



## Styresak 095-2016

### Pasienthendelser og tilsynssaker for NLSH HF fra 01.01-31.10.2016

Saksbehandler: Terje Svendsen og Eystein Præsteng Larsen  
Dato dok: 03.11.2016  
Møtedato: 16.11.2016  
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 1/1- 31/10 - 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 meldt 164 pasienthendelser til Helsedirektoratet i perioden 1.1 til 31.10.2016 (200 pasienthendelser for samme periode i 2015).

For de Pasienthendelsene som Kvalitet-/skadeutvalget mottar og behandlet så lang i 2016 så fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

1. 119 pasienthendelser er lukket med klinikkens behandling.
2. 33 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
3. 3 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikkene.
4. 19 pasienthendelser er under/klar for behandling i kvalitet/arbeidsutvalg.

#### *Psykatri*

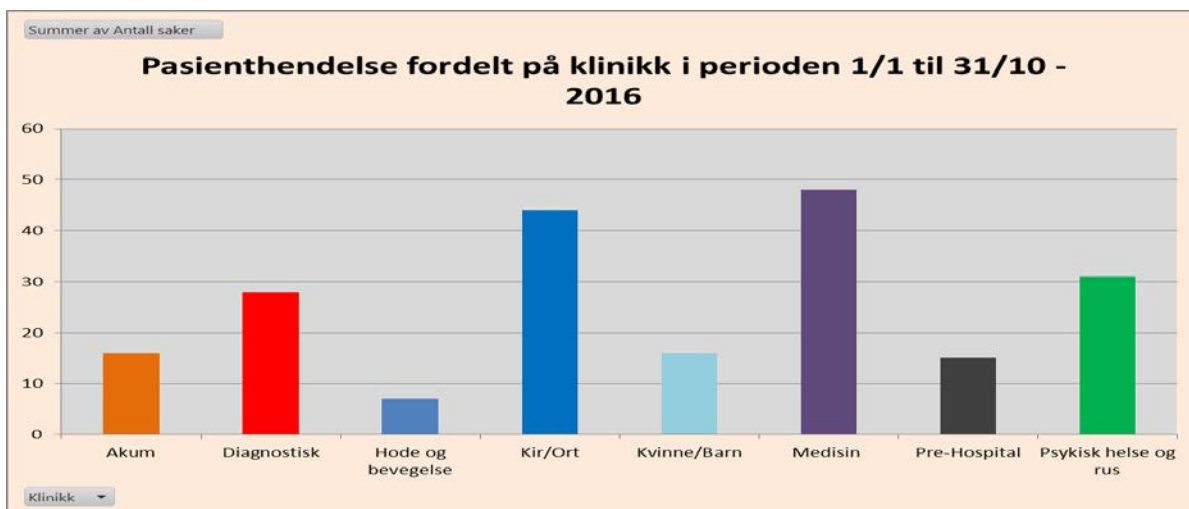
Det er totalt meldt 31 pasienthendelser til Helsedirektoratet i perioden 1.1 til 31.10.2016 (28 pasienthendelser for samme periode i 2015).

Av de 31 pasienthendelsene som ble sendt over til Helsedirektoratet fordeler saksbehandlingen seg på følgende måte:

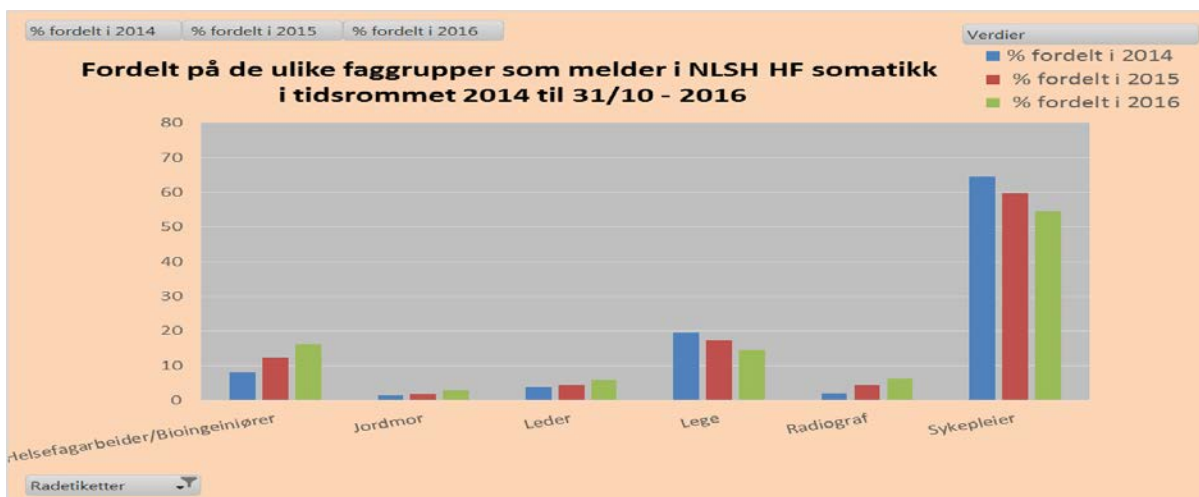
1. 23 pasienthendelser er lukket etter behandling i Kvalitetsutvalget.
2. 4 pasienthendelser er klar til behandling i Kvalitetsutvalget
3. 4 pasienthendelser er fortsatt under behandling i klinikken.

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

*Figur 1: Antall pasienthendelser mottatt kvalitet/arbeidsutvalg og hvordan det fordeler seg på de ulike klinikkene i foretaket.*

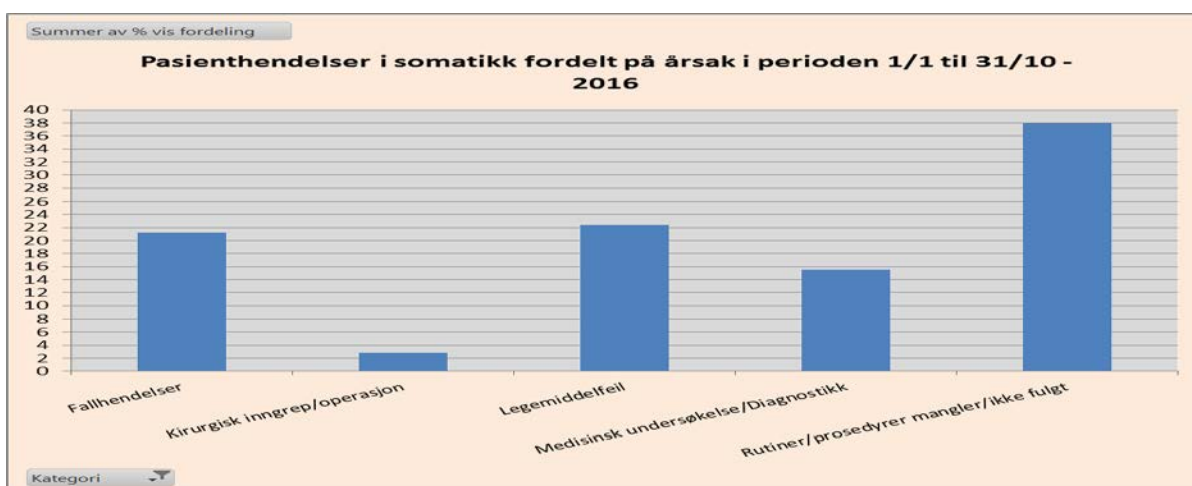


*Figur 2: Oversikt på hvilke ulike faggrupper som melder pasienthendelse i NLSH somatikk.*



Av figur 2 går det frem at i perioden 2014 - 2016 meldte sykepleierne 46 - 65 % av sakene, mens andelen meldt av leger var på 14 - 20 %. Figuren viser at andelene varierer noe fra år til år.

*Figur 3 gir en oversikt over årsaker til pasienthendelser som blir behandlet i arbeids/Kvalitetsutvalg i somatikk i 2016.*



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

1. Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt (37,9 %)
2. Legemiddelhåndteringsfeil (22,4 %)
3. Fallhendelse (21,3 %).

### Rutiner/prosedyrer mangler/ikke fulgt

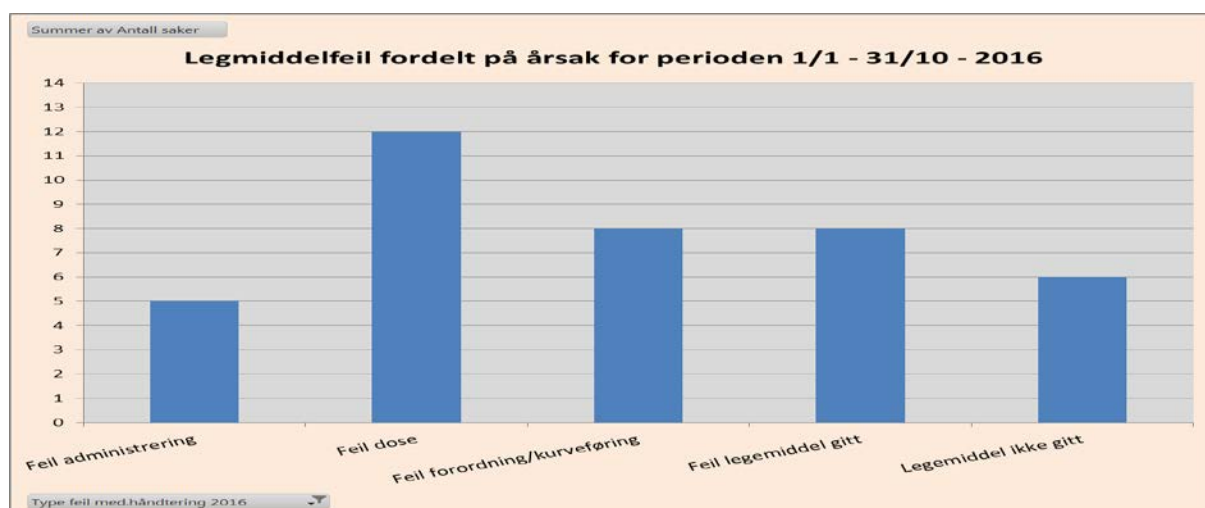
Rutiner/prosedyrer som mangler eller ikke blir fulgt er på nåværende tidspunkt den største årsaken til at pasienthendelser meldes i Nordlandssykehuset. Andelen av denne type feil ser hittil i 2016 ut til å stabilisere seg på rundt 38 %, og dette er samme nivå som i 2015. Sannsynlig årsak til denne økningen 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 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
- 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 MRA
- 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
- Lavt blodsukker ble ikke avdekket på nattevakt

### Feil knyttet til håndtering av legemidler

*Figur 4: 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 klinikken til et dialogmøte. Her gjennomgås statistikk og det etterspørres konkrete tiltak fra

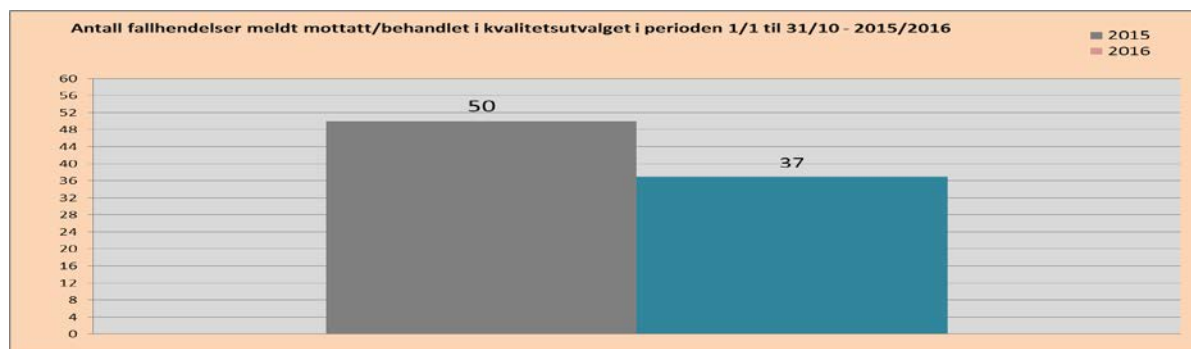
klinikken. Noen av meldingene som kvalitetsutvalget behandler krever endringer av rutiner utover det som klinikkene selv har iverksatt/planlagt.

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.
- Samstemming av legemiddellister er et av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Denne tiltakspakken er implementert i hele foretaket. På sikt skal dette bidra til at det gjøres færre feil og økt pasientsikkerhet.

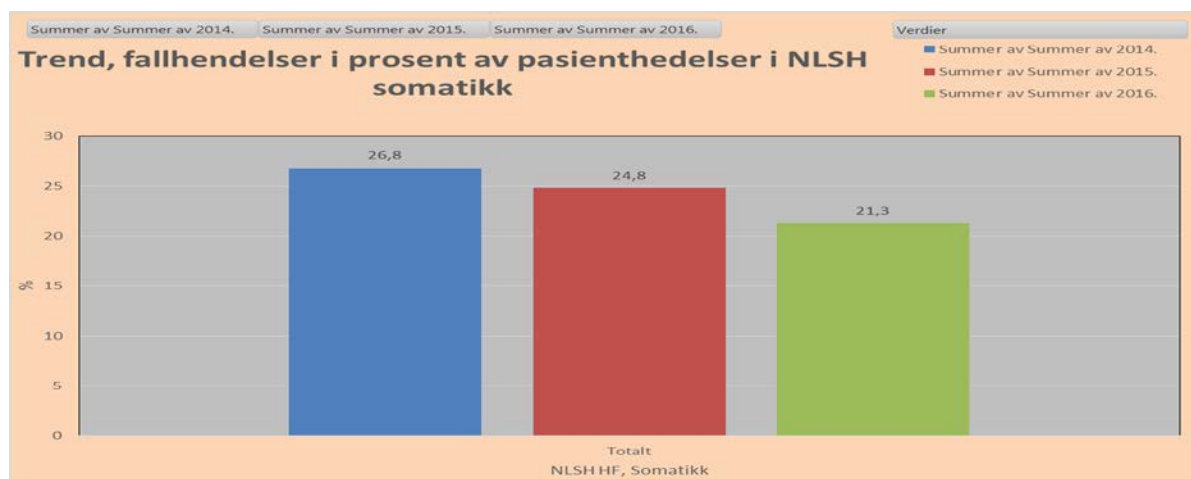
### Fallhendelser i NLSH Somatikk

**Figur 5: Antall fallhendelser for samme tidsintervall i 2015 og 2016.**



Basert på statistikken ser en at det ble meldt færre fallhendelser i 2016 (37) sammenlignet med som er meldt for samme tidsperiode 2015 (50).

**Figur 6: Utvikling i fallhendelser i prosent av alle pasienthendelser i perioden 2014 til og med 31.10.2016.**



De fleste av sengepostene i foretaket har implementert "Forebygging av fall i helseinstitusjoner", som er en av pakkene 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.

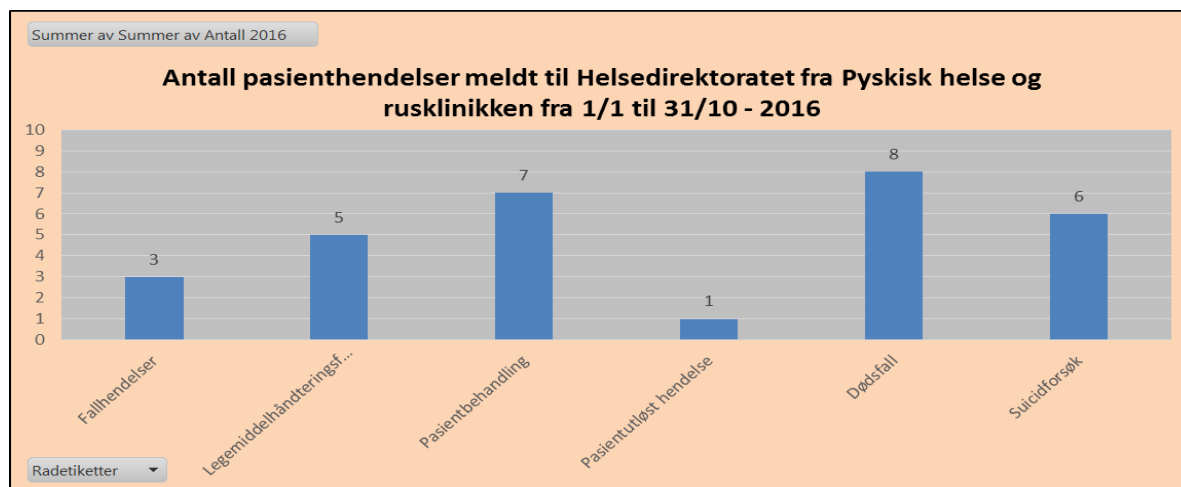
Alle avvik og pasienthendelser skal risikovurderes i henhold til foretakets prosedyre (PR25911 og PR12311). Hver enkelt hendelse skal vurderes med tanke på sannsynlighet og konsekvens. Av de 37 fallhendelsene som så langt er blitt til Helsedirektoratet i 2016 har klinikkene risikovurdert hendelsene på følgende måte:

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

Av de 37 fallhendelsene som er meldt så langt i 2016 er det kun 3 hendelser som har ført til betydelig skade for pasientene.

Alle fallhendelser innebærer en potensiell risiko for betydelig skade, herunder dødsfall. Fallpakken "Forebygging av fall i helseinstitusjoner" er implementert i hele foretaket og det er viktig at en fortsatt har fokus på sørge for å screene pasientene og følge opp med risikoreducerende tiltak. Den aller viktigste suksessfaktoren fremover er at sengepostene har fokus og følger dette opp i hverdagen. Det må føres statistikk på dette, og resultat av det forebyggende arbeidet må 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.

**Figur 7 Pasienthendelser innenfor Psykisk helse og rusomsorgen**



I Psykisk Helse og Rus-klinikken har man etablert en praksis der alle dødsfall/alvorlige suicidforsøk hos personer med ulik tilknytning/oppfølging meldes etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a og 3-3. 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 1.1 til 31.10.2016:

1. Fylkesmannen i Nordland har åpnet **36** tilsynssaker mot Nordlandssykehuset i 2016.
2. 19 av disse er ikke avgjort
3. 14 ved at Fylkesmannen avgjorde saken med «intet pliktbrudd»
4. 3 ved at Fylkesmannen har avgjort saken med «pliktbrudd»

Status for antall opprettede tilsynssaker for tilsvarende periode **i 2015 var 30, 2014 var 33** og for **2013 var 42.**

#### **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.*

##### **Sak 2**

*Forsvarlig pasientbehandling, men pasienten fikk ikke tilstrekkelig informasjon i forbindelse med behandlingen, slik at det foreligger brudd på informasjonsplikten.*

##### **Sak 3**

*Forsvarlig pasientbehandling, men pasienten fikk ikke tilstrekkelig informasjon i forbindelse med behandlingen, slik at det foreligger brudd på informasjonsplikten.*