



Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag

# Årsrapport 2008

Forord	side	2
1.0. Organisatoriske forhold	”	4
1.1 Lovgrunnlag	”	5
1.2 Andre nærliggende oppgaver	”	5
1.3 Kvalitetsutvalgets sammensetning og arbeidsmetode	”	5
1.4 Aktivitet i 2008	”	5
1.5 utfordringer	”	6
2.0. Behandlede saker og statistikk	”	7
2.1 Avviksmeldinger, egen virksomhet, interne instanser	”	8
2.2 Internt behandlede avviksmeldinger (på klinikknivå)	”	9
2.3 Avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen	”	13
2.4 Klager, besværelser og spørsmål	”	14
2.5 Erstatningssaker (NPE) 2008	”	16
2.6 Pasientsaker - omfang i 2008	”	16
2.7 Internrevisjoner og tilsynsbesøk 2008	”	17
3.0. Vurderinger og kommentarer til kapittel 2	”	19
3.1 Utviklingstrekk ved pasientsaker	”	19
3.2 Fallskader	”	19
3.3 Komplikasjoner	”	19
3.4 Avvik knyttet til bruk av IT-verktøy	”	20
3.5 Eksterne avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen	”	20
3.6 Klagesaker og tilsynssaker	”	20
3.7 Erstatningssaker	”	21
4.0. Årsrapport 2008 fra Pasientombudet	”	22
5.0. Anbefalinger	”	28

Vedlegg: Avviksmeldinger 2008 med grunnlag i Basisavtalen

## Forord

*Hvordan kan vi lære av våre feil, hvis vi ikke erkjenner dem?* Dette spørsmålet peker på kjernen i helse-lovgivningens bestemmelse om meldeplikt for hendelser som innebærer risiko for pasienter. Fra de som har innsikt i emnet hevdes det at ca. halvparten av avvikshendelsene inneholder læring og grunnlag for forbedring. Ansattes bevissthet om dette og viljen til å foreta en kritisk gjennomgang av slike hendelser er avgjørende på flere måter ved at det understøtter

- pasientenes mulighet til å ivareta sine rettigheter
- ansattes, avdelingens, sykehusets og helseforetakets omdømme
- virksomhetens mulighet for å lære og forbedre
- virksomhetens ressursforvaltning

### Pasientens rettigheter

Helselovgivningen fastslår at pasient eller pårørende skal informeres om skader som måtte oppstå i tilknytning til ”ytelse av helsetjenester”. Dette kravet er ofte ikke tilstrekkelig ivare tatt, uttrykt ved at

- dokumentasjonen av hva som faktisk hendte og årsaken til hendelsen ikke sjelden mangler eller er mangelfull
- det i mange av de tilfelle som meldes ofte ikke er dokumentert at pasient/pårørende er informert

I en rapport fra helsetilsynene i Midt-Norge om meldinger etter § 3-3 (alvorlige avvikshendelser) fremgår at det bare i 54% av meldingene for året 2007 fra helseforetakene i Midt-Norge var dokumentert at pasienten var informert om hendelsen. Helse Nord-Trøndelag dokumenterte at 69% av pasientene var informert om skaden, men dette gir en mager trøst når det i samme undersøkelse viser seg at bare 3% av våre pasienter var informert om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). I helseregionen som helhet var denne andelen 33%.

### Konsekvenser for virksomhetens omdømme

Både pasienter, pårørende og almenheten aksepterer at uønskede hendelser *kan* inntreffe i helsetjenesten. Selv alvorlige hendelser som medfører død, varig mén eller redusert livskvalitet kan bli møtt med forståelse og mulighet for forsoning. Men den oppfølgingen vi gir pasienten og de pårørende i umiddelbar fase etter slike hendelser er avgjørende. Dersom vår håndtering skaper inntrykk av motvilje mot å erkjenne feil – eller ønske om å holde tilbake ubehagelige fakta, kan dette ha svært negative følger for tillitsforholdet og virksomhetens omdømme.

### Virksomhetens mulighet for å lære og forbedre

Siden 2003 har meldefrekvensen fra norske sykehus sunket betydelig, både nasjonalt og regionalt. Helse Nord-Trøndelag har hatt en nedgang fra 2005 til 2007, mens nivået er uendret fra 2007 til 2008. Vårt helseforetak har den høyeste meldefrekvensen i Midt-Norge, - i 2005 tilsvarende 0,46% av alle utskrivninger og i 2006 tilsvarende 0,32% av alle utskrivninger, mens gjennomsnittet i helseregionen for 2006 var 0,15% og nasjonalt 0,20%.

Internasjonale undersøkelser har vist at uønskede hendelser inntreffer med en frekvens tilsvarende 4 – 17 % av alle sykehusopphold. En kartlegging ved Ahus omfattende 1081 pasientjournaler viste en forekomst av pasientskader tilsvarende nærmere 20%. Hendelser som *kunne ha medført* skader vil komme i tillegg. Den lave meldefrekvensen indikerer at grunnlaget for læring og

forbedring ikke blir utnyttet godt nok, verken nasjonalt, regionalt eller lokalt. I rapporten fra kartleggingen av skademeldinger i 2007 viser Helsetilsynet i Midt-Norge at det i meldeskjemaet ikke var avmerket for forebyggende tiltak i mer enn 20% av hendelsene, og i de tilfellene det var avmerket ble det ved ca. 33% av tilfellene vurdert som uaktuelt. Tiltak ble iverksatt eller planlagt i mindre enn 50% av hendelsene.

### **Virksomhetens ressursbruk**

I diskusjonen om helsevesenets økonomiske utfordringer er det mange som overser de økonomiske følgene av kvalitetssvikt. Dårlig planlegging, manglende koordinering, avvik som følge av mangelfull opplæring, sviktende rutiner og prosedyrer påfører sykehusene milliontap, -midler som kunne vært benyttet til aktiv behandling. Det er et problem at disse kostnadene vanskelig lar seg dokumentere, men det finnes mange enkeltstående eksempler som viser at kvalitetsrelaterte kostnader ikke bare er en talemåte.

Pasientsikkerhetssjefen ved Ahus har i *Sykepleien 14/2008* vist til en gjennomgang av ti prosent av pasientjournalene (1081 journaler) for 2007 etter "*trigger tool-metoden*". Ved denne gjennomgangen ble det avdekket 210 skadede pasienter, hvorav åtte døde av skadene. I bare noen få tilfelle var hendelsene meldt til Helsetilsynet. Blant de 5 vanligste årsakene var *sykehusinfeksjoner* den hyppigste skadetyper med i alt 94 av 210 tilfelle, dernest fulgte *transfusjonskrevende blødning* med 35 tilfelle og *reoperasjoner* med 15 tilfelle, mens *liggesår* omfattet 11 tilfelle og *fall med betydelig skade* 8 tilfelle. I rapporten fra undersøkelsen viser kvalitetssjefen til at det kliniske miljøet ofte ser på slike hendelser som påregnelige komplikasjoner eller "*ting som skjer*".

Som en oppfølging av rapporten kunngjorde pasientsikkerhetssjefen ved Ahus i november 2008 at organisasjonen ved kampanjen "*Rent sykehus – forebygg sykehusinfeksjoner*" tar sikte på å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner fra 2000 til 1300. Helseforetaket regner med å kunne spare 25 millioner kroner ved dette tiltaket. Dette er bare ett av mange områder hvor kvalitetsforbedring gir gevinstmulighet både for pasienter og sykehus.

### **Sterkere fokusering på pasienten og kvaliteten**

Selv om sykehusene i Nord-Trøndelag gjennom årene etter opprettelsen av ordningen med Kvalitetsutvalg i 1993 har utviklet en aktiv meldekultur, er det fortsatt nødvendig å styrke innsatsen for å oppfylle pasientrettighetene og heve kvaliteten i alle ledd. Hovedoppgaven i denne forbindelse må være å utvide medarbeidernes forståelse av hensikten med meldeordningen og forbedre oppfølgingen av uønskede hendelser. I denne forbindelse har det avgjørende betydning at medarbeidere får god kunnskap om rutinene og ansvarsfordelingen mellom den enkelte helsearbeider, avdelingsleder og kvalitetsutvalg. Avdelingslederne har en nøkkelrolle i denne oppgaven. Åpenhet, god kommunikasjon og effektiv saksbehandling ved avvik må være en målsetning for alle ledere i Helse Nord-Trøndelag.

Denne årsrapporten fra Kvalitetsutvalget er behandlet i utvalgets møte 11/2-2009.

Øivind Stenvik  
Helsefaglig rådgiver

Kolbjørn Thun  
Helsefaglig rådgiver

Tor Ivar Stamnes  
Kvalitetssjef

# 1. Organisatoriske forhold

## 1.1. Lovgrunnlag

Kvalitetsutvalg er hjemlet i Lov om Specialisthelsetjenesten § 3-4 og skal være et ledd i helseinstitusjonenes internkontroll (Lov om Statlig tilsyn med helsetjenesten). Kvalitetsutvalgets oppgaver er å fremme sikkerhet og kvalitet i tjenestene.

### Meldeplikten

Arbeidet i Kvalitetsutvalget reguleres i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3. Denne fastsetter at helseinstitusjonen *snarest mulig skal gi skriftlig melding til fylkeslegen om betydelig personskade, eller hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade ved ytelse av helsetjenester*. Det er viktig å merke seg at det er skadepotesnialet som avgjør om en hendelse er meldepliktig eller ikke.

### ”Betydelig skade”

Begrepet ”betydelig skade” er knyttet til hendelser som

- vil/kan få negative konsekvenser for pasientens helse, eller
- medfører vesentlige smerter, eller
- fører til redusert livsutfoldelse på kort eller lang sikt

Det handler m.a.o. om hendelser som har medført/kunne ha medført pasienters død, funksjonstap, utvidet behandlingsbehov, forlenget rekonvalesens, forlenget sykmelding, langvarige smerter eller andre årsaker til redusert livskvalitet, uforhet eller behov for attføring.

### Saksgang

*Helsepersonell med autorisasjon eller lisens* har plikt til å melde hendelsen i fastsatt skjema (IK 2448), del 1, jfr. Helsepersonelloven § 38. Meldingen sendes til leder ved den enhet/avdeling som er ansvarlig for hendelsen. *Ansvarlig leder* skal gjennomgå, vurdere og klarlegge

- hendelsesforløpet
- årsak til hendelsen
- skadeomfang eller skadepotensiale ved hendelsen (alvorlighetsgrad)
- behov for tiltak (for pasienten, for involvert personell, evt. forebyggende tiltak)
- at pasient/pårørende er tilstrekkelig informert om hendelsen og sine rettigheter
- at hendelsen er tilstrekkelig dokumentert

Avdelingsleder sørger for utfylling av meldeskjemaets del 2.

Leder ved den avdeling/enhet som har ansvar for hendelsen skal avgi uttalelse så raskt som mulig og oversender meldingen til avsluttende behandling i *Kvalitetsutvalget*. Kvalitetsutvalget har en rådgivende, veiledende og understøttende rolle overfor avdelingsledelse og helseforetakets ledelse, men er ikke et etterforskningsorgan. Kvalitetsutvalget forutsetter at de opplysninger som blir gitt fra avdelingsleder/enhetsleder er korrekte og dekkende, men kan ved behov innhente ytterligere opplysninger i saken.

Kvalitetsutvalgets sekretariat utarbeider saksfremlegg og innstilling til vedtak i meldingens del 3 med henvisning til et eget vedlegg. Det er Kvalitetsutvalget i plenum som på vegne av institusjonens ledelse sender melding til Helsetilsynet. Hendelser som meldes etter § 3-3 i Lov om spesialisthelsetjeneste skal senest være sendt Helsetilsynet innen to måneder fra hendelsesdato, selv om saken ikke skulle være ferdig utredet.

Kvalitetsutvalget vurderer også om hendelser skal følges opp på andre måter, for eksempel i de tilfellene erfaringer ved hendelsene har overføringsverdi.

## 1.2 Andre nærliggende oppgaver

Ved enkelte typer hendelser er det også meldeplikt til andre instanser: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb), Helsedirektoratet, Statens institutt for strålevern, Politiet etc.

Kvalitetsutvalget har også ansvar for organiseringen av saksbehandlingsrutiner knyttet til eksterne avviksmeldinger forankret i Basisavtale for samhandling. Dette er meldinger som gjelder avvik i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Denne virksomheten registreres og dokumenteres i tertialvise rapporten, og inngår som eget kapittel i Kvalitetsutvalgets årsrapport.

Kvalitetsutvalget har i tillegg til forannevnte oppgaver også ansvar for å medvirke ved intern opplæring og undervisning i kvalitetsrelaterte tema, internrevisjoner, behandling av klagesaker, eksterne tilsyn, systemmessige spørsmål og problemstillinger knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet m.m.

Kvalitetsutvalget er i stor grad saksbehandler ved forespørsler fra bl.a. NAV, forsikringsselskaper, advokater. Helsedirektoratet, andre leger/helseforetak og henvendelse fra pasient/pårørende som ber om journalkopier. Anslagsvis mottas p.t. ca. 60 slike henvendelser til Kvalitetsutvalgets sekretariat pr. måned.

## 1.3 Kvalitetsutvalgets sammensetning og arbeidsmetode

Utvalget er sammensatt av

- 4 brukerrepresentanter
- 7 representanter for klinikkene/avdelingene
- Kvalitetssjef (sekretær)
- Helsefaglige rådgivere (leder/stedfortreder)

Kvalitetsutvalget behandler alle relevante saker innenfor Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde. Dette betyr at helseforetaket har ett felles kvalitetsutvalg for sykehusene i Levanger og Namsos. Ved dette oppnår helseforetakets ledelse av Kvalitetsutvalget får et bredest mulig saksgrunnlag med mulighet for erfaringsoverføring mellom sykehus og avdelinger, og en enhetlig praksis for behandling av saker. I enkeltsaker kan samarbeidet være utvidet til smittevernrådgivere, IT-sikkerhetsansvarlig og juridisk rådgiver. Sekretariatet har en meget viktig oppgave ved å sikre ryddige og effektive rutiner i saksbehandling, registrering, utsending og arkivering av saker.

## 1.4 Aktivitet i 2008

Kvalitetsutvalget har i løpet av året 2008 gjennomført 6 møter med ca. 2 måneders intervall. Møtene alternerer mellom Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Det utarbeides møtereferat som utsendes sammen med innkalling og sakliste for neste møte. Saklisten fastsettes av sekretær og de helsefaglige rådgivere med grunnlag i innmeldte tema og mottatte saker. Vanligste innhold i saklisten er orienteringssaker, skadesaker, klager og andre saker av prinsipiell karakter, og forslag til kvalitetsrelaterte prosedyrer hvor det er ønskelig å innhente Kvalitetsutvalgets råd, eller vurdering av konkrete problemstillinger.

Innspill, rapporter og årsmeldinger fra Helsetilsynet eller Pasientombudet inngår også i saklisten for Kvalitetsutvalget.

## 1.5 utfordringer

Virksomheten i Kvalitetsutvalget avhenger i hovedsak av Kvalitetsavdelingens medarbeidere, - først og fremst kvalitetssjef og de helsefaglige rådgivere som har oversikt over aktuelle saker og saksmengde.

Erfaringen viser at selv om antall saker ikke har økt siden 2005, har arbeidsmengden tiltatt ved at sakene og utredningen av dem i større grad enn tidligere er komplekse og ofte strekker seg ut i tid. I særlig grad gjelder dette klagesaksbehandling og behandling av tilsynssaker, hvor kravene til detaljeringsgrad og dokumentasjon har økt betydelig i de senere år. Det er dessuten en utfordring å unngå tidstap i kommunikasjonen med enkelte kliniske enheter/avdelinger, ved at interne svarrutiner ofte er sendrettede og mangelfulle. Purringer utgjør derfor en økende del av arbeidsmengden. Helseforetakets service overfor pasienter og eksterne samarbeidsinstanser har av samme grunn et klart forbedringspotensiale. Enkle tiltak kan bidra til forbedret kvalitet og effektivitet i saksbehandlingen:

- En systematisk og grundig analyse av hendelsesforløpet fra enhets/avdelingsleder i umiddelbar tilknytning til alvorlige uønskede hendelser
- Rask rapportering i skjema IK 2448 til Kvalitetsutvalget med vedlegg av uttalelser fra involvert personell og journaldokumenter
- Etterlevelse av Forvaltningslovens krav til svarrutiner ved eksterne henvendelser
- Aktiv bruk av uønskede hendelser i det interne forbedringsarbeidet og erfaringsoverføring til andre likeartede virksomheter

## 2.0 Behandlede saker og statistikk

Den saksmengden Kvalitetsutvalget behandler omfatter

- Avviksmeldinger (skadesaker) for egen virksomhet meldt fra interne instanser
- Avviksmeldinger (skadesaker) meldt fra eller til eksterne instanser (kommuner, andre institusjoner, ambulansetjenesten)
- Klagesaker meldt direkte fra pasient, evt. meldt via Pasientombudet eller Helsetilsynet
- Tilsynssaker (Helsetilsynet)
- Saker meldt til politiet
- Internrevisjoner
- Revisjoner fra eksterne instanser (Helsetilsyn, Arbeidstilsyn, Helse Midt-Norge RHF etc.)

### Avvikskategorisering

Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag har siden 2004 praktisert en kategorisering av avvikshendelser som i hovedsak er basert på meldeskjemaets logikk:

1. Ikke tilfredsstillende rutine/prosedyre. Rutine/prosedyre ikke fulgt
2. Ikke tilfredsstillende organisatorisk tilrettelegging. Ikke tilfredsstillende fysiske forhold
3. Ikke tilfredsstillende kompetanse tilgjengelig. Feil utøvelse av faglig skjønn
4. Komplikasjon. Bivirkning. Hendelig uhell. Egenskade
5. Feil ved medisinsk teknisk utstyr
6. Informasjonssikkerhetsproblem
20. Meldinger uten definerte relevante avvik

**Avvikskategori 1** gjelder de tilfelle hvor årsak til hendelsen er mangelfulle rutiner/prosedyrer, eller hvor rutine/prosedyre ikke er fulgt. Dette er en relativt hyppig årsak til avvik, som underdeles på

- 1.1. Hendelser knyttet til medisinering
- 1.2. Andre hendelser knyttet til utredning, behandling, pleie eller utøvelse av annen helsefaglig virksomhet

**Avvikskategori 4** omfatter en stor gruppe hendelser som ofte er lite forutsigbare, bl.a.

- komplikasjoner ved utredning og behandling
- bivirkninger ved medikamentell behandling
- fallskader
- ”egenskade” gjelder tilfelle hvor en pasient skader seg selv, samt suicid

**Avvikskategori 6** gjelder alle hendelser hvor svikt i verbal kommunikasjon, papirbasert eller elektronisk informasjons- og dokumentasjonsrutine kan medføre risiko i pasientbehandlingen. Dette har i de senere år vært en sterkt voksende gruppe avvikshendelser i meldesystemet

## 2.1. Avviksmeldinger for egen virksomhet meldt fra interne instanser

Tabell 1: Antall meldinger behandlet i 2008

<u>Avviksmeldinger</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>Totalt</u>
Antall meldinger mottatt	93	235	328
Antall meldinger sendt til Helsetilsynet	22	45	67
Antall meldinger behandlet internt	71	190	261

### Kommentar:

- Totalt antall meldinger behandlet i Kvalitetsutvalget er på samme nivå som i 2007
- Andel meldinger sendt Helsetilsynet (§ 3-3 Lov om spes.h.t.) er ca. 20% for helseforetaket

Tabell 2: Aldersfordeling og fordeling på kjønn i 2008

<u>Alder</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>Totalt</u>
0-19 år	5	21	26
20-49	15	31	46
50-69	26	55	81
70-79	16	33	49
80+	16	52	68
Alder ikke oppgitt	15	43	58
Sum	93	235	328

<u>Kjønn</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>Totalt</u>
Menn	34	95	129
Kvinner	47	104	151
Kjønn ikke oppgitt	12	36	48
Sum	93	235	328

### Kommentar

- Kvinner hadde en litt høyere andel enn menn i meldte avvik
- En forholdsvis større andel av meldingene ved SHL mangler opplysning om alder og kjønn
- Pasienter i aldersgruppen > 70 år har størst andel i totalt antall opphold, og dette avspeiler deres relative andel av meldte avvik (mer enn 35%), mens aldersgruppen 50-69 år er den nest største (mer enn 24%)
- Det er ingen åpenbar underrapportering av avviksmeldinger for bestemte aldersgrupper
- Et forholdsvis stort antall avviksmeldinger oppgir ikke pasienters alder (mer enn 17%). Dette forklares delvis ved at en del meldinger ikke kan knyttes til enkeltpasienter

**Tabell 3: Utvikling i antall saker 2004 – 2008**

<b>Avviksmeldinger</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Antall meldinger mottatt	425	378	325	327	328
Antall sendt Helsetilsynet	101	88	69	57	67
Antall behandlet internt	292	282	256	270	261

**Kommentar**

- Antall meldte avvik viste en markert nedgang fra 2004 til 2006, men antall meldinger har vært stabilt de siste 3 år
- Andel meldinger sendt Helsetilsynet gikk litt ned fra 2004 til 2006, men er stabilt fra 2006 til 2008

**Tabell 4: Avdelingsvis fordeling**

Avviksmeldinger	2004			2005			2006			2007			2008		
	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot	SHN	SHL	Tot
Med. avdeling	18	77	<b>95</b>	46	46	<b>92</b>	49	76	<b>125</b>	36	73	<b>109</b>	23	92	<b>115</b>
Kir. avdeling	46	86	<b>132</b>	27	29	<b>56</b>	28	26	<b>54</b>	25	24	<b>49</b>	12	27	<b>39</b>
Ortop. avdeling	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	1	9	<b>10</b>	4	7	<b>11</b>	16	11	<b>27</b>
Akuttm./Int./Opr.	0	0	<b>0</b>	24	33	<b>57</b>	12	21	<b>33</b>	21	28	<b>49</b>	12	9	<b>21</b>
Barn/Familiekl.	15	42	<b>57</b>	18	26	<b>44</b>	6	27	<b>33</b>	6	20	<b>26</b>	11	20	<b>31</b>
Medisinsk servicekl.	6	35	<b>41</b>	20	69	<b>89</b>	3	24	<b>27</b>	5	20	<b>25</b>	7	38	<b>45</b>
Mott./AMK/Amb.	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	2	0	<b>2</b>	11	2	<b>13</b>	3	8	<b>11</b>
Psyk.avd./DPS	11	26	<b>37</b>	8	14	<b>22</b>	5	11	<b>16</b>	5	11	<b>16</b>	2	8	<b>10</b>
Andre avdelinger	37	26	<b>63</b>	1	17	<b>18</b>	0	43	<b>43</b>	6	23	<b>29</b>	7	22	<b>29</b>
<b>Sum</b>	<b>133</b>	<b>292</b>	<b>425</b>	<b>144</b>	<b>234</b>	<b>378</b>	<b>106</b>	<b>237</b>	<b>343</b>	<b>119</b>	<b>208</b>	<b>327</b>	<b>93</b>	<b>235</b>	<b>328</b>

**Kommentar**

- Endret organisering fra 2005 til 2006 innebærer at tallene for kirurgiske og ortopediske avdelinger må sees i sammenheng
- I BKF inngår i tallene for 2008 BUP med i alt 7 meldinger, Barneavd. med 5 meldinger og Gyn/Føde/Barsel med 18 meldinger
- I Medisinsk Serviceklinikk inngår i tallene for 2008 Rtg.avd. med i alt 30 meldinger
- I ”Andre avdelinger” inngår Rehab.avd. med 6 meldinger
- Samlet antall meldinger fra medisinske avdelinger utgjør 35% av det totale antallet og ligger stabilt på foretaksnivå
- Meldinger fra de kirurgiske og ortopediske avdelingene utgjør ca. 20% av det totale antallet og ligger stabilt fra 2005

**2.2. Internt behandlede avviksmeldinger**

Innenfor Psykiatrisk klinikk og Medisinsk serviceklinikk behandles et betydelig antall avvikshendelser ved interne rutiner. Dette kan være noe av forklaringen på den reduksjon av avviksmeldinger som er registrert i Kvalitetsutvalget etter 2004. For 2008 er det innhentet opplysninger fra de aktuelle klinikkene med følgende resultat:

<b>Intern avviksbeh. 2008 (2007)</b>	<b>Psyk. klinikk</b>	<b>Med. serviceklinikk</b>	<b>Sum</b>
Samlet antall registrerte avvik	580 (575)	186 (133) (1)	766 (708)
Herav meldt Kvalitetsutvalget	10 (7)	45 (25) (1)	55 (32)
<b>Internt behandlede avvik</b>	<b>570 (568)</b>	<b>141 (108)</b>	<b>711 (676)</b>

(1): Klinikken har i tillegg behandlet 67 klager i 2008, mot 62 i 2007

### Totalt antall registrerte og behandlede avvik i Helse Nord-Trøndelag

Det fremgår av foranstående opplysninger at helseforetaket i 2008 har et betydelig høyere antall registrerte avvik enn de hendelser som meldes til Kvalitetsutvalget i skjema IK 2448 (2007 i parentes):

Kvalitetsutvalget	328 hendelser	(327)
Psykiatrisk klinikk	570	” (116)
Med. serviceklinikk	141	” (568)
<b>Sum</b>	<b>1039 hendelser</b>	<b>(1011)</b>

Kommentar: I året 2006 var det totale antall registrerte avvikshendelser 1205.

**Tabell 5: Avviksmeldinger fordelt på kategorier**

Kategori	SHN		SHL		HNT	
	Totalt	§ 3-3	Totalt	§ 3-3	Totalt	§ 3-3
1.1. Rutine/prosed. ved medisinerings	22	3	61	1	83	4
1.2. Rutine/prosed. v. annen fagl. virks.	16	7	32	12	48	19
2. Ikke tilfr. organisering/fysiske forh.	2	0	19	2	21	2
3. Ikke tilfr. kompet./feil faglig skjønn	4	1	3	3	7	4
4. Komplik., bivirkn., fallskade, egenskade	18	8	33	14	51	22
5. Feil ved medisinsk teknisk utstyr	6	0	7	2	13	2
6. Informasjonssikkerhet (også prosedyrer)	14	3	66	9	80	12
20. Ikke definert avvikshendelse	11	0	7	1	18	1
<b>Sum</b>	<b>93</b>	<b>22</b>	<b>228</b>	<b>45</b>	<b>321</b>	<b>67</b>

### Kommentarer

- 7 meldinger fra Sykehuset Levanger er ikke sluttbehandlet
- Av totalt 321 behandlede meldinger i 2008 er avvikskategori 1 årsak i 40% av hendelsene (30% i 2007)
- Av totalt 321 behandlede meldinger i 2008 er avvikskategori 4 årsak i ca. 16% av hendelsene (17% i 2007)
- Av totalt 321 behandlede meldinger i 2008 er avvikskategori 6 årsak i ca. 25% av hendelsene (30% i 2007)
- Samlet er kategori 1, 4 og 6 årsak til 81% av behandlede avvik i 2008 (som i 2007)
- De samme kategoriene er årsak til 58 av 67 § 3-3-meldinger til Helsetilsynet, d.v.s. 86% av slike meldinger

**Tabell 6: Årsak til avviksmeldinger innenfor kategori 4**

<b>Årsaker</b>	<b>SHN (§3-3)</b>		<b>SHL (§3-3)</b>		<b>Totalt (§3-3)</b>	
Komplik. til kir. inngrep	2	1	5	5	7	6
Komplik. v. fødsel	1	0	1	1	2	1
Komplik. til venflon/infusjon	2	2	0	0	2	2
Tannskade v. intubering	2	0	0	0	2	0
Fallskader	8	4	17	4	25	8
Suicid	0	0	2	2	2	2
Andre årsaker	3	1	8	2	11	3
<b>Sum</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>51</b>	<b>22</b>

Kommentar:

- Fallskader er årsak til nesten halvparten av meldinger under kategori 4, og årsak til mer enn 1/3 av § 3-3-meldinger innenfor denne kategorien
- Komplikasjoner til kirurgiske inngrep er nest hyppigste årsak til § 3-3-meldinger innen hendelser av kategori 4

**Tabell 7: Fallskader meldt til kvalitetsutvalget**

	<b>&lt; 70 år</b>	<b>70 - 80 år</b>	<b>&gt; 80 år</b>	<b>kl.19-08</b>	<b>Kjent risiko</b>	<b>Uhell</b>	<b>§3-3</b>
SHN	1/8	2/8	5/8	3/8	5/8	3/8	4/8
SHL	5/17	3/17	9/17	7/17	12/17	5/17	4/17
HNT	6/25	5/25	14/25	10/25	17/25	8/25	8/25

Kommentar:

- Fallskader var årsak til 25 avviksmeldinger i 2008. Antall meldinger i 2007 var 26
- Hos 17 av de 25 pasientene forelå kjente risikofaktorer (demens, forvirring, nedsatt motorisk kontroll, dårlig syn)
- I ett tilfelle var fastvakt innleid, men uhellet inntraff etter at fastvakt hadde gått av vakt. I et annet tilfelle ble fastvakt innleid etter uhellet. I ett tilfelle ble det benyttet sengehest. I de øvrige 14 tilfellene er det ikke opplyst om forebyggende tiltak
- Hos 8 av de 25 pasientene oppstod fallet uten noen kjent risikofaktor, og er rubrisert som hendelige uhell
- 14 av de 25 pasientene var 80 år eller eldre
- Hos 10 av 25 inntraff fallet i tidsrommet 19 – 08 (kveld/natt)
- 8 av 25 fall resulterte i alvorlig skade (§3-3-melding). I 5 av disse hendelsene var pasienten > 80 år

**Tabell 8: Informasjonssikkerhet – kategori 6**

År	SHN	§3-3	SHL	§3-3	HNT	§ 3-3
2008	14	3	66	9	80	12
2007	29	2	82	7	111	9

Kommentar:

- Avvik knyttet til informasjonssikkerhet er en viktig årsak til hendelser som kan innebære risiko for pasientskade, og omfatter nesten 25% av alle meldinger til Kvalitetsutvalget
- Avvikene representerer flere årsaksforhold: rutine/prosedyresvikt, sviktende muntlig kommunikasjon, avvik ved elektronisk kommunikasjon og dokumentasjon, - herunder forveksling av pasientidentitet

**Tabell 9: Tidsforbruk i melderutinen**

Et tilfeldig utvalg meldinger tilsvarende 30% av alle behandlede saker er gjennomgått, med registrering av tidsbruk:

Tidsintervall	SHN	SHL	HNT
Antall meldinger	<b>29</b>	<b>73</b>	<b>102</b>
Hendelse - utfylt melding del 1	8,8 dager	8,7 dager	8,7 dager
Dato melding del 1 - mottak Kval.utv.	11,5 dager	15,7 dager	14,5 dager
Mottak Kval.utv. – innstill. til vedtak	4,5 dager	15,6 dager	12,5 dager
<b>Hendelse – innstill. til vedtak</b>	<b>24,8 dager</b>	<b>40,0 dager</b>	<b>35,7 dager</b>

Kommentar:

- Gjennomsnittlig tidsbruk i melde- og saksbehandlingsrutinen er registrert for 102 hendelser (ca. 30%), og viser tidsintervall i de ulike faser fra hendelsen oppstod frem til Kvalitetsutvalgets innstilling til vedtak foreligger. I hendelser som er meldepliktige i henhold til §3-3 i Lov om spesialisthelsetjenesten påhviler det Kvalitetsutvalgets sekretariat å sørge for at meldingen blir oversendt til Helsetilsynet innen to måneder regnet fra det tidspunkt avviket ble oppdaget, selv om saksbehandlingen ikke er avsluttet.

**Tabell 10: Hvem melder?**

Hvilke fagpersoner har utfylt meldingens del 1?

Fagbakgrunn	SHN	SHL	HNT
Sykepleier	18	48	66
Lege (turn.kand, ass.l.,overl.)	9	14	23
Adm. personell	1	7	8
Annet personell	1	4	5
Sum	29	73	102

### 2.3. Avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen

Basisavtale for samhandling ble utviklet i samarbeid mellom kommunene og sykehusene i Nord-Trøndelag i 1997, og er etter siste revisjon i 2006 gyldig frem til 31/12-2010. Avtalen har først og fremst fokus på samhandling mellom tjenesteyterne, slik at pasientens interesser kan bli godt ivaretatt. Avtalen gjelder i forholdet mellom Helse Nord-Trøndelag og alle de 27 kommunene som regelmessig benytter sykehustjenester i vårt fylke. Ved en enkel avviksrapportering dokumenteres enkelthendelser som viser tilbake til avtalens sentrale punkter, slik at aktørene kan vurdere på hvilke områder samhandlingen kan forbedres. Avtalen har fått økt oppmerksomhet gjennom den nasjonale rammeavtalen for samhandling, inngått mellom Helsedepartementet og KS i juni 2007.

I 2008 er det til Kvalitetsutvalget i alt meldt 133 avvik med grunnlag i Basisavtalen. Dette er på samme nivå som i 2007, da det samlede antallet var 131, mens antallet i 2006 var 86. Meldingene fordeler seg slik:

Fra kommunene til SHN	46 meldinger (12 kommuner, 2 rehab.inst.)
<u>Fra kommunene til SHL</u>	<u>54 meldinger (10 kommuner, 3 rehab.inst.)</u>
<u>Fra kommunene til HNT</u>	<u>100 meldinger (19 kommuner, 3 rehab.inst.)</u>

#### Kommentar

- Rehabiliteringsinstitusjonene i Nord-Trøndelag har fra høsten 2008 tiltrådt de grunnleggende prinsippene i Basisavtalen, og melder avvik på samme grunnlag som kommunene. For 2008 er det i løpet av 2. halvår i alt sendt 14 meldinger fra 3 institusjoner

Fra SHN til kommunene	6 meldinger (6 kommuner) (2007: 11 meldinger)
<u>Fra SHL til kommunene</u>	<u>27 meldinger (8 kommuner) (2007: 9 meldinger)</u>
<u>Fra HNT til kommunene</u>	<u>33 meldinger (13 kommuner) (2007: 20 meldinger)</u>

#### Kommentar

Antall meldinger fra sykehus til kommune har gått ned ved Sykehuset Namsos, men er betydelig økt ved Sykehuset Levanger.

**Tabell 11: Årsak til avviksmeldinger fra kommune/rehab.inst. til sykehus**

<u>Årsak</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>HNT</u>
1. Manglende epikrise, svikt i planlegging/kommunikasjon	25	27	52
2. Uklar/mangelfull informasjon (også vedr. medisinerbruk)	7	8	15
3. Resept/nødv. medikamenter manglet ved hjemkomst	8	9	17
4. Tidsp. for utreise ikke oppgitt	3	1	4
5. Feil navn/adresse i epikrise/ Poliklinikknotat	2	4	6
6. Planlegging av transport	1	2	3
7. Annet	0	3	3
<b>Sum</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Tabell 12: Årsak til avviksmeldinger fra sykehus til kommune**

<u>Årsak</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>HNT</u>
1. Ikke etabl. tilbud innen <u>avtalt frist</u>	<u>1</u>	<u>22</u>	<u>23</u>
2. Ikke tilfredsstillende opp- <u>lysn. v. innleggelse</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
3. Sviktende samhandl. ved <u>overføring av pasient</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
<b><u>Sum</u></b>	<b><u>6</u></b>	<b><u>27</u></b>	<b><u>33</u></b>

## 2.4. Klager, besværelser og spørsmål

Klager, besværelser og spørsmål har flere veier inn til helseforetaket:

- Fra pasient/pårørende direkte til aktuell avdeling eller foretakets ledelse
- Via Pasientombudet til helseforetaket
- Via Helsetilsynet til helseforetaket
- Via andre eksterne instanser til helseforetaket

Omfanget av klager kan være bestemt av flere forhold:

- Kvaliteten i tjenesten
  - Befolkningens generelle kunnskap om pasientrettigheter
  - De enkelte avdelingens medvirkning til at pasienter får tilstrekkelig informasjon om, og medvirkning i den helsehjelpen som blir gitt
- Ikke sjelden oppstår klager som følge av mangelfull informasjon, urealistiske forventninger eller misforståelser

### Nye klagesaker/besværelser/spørsmål behandlet i 2008 (2007 i parentes)

<u>Avsender</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>Totalt</u>
<u>Pasient/pårørende</u>	<u>6 (5)</u>	<u>8 (18)</u>	<u>14 (23)</u>
<u>Pasientombud</u>	<u>3 (1)</u>	<u>12 (11)</u>	<u>15 (12)</u>
<u>Helsetilsynet</u>	<u>4 (0)</u>	<u>1 (0)</u>	<u>5 (0)</u>
<b><u>Sum</u></b>	<b><u>13 (6)</u></b>	<b><u>21 (29)</u></b>	<b><u>34 (35)</u></b>

Kommentar:

I 3 tilfelle er det behandlet klage både med grunnlag i direkte henvendelse fra pas./påørende, og ved oppfølgende behandling av Helsetilsynet.

## Nye hendelsesbaserte tilsynssaker opprettet i 2008 (2007 i parentes)

<b>Grunnlag</b>	<b>SHN</b>	<b>SHL</b>	<b>HNT</b>
Klage/besværelser	5 (12)	18 (22)	23 (34)
Avviksmelding etter § 3-3 (1)	3 (4)	1 (3)	4 (7)
<b>Sum</b>	<b>8 (16)</b>	<b>19 (25)</b>	<b>27 (41)</b>

Kommentar:

- I 2 av de fire tilfellene som er opprettet med grunnlag i § 3-3-melding, er det også fremmet klage som grunnlag for tilsynssak

## Gjennomsnittlig tidsbruk i behandling av klagesaker/tilsynssaker

<b>Grunnlag</b>	<b>SHN</b>	<b>SHL</b>	<b>HNT</b>
Klage mottatt - svar fra HNT	40 dager (5)	70 dager (19)	63 dager (24)
Tils.sak mottatt – svar fra HNT	37 dager (8)	40 dager (17)	39 dager (25)
Svar fra HNT – avsluttet Helsetils.	96 dager (4)	143 dager (4)	119 dager (8)
Svar fra HNT – ikke avsl. Saker	113 dager (4)	91 dager (12)	96 dager (16)

Kommentar:

- Antall saker i parentes
- For 16 ikke avsluttede tilsynssaker rettet mot Helse Nord-Trøndelag er tidsintervallet regnet fra dato for avgitt svar fra helseforetaket, foreløpig frem til 31/12-08

## Avdelingsvis fordeling av hendelsesbaserte tilsynssaker 2008:

<b>Avdeling/klinikk</b>	<b>SHN</b>	<b>SHL</b>	<b>HNT</b>
Psyk. klinikk	0	1	1
Ortopedisk avd.	1	1	2
Kirurgisk avd.	3	3	6
Barneavd.		1	1
Gyn/fødeavd.	1	3	4
Med.avd.	2	3	5
Akuttmed.avd.	0	3	3
Andre	1	2	3
<b>Sum</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>25</b>

## 2.5. Erstatningssaker (NPE) 2008

Saker opprettet med grunnlag i henvendelser fra pasient/pårørende til Norsk pasientskadeerstatning har vist en jevnt økende tendens t.o.m. 2006, mens saksmengden fra Helseregion Midt-Norge gikk ned med 7% i 2007.

<u>NPE-saker</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>HNT</u>
	<b>87 (60)</b>	<b>60(38)</b>	<b>147 (98)</b>

Kommentar:

- Antall saker i 2007 er oppgitt i parentes, og viser at antall saker er betydelig økt fra 2007 til 2008. Samlet antall saker i 2006 var 110
- Medholdsandelen i Helse Midt-Norge i 2007 var 34,7%, nasjonalt 32,4%

### NPE-saker fordelt på avdelinger i 2008

<u>Avdeling</u>	<u>SHN</u>	<u>SHL</u>	<u>HNT</u>
Ortopedisk avd.	32	21	53
Kirurgisk avd.	29	6	35
Medisinsk avd.	10	8	18
Psykiatrisk avd.	0	3	3
Gyn/Fødeavd.	5	5	10
Barneavd./BUP	0	5	5
Nevrol. avd.	5	0	5
<u>Andre</u>	<u>6</u>	<u>12</u>	<u>18</u>
<u>Sum</u>	<u>87</u>	<u>60</u>	<u>147</u>

Kommentar

- Ved SHN gjelder ortopedi og bløtkirurgi samlet ca. 70% av nye NPE-saker
- Ved SHL gjelder ortopedi og bløtkirurgi samlet ca. 59% av nye NPE-saker
- I HNT gjelder ca. 60% av nye NPE-saker de kirurgiske fagområdene

## 2.6. Pasientsaker – omfang i 2008

Eksterne og interne avvikshendelser, klagesaker, tilsynssaker og erstatningssaker er ofte knyttet sammen ved at en hendelse som i første runde utløser avviksmelding, i neste omgang kan bli fulgt av både klagesak, tilsynssak og erstatningssak. Saksmengden på foretaksnivå er betydelig:

Avviksmeldinger til Kval.utvalget	328
Avviksmeldinger beh. internt i klinikker	711
Avviksmeldinger rel. til Basisavtalen	133
Klager, spørsmål	34
Tilsynssaker (hendelsesbasert)	27
<u>NPE-saker</u>	<u>147</u>
<u>Sum pasientsaker</u>	<u>1 380</u>

## 2.7. Internrevisjoner og tilsynsbesøk 2008

### Internrevisjoner

Det er i løpet av året utført følgende internrevisjoner i henhold til Tilsynslovens §3, forskrift om internkontroll for helse, miljø og sikkerhet m.v.

• Med.tekn. utstyr	3 revisjoner
• Smittevern	1 revisjon
• Psyk. klinikk	2 revisjoner
• Barne- og familieklinikken SHL	1 revisjon
• Med. klinikk SHL	1 revisjon
• Transfusjonsrutiner SHL	1 revisjon
• Kir. klinikk SHL	1 revisjon
• <u>Avd. for laboratoriemedisin SHL</u>	<u>5 revisjoner</u>
<b>Sum</b>	<b>15 revisjoner</b>

I tillegg er det utført **risikovurdering vedr. smittevern** i samarbeid mellom smittevernrådgiverne og arbeidstilsynet, samt **risikovurdering vedr. ambulansetjenesten** i samarbeid mellom Akuttmedisinsk avd. og Kvalitetsavdelingen.

Det er også utført **4 andrepartsrevisjoner** fra HNT mot rehabiliteringsinstitusjonene på Høylandet, Inderøy, Skogn og Meråker.

### Eksterne revisjoner/systemtilsyn i 2008

- Stjørdal Brannvesen: tilsyn med brannsikkerhet DPS Stjørdal
- Nærøy brannvesen: tilsyn med brannsikkerhet DPS Nærøy
- Levanger Brannvesen: tilsyn med Brannsikkerhet SHL
- Helse Midt-Norge RHF: pasientforløp, Kir. klinikk SHL
- Dir. for samfunnsikkerhet og beredskap: tilfluktsrom SHL og SHN
- Helse Midt-Norge RHF: etterlevelse av kvalitetsindikator, Kir. klinikk SHN
- Helsetilsynet i NT: Psykiske lidelser hos voksne, DPS
- Mattilsynet, distr. Sør-Innherred: næringsmiddelhygiene, kjøkken SHL
- Statens strålevern: opplæring i strålevern HNT
- Helsetilsynet i NT: barn innlagt i sykehus
- Arbeidstilsynet: ”God vakt” – arbeidsmiljø i HNT
- Helse Midt-Norge RHF: håndtering av uønskede hendelser i HNT
- Mattilsynet, distrikt Namdal: næringsmiddelhygiene, kjøkken SHN
- Norsk akkreditering: akkrediteringskrav ALM
- Det Norske Veritas: sertifiseringskrav, Psyk. klinikk
- Helsetilsynet i Midt-Norge: Gynekologisk kreft SHN

### I årsmeldingen for 2007 ble det vist til to eksterne tilsyn av særlig interesse:

- Regionalt tilsyn med fokus på helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser
- Nasjonalt tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus

I rapport fra Helsetilsynets kartlegging vedr. helseforetakenes behandling av skademeldinger etter § 3-3 fremheves følgende vurderinger:

- Meldefrekvensen viser betydelige forskjeller i helseregionen mellom de enkelte helseforetak, og er særlig lav ved sykehusene i Møre og Romsdal
- Meldefrekvensen er raskt fallende

- Alle institusjonene har betydelig lengre saksbehandlingstid enn pålagt
- Det er i liten grad angitt i meldingene hvorvidt pasienten selv er informert om hendelser som har medført betydelig skade
- I mer enn 1/5 av hendelsene ble det ikke tatt stilling til forebyggende tiltak

Kvalitetsutvalget i HNT har i eget brev til Helsetilsynet og HMN gitt kommentarer til rapporten, herunder også påpekt faktiske feil i rapporten, men er for øvrig enig med Helsetilsynet i at flere av de forhold som er påpekt bør være grunnlag for nærmere diskusjon og samarbeid mellom helseforetakene i regionen.

**Kartleggingen av somatiske akuttmottak** som Helsetilsynet gjennomførte våren 2007 resulterte i brev datert 22/2-08 fra Helsedirektøren til alle helseforetak i landet, med påpekning av foretaksledelsens ansvar for å sikre forsvarlig drift, utforme målsettinger, dokumentere pasientgjennomstrømningen gjennom hensiktsmessige tiltak. Kvalitetsutvalget i HNT tok initiativ til dette og har i dialog med sentrale avdelinger utarbeidet en egen prosedyre: *"Mål og aktivitetsstyring i akuttmottak"*.

## 3. Vurderinger og kommentarer til kapittel 2

### 3.1. Utviklingstrekk ved pasientsaker

Meldekulturen i Helse Nord-Trøndelag har gjennom de siste årene hatt en positiv utvikling, først og fremst ved at **meldekategoriene** er blitt utvidet. Bevisstheten om hensikten med meldesystemet er også styrket, - det fremgår av mange meldinger at både den enkelte ansatte og avdelings/enhetsleder har fokus på mulige **læringseffekter**. Selv om det fra 2005 er registrert en nedgang i det samlede antall avviksmeldinger til Kvalitetsutvalget, har meldefrekvensen et **stabilt nivå fra 2007 til 2008**. Helse Nord-Trøndelag har høyere meldefrekvens av § 3-3-meldinger enn øvrige helseforetak i regionen (målt i forhold til utskrivninger). Dette må oppfattes som et kvalitetskriterium. Likevel er det grunnlag for å hevde at helseforetakets ansatte fortsatt har mulighet til ytterligere å forbedre behandlingen av uønskede hendelser, ved å

- melde flere hendelser
- analysere og dokumentere årsaksforholdet til hendelsen bedre
- forbedre informasjonen til pasient/pårørende
- sørge for raskere saksbehandling

#### **Tillitsskapende informasjon og saksbehandling?**

I forbindelse med flere alvorlige avvikshendelser i 2008 er det dokumentert at vurderingen av årsaks- og ansvarsforhold i enkelte saker ikke har vært god nok. Kvalitetsutvalget fastslår at utilfredsstillende behandling av alvorlige avvikshendelser representerer en betydelig tilleggsbelastning for pasient og pårørende. Slike hendelser kan også svekke tilliten både til den enkelte kliniske enhet og til helseforetaket som helhet. Dette gir helseforetakene en viktig utfordring sett på bakgrunn av brukernes økende kunnskapsnivå. God kommunikasjon, åpenhet og effektiv saksbehandling vil være avgjørende for å opprettholde tillit etter alvorlige avvikshendelser. Kvalitetsutvalget har derfor under utarbeidelse forslag til en forbedret prosedyre for behandling av alvorlige avvik.

### 3.2. Fallskader

Fallskader er en viktig avvikskategori. I 2008 ble det meldt 25 fall, herav ble 8 tilfelle meldt etter § 3-3. 17 av de 25 pasientene hadde veldefinert risiko for fallskade, men i 14 tilfelle ble det ikke dokumentert vurderinger av forebyggende tiltak. 14 av de 25 pasientene var 80 år eller eldre. Etter opprettelse av tilsynssak i 2008 er det igangsatt et arbeid for å utarbeide enhetlige rutiner knyttet til vurdering av risiko og forebygging av fallskader i Helse Nord-Trøndelag.

### 3.3. Komplikasjoner

Av 328 avviksmeldinger er 51 registrert under kategori 4. Ved siden av 25 fallskader er komplikasjoner til kirurgiske inngrep, fødsel, intubering og innleggelse av venflon årsak til 13 hendelser, hvorav 9 er vurdert meldepliktige til Helsetilsynet. Som i årsrapporten for 2007 kan en *konkludere at det bare er et begrenset antall komplikasjoner som meldes*, i forhold til hva en kunne forvente. Det er nok å vise til den tidligere omtalte kartleggingen ved Ahus, som bl.a. avdekket et betydelig antall sårinfeksjoner, i tillegg til alvorlige blødninger og decubitus som viktige komplikasjoner. Slike meldinger er nesten fullstendig fraværende i vårt avviksmateriale for 2008. Som påpekt tidligere er denne type avvik åpenbart en relevant problemstilling knyttet til begrepet ”kvalitetsrelaterte kostnader”.

### 3.4. Avvik knyttet til bruk av IT-verktøy

Elektronisk verktøy har for lengst gjort sitt inntog i helsetjenesten og vil i årene fremover få økt betydning for å effektivisere tjenestene. Samtidig viser det seg at avvikhendelser knyttet til elektronisk dokumentasjon oppstår i et bekymringsfullt og økende omfang. *Riktig nok er det totale antall meldte avvik i 2008 lavere enn i 2007 (80 - 111), men antall meldinger til Helsetilsynet etter § 3-3 er likevel høyere i 2008 (12 – 9).* Det dreier seg om flere årsaker, hvor mangelfull opplæring og brukerfeil, datatekniske problemer, systemmessige svakheter og mangelfulle prosedyrer er kjente faktorer. Det kan lett bli glemt at avvik knyttet til pasientdokumentasjon og pasientidentitet også vil innebære risiko for pasientsikkerheten, og det er sannsynligvis store mørketall knyttet til slike avvik. Det bør derfor være en viktig oppgave å få oversikt over omfanget av slike problemer og å sørge for erfaringsutveksling mellom helseforetakene på dette området. Kvalitetsutvalget har i 2008 i en ny henvendelse til Helse Midt-Norge påpekt dette.

### 3.5. Eksterne avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen

”Samhandling” er blitt et viktig tema i den helsepolitiske debatten. Henvisning av pasienter fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten og tilbakeføring av pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten er viktige faser i pasientforløpet. Erfaringen viser at svært mye av kvaliteten i helsetjenesten avhenger av god dialog og planlegging i disse fasene. For året 2008 ligger antall avviksmeldinger som er avgitt med grunnlag i samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunene på samme nivå som i 2007. Meldingene gir klar beskjed om hovedutfordringene i samhandlingen:

- av 100 meldinger fra kommunene gjaldt 67 manglende eller mangelfull kommunikasjon og planlegging ved overføring av pasienter fra sykehus. I tillegg gjaldt 17 meldinger manglende resept eller manglende nødvendige medikamenter ved utreise
- av 33 meldinger fra sykehusene gjaldt 23 manglende etablering av tilbud til pasienter innenfor avtalt frist for overføring, mens 9 meldinger gjaldt ikke tilfredsstillende opplysninger ved henvisning

*Det er fortsatt grunn til å påpeke at antall avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen bare representerer en liten andel av de tilfelle hvor samhandlingen svikter. Kunnskapen om Basisavtalen og hensikten med melderutinen må vedlikeholdes gjennom internt opplæring både i sykehus og kommuner.*

### 3.6. Klagesaker og tilsynssaker

For året 2008 er antall rene **klagesaker** 34 (tilsynssaker kommer i tillegg), - altså på samme nivå som i 2007. Helseforetaket har mottatt like mange saker direkte fra pasient/pårørende (14) som via Pasientombudet (15), mens Helsetilsynet har oversendt 5 klagesaker.

Det er i 2008 opprettet **25 hendelsesbaserte tilsynssaker**, som er vesentlig lavere enn i 2007 (41). De fleste tilsynssakene på dette grunnlaget er utløst ved klager fra pasient/pårørende eller Pasientombud. *Bare et fåtall tilsynssaker er opprettet med grunnlag i § 3-3-meldinger.* Dette kan oppfattes slik at avviksmeldinger etter § 3-3 i de fleste tilfelle enten er enkle å vurdere, eller er godt utredet. Det noteres også at Helsetilsynet i sin tilbakemelding på slike saker oftest tar meldingen til etterretning, men tar forbehold om evt. opprettelse av tilsynssak dersom det fremmes klage fra pasient eller pårørende.

Et viktig punkt ved klager og tilsynssaker er **tidsbruk i saksbehandlingen**. Det er derfor foretatt en gjennomgang som viser at Helse Nord-Trøndelag i de saker som er behandlet har hatt

et gjennomsnittlig tidsforbruk på 37-40 dager fra mottak av hendelsesbaserte tilsynssaker opprettet med grunnlag i klage fra pasient/ Pasientombud/Helsetilsyn til svar dato. Dette gir likevel ikke et fullstendig bilde av samlet tidsbruk, etter som Helsetilsynets gjennomsnittlige saksbehandlingstid gjennomsnittlig er vesentlig lengre. Internt i helseforetaket er det særlig responstiden i den enkelte kliniske enhet som er lang, og i mange tilfelle viser det seg at saker må behandles i flere runder på grunn av manglende opplysninger i første omgang. *En viktig konklusjon er derfor at de kliniske virksomhetene i alvorlige saker kan bidra til kortere saksbehandlingstid ved å fremskaffe journaldokumentasjon og uttalelser fra involvert personell allerede i første fase av saken.*

### **3.7. Erstatningssaker**

Antall nye saker i 2008 er noe høyere enn i 2007. I 2006 var det registrert 110 nye NPE-saker, - i 2007 98 saker og i 2008 er antallet steget til 148. Det må fortsatt påregnes at antall saker vil øke i årene som kommer. I tidligere år har andelen medholdssaker ligget omkring 33-35%. Tallene for 2008 vil først foreligge noe senere, etter som bare et lite antall nye NPE-saker er avsluttet i 2008.

Som i tidligere årsmeldinger kan en feste oppmerksomhet ved at avviksmeldinger fra de kirurgiske virksomhetene ligger vesentlig lavere enn antall NPE-saker: de to kirurgiske klinikkene i Levanger og Namsos meldte i 2008 totalt 66 avvik, mens antall nye NPE-saker knyttet til disse avdelingene var 88. Dette kan oppfattes slik at en del uønskede hendelser kanaliseres direkte som erstatningssaker.

#### 4. Årsrapport 2008 fra Pasientombudet

Det er naturlig for Kvalitetsutvalget å vurdere sitt erfaringsgrunnlag opp mot Pasientombudets. I årsrapporten for 2008 opplyser Pasientombudet at antall *henvendelser* er noe lavere enn i 2007, mens antall *saker* er noe høyere enn foregående år. Saksgrunnlaget for henvendelsene fordeler seg slik:

- 363 henvendelser (mot 398 i 2007)
- 291 forespørsler (mot 337 i 2007)
- 72 saker (mot 61 i 2007)

Av de 72 sakene Pasientombudet har behandlet i 2008 gjelder i alt 36 Helse Nord-Trøndelag, herav 22 knyttet til SHL og 14 til SHN. Kommunehelsetjenesten blir også underlagt Pasientombudsordningen fra 1/9-2009. I 2008 behandlet Pasientombudet 12 saker vedr. kommunehelsetjenesten.

Pasientombudet peker på at *brudd på retten til informasjon, medvirkning og samtykke* er hyppigste årsaker til at pasienter henvender seg (22% av alle henvendelser). Dernest kommer *brudd på retten til nødvendig helsehjelp* (15% av alle henvendelser)

Flere saker er av prinsipiell karakter. I årsrapporten setter Pasientombudet fokus på

1. Personvernet i helsetjenesten
2. Aktivitetsstyring i Mottakelsesavdelingen ved Sykehuset Levanger
3. Utilstrekkelig læring av avvik, feil og svikt
4. Brudd på individuell behandlingsfrist
5. Mangelfull samhandling og uklare ansvarsforhold mellom tjenesteytere

1. Pasientombudet uttrykker skepsis til innføringen av **elektronisk behandling av pasientdokumentasjon** og viser til eksempler på at helsepersonell i enkelte tilfelle urettmessig skaffer seg innsyn i pasientjournaler. Kvalitetsutvalget er vel kjent med at slike tilfelle har forekommet og trolig fortsatt vil forekomme, men vurderer at dette ikke representerer et økende problem. Det er grunn til å hevde at personvernet er bedre sikret i dagens helsevesen enn i papirjournalenes tidsalder, bl.a. ved at det elektroniske systemet registrerer en logg over alle som har vært inne i pasientjournalen, og ved at ikke-autorisert innsyn i pasientjournalen nå blir gjort straffbart.

I 2002 gjennomførte helseforetaket en risikovurdering av papirjournal og i 2003 tilsvarende risikovurdering for elektronisk pasientjournal. Konklusjonen ved Risikovurderingen av papirjournal var: *"For 4 av 6 uønskede hendelser oppgis bruk av EPJ som et mulig risikoreduserende tiltak. Det vil si at bruk av elektronisk pasientjournal, inkludert nødvendige sikkerhetstiltak som for eksempel personlig passord, vil fjerne eller redusere risikoen ved disse hendelsene vesentlig"*.

Kvalitetsutvalgets bekymring er i større grad rettet mot de øvrige problemene ved elektronisk pasientdokumentasjon: mangelfull driftsstabilitet, brukerfeil, systemsvakheter og mangelfulle prosedyrer, slik de tidligere er omtalt i årsrapporten.

2. Pasientombudet fastslår at **aktivitetsstyringen i Mottakelsesavdelingene** er ikke god nok. Dette gjelder så vel Helse Nord-Trøndelag som et flertall av andre norske sykehus, slik det også fremgår av Helsetilsynets landsomfattende virksomhetstilsyn våren 2007, oppsummert i en rapport i mars 2008. Helsedirektøren viser til de funn som er beskrevet i rapporten og har henstilt til alle helseforetaksledere å utarbeide og iverksette retningslinjer for å oppnå bedre styring med pasientlogistikken.

Helse Nord-Trøndelag har foretatt en grundig intern diskusjon av de utfordringene Mottakelsesavdelingene har. Det er utarbeidet en egen prosedyre som fastsetter mål og retningslinjer for aktivitetsstyring for Mottakelsesavdelingene. Prosedyren ble gjort gjeldende i mai 2008. Akuttmottakene ved sykehusene i Namsos og Levanger er gjennom denne prosedyren pålagt å forsterke samarbeidet med de somatiske avdelingene og skal rapportere utviklingstrekk ved driften, bl.a. dokumentert gjennom løpende registrering av ventetider. Akuttmottakenes utfordringer er imidlertid ikke bare knyttet til interne samarbeidsrutiner, - det er i like stor grad et spørsmål om hvordan de kliniske enhetene samhandler med leger i andre sykehus og leger i primærhelsetjenesten for å oppnå bedre styring av pasientstrømmen inn til sykehusene.

3. Pasientombudets årsrapport setter spørsmål ved **ansattes evne og vilje til å lære av feil**, og knytter dette til omtalen av uønskede hendelser ved Sykehuset Levanger.

Kvalitetsutvalget ser det som sin fremste oppgave fortsatt å arbeide for en aktiv og åpen meldekultur, og har i kjølvannet av flere alvorlige avvikhendelser i 2008 tatt initiativ til en grundig debatt i foretaksledelsen med basis i et forslag til en forbedret prosedyre som tydeliggjør mål, ansvar og arbeidsform ved slike hendelser. Hensikten med prosedyren er formulert slik: *"Behandlingen av alvorlige avvikhendelser skal gjennomføres på en slik måte at pasientens rettigheter blir oppfylt, læringseffekter klarlagt, og sannsynligheten for nye avvik redusert, uten unødig tidstap. Åpenhet, god kommunikasjon og effektiv saksbehandling skal bidra til å skape tillit mellom pasient/pårørende og Helse Nord-Trøndelag"*. Den gjenstående utfordringen består i å gjennomføre disse viktige målsettingene.

4. **Individuell behandlingsfrist** har vært gjenstand for mye oppmerksomhet siden innføringen av ordningen i september 2004. Til tross for at retningslinjene er klare ser vi eksempler på avvikende praksis. Pasientombudet viser til at brudd på individuell behandlingsfrist kan bli *forbåndsvarslet, uten at pasienten får bistand* til å finne et alternativt tilbud før fristen er utløpt. En slik praksis kan skyldes flere forhold:

- at svarrutinen for henvisninger ikke blir praktisert etter gjeldende retningslinjer, slik at informasjon om pasientrettigheter ikke følger med i tilbakemeldingen
- at kunnskaper om lovverk og forskrift er mangelfull blant personalet
- at kommunikasjonen mellom pasient og ansvarlig avdeling er for dårlig

NAV pasientformidling sender jevnlig ut landsoversikter og regionale oversikter over behandlede fristbruddsaker. I rapporten for perioden 1/5 – 1/9 2008 er det opplyst at det på nasjonalt nivå var registrert 747 fristbrudd. Helse Midt-Norge RHF hadde 120 brudd som fordelte seg slik:

• Helse Nord-Trøndelag	3
• Helse Nordmøre og Romsdal	9
• Helse Sunnmøre	60
• Rusbehandling Midt-Norge	2
• St. Olavs Hospital	46

Den foranstående oversikten viser at *antall registrerte fristbrudd* i Helse Nord-Trøndelag er svært lavt. Dette kan nok delvis forklares ved at en del fristbrudd ikke blir registrert, - men det samme forholdet gjelder sannsynligvis alle helseforetak. Et viktig spørsmål vil være: *hvordan kan vi kvalitetsforbedre mottaks/saksbehandlingsrutinene og svarrutinene for pasienthenvisninger?* Helse Nord-Trøndelag arbeider for tiden med et "inntaksprosjekt" En viktig målsetning ved dette prosjektet er å oppnå samordnede mottaksenheter for

henvisninger ved begge sykehus, hvor personalet vil kunne utvikle og opprettholde høy kompetanse i denne viktige oppgaven.

5. Pasientombudet viser i sin årsrapport til at målet om **en helhetlig helsetjeneste** foreløpig er fjernt fra virkeligheten, og beskriver eksempler på pasientforløp som viser dette. I sine kommentarer viser han til at begrepet ”den sømløse helsetjenesten” bare fremstår som ”fine ord og keiserens nye klær”.

Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag har også som sin oppfatning at det er rom for betydelig forbedring av samhandlingen mellom aktører i helsetjenesten, - på alle nivå, mellom nivåene, mellom alle profesjoner o.s.v. Dette fremgår bl.a. av den løpende registreringen av avvik som er forankret i samarbeidsavtalen mellom kommuner og sykehus i Nord-Trøndelag. Dette har jo en hensikt: ved å dokumentere avvik og gjøre dem kjent for samarbeidsinstanser er det underliggende motivet et ønske om forbedring. Innretningen mot saklig kommunikasjon og dialog under henvisning til avtalte spilleregler er uttrykk for troen på at ”det nytter”. Det er ikke lett å se hva alternativene skulle være.

## 5. Anbefalinger

Kvalitetsutvalget har i sin virksomhet påpekt viktige forbedringsområder. Det finnes tallrike eksempler som viser at vi fortsatt har mye å lære. Det viktigste er at læringen får nødvendig oppfølging blant ledere på alle nivå. Det er flere oppgaver som må ivaretas:

- Å bidra til at brukere generelt får bedre kunnskap om sine rettigheter
- Å vedlikeholde kunnskapen om pasientrettigheter og helselovgivningen for øvrig blant alle medarbeidere
- Å opprettholde en tett dialog med eksterne samarbeidsinstanser for å ivareta ønsket om en sammenhengende helsetjeneste
- Å registrere, analysere og dokumentere uønskede hendelser og bruke dem aktivt til læring

Innenfor det store feltet av ”pasientsaker” og avvikskategorier ser Kvalitetsutvalget noen hovedutfordringer:

- Rutiner/prosedyrer ved forordning og administrering av medikamenter
- Forebygging av fallskader
- Registrering av komplikasjoner, - herunder infeksjoner
- Forbedre sikkerheten ved bruk av elektroniske verktøy
- Kvalitetssikring av rutiner ved mottak og utskrivning av pasienter
- Sterkere fokus på pasientopplevd kvalitet ved egne brukerundersøkelser

Foretaksledelsen forelegges med dette Kvalitetsutvalgets årsrapport til behandling.

Vedlegg: Årsrapport vedr. avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen

Administrerende direktør

Kvalitetsutvalget v/ Leder

<b>Vår ref.:</b>	<b>Deres ref.:</b>	<b>Arkiv:</b>	<b>Dato :</b>
2008/286 - 2158/2009		012	27.01.2009

### **Årsrapport avviksmeldinger - Basisavtalen 2008**

Rapport over avviksmeldinger i forbindelse med Basisavtale for samarbeid mellom kommunene og sykehusene i HNT for 2008.

Det er totalt meldt 133 avvik iht Basisavtalen i 2008. I 2007 ble det meldt 131, altså en økning på 2. 52 av de 133 meldingene er sendt til/fra Sykehuset Namsos og 81 til/fra Sykehuset Levanger. Det er flest meldinger fra kommunene til sykehusene; 100. 46 er sendt til Sykehuset Namsos og 54 til Sykehuset Levanger. Det er kun sendt 33 avviksmeldinger fra sykehusene til kommunene. 6 er sendt fra Sykehuset Namsos og 27 fra Sykehuset Levanger.

I meldingene fra kommune til sykehusene er det spesielt to forhold som går igjen; manglende skriftlig informasjon ved overføring av pasient og nødvendige medikamenter eller resepter mangler.

I meldingene fra sykehusene til kommunene er det hyppigst meldt på pkt 4; kommunen ikke etablert tilbud innen avtalt frist.

Statistikken er delt i fire deler:

- Avviksmeldinger – Basisavtalen: Meldt fra kommunene til Sykehuset Namsos
- Avviksmeldinger – Basisavtalen: Meldt fra Sykehuset Namsos til kommunene
- Avviksmeldinger – Basisavtalen: Meldt fra kommunene til Sykehuset Levanger
- Avviksmeldinger – Basisavtalen: Meldt fra Sykehuset Levanger til kommunene

Statistikken gir en oversikt over meldeinstans, hvilke enheter som er adressater for avvik og type avvik relatert til Basisavtalens punkter. Intensjonen med denne type avviksmelding er å forbedre samhandlingen omkring pasienten mellom den enkelte sykehusenhet/sykehus og kommunen. Mottaker av et avvik gis en anledning til å vurdere om det er grunnlag for å endre praksis. Kvalitetsutvalget vurderer ut i fra samlet statistikk om det er noe på systemnivå som bør endres.

Rapporter og statistikk finnes på HNT's internettsider under Samhandling.

Saksbehandler: Arnhild Jacobsen

Kopi:  
Øivind Stenvik  
Tor Ivar Stamnes

Informasjonssjef Trond skillingstad