



Styresak 4-2015 Pasienthendelser og tilsynssaker i NLSH i 2014

Saksbehandler:

Terje Svendsen og Eystein Præsteng Larsen

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

06.02.2015

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg:

Ikke trykt vedlegg:

1. Innledning

I denne saken presenteres oversikt over mottatte og behandlede pasienthendelser som er sendt over til Nasjonalt kunnskapssenter i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Oversikten dekker både somatisk og psykiatrisk virksomhet, samt status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset HF i perioden 1.1-31.12.2014.

2. Pasienthendelser i 2014

Alle pasienthendelser som blir sendt til Nasjonalt Kunnskapssenter blir behandlet i klinikkene og Kvalitet- /skadeutvalgene. Utvalgenes viktigste rolle er å granske og påse at klinikken har iverksatt adekvate tiltak som reduserer risiko for at tilsvarende pasienthendelser 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:

Somatikk

Det er totalt mottatt 209 pasienthendelser i 2014, antallet i 2013 var 191.

Av de 209 pasienthendelsene som ble sendt over til Nasjonalt Kunnskapssenter fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

1. 143 pasienthendelser er lukket med klinikkens behandling.
2. 52 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
3. 4 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikkene.
4. 10 pasienthendelser er klar for behandling i kvalitetsutvalget.

Psykatri

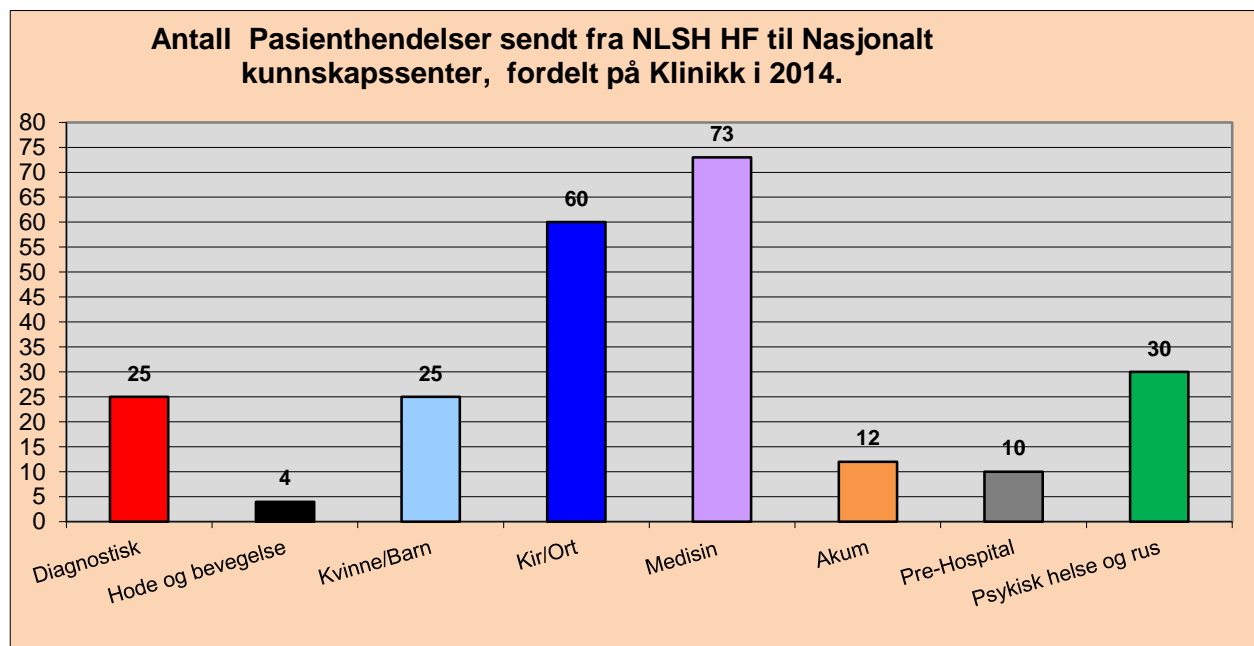
Det er totalt mottatt 30 pasienthendelser i 2014, antallet i 2013 var 36.

Av de 30 pasienthendelsene som ble sendt over til Nasjonalt Kunnskapssenter fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

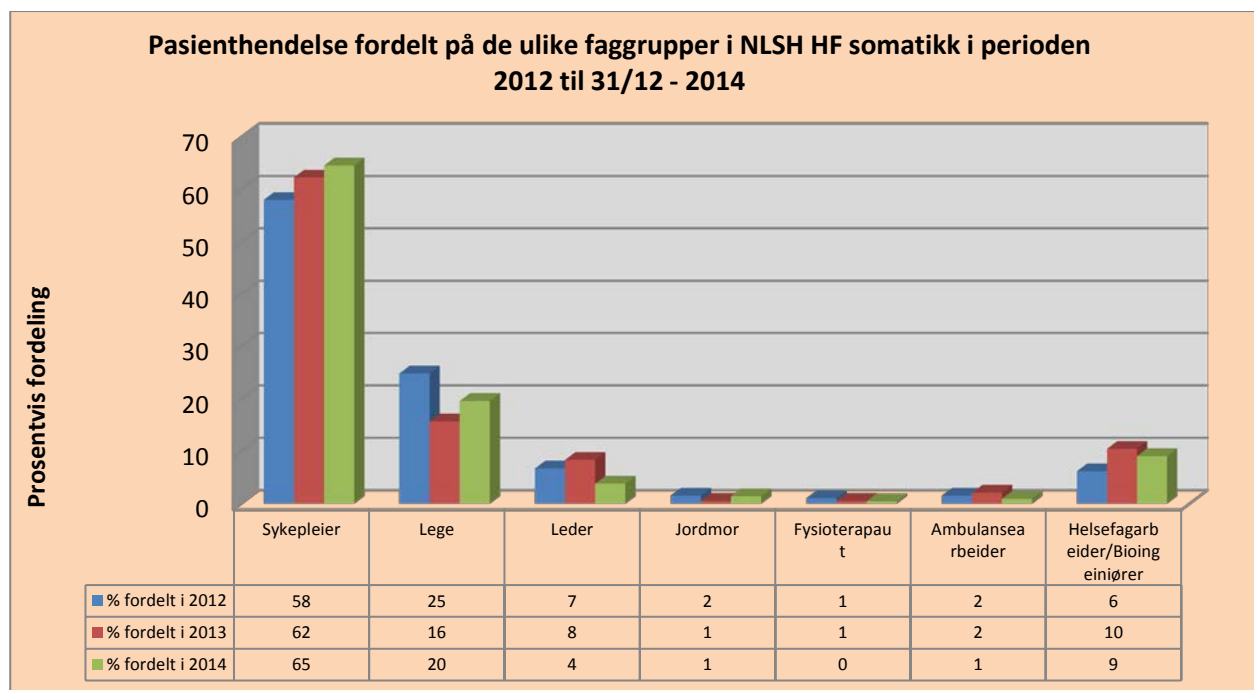
1. 24 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
2. 6 pasienthendelser er klar til behandling i Kvalitetsutvalget

Pasienthendelser fordelt på klinikk, hvem melder (faggruppe) og årsak.

Figur 1: Antall pasienthendelser sendt over til Nasjonalt kunnskapssenter, fordelt på de ulike klinikkene i foretaket

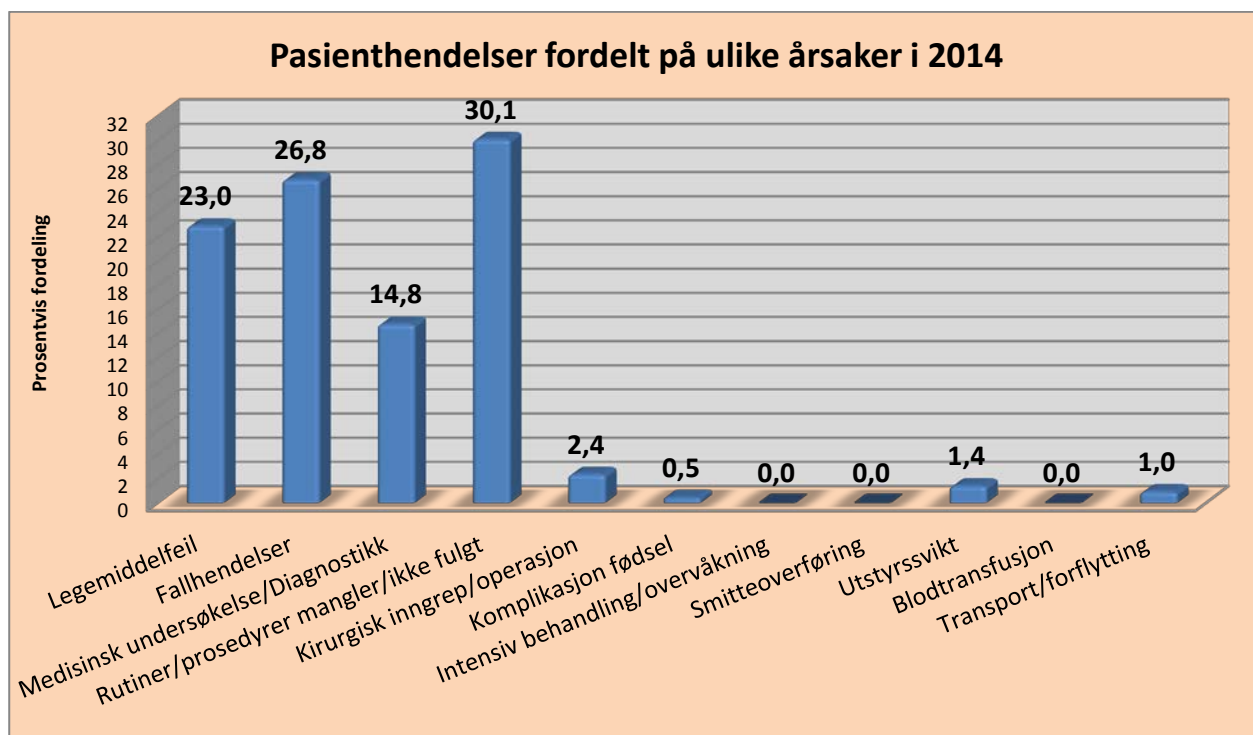


Figur 2: Oversikt over hvilke ulike faggrupper som melder pasienthendelse i NLSH somatikk



Av figur 2 går det frem at i perioden 2012 -2014 meldte sykepleierne 58-65 % av sakene, mens andelen meldt av leger var på 16 - 25 %. Figuren viser at andelene varierer noe fra år til år.

Figur 3: Oversikt over årsaker til pasienthendelser i somatikk 2014

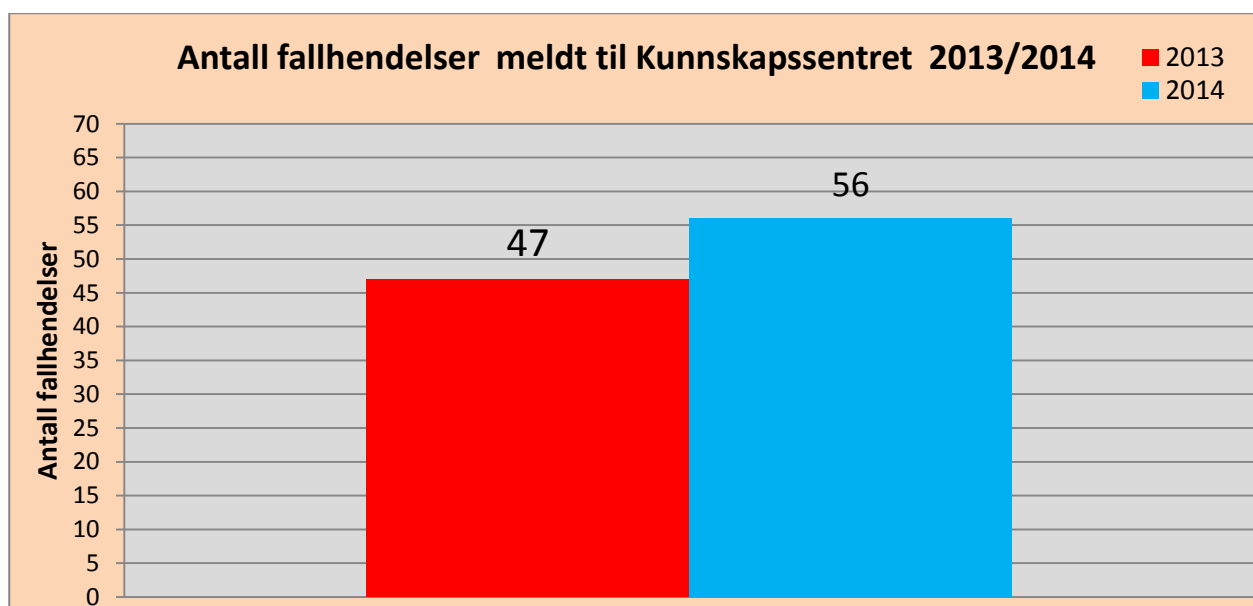


Av figur 3 går det frem at de fire største årsakene pasienthendelser er:

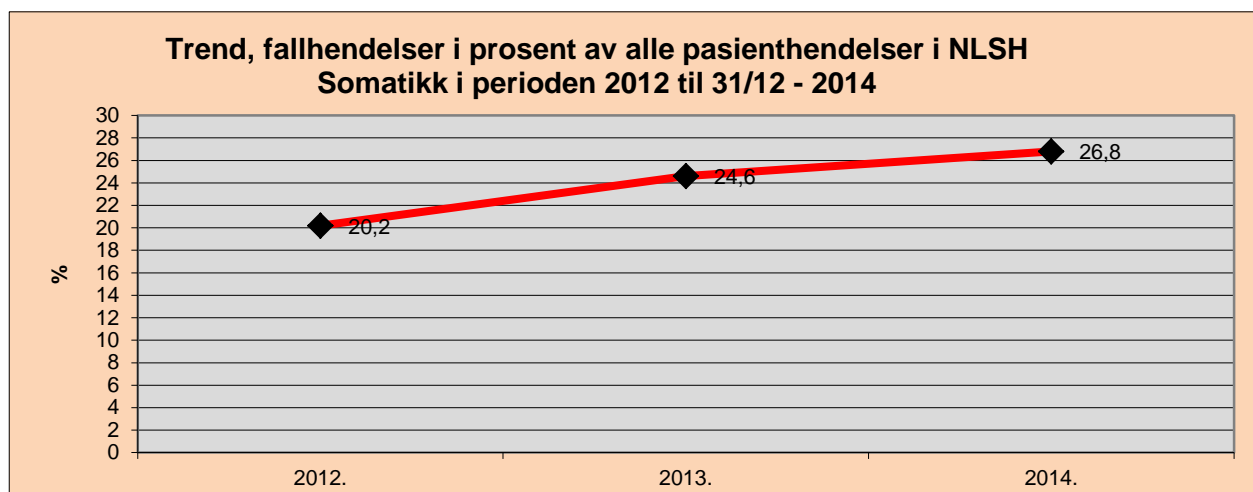
1. Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt (30,1 %)
2. Fallhendelse (26,8 %).
3. Legemiddelhandteringsfeil (23 %)
4. Medisinsk undersøkelse/Diagnostikk (14,8 %)

Fallhendelser i NLSH Somatikk

Figur 4: Antall fallhendelser for samme tidsintervall i 2013 og 2014



Figur 5: Utvikling i fallhendelser i prosent av alle pasienthendelser i perioden 2012 til og med 2014.



Basert på statistikken ser en at det har vært økning i antall fallhendelser i 2014 (56) sammenlignet med 2013 (47).

Flere av sengepostene i foretaket har implementert, eller er i ferd med å implementere, "Forebygging av fall i helseinstitusjoner", en av pakkene i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender". Det har gitt økt fokus på forebygging av fall og som følge av dette har ansatte er blitt mer bevisst på at alle fallhendelser skal meldes.

Alle avvik og pasienthendelser skal risikovurderes i henhold til foretakets prosedyre (PR25911). Hver enkelt hendelse skal vurderes med tanke på sannsynlighet og konsekvens. Av de 57 fallhendelsene som ble meldt Kunnskapscenteret i 2014 har klinikkene risikovurdert hendelsene på følgende måte:

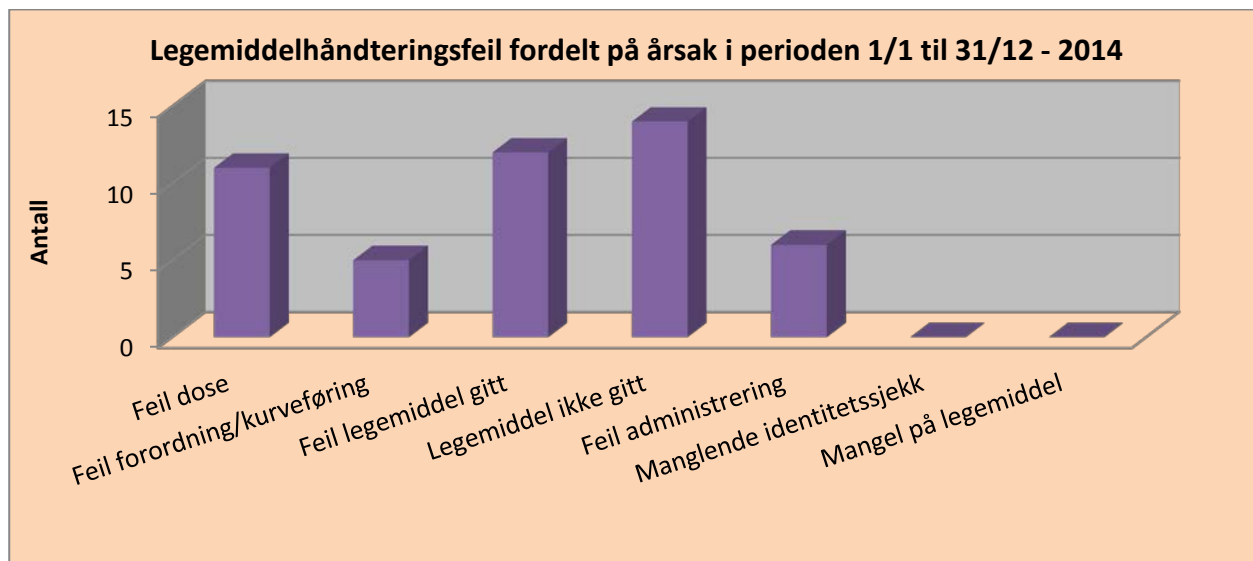
- 46 pasienthender er vurdert i gul sone (hendelser som kunne ha ført til betydelig skade)
- 9 pasienthender er vurdert i rød sone (hendelser som førte til betydelig skade)
- 1 pasienthendelse er vurdert i grønn sone

Hendelsene som ble vurdert i gul sone fikk ingen konsekvens i form av betydelig skade for pasienten. For fallhendelsene som ble vurdert i rød sone fikk fallet en konsekvens for pasientene. For 3 av hendelsene fikk fallet en svært alvorlig konsekvens i form av hjerneblødning, to pasienter døde som en konsekvens av dette. I tre tilfeller ble det konstatert brudd i hofte eller lårhals.

Alle fallhendelser innebærer en potensiell risiko for betydelig skade, herunder dødsfall. Det er derfor svært viktig at implementeringen av fallpakken "Forebygging av fall i helseinstitusjoner" gjennomføres og følges opp i henhold til plan. I tillegg er det viktig at sengepostene fører statistikk på dette og sørger for at resultat av det forebyggende arbeidet synliggjøres på de lokale kvalitetstavlene.

Feil knyttet til håndtering av legemidler

Figur 6: Oversikt over hvordan feil knyttet til håndtering av legemidler fordeler seg på årsak.

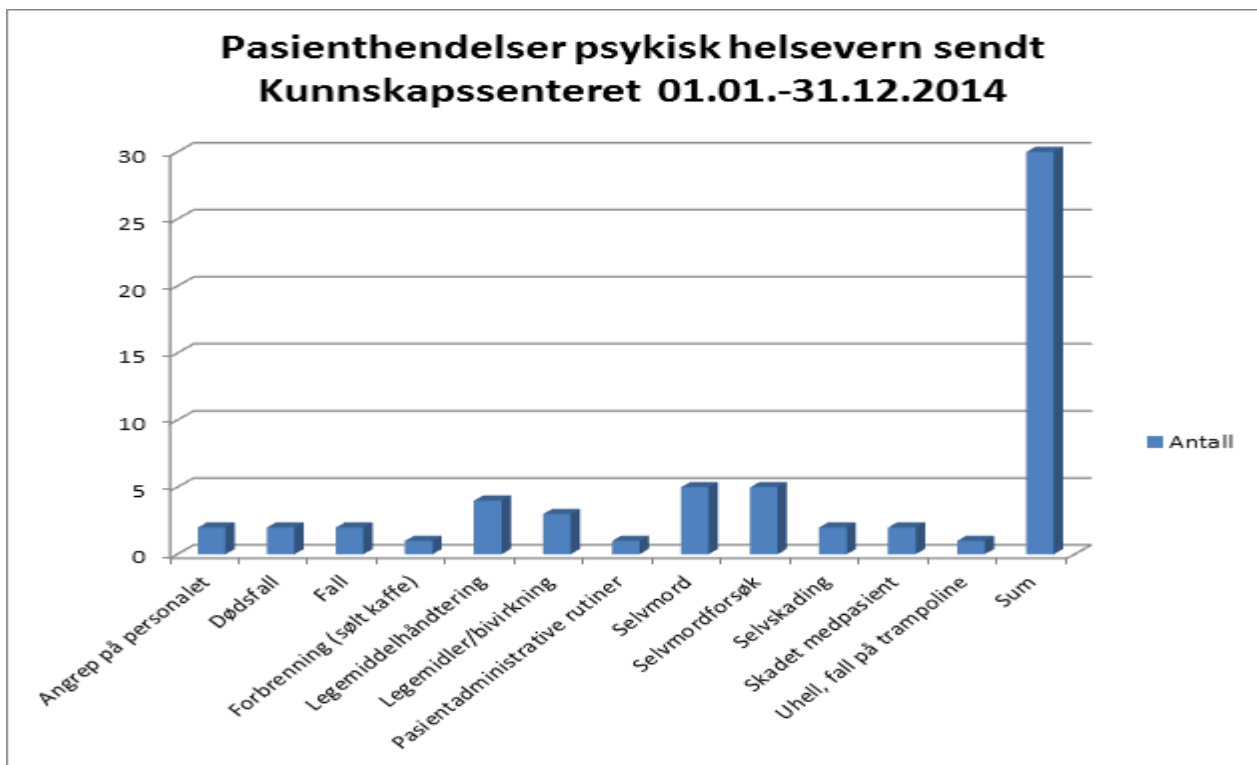


Kvalitetsutvalget følger utviklingen fortløpende og i tilfeller der en ser at det kommer flere pasienthendelser med tilnærmet samme type feil knyttet til håndtering av legemidler, kaller utvalget inn klinikken til et dialogmøte. Her gjennomgås statistikk og det etterspørres konkrete tiltak fra klinikken.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

Håndtering av legemidler er et av de utvalgte innsatsområder for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og har vært høyt prioritert de siste årene. Nedenfor beskrives en del av de tiltak som er og skal iverksettes for å redusere omfanget av feil knyttet til håndtering av legemidler.

- Årlig revisjon ved Apotek Nord på alle sengeposter vedrørende legemiddelhåndtering. Avvik og forbedringer som blir avdekket blir rapportert til de respektive sengepostene. I 2015 vil det bli gjort noen endringer i revisjonsprogrammet. Planene er ikke klare ennå men intensjonen er at det skal gjennomføres færre revisjoner men de som blir gjennomført følges tettere opp med råd og veiledning fra Apotekets side.
- Det har i 2013 og 2014 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. I tillegg har vi sjekket at identifisering av pasienter utføres korrekt ved utdeling av legemidler, glukosemåling og blodtransfusjon.
- Medisinsk klinikk er i foretaket pilot for innføring av samstemming av legemiddellister. Dette er et av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Når piloten er gjennomført skal denne tiltakspakken implementeres i hele foretaket.

Figur 7: Pasienthendelser innenfor Psykisk helse og rusomsorgen



Kunnskapssentret fikk i landet totalt 155 meldinger etter § 3-3 om selvmord i 2013. De fleste av selvmordene har skjedd under innleggelse eller mens pasienten var under poliklinisk behandling. Selvmord umiddelbart etter utskrivning vil som hovedregel være meldepliktig; det inngår derfor også noen slike i dette tallet. Selvmord og selvmordsforsøk kan også være meldepliktig til Statens Helsetilsyn som alvorlig hendelse etter § 3-3 A. Alle hendelsene i Nordlandssykehuset som omfatter selvmord og er meldt til Kunnskapssentret etter sphlsl § 3-3, er også meldt til Helsetilsynet. Per 31.8.2014 var det nasjonalt meldt 88 selvmord og 27 selvmordsforsøk/selvskading til Statens Helsetilsyn.

Et sentralt vilkår for å vurdere om en hendelse er varslingspliktig etter sphlsl § 3-3a, er at det alvorlige utfallet av hendelsen skal være uventet. Det betyr at betraktninger rundt påregnelig risiko ved den aktuelle tilstanden eller behandlingen som ble utført, må gjøres. Hendelser der det antas at en annen håndtering ville gitt et annet utfall, vurderes som uventede.¹

Innenfor psykisk helsevern er vurderingene av påregnelig risiko og uventethet krevende, da mange psykiatriske pasienter har en forhøyet risiko for fatalt utfall som følge av sin lidelse. I disse situasjonene vil det være hensiktsmessig å vektlegge de momentene som er angitt i merknadene til varslingsbestemmelsen når man vurderer om en hendelse er varslingspliktig:

- Om det er indikasjon på at hendelsen skyldes feil, forsømmelse eller uhell på systemnivå og/eller av helsepersonell
- Om det er uklart hva som har skjedd (hendelsesforløpet ikke er kartlagt)
- Om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell, avdelinger, nivåer eller virksomheter i helsetjenesten

I Nordlandssykehusets PHR-klinikk har man etablert en praksis der alle selvmord/alvorlige selvmordsforsøk hos personer med ulik tilknytning/oppfølging meldes etter sphlsl 3-3 A. Dette i tråd med at man i foretaket ønsker en god meldekultur og en lav terskel for å melde hendelser.

¹ <https://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Varsler-fra-psykisk-helsevern/>

3. Tilsynssaker

Status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset i 2014:

1. Fylkesmannen i Nordland har åpnet **38** tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2014.
2. 24 av disse er ikke avgjort
3. 8 ved at Fylkesmannen avgjorde saken med ”intet pliktbrudd”
4. 6 ved at Fylkesmannen avgjorde saken med ”pliktbrudd”

Sak hvor konstatert pliktbrudd:

- Sak 1: I forbindelse med § 3-3a hendelse ved Lofoten sykehus, ble det avdekket for lang ventetid for dobbeltgransking av CT-Thorax.
- Sak 2: I forbindelse med klage ble det i avgjørelse vurdert at pasienten ikke hadde fått faglig forsvarlig behandling (diagnostisering, behandling, suicidalvurderinger ikke i samsvar med faglig forsvarlighet)
- Sak 3: Brudd på forsvarlighet ved, ved at det gikk for mange timer fra aktuell pasient kom inn til sykehuset, før nødvendig CT ble tatt.
- Sak 4: Tidligere brukt sprøyte med efedrin (ikke spiss, satt i venflon) brukt på pasient. Minimal sjanse for smitte, men likevel brudd på forsvarlighetskravet.
- Sak 5: Uforsvarlig behandling av fingerskade.
- Sak 6: Uforsvarlig behandling av pasient, ved at vevsprøve oversendt UNN ikke ble fulgt opp med purring, da svar uteble.

Status for antall opprettede tilsynssaker i 2013 var **48 (17 pliktbrudd)**, 2012 var **29 (5 pliktbrudd)** og for 2011 var **33 (5 pliktbrudd)**

Innstilling til vedtak:

1. 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: