.melde.no/1%C3%A6re/u%C3%B8nskede-hendelser-ved-tromboseprofylakse-eller-antikoagulasjonsbehandling>.
 13. Saastad E, Moberg TO, Flesland Ø. Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/u%C3%B8nskede-hendelser-knyttet-til-vikarbruk-i-spesialisthelsetjenesten>.
 14. Saastad E, Klem K, Nguyen K, Flesland Ø. Forveksling av legemidler. Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. (Notat fra Kunnskapssenteret November 2013). <http://www.melde.no/1%C3%A6re/forveksling-av-legemidler>
 15. Meldesentralen - oppsummeringsrapport 2008-2011. Oslo: Statens helsetilsyn; 2012. (Rapport fra Helsetilsynet 4/2012). <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Meldesentralen-oppsummeringsrapport-2008-2011/>
 16. Krogstad U, Hafstad E, Patrono W, Saastad E, Flesland Ø. Uønskede pasienthendelser i sykehus knyttet til manglende oppfølging av prøver og undersøkelser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Oppdatert 16. juni 2014; Lest 16. juni 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-pasienthendelser-knyttet-til-prover-og-undersokelser>.
 17. Sykehusinfeksjoner. Helsenorge.no. Den offentlige helseportalen. [Lest 11. juni 2014]. Tilgjengelig fra: <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykehusinfeksjoner>.
 18. De Groot GC, Abrahamsen K, Botnen A. Fallforebygging hos voksne pasienter på sykehus. Sykehuset Telemark [Oppdatert 01. mars 2012; Lest 13. juni 2014]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/fall-forebygging-av-fallulykker-hos-voksne-pasienter>.
 19. 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-klasse-kasjonssystem-for-u%C3%B8nskede-pasienthendelser-en-statusrapport-og-forel%C3%B8pig-forslag?threepagenor=1>

Vedlegg

Vedlegg 1: Serviceerklæring

Meldeordning for uønskede pasientrelaterte hendelser i spesialisthelsetjenesten

Fra 1. juli 2012 mottar, behandler og analyserer Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) meldinger fra helsepersonell om uønskede pasienthendelser i spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapssenteret er en statlig og faglig uavhengig virksomhet som innhenter, analyserer og formidler kunnskap til støtte for helsetjenesten i den hensikt å medvirke til gode beslutninger på alle nivåer. Dette er Kunnskapssenterets viktigste bidrag for at helsetjenesten skal tilby virksomme og trygge tjenester som ivaretar brukernes behov.

I henhold til lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten § 3-3 er formålet med meldeordningen for uønskede hendelser ”(..) å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.” Meldeordningen for uønskede hendelser hører organisatorisk til i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, som en del av Kunnskapssenteret.

Meldeplikt

Alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven er meldepliktige virksomheter, og skal sende melding til Kunnskapssenteret. Det som skal meldes er 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. Meldingen skal sendes til Kunnskapssenteret innen 24 timer etter at hendelsen / skaden er erkjent. Organiseringen av arbeidet med meldinger og pasientsikkerhetsarbeid ellers, er virksomhetenes eget ansvar.

Meldingene skal ikke inneholde direkte personidentifiserende opplysninger. Kunnskapssenteret har rutiner som sikrer at direkte identifiserende personopplysninger slettes hvis slike

opplysninger likevel skulle forekomme. Kunnskapssenteret skal sikre at opplysninger om enkeltpersoner ikke kan tilbakeføres til den det gjelder.

Håndtering av meldingene

Kunnskapssenteret skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten. Kunnskapssenteret skal gi råd til virksomhetene i enkeltsaker. I tillegg skal vi fremskaffe og formidle informasjon basert på samleanalyser av de meldingene som kommer inn.

Kunnskapssenteret skal til enhver tid sørge for å ha et tilstrekkelig antall ansatte med relevant erfaring fra klinisk praksis. De ansatte skal ha innsikt i og forståelse for at en hendelse kan ha oppstått som en følge av systemsvikt.

Meldinger som kommer til Kunnskapssenteret fordeles til en saksbehandler innen 12 timer etter at meldingen er mottatt. Saksbehandler skal ha lest meldingen og gjort en første vurdering av den innen 24 timer.

Avhengig av sakens art og kompleksitet vil Kunnskapssenteret gå i dialog med helseinstitusjonen for å innspill til kunnskap og tiltak som kan bidra til å forbedre tjenestene. Kunnskapssenteret vil også analysere meldingene samlet for å identifisere trender og mønstre i hendelsene. Med bakgrunn i dette vil vi utarbeide rapporter til den norske helsetjenesten minst en gang i året. Vi vil også gi ut kvartalsmessige oppsummeringer med nyheter om aktuelle problemstillinger og læringsinformasjon. Dersom Kunnskapssenteret oppdager forhold som utgjør risiko for pasientsikkerheten, vil vi så raskt som mulig varsle om at sikkerhetsfremmende tiltak bør iverksettes.

Ved mistanke om alvorlig systemsvikt som utgjør stor fare for at pasienter vil bli skadet i fremtiden, skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn etter bestemmelsen i § 3-3 femte ledd. Meldinger til Kunnskapssenteret 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.

Melde for å lære

Å lære av uønskede hendelser er en felles oppgave for Kunnskapssenteret, helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter. Kunnskapssenteret vil være aktive pådrivere for å få til et godt samarbeid. Kunnskapssenteret vil bidra til å styrke en nasjonal læringskultur ved å arrangere nasjonale møteplasser for erfaringsutveksling og kompetanseheving. Vi vil også delta på andre arenaer nasjonalt og internasjonalt.

Fortløpende forbedringer

Kunnskapssenteret har åpenhet og tilgjengelighet som grunnleggende verdier. Vi ønsker derfor å fortløpende forbedre meldeordningen. Vi skal derfor blant annet gjennomføre jevnlige undersøkelser for å innhente brukernes erfaringer. Vi er takknemlig for alle tilbakemeldinger som kan bidra til økt kvalitet på meldesystemet.

Vedlegg 2: Oversikt over undervisning og foredrag i 2013

1. Lovisenberg diakonale høgskole, videreutdanning i ortopedisk sykepleie. Overordnet om pasientsikkerhet, samt om Meldeordningen. 9.1.
2. Høgskolen i Oslo og Akershus, videreutdanning i faglig ledelse for sykepleiere. Overordnet om pasientsikkerhet, om Meldeordningen. 16.1.
3. Den finske ambassaden. Overordnet om pasientsikkerhet, samt om Meldeordningen. 21.1.
4. Nasjonalt IKT-prosjekt. Om Meldeordningen. 31.1.
5. Lederkonferanse NSH. Om Meldeordningen. 8.2.
6. Pasientombudet. Om meldeordning i kommunene. 7.3.
7. Norske medisinstudenters forening, lokallag utland. Bialystoc, Polen. Pasientsikkerhet. 16.3.
8. Lederutviklingsprogram. Jønkøping 19.3.
9. Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn, mastergradskurs i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhet – Meldeordningen. 19.3
10. Universitetet i Oslo, medisinstudenter. Hvorfor og hvordan melde avvik. 8.4
11. Finansdepartementet. Om åpenhetskultur. 9.4.
12. Sykepleierforbundet i Møre og Romsdal. Pasientsikkerhet. Meldeordningen. 11.4.
13. Polyteknisk forening. Pasientsikkerhet og Meldeordningen. 25.4.
14. Fylkesmannen i Oslo og Akershus, helseavdelingen. Om Meldeordningen og erfaringer i overgangen fra gammel til ny ordning. 14.5.
15. Drug safety forum. Om Meldeordningen og eksempler på legemiddelhendelser. 23.5.
16. Mölnlycke Health Care's årlige fagutviklingsdag. Resultater fra Meldeordningen med fokus på anvendelse i forebyggingsarbeid. 30.5.
17. Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo. Meldeordningen. 5.6.
18. Konferansen Psykiatri i Nord. Om Meldeordningen og brukerverdning i psykiatrien i kvalitetsforbedringsperspektiv. 12.6.
19. Internasjonal sykehuskonferanse. Om kvalitet og pasientsikkerhet, inkludert om Meldeordningen. 18.6
20. Norges apotekforening. Om Meldeordningen med fokus på klassifikasjonssystemene. 19.6.
21. Helse Sør-Øst, prosjekt regionalt avviks- og dokumentstyringssystem. Klassifisering av uønskede hendelser i Meldeordningen. 26.6.
22. Workshop – klassifisering av uønskede legemiddelhendelser. Meldeordningens erfaringer med klassifikasjonssystemet utarbeidet av Nasjonalt kompetansenettverk for Legemidler til Barn. 19.8.
23. Fagkongress Sykehuset Sørlandet HF. Hvordan kan uønskede hendelser gjøre oss bedre? 30.8.
24. Pasientsikkerhetskonferansen. Meldeordningen for uønskede pasienthendelser - resultater og forbedring knyttet til legemiddelhendelser og til vikarbruk. 18.9.
25. Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn. Om pasientsikkerhet, inkludert om Meldeordningen. Høst 2013
26. Årlig møte i Helse Sør-Østs regional legemiddelkomite. Uønskede hendelser knyttet til legemiddelhåndtering. 6.11.
27. Pasientombudet i Latvia. Om meldeordningen. 31.10.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-878-9

Juni 2014