



Styresak 058-2016

Pasienthendelser og tilsynssaker for NLSH HF fra 1.1-30.04.2016

Saksbehandler: Terje Svendsen og Eystein Præsteng Larsen
Dato dok: 01.06.2016
Møtedato: 13.06.2016
Vår ref: 2010/1702

Vedlegg (t):

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.

Bakgrunn:

I denne saken presenteres oversikt over mottatte og behandlede pasienthendelser som er sendt over til Helsedirektoratet i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 3-3. Oversikten dekker både somatisk og psykiatrisk virksomhet, samt status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset HF i perioden 01.01-30.04-2016.

1. Innledning

Fra 1. januar 2016 ble meldeordningen overført fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til Helsedirektoratet. Overflyttingen ble gjennomført på bakgrunn av revidert nasjonalbudsjett 2015, der det ble besluttet at den sentrale helseforvaltningen skulle samles i færre etater. Dette har ikke fått noen praktiske konsekvenser for foretakets meldesystem.

2. Pasienthendelser 2016

Alle pasienthendelser som blir sendt til Helsedirektoratet 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 Helsedirektoratet:

Somatikk

Det er totalt mottatt 98 pasienthendelser pr. 30.04.2016 (84 pasienthendelser for samme periode i 2015).

Av de 98 pasienthendelsene som ble sendt over til Helsedirektoratet fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

1. 71 pasienthendelser er lukket med klinikkens behandling.
2. 14 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
3. 1 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikkene.
4. 12 pasienthendelser er under/klar for behandling i kvalitet/arbeidsutvalg.

Psykatri

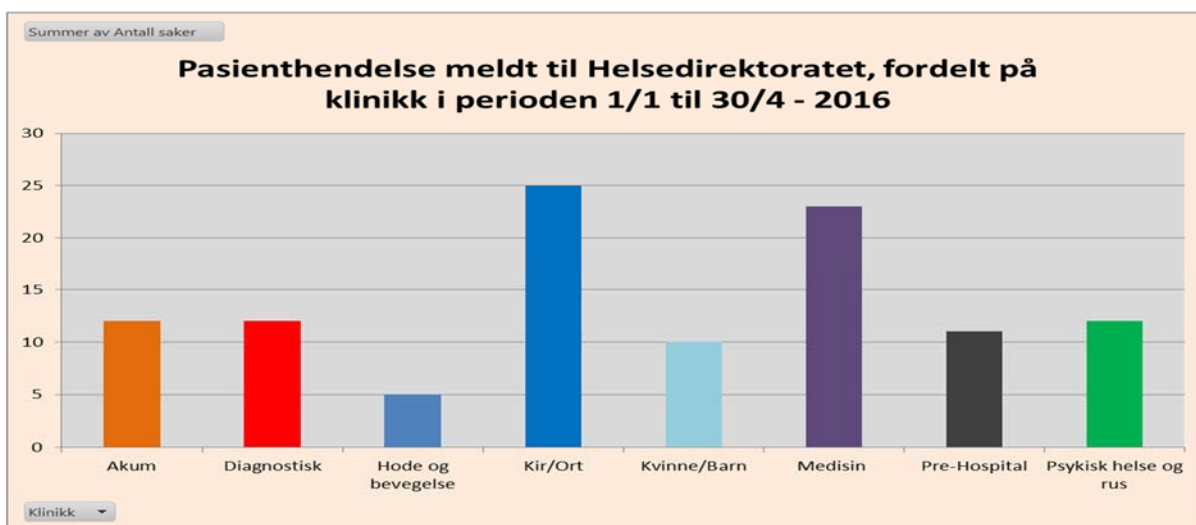
Det er totalt meldt 12 pasienthendelser pr. 30.4.2016 (7 pasienthendelser for samme periode i 2015).

Av de 12 pasienthendelsene som ble sendt over til Helsedirektoratet fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

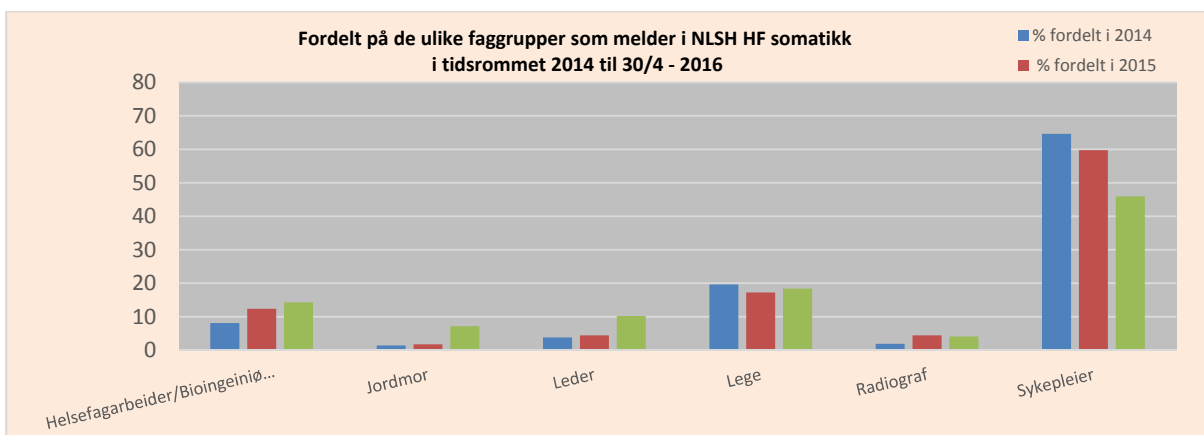
1. 5 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
2. 1 pasienthendelser er klar til behandling i Kvalitetsutvalget
3. 6 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikken.

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

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

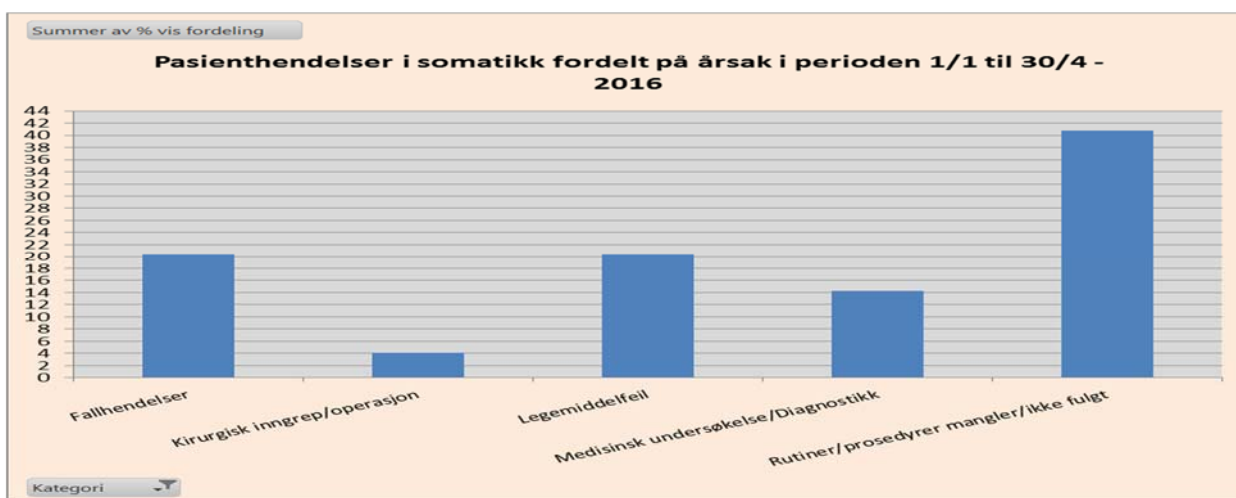


Figur 2: Oversikt over hvilke ulike faggrupper som melder pasienthendelse i NLSH somatikk



Av figur 3 går det frem at i perioden 2014 - 2016 meldte sykepleierne 46 - 66 % av sakene, mens andelen meldt av leger var på 14 - 20 %. Figuren viser at andelene varierer noe fra år til år.

Figur 3: Oversikt over årsaker til pasienthendelser i somatikk i 2016



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

1. Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt (40,8 %)
2. Fallhendelse (20,4 %).
3. Legemiddelhåndteringsfeil (20,4 %)

Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt

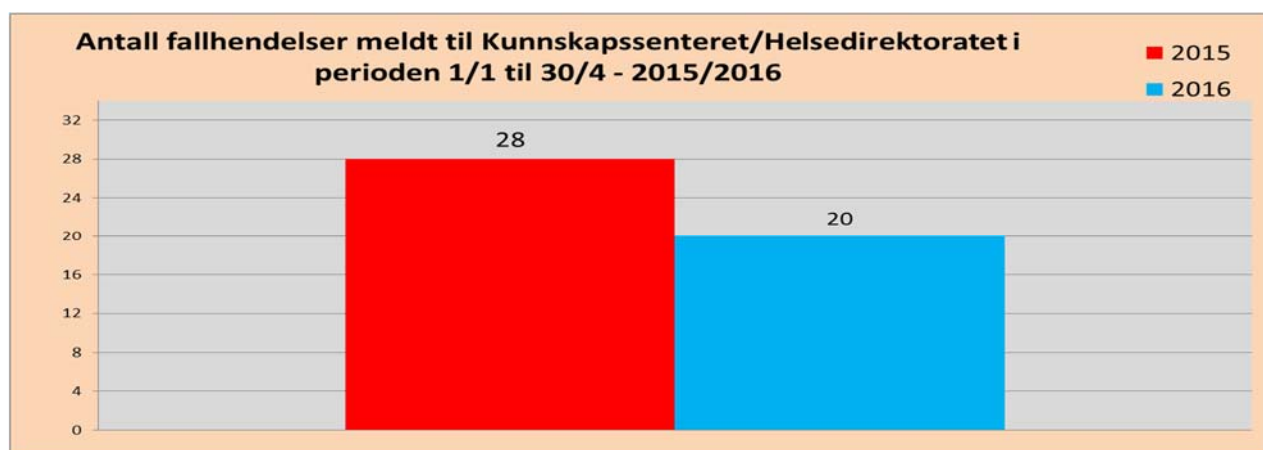
Rutiner/prosedyrer som mangler eller ikke blir fulgt er på nåværende tidspunkt den største årsaken til at pasienthendelser meldes i Nordlandssykehuset. Andelen av denne type feil har økt fra 30,1 % i 2014 til 38,5 % i 2015, og er så langt i 2016 på 40,8 %. Sannsynlig årsak til denne økningen er bedre meldekultur, samt at flere av denne type feil nå meldes som pasienthendelser i stedet for vanlige avvik. Det er viktig at slike hendelser blir meldt, behandlet og lukket, slik at risikoen for at tilsvarende skal skje på nytt reduseres eller fjernes.

Eksempler på hva denne årsakskategorien omfavner:

- Blodprøver merket feil eller tatt i feil glass.
- Feil i rekvisisjon
- Det ble gitt for lite kontrast ved CT - undersøkelse
- Cyt - kur ble startet før svar på trombocytter var ferdig
- Feil knyttet bruk av oksygen til pasient
- Pasient ble ikke screenet for MRSA
- Pasient var ikke klargjort for operasjon i henhold til prosedyre
- Rutiner for overflytting av pasienter mellom sykehus er ikke fulgt
- Pasient ble strøket fra operasjon uten at fastlege og pasient ble informert
- Forsinket innkalling av pasient til planlagt kontroll

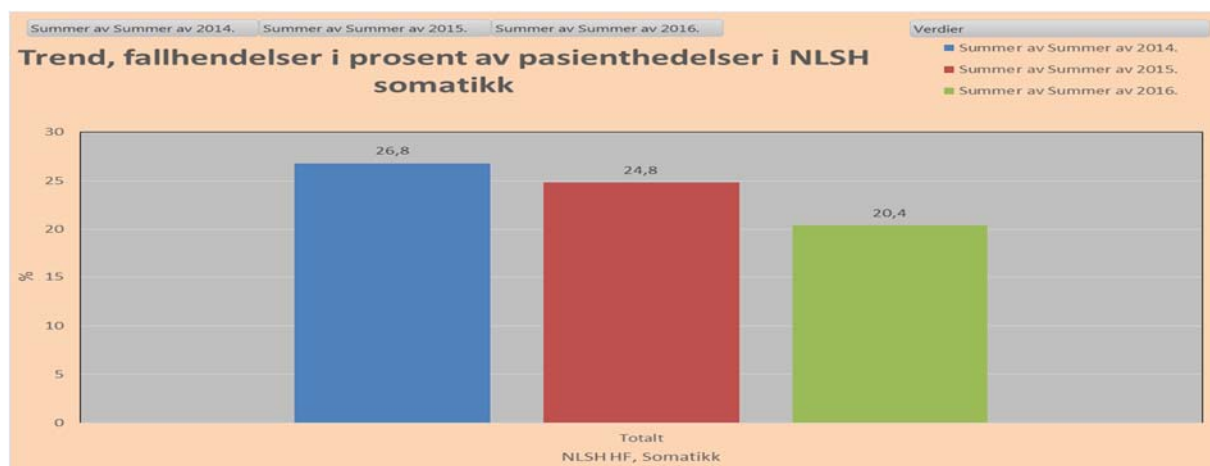
Fallhendelser i NLSH Somatikk

Figur 4: Antall fallhendelser for samme tidsintervall i 2015 og 2016



Basert på statistikken ser en at det ble meldt noen flere fallhendelser i perioden 01.01-30.04.2015 (28) sammenlignet med samme periode i 2016 (20).

Figur 5: Utvikling i fallhendelser i prosent av alle pasienthendelser i perioden 2014 til og med 30.04.2016



De fleste av sengepostene i foretaket har implementert "Forebygging av fall i helseinstitusjoner" som er en av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender". Tiltakene har gitt økt fokus på forebygging av fall og som følge av dette har ansatte blitt mer bevisst på at alle fallhendelser skal meldes.

Ortopedisk enhet A5 var pilot for innføringen av tiltakspakken. Enheten har arbeidet systematisk med dette og kunne i begynnelsen av september i fjor feire at det var gått 379 dager siden siste fallhendelse som har ført til skade. Dette viser at enhetens systematiske arbeid med forebygging av fall gir forbedret pasientsikkerhet.

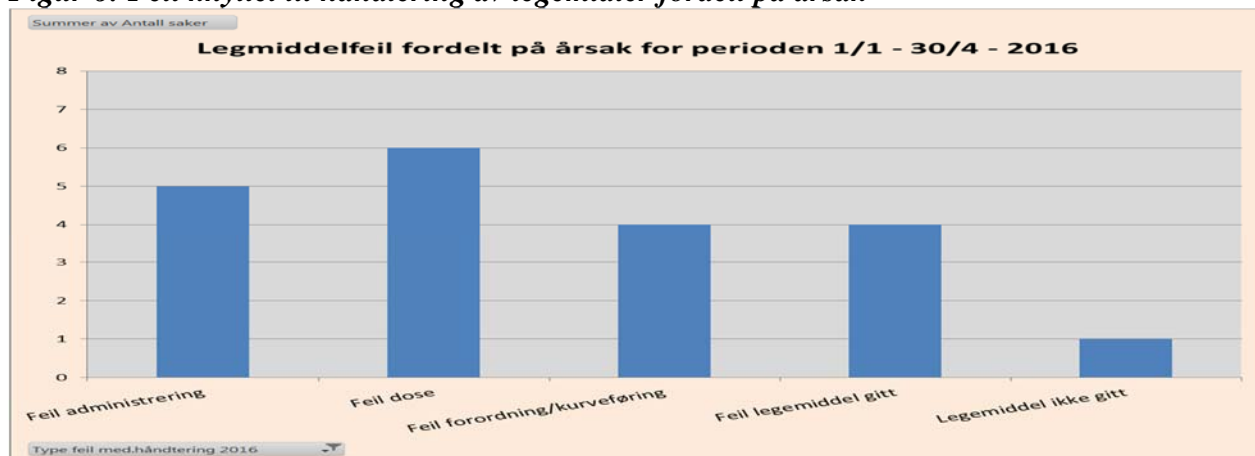
Alle avvik og pasienthendelser skal risikovurderes i henhold til foretakets prosedyre (PR25911). Hver enkelt hendelse skal vurderes med tanke på sannsynlighet og konsekvens. Av de 20 fallhendelsene som så langt er blitt meldt til Helsedirektoratet i 2016, har klinikkene risikovurdert hendelsene på følgende måte:

- 2 pasienthendelse er vurdert i grønn sone, hendelsen fikk ingen konsekvenser for pasienten.
- 18 fallhendelser er risikovurdert i gul sone (hendelser som kunne ha ført til betydelig skade)

Av de 20 fallhendelsene som er meldt så langt i 2016 er det kun 2 hendelser som har ført til betydelig skade for pasientene.

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. Hensikten med dette langsiktige arbeidet er å bli bedre, redusere antall fallhendelser og samtidig redusere omfanget av de mest alvorlige skadene. Da er det viktig at sengepostene fører statistikk, ikke for statistikken sin skyld men for å se forbedring.

Figur 6: Feil knyttet til håndtering av legemidler fordelt på årsak

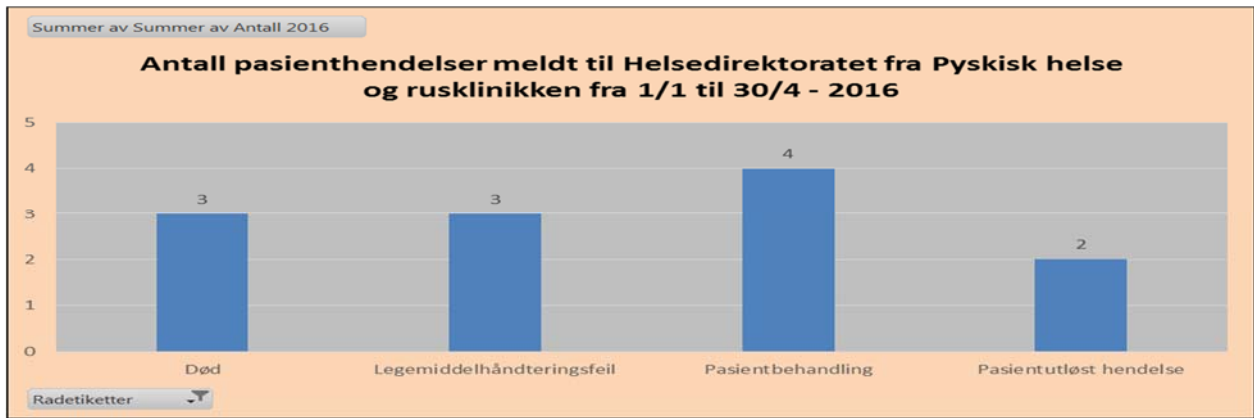


Kvalitetsutvalget følger utviklingen fortløpende. I tilfeller der en ser at det kommer flere pasienthendelser med tilnærmet samme type feil knyttet til håndtering av legemidler, kaller utvalget inn aktuell klinikk til et dialogmøte. Her gjennomgås statistikk og det etterspørres konkrete tiltak fra klinikken. 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. Det ble i 2015 gjort noen endringer i revisjonsprogrammet for legemiddelhåndtering (OL02227). Planen er godkjent, det skal gjennomføres noen færre revisjoner men de som blir gjennomført følges tettere opp med råd og veiledning fra Apotekets side.
- Det gjennomføres flere internrevisjoner der temaet er 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



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

3. Tilsynssaker

Status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset i perioden 01.01-30.04.2016:

1. Fylkesmannen i Nordland har åpnet 17 tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i perioden.
2. 14 av disse er ikke avgjort
3. 2 ved at Fylkesmannen avgjorde saken med «intet pliktbrudd»
4. 1 ved at Fylkesmannen har avgjort saken med «pliktbrudd»

Status for antall opprettede tilsynssaker for tilsvarende periode **i 2015 var 15, 2014 var 10** og for **2012 var 17.**

Pliktbrudd

Sak 1

Etter utskrivning skulle pasienten innkalles til røntgenundersøkelse etter ca. 1 mnd. - noe som ikke skjedde. Sykehuset ble kontaktet av pasienten og røntgenundersøkelse ble gjennomført relativt kort tid etter. Sykehuset har i redegjørelsen til Fylkesmannen presisert at rekvirering at denne type prøver skjer før utskrivning, etter standard prosedyre, men som dessverre denne gangen ble avglemt.