



Styresak 5-2014

Pasienthendelser og tilsynssaker i 2013 NLSH HF

Saksbehandler:

Terje Svendsen og Eystein Præsteng Larsen

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

06.02.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg:

Ikke trykt vedlegg:

Innledning

I denne saken presenteres oversikt over mottatte og behandlede pasienthendelser etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 for somatisk og psykiatrisk virksomhet, samt status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset HF i perioden 1.1–31.12.2013.

Styret inviteres til å fatte vedtak om at kunnskapen fra skademeldingene brukes som grunnlag for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Pasienthendelser i 2013

Alle pasienthendelser som blir sendt til Nasjonalt Kunnskapssenter blir behandlet i kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg og kvalitet/skadeutvalg. Kvalitet- /skadeutvalgenes viktigste rolle er å granske og se til at klinikken har iverksatt adekvate tiltak som reduserer risiko for at tilsvarende hendelser skjer på nytt. Kvalitetsutvalget behandler hver sak individuelt, men ser i tillegg på sammenhenger og trender på klinikknivå og på tvers i foretaket.

Pasienthendelser meldt til Nasjonalt kunnskapssenter i 2013

Somatikk

Det er totalt mottatt og sendt over 191 pasienthendelser til Nasjonalt Kunnskapssenter. Av de 191 pasienthendelsene som er mottatt fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

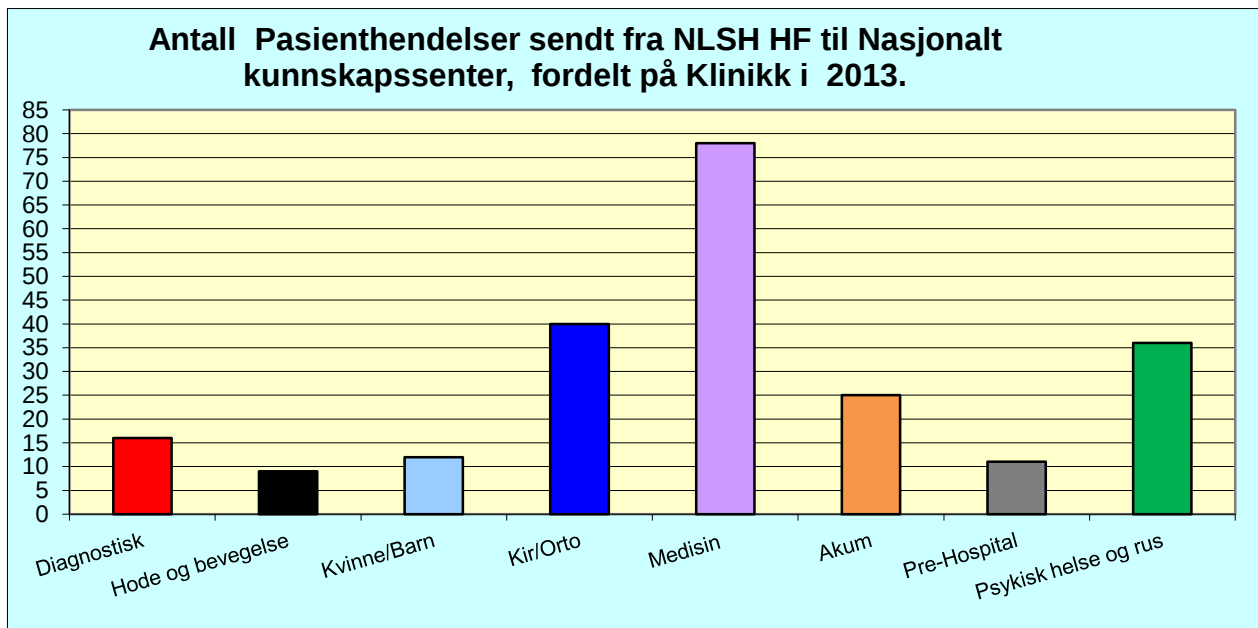
1. 131 pasienthendelser er lukket med klinikkens behandling.
2. 22 pasienthendelser er lukket med Kvalitetsutvalgets behandling.
3. 13 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikkene.
4. 19 pasienthendelser er klar for behandling i kvalitetsutvalget.
5. 6 pasienthendelser er klar for behandling i kvalitetsutvalgets arbeidsutvalg.

Psykiatri

Det er totalt mottatt og sendt over 36 pasienthendelser til Nasjonalt Kunnskapssenter. Av de 36 pasienthendelsene som er mottatt fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

1. 21 pasienthendelser er lukket med Kvalitetsutvalgets behandling.
2. 8 pasienthendelser er klar for behandling i Kvalitetsutvalget
3. 7 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikkene.

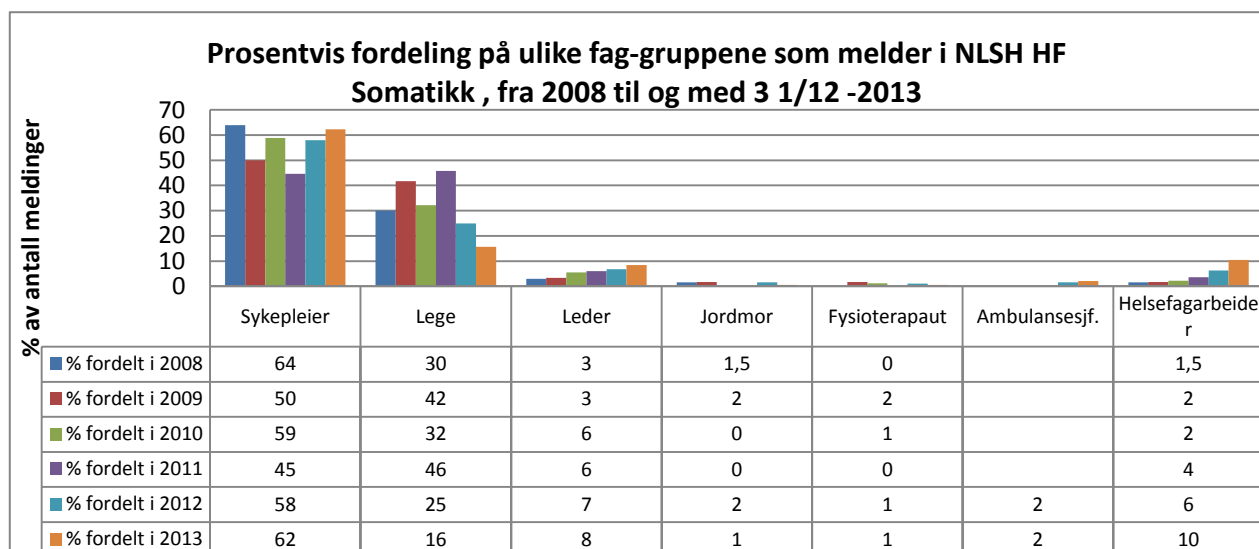
Figur 1: Antall pasienthendelser sendt over til Nasjonalt kunnskapssenter, fordelt på de ulike klinikker.



Av figur 2 går det frem at i perioden 2008-2010 meldte sykepleierne 50-60 % av sakene, mens andelen meldt av leger var på 30-40 %. Figuren viser at andelen varierer noe fra år til år.

I 2013 viser statistikken at 16 % av meldingene kommer fra leger mens andelen fra sykepleiere er 61 %. Andel meldinger fra leger er noe redusert fra det som ble rapportert i oktober 2013 (17 %), og betydelig redusert fra 2012 da andelen var 25 %. Etter 1,5 år med ny meldeordning kan vi med rimelig grad av sikkerhet konstatere at det har vært en reel nedgang andelen av meldinger skrevet av leger (se figur 2).

Figur 2: IK-2448 meldinger/pasienthendelse fordelt på faggruppe fra 2008 til og med 31/12 – 2013

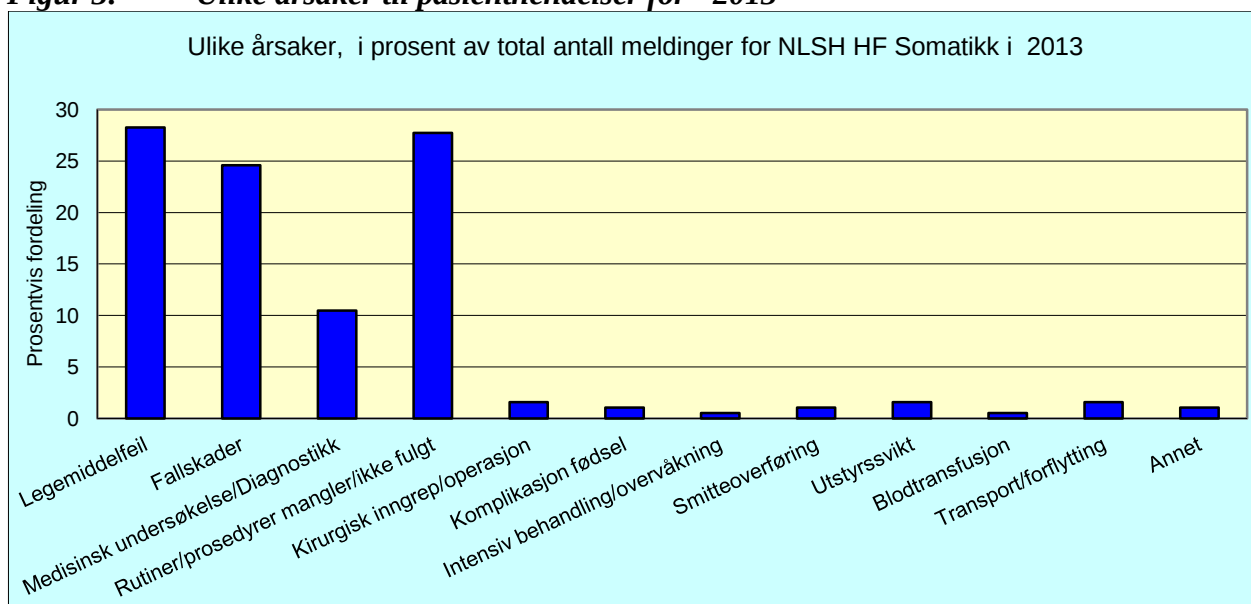


Figur 3 viser at de 4 største årsakene pasienthendelser er feil knyttet til:

1. Håndtering av legemidler (28,3 %)
2. Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt (27,7 %)
3. Fallskader (24,6 %).
4. Medisinsk undersøkelse/Diagnostikk (10,5 %)

Statistikken for 2013 viser at feil knyttet til håndtering av legemidler har stabilisert seg på under 30 %. I 2012 var andelen legemiddelfeil 38,9 %, og for 2013 ble den 28,3 %. Feil knyttet til håndtering av legemidler går ned, mens det er en økning i antall meldinger om fall og prosedyrer/rutiner som mangler eller ikke følges.

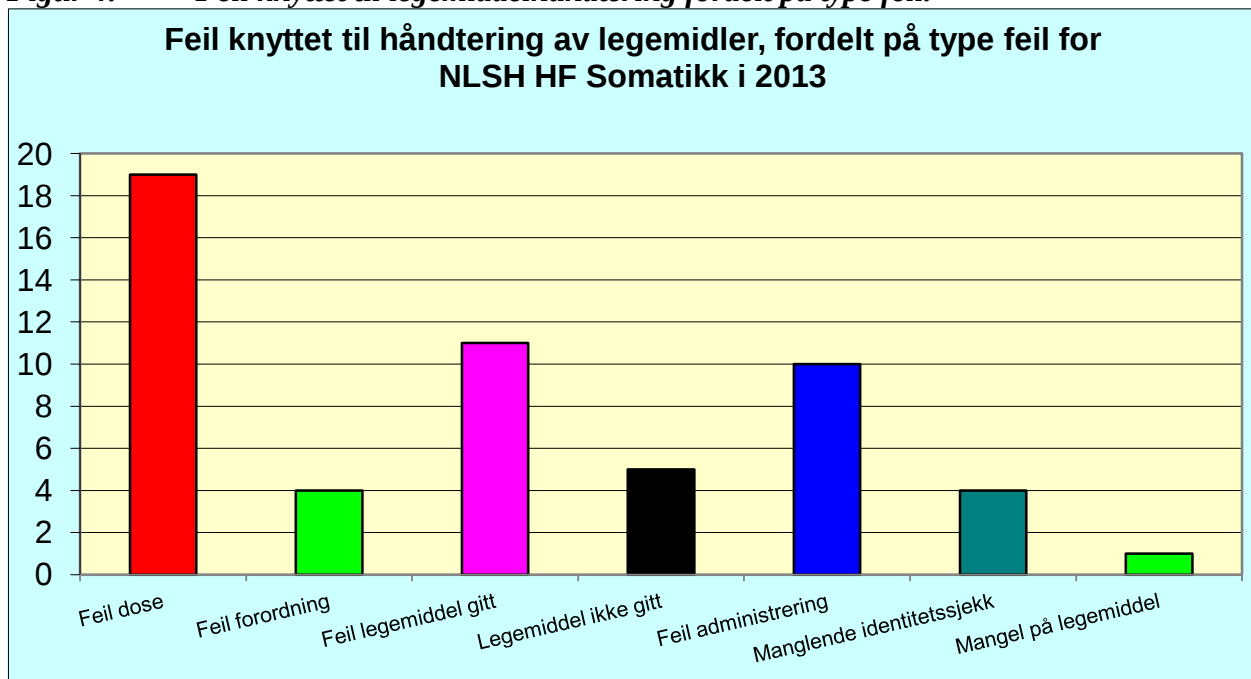
Figur 3: Ulike årsaker til pasienthendelser for - 2013



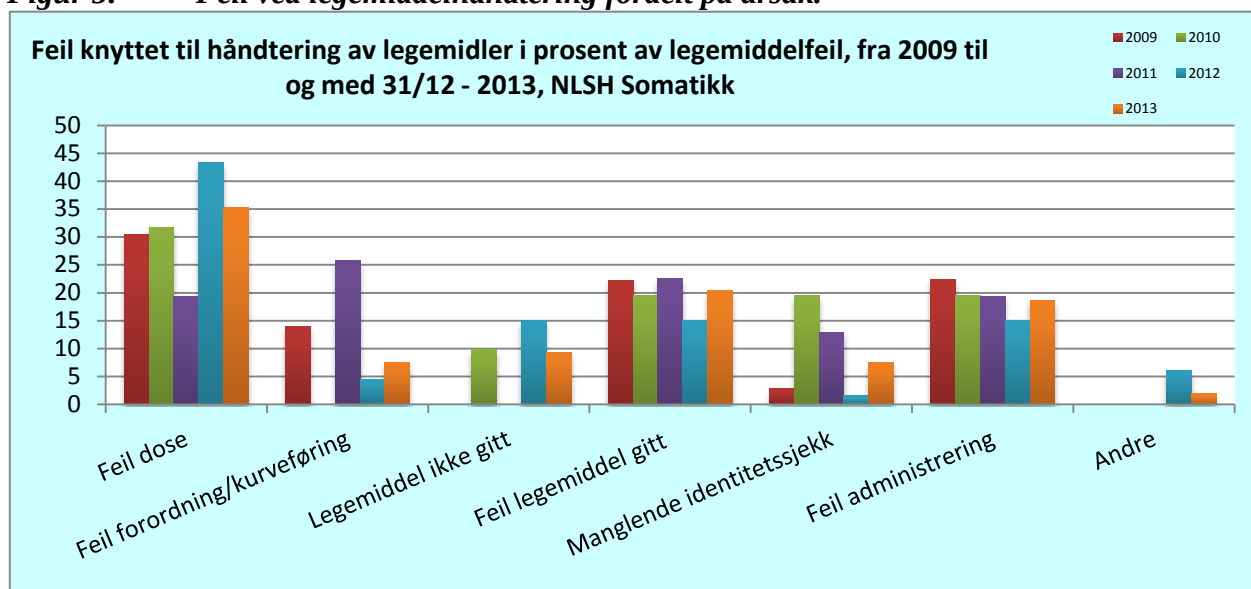
Feil knyttet til legemiddelhåndtering

Figur 4 viser utvikling i feil knyttet til legemiddelhåndtering i 2013 mens figur 5 viser hvordan disse feilene fordeler seg på årsak fra 2009 til 31.12.2013.

Figur 4: Feil knyttet til legemiddelhåndtering fordelt på type feil.



Figur 5: Feil ved legemiddelhåndtering fordelt på årsak.



Administrering av legemidler er et utvalgt innsatsområde for arbeidet med kvalitetsforbedring og har hatt høy prioritet de siste årene. Nedenfor beskrives en del av de tiltak som er iverksatt for å redusere omfanget av feil knyttet til håndtering av legemidler.

Kvalitetsutvalget følger utviklingen fortløpende og i tilfeller der en ser at det kommer flere meldinger med tilnærmet samme type feil knyttet til håndtering av legemidler, kaller utvalget inn klinikken til et dialogmøte. Her gjennomgås statistikk og det etterspørres tiltak fra klinikken. Noen av meldingene som kvalitetsutvalget behandler krever endringer av rutiner utover det som klinikkene selv har iverksatt/planlagt iverksatt.

Statistikken for 2013 viser at hendelser som omhandler feil knyttet til legemiddelhåndtering fremdeles er største årsak, men fallende.

Følgende tiltak planlegges eller er iverksatt for å få ned antallet feil knyttet til håndtering av legemidler:

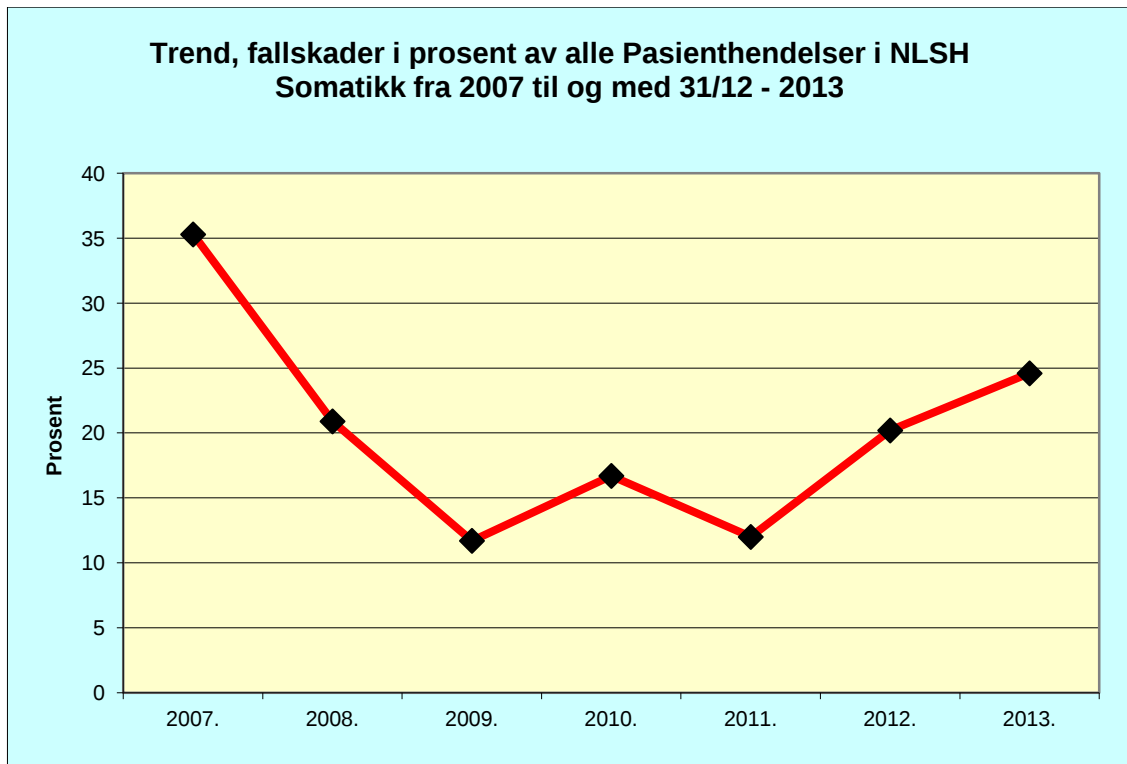
- Årlig revisjon ved Apotek Nord på alle sengeposter vedrørende legemiddelhåndtering. Funn knyttet til tilsynene blir rapportert til de respektive sengepostene.
- Ny teknologi knyttet til elektronisk kurve og legemiddel- logistikk (pakkemaskin og elektroniske legemiddelkabinett) vil kunne være med på å redusere omfanget av feil knyttet til håndtering av legemidler.
- Det har i 2013 vært gjennomført flere internrevisjoner der temaet har vært merking og identifisering av pasienter. Hensikten har vært å sjekke ut at alle våre pasienter er korrekt merket og at de som gir legemidler sikrer at det er rett pasient som får dem. Dette arbeidet vil videreføres også i 2014.
- Medisinsk klinikk er i NLSH HF pilot for innføring av samstemming av legemiddellister som er et av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Når piloten er gjennomført skal denne tiltakspakken implementeres i hele NLSH HF.

Det som er skissert av tiltak vil bidra til å ytterligere redusere omfanget av pasienthender der håndtering av legemidler er årsak. NLSH HF er i ferd med å bygge nye sykehus der måten vi håndterer legemidler kommer til å endre seg betydelig.

Fallskader

Figur 6 viser fallskader i perioden 2007 til 31.12.2013. Av figuren går det frem at andelen av fallskader ble betydelig redusert i perioden 2007-2009 og har stabilisert seg på et relativt lavt nivå. Andelen av fallskader var i 2012 18,5 % og i 2013 24,6 %.

Figur 6: Andel fallskader 2007 til og med 2013



Basert på statistikken kan en fastslå at det har vært en betydelig økning av hendelser knyttet til fall og fallskader. Derimot vil det ikke være like enkelt å konkludere med at økningen alene skyldes at flere pasienter faller, da det er andre faktorer som virker inn på tallgrunnlaget. Følgende forhold antas å ha betydning:

1. Før omlegging til ny meldeordning tok ledere/kvalitetsutvalg beslutning om meldeplikt, mens dette nå i all hovedsak avgjøres av melder.
2. Det blitt enklere å melde. Tidligere måtte dette gjøre i et papirskjema og sendes til nærmeste leder, mens det nå gjøres i Docmap elektronisk.
3. Økt fokus på å melde fall og fallskader i forbindelse med piloten på fallskadeprojektet som er kjørt på A5.

En av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" er Forebygging av fall i helseinstitusjoner. Pilot for denne tiltakspakken i NLSH HF er Ortopedisk enhet A5. Piloten er nå evaluert og slutført. A5 har som første sengepost tatt i bruk prosedyrer med tilhørende screeningsverktøy. Resultatet av piloten ble presentert for hele foretaket den 28.1.2014. Fallskadepakken vil i løpet av 2014 bli implementert i hele foretaket. I korte trekk går dette ut på at pasienter screenes med tanke på risiko for fall når de legges inn. Hvis pasienten blir vurdert å være i risikosonen for fall, skal risikoreduserende tiltak planlegges og iverksettes. Eksempler på dette kan være plassering av pasient nær vaktrom, bruk av sengehest, hyppig tilsyn og vurdering av fastvakt.

Ethvert fall innehar en risiko for potensiell skade, og foretaket må derfor arbeide kontinuerlig for å redusere dette til et minimum.

Tilsynssaker

Status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset i 2013

1. Fylkesmannen har åpnet 48 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i perioden
2. 30 av disse er ikke avgjort
3. 13 avgjort, ved at Fylkesmannen avgjorde saken med ”intet pliktbrudd”
4. 5 saker er avgjort ved at Fylkesmannen konstaterte pliktbrudd

Saker hvor det er konstatert pliktbrudd:

- Sak 1: Uforsvarlig lang ventetid i f m vurdering/ svar fra Rtg. (Saken er fulgt opp med endrede rutiner - lukket av Fylkesmannen)
- Sak 2: Uforsvarlig behandling ifm feilmedisinering (ambulansetjenesten). Pliktbrudd for helsepersonell og sykehus (Svikt i system, herunder opplæring og internkontroll)
- Sak 3: Uforsvarlig godkjenningsordning av epikriser i DIPS. (Det gis tilbakemelding om at Fylkesmannen lagt feil faktum til grunn i avgjørelsen. Misforståelsen kan endre Fylkesmannen sitt standpunkt i saken)
- Sak 4: Brudd på informasjonsplikten til pasient. (Saken er besvart mht videre oppfølging)
- Sak 5: Uforsvarlighet ifm manglende oppfølging av patologiske prøvesvar (Saken er fulgt opp med endrede rutiner - lukket av Fylkesmannen)

Status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset i 2012 pr dato

1. Fylkesmannen har åpnet 29 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i perioden
2. 3 av disse er ikke avgjort
3. 21 er avgjort, ved at Fylkesmannen avgjorde saken med ”intet pliktbrudd”
4. 5 saker er avgjort ved at Fylkesmannen konstaterte pliktbrudd

Innstilling til vedtak

Styret viser til saksutredningen og ber om at kunnskapen fra skademeldingene brukes som grunnlag for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Avstemming:

Vedtak: