



## Styresak 4-2016

### Pasienthendelser, tilsyn og NPE-saker for NLSH HF i 2015

**Saksbehandler:**

Terje Svendsen og Eystein Præsteng Larsen

**Saksnr.:**

2010/1702

**Dato:**

02.02.2016

#### 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 1.1-31.12.2015. Denne saken gir i tillegg en oversikt saker meldt og behandlet i NPE for perioden 2012 til 2015.

#### 2 Pasienthendelser 2015

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 226 pasienthendelser pr. 31.12.2015 (209 pasienthendelser for samme periode i 2014).

Av de 226 pasienthendelsene som ble sendt over til Nasjonalt Kunnskapssenter fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

1. 151 pasienthendelser er lukket med klinikkens behandling.
2. 53 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
3. 10 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikkene.
4. 12 pasienthendelser er under/klar for behandling i kvalitet/arbeidsutvalg.

## Psykiatri

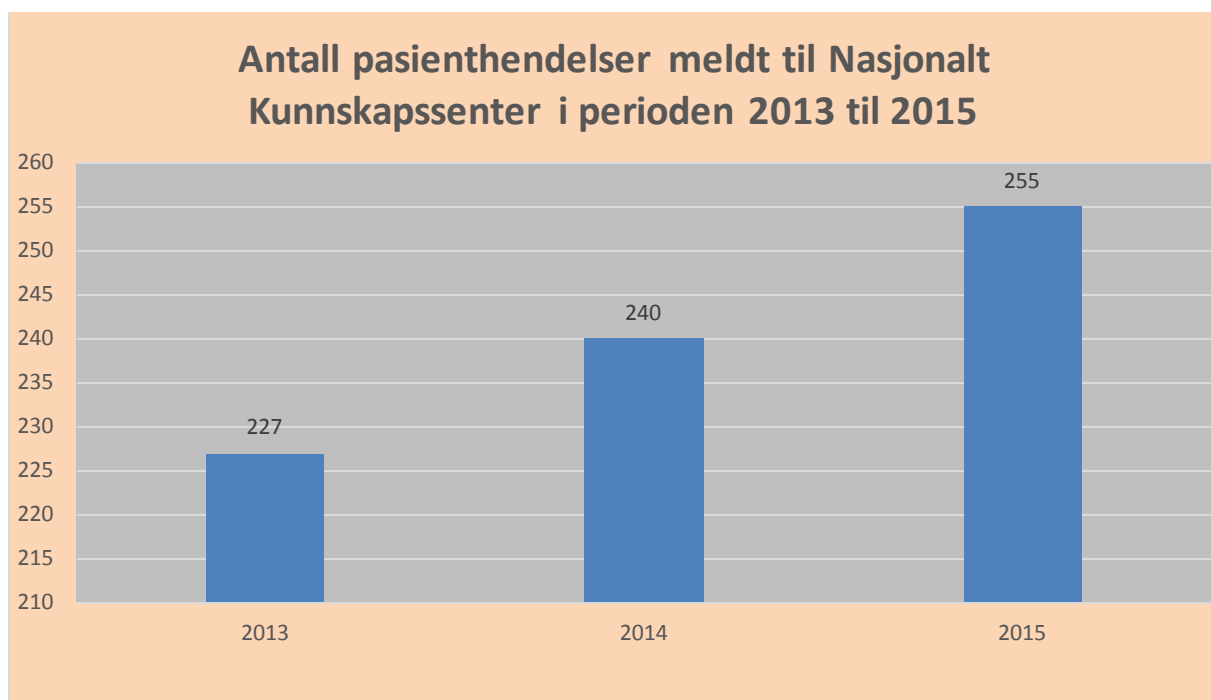
Det er totalt mottatt og meldt 29 pasienthendelser i 2015 (30 pasienthendelser for samme periode i 2014).

Av de 29 pasienthendelsene som ble sendt over til Nasjonalt Kunnskapssenter fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

1. 24 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
2. 3 pasienthendelser er klar til behandling i Kvalitetsutvalget
3. 2 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikken.

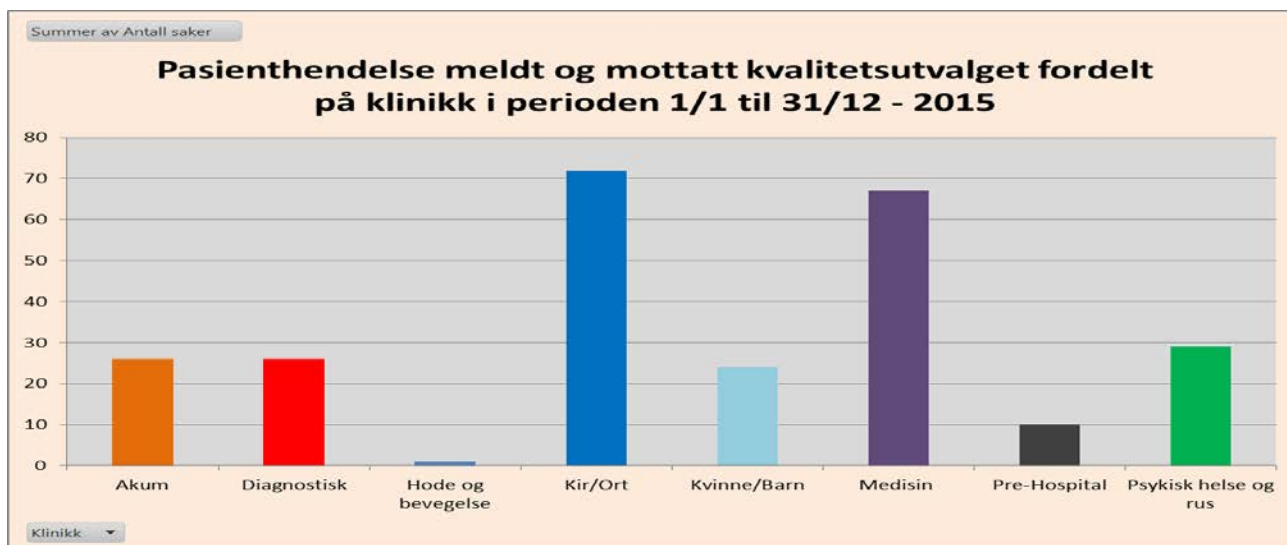
### Trend/utvikling, pasienthendelser sendt over til Kunnskapssenteret fra NLSH HF

**Figur 1: Antall pasienthendelser sendt over til Nasjonalt kunnskapssenter i perioden 2013 til 2015.**

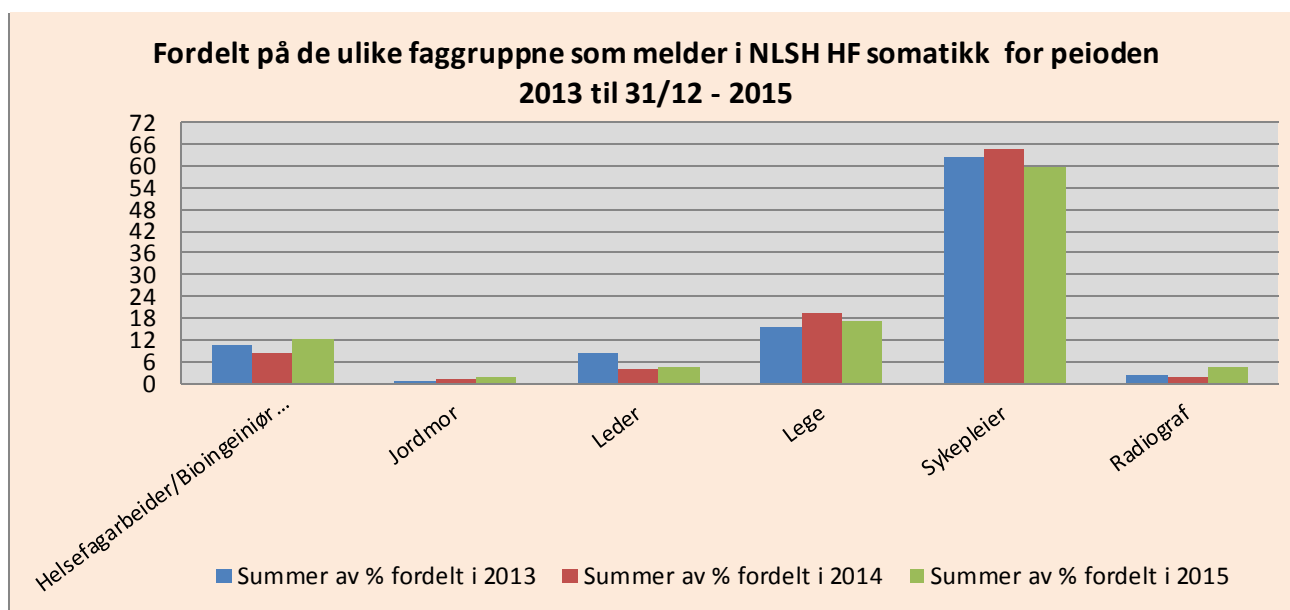


## Pasienthendelser fordelt på klinikk, hvem melder (faggruppe) og årsak.

**Figur 2: Antall pasienthendelser sendt over til Nasjonalt kunnskapssenter, fordelt på de ulike klinikkene i foretaket.**

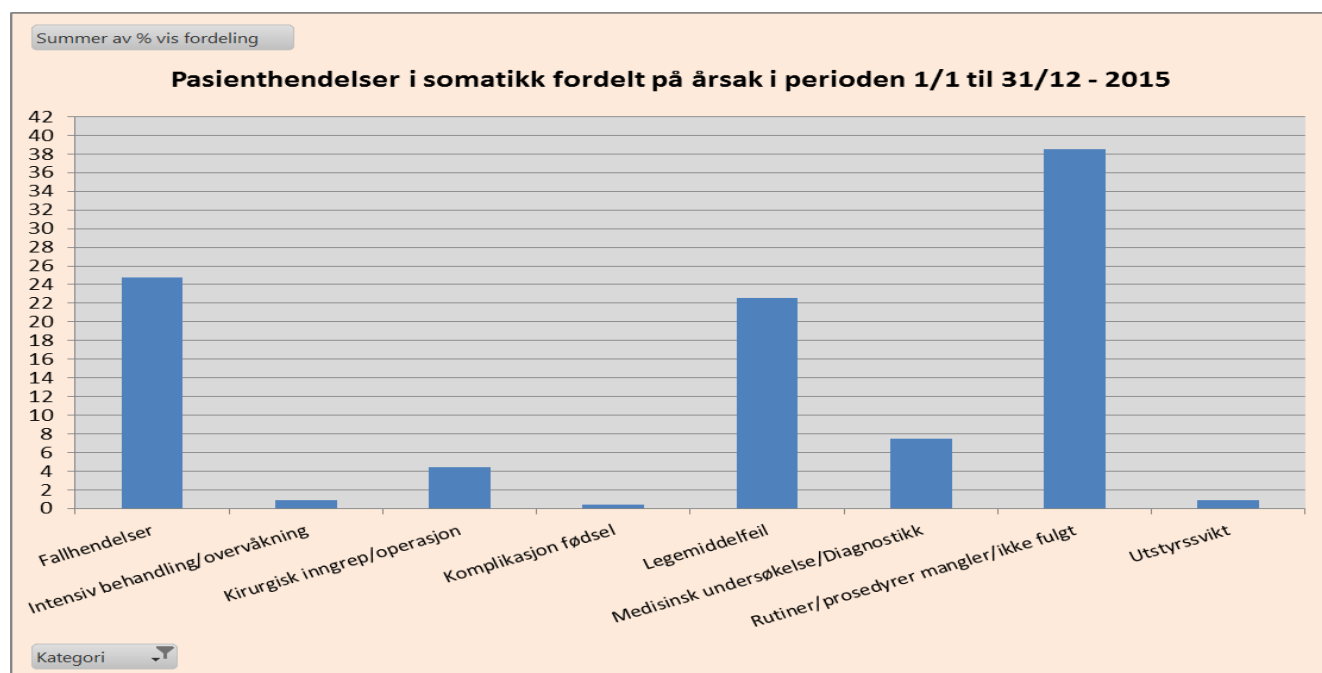


**Figur 3: Oversikt over hvilke ulike faggrupper som melder pasienthendelse i NLSH somatikk.**



Av figur 2 går det frem at i perioden 2013 - 2015 meldte sykepleierne 60- 66 % av sakene, mens andelen meldt av leger var på 14 - 20 %. Figuren viser at andelene varierer noe fra år til år.

**Figur 4: Oversikt over årsaker til pasienthendelser i somatikk i 2015.**



Av figur 4 går det frem at de tre største årsakene pasienthendelser er:

1. Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt (38,5 %)
2. Fallhendelse (24,8 %).
3. Legemiddelhandteringsfeil (22,6 %)

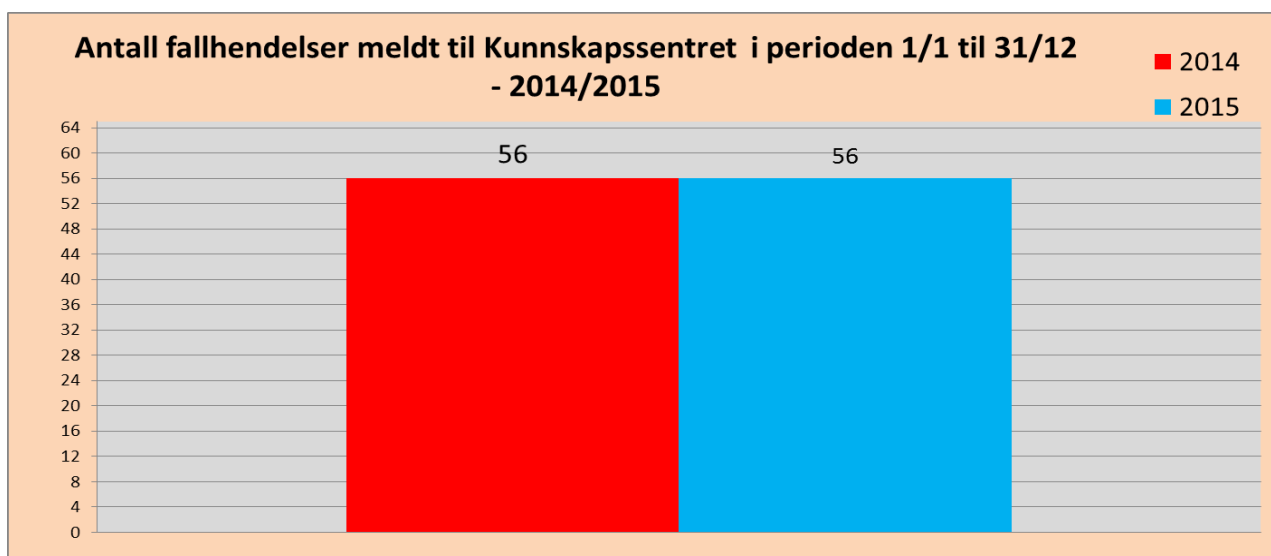
#### Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt

Rutiner/prosedyrer som mangler eller ikke blir fulgt er på nåværende tidspunkt den største årsaken til at pasienthendelser meldes i Nordlandssykehuset. Andelen for denne årsakskategorien er økende, i 2014 var andelen på 30,1 % mens den ved utgangen av 2015 var på 38,5 % (november 2015: 40,4 %). En sannsynlig årsak til denne økningen er bedre meldekultur, samt at denne type feil tidligere ble meldt som vanlige avvik mens flere nå meldes som pasienthendelser. Det er viktig at slike hendelser også blir meldt, behandlet og lukket slik at risikoen for at tilsvarende skal skje på nytt reduseres eller fjernes.

Eksempler på hva denne årsakskategorien omfavner:

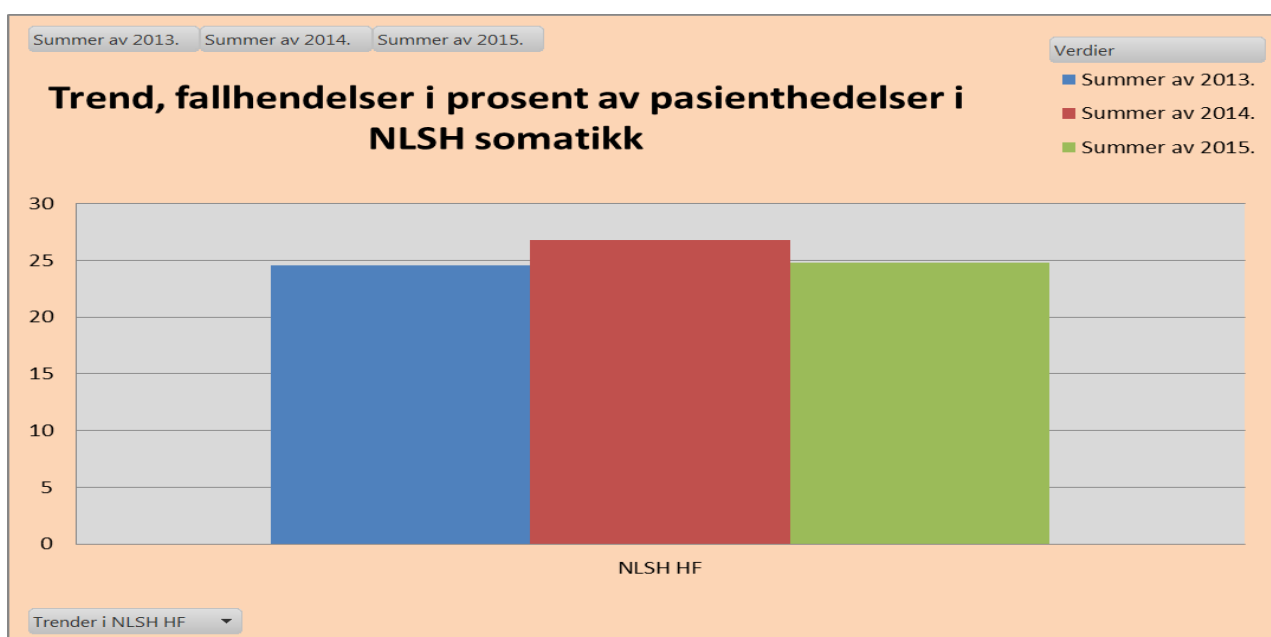
- Blodprøver merket feil eller tatt i feil glass.
- Feil i rekvisisjon
- Ikke gjennomført planlagt sårstell
- Mangelfulle trykksårforebyggende tiltak etter screening
- Rutiner for overflytting av pasienter mellom sykehus er ikke fulgt
- Prosedyre for bruk av EKG er ikke fulgt
- Manglende informasjon til fastleger/pasienter ved utsatte operasjoner
- Feil ved bestilling av blodprodukter
- Manglende blodsuktermåling
- Forsinket innkalling av pasient til planlagt kontroll

**Figur 5: Antall fallhendelser for samme tidsintervall i 2014 og 2015**



Basert på statistikken ser en at det like mange fallhendelser i 2015 (56) sammenlignet med som ble meldt i 2014 (56).

**Figur 6: Utvikling i fallhendelser i prosent av alle pasienthendelser i perioden 2013 til og med 31.12.2015**



De fleste av sengepostene i foretaket har implementert "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.

Ortopedisk enhet A5 var pilot for innføringen av denne tiltakspakken. De har arbeidet systematisk med dette og i begynnelsen av september i år kunne feire at det var gått 379 dager siden de hadde hatt fallhendelser som har ført til skade. Dette viser at enhetens systematiske arbeidet 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 56 fallhendelsene som ble meldt Kunnskapscenteret i 2015 har klinikkene risikovurdert hendelsene på følgende måte:

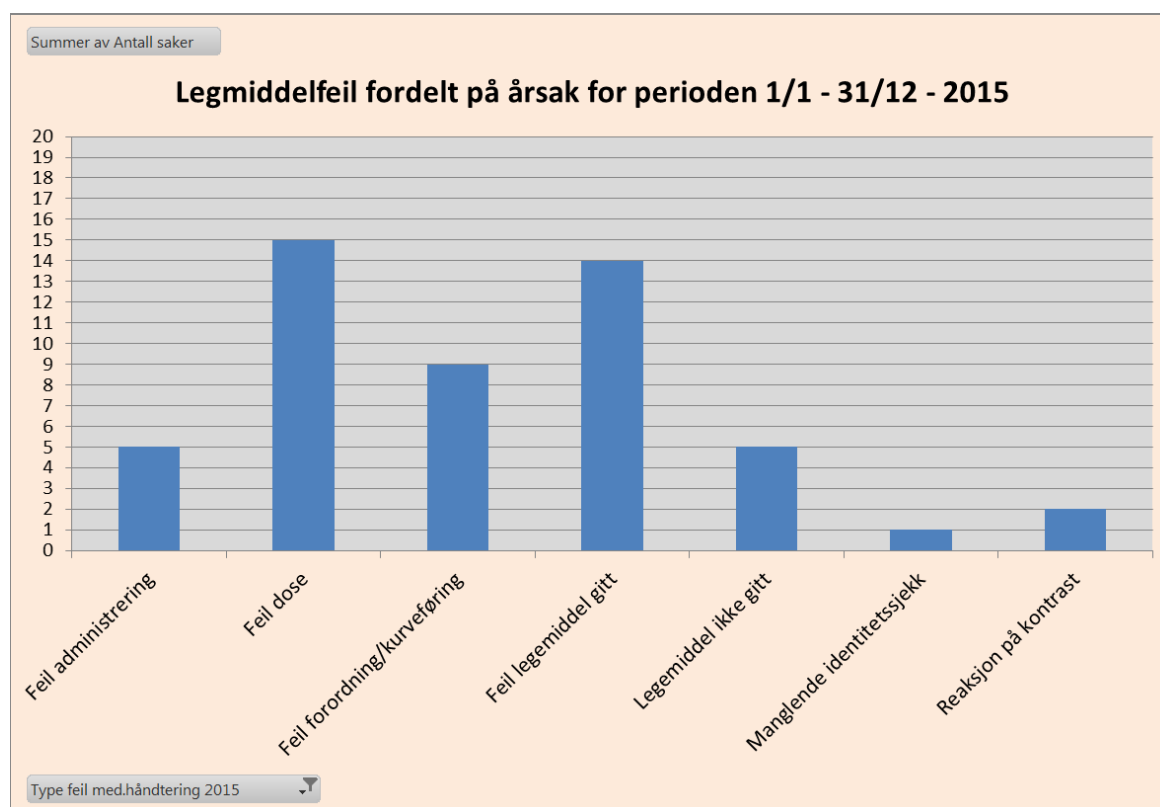
- 2 pasienthendelse er vurdert i grønn sone, hendelsen fikk ingen konsekvenser for pasienten.
- 50 fallhendelser er risikovurdert i gul sone (hendelser som kunne ha ført til betydelig skade)
- 4 pasienthender er vurdert i rød sone (hendelser som førte til betydelig skade)

Av de 56 fallhendelsene som ble meldt i 2015 er det kun fire hendelser som har ført til betydelig skade for pasienten i form av brudd i fot, skulder og lårhalsbrudd.

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 om en blir bedre.

#### Feil knyttet til håndtering av legemidler

**Figur 7: Feil knyttet til håndtering av legemidler fordelt på årsak**

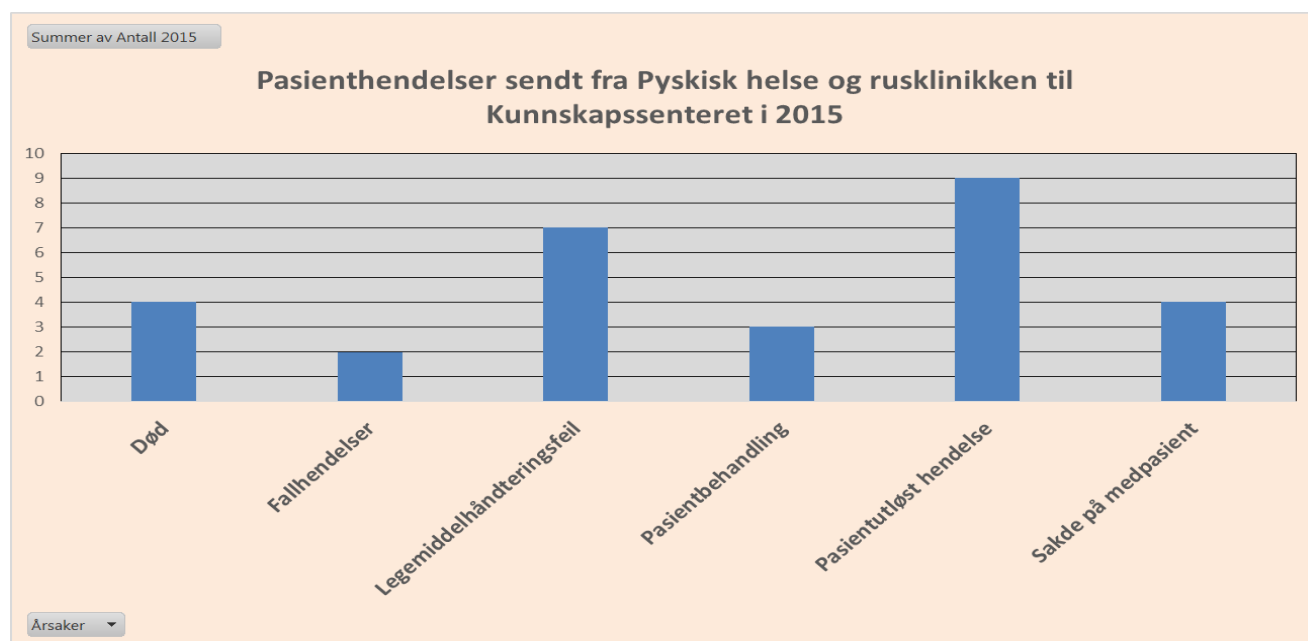


Kvalitetsutvalget følger utviklingen fortløpende og i tilfeller der en ser at det kommer flere pasienthendelser med tilnærmet samme type feil knyttet til håndtering av legemidler, kaller utvalget inn klinikken til et dialogmøte. Her gjennomgås statistikk og det etterspørres konkrete tiltak fra klinikken. 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. 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 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 8: Pasienthendelser innenfor Psykisk helse og rusomsorgen**



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

### 3 Tilsynssaker

Status for Fylkesmannens tilsynssaker opprettet mot Nordlandssykehuset i 2015

1. Fylkesmannen i Nordland åpnet **39** tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2015.
2. 20 av disse er ikke avgjort
3. 14 ved at Fylkesmannen avgjorde saken med «intet pliktbrudd»
4. 5 ved at Fylkesmannen har avgjort saken med «pliktbrudd»

Status for antall opprettede tilsynssaker for **2014 var 38, 2013 var 48** og for **2012 var 29**.

## **Pliktbrudd**

### **Sak 1**

*Pasient med pacemaker (ICD). Feil ved pacemaker ble ikke fulgt opp forsvarlig fra Nordlandssykehuset HF.*

### **Sak 2**

*Ventetid fra henvisning til utredning for angina pectoris ble uforsvarlig lang. Gitt rettighet til oppstart behandling 3 mnd. (i h t nasjonal veileder), mens time først ble gitt 7 uker etter denne fristen.*

### **Sak 3**

*I forbindelse med utlevering av journalinformasjon til forsikringselskap ble begrensning i fullmakt oversett. Opplysninger utover det pasienten hadde gitt samtykke til, ble derfor utlevert.*

### **Sak 4**

*Ved en av sykehusets sengeposter fant Fylkesmannen at det ikke var et system som sikret tilstrekkelig oppmerksomhet på væsketap, til tross for innføring i både journal og på kurven fra overførende avdeling. Væskebalansen økte, uten at dette så ut til å være observert og vurdert.*

### **Sak 5**

*En prøve for dyrking av Tbc ble ikke sendt til UNN som påtenkt. Dette skyldes at opplysningene som ble angitt på rekvisisjonen ikke var tydelig nok merket.*

## **4 Norsk pasientskadeerstatning (NPE) – statistikk**

Vedlagt ligger statistikk oversendt fra NPE som angir utviklingen i antall klager, samt vedtak mottatt for 2015.

Nye saker mottatt:

	2012	2013	2014	2015
Norge	5124	5065	5217	5742
Helse-Nord	423	423	375	465
NLSH	110	98	122	133

I hele landet har antall klager fra 2014 til 2015 øket med over 10 %, i Helse Nord-området med 24 %. Nordlandssykehuset har hatt en økning i samme periode på 9 %.

Vedtak i 2015 hvor pasient er gitt medhold (prosent). Grunlaget for medhold er hovedsakelig svikt i behandlingen.

Norge	32 %
Helse Nord	35%
NLSH	43%



**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:**