

Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten - en oppsummering fra oppstartsfasen i perioden 1. juli- 30.nov 2012

Notat fra Kunnskapsenteret
Desember 2012

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

www.kunnskapssenteret.no

Notat: ISBN 978-82-8121-502-3

desember 2012

Tittel	Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten- en oppsummering fra oppstartsfasen i perioden 1. juli- 30.nov 2012
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Saastad, Eli, forsker, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> , Flesland, Øystein, prosjektleder, <i>seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> , Lindahl, Anne Karin, avdelingsdirektør, <i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
ISBN	978-82-8121-502-3
Notat	Desember – 2012
Prosjektnummer	999
Publikasjonstype	Notat
Antall sider	9
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet
Emneord (MeSH)	Medication errors, patient safety, disclosure
Sitering	Saastad, E., Flesland, Ø., Lindahl, A.K. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten- Kort oppsummering fra oppstartsfasen i perioden 1. juli- 30.nov 2012. Notat 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oslo, desember 2012

Hovedfunn

Meldeordningens første fem måneder i drift har vist en økning i antall meldinger sammenlignet med antall meldinger som kom til meldesentralen i Statens helsetilsyn. Dette er en forventet og ønsket økning, fordi det var antatt å være en underrapportering i det gamle systemet.

Meldingsmønsteret synes å være endret i forhold til tidligere ved at omfang av meldinger som *ikke* har medført betydelig pasientskade har økt.

Resultatene som presenteres i dette notatet må betraktes som et foreløpig bilde av frekvensen av uønskede hendelser. Alle innmeldte hendelser er ikke ferdigbehandlet, ettersom det mangler tilstrekkelig informasjon for å klassifisere hendelsene. Det er ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner ut fra meldingene som er klassifisert. De foreløpige resultatene er derimot et utgangspunkt for videre arbeid, særlig med tanke på å gå i dybden på områder hvor vi ser mulige forbedringsområder.

Med unntak av hendelsens alvorlighetsgrad og meldinger om antall fall, er det ikke mulig å sammenligne resultatene fra gammel og ny ordning. Klassifiseringssystemene i gammel og ny ordning er ikke identiske, da den nye meldeordningen har mer detaljerte systemer for klassifisering enn den tidligere ordningen. Dette gir bedre muligheter for grundige analyser på en rekke områder.

Meldeordningen er i en start- og utviklingsfase. I tett samarbeid med regionale og lokale helseforetak, jobbes det kontinuerlig med å justere og utvikle løsninger på mange plan; IKT, struktur av arbeidsformer internt i meldeordningen, mellom meldeordningen og helseforetakene, i tilbakemeldingene til melder og annen utadrettet virksomhet, samt utvikling av klassifiseringssystemene.

Introduksjon

Meldeordningen for uønskede hendelser

Spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om "betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade" [1]. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet i fylket 1. juli 2012. Hensikten med å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret var å skape et rendyrket system for læring og forbedring som ikke er koblet til sanksjonsmyndighet. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldingene skal ikke inneholde personopplysninger, verken om pasient eller helsepersonell.

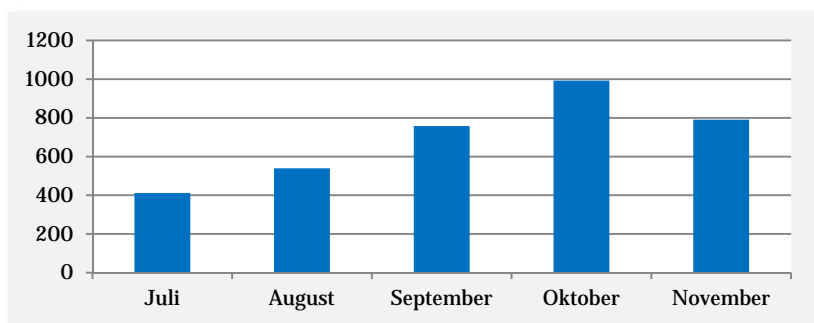
Kunnskapssenteret skal behandle meldinger om uønskede hendelser med sikte på å bidra til læring og forbedring internt i helseforetak eller annen spesialisthelsetjeneste. Kunnskapssenteret vil gi en tilbakemelding som kan inneholde råd og forslag til videre håndtering, men det er helsetjenesten selv som velger hvordan hendelsen videre skal følges opp.

Arbeidet med å lese og kommentere enkeltmeldinger gjøres av en tverrfaglig sammensatt gruppe av deltidsansatte saksbehandlere som har sin kliniske hovedstilling i spesialisthelsetjenesten. Kunnskapssenteret vektlegger at saksbehandlerne raskt skal kunne kjenne igjen de ulike situasjonene som meldingene beskriver. I tillegg til de deltidsansatte, er det fem personer som arbeider med meldeordningen i Kunnskapssenteret. Foruten å utføre administrative oppgaver skal disse kvalitetssikre og videreutvikle saksbehandling av enkeltmeldinger, drive forskning på aggregerte data og utarbeide læringsinformasjon til bruk på nasjonalt nivå.

Resultater

Antall meldinger

Meldeordningen har i løpet av fem måneders drift mottatt 3493 meldinger. Månedsvise fordeling er vist i figur 1. Basert på innkomne meldinger per d.d., vil meldeordningen motta i underkant av 10.000 meldinger per år. Helsetilsynet mottok årlig litt i overkant av 2000 meldinger [2]. Det synes derfor å være en fire-femdobling av antall meldinger.



Figur 1: Månedlig antall meldinger til meldeordningen i perioden juli-november 2012. N=3493

Alle helseforetak sender meldinger. Notatet inneholder ikke opplysninger om fra hvilke helseforetak meldingene er kommet.

Klassifikasjon av hendelsene

Ved utgangen av november er 1592 av 3493 meldinger klassifisert. Meldinger klassifiseres etter ulike systemer:

- Standardisert rammeverk for pasientsikkerhetsarbeid utarbeidet av WHO [3]
- Legemiddelasosierte hendelser klassifiseres etter et system utarbeidet av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. I tillegg klassifiseres disse hendelsene i rammeverket fra WHO.
- Alvorlighetsgrad av skade på pasient klassifiseres etter Global Trigger Tool (GTT) [4] og etter WHO-rammeverket [3]

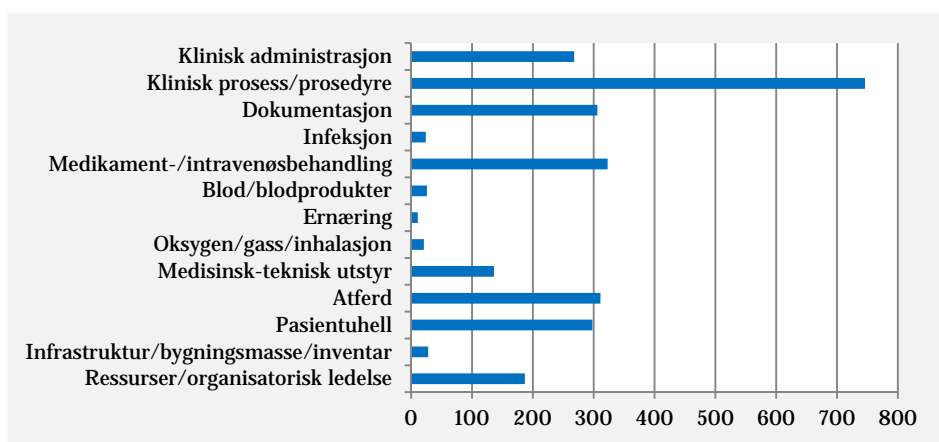
Klassifisering etter WHO's rammeverk

Hendelsene klassifiseres i følgende 10 kategorier:

- a) Hendelsestype

- b) Pasientutfall
- c) Pasientkarakteristikk
- d) Hendelseskarakteristikk
- e) Faktorer som medvirket til at skaden skjedde
- f) Organisatoriske utfall
- g) Oppdagelse/identifikasjon av hendelsen
- h) Skademodererende tiltak
- i) Kompensatoriske tiltak
- j) Handlinger iverksatt for å redusere risiko for gjentakelse

Alle kategoriene har en rekke underkategorier. Hendelsene blir dermed grundig beskrevet. Som et eksempel presenteres i figur 2 de underkategoriene som faller inn under kategori a) Hendelsestypen. Én hendelse kan klassifiseres i flere kategorier.



Figur 2: Hendelsestyper klassifisert i underkategorier. N=1592

Kommentarer til noen av kategoriene under "Hendelsetyper"

Klinisk administrasjon

Innen klinisk administrasjon forekommer hendelser knyttet til manglende pasientidentifikasjon, svikt i samhandling mellom ulike avdelinger innenfor samme helseforetak og mellom ulike helseforetak hyppig. Det samme gjelder tilfeller hvor pasienter har ventet forholdsvis lenge uten legetilsyn ved øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Klinisk prosess/prosedyre

Som figur 2 viser, er det flest hendelser relatert til kliniske prosedyrer. Hendelsene inkluderer blant annet uklare prosedyrer, feilaktig utførelse av gjeldende prosedyrer, at prosedyrer ikke ble fulgt, samt uønskede hendelser ved operative inngrep.

Dokumentasjon

Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderer blant annet journalføring og at relevant dokumentasjon mangler eller er ufullstendig. Det er også registrert hendelser som gjelder forveksling av pasientdokumenter.

Medikament-/intravenøsbehandling

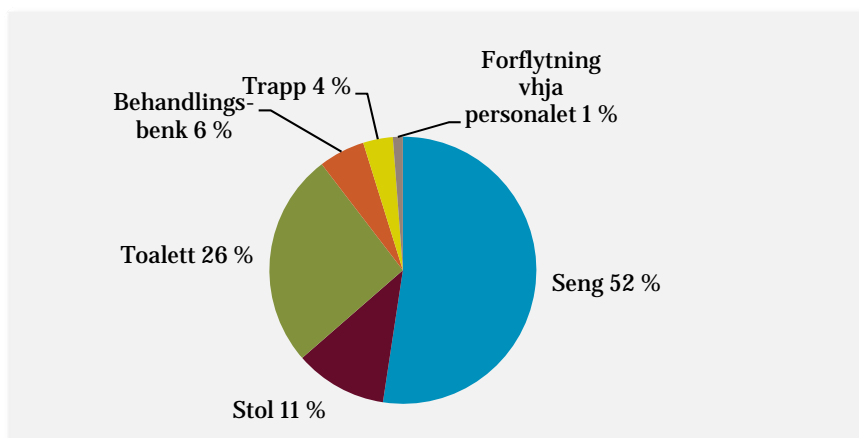
I 19 % av meldingene er det registrert feil knyttet til medikamentell-/intravenøs væskebehandling. Helsetilsynet brukte betegnelsen legemiddelfeil og hadde registrert at 14 % av hendelsene var legemiddelfeil. På grunn av litt ulik betegnelse av kategoriene, er det ikke mulig å si om dette er direkte sammenlignbare kategorier.

Atferd

Både helsepersonell og pasienter er inkludert i kategorien atferd, men nesten alle meldinger som er rapportert handler om truende atferd fra pasient til helsepersonell og til medpasienter.

Pasientuhell

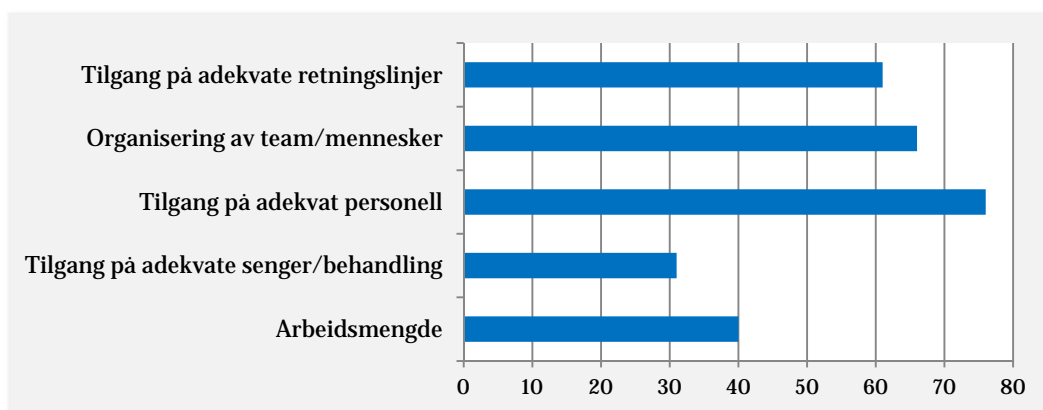
Blant sakene knyttet til pasientuhell, er fall den hyppigst forekommende hendelsen; 16 % av meldingene, versus 11 % i oppsummeringsmeldingen fra Helsetilsynet. Blant hendelsene knyttet til fall, fordeler hendelsene seg som beskrevet i figur 3. Fall fra seng og fra toalett forekommer hyppigst.



Figur 3: Fall klassifisert i undergrupper, n=251

Ressurser/organisatorisk ledelse

12 % av hendelsene er assosiert med tilgang på ressurser og organisering. Figur 4 viser antall hendelser registrert i underkategorier i denne hendelsestypen.

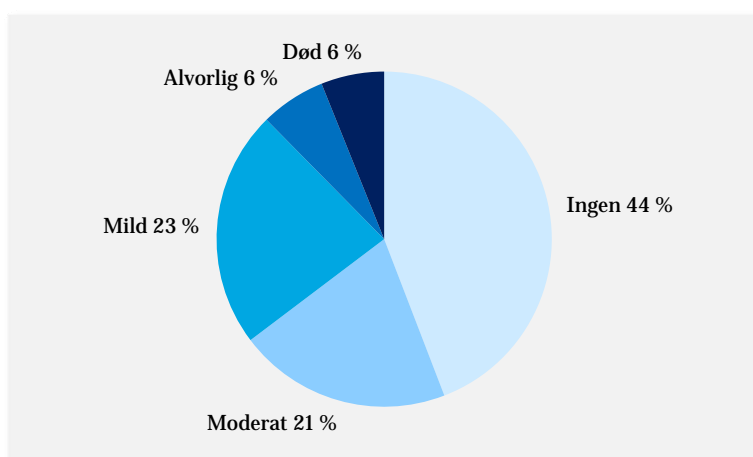


Figur 4: Antall hendelser knyttet til ressurser/organisatorisk ledelse, klassifisert i underkategorier, n=187

Denne kategorien inkluderer blant annet samtidighetskonflikter mellom ulike arbeidsoppgaver som oppstår i klinisk pasientarbeid, hvor forbedringspotensialet ligger i å tydeliggjøre prioriteringer i hastesituasjoner, samt situasjoner hvor planlagte inngrep må utsettes på grunn av kapasitetsproblemer.

Hendelsens alvorlighetsgrad

Lovteksten som regulerer meldeordningen definerer at meldeplikten gjelder uønskede hendelser som har ført til betydelig personskade eller som kunne ført til betydelig personskade [1]. Dette er identisk med hvordan Helsetilsynet klassifiserte meldingenes alvorlighetsgrad: 1) betydelig personskade og 2) forhold som kunne ha ført til betydelig personskade. I meldeordningen er "betydelig personskade" operasjonalisert i WHO-klassifikasjonen, og kategoriene "alvorlig" og "død" antas å ha samme meningsinnhold som "betydelig personskade". Resultater fra gammel og ny ordning når det gjelder alvorlighetsgrad kan således sies å være sammenlignbare. Fordeling av hendelsenes alvorlighetsgrad er vist i figur 4.



Figur 4: Klassifisering av alvorlighetsgrad av hendelsens skade på pasient, n=1592

Meldesentralen i Helsetilsynet rapporterte at 33 % av hendelsene var assosiert med betydelig personskaade, mens foreløpige tall fra meldeordningen i Kunnskapssenteret viser at 12 % av hendelsene var assosiert med betydelig personskaade. Det ser altså ut som om meldinger som ble sendt til Helsetilsynet var av mer alvorlig karakter enn de meldinger som Kunnskapssenteret har mottatt og hittil klassifisert. Meldeordningen mottar sannsynligvis meldinger om betydelig personskaade tilsvarende gammel ordning, men får i tillegg meldinger om "nesten-hendelser".

Meldeordningen tar sikte på å vurdere uønskede hendelser i et systemperspektiv. Meldeordningen vil rette oppmerksomhet mot å lære av alle uønskede hendelser for å unngå at liknende hendelser skjer igjen. Det ligger et stort læringspotensiale i å identifisere uønskede hendelser som ikke medførte pasientskaade, men som kunne ha gjort det. Analyse av skadeforebyggende tiltak, skademodererende tiltak for å minimere skadens effekt på pasienten, og at man undersøker hvorfor det *ikke* gikk galt, er vist å være viktige tiltak for å forhindre tilsvarende hendelser [5]. Dokumenterte effektive tiltak vil bli oppsummert og brukt i kunnskapsbaserte tilbakemeldinger til melderne og til helsetjenesten for øvrig.

Referanser

- 1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven); 2012.
 - 2 Meldesentralen - oppsummeringsrapport 2008-2011. Rapport fra Helsetilsynet: 2012.
 - 3 Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1. Technical Report:WHO/IER/PSP/2010.2. Geneva, World Health Organization, 2009.
 - 4 Griffin FA, Resar R. Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events.;IHI Innovation Series. Institute for Healthcare Improvement, 2009.
 - 5 Johnson CW. How will we get the data and what will we do with them? Issues in the reporting of adverse events. Quality & Safety in health care 2012;12:ii64-ii67.
- 6) Nettside for meldeordningen: www.melde.no