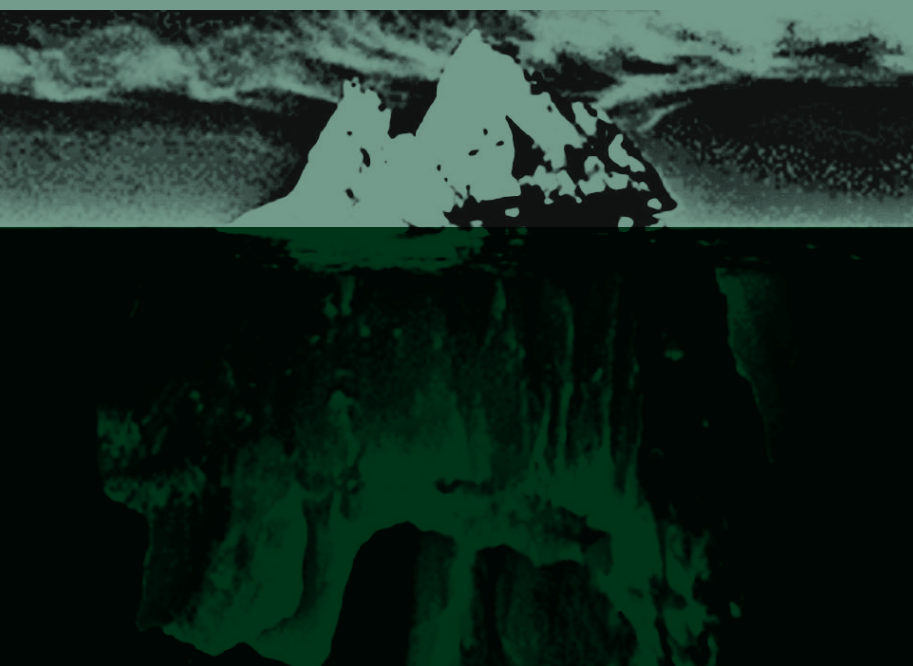


Meldesentralen – årsrapport 2005

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 1/2007

FEBRUAR
2007

Rapport fra Helsetilsynet 1/2007
Meldesentralen – årsrapport 2005

Februar 2007

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave).

Denne publikasjonen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og ombrekking: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
1 Innledning	7
2 Om meldeordningen	8
2.1 Hensikten med meldeplikten.....	8
2.2 Hva skal meldes	8
2.3 Om meldeskjema og registrering	8
2.4 Datamaterialet	9
2.4.1 Noen sentrale begrep	9
2.4.2 Feilkilder	9
3 Resultater.....	11
3.1 Datamateriale	11
3.2 Utviklingen 2001-2005	11
3.3 Meldinger med hendelsesdato i 2005.....	13
3.4 Avdelingsledelsens vurderinger	15
3.4.1 Avdelingsledelsens vurdering av årsaksforhold.....	15
3.4.2 Avdelingsledelsens vurdering ved feil bruk av legemidler	15
3.4.3 Avdelingsledelsens vurdering av meldinger som gjelder medisinsk utstyr ...	15
3.4.4 Avdelingsledelsens vurdering av pasientens rett til informasjon	15
3.4.5 Avdelingsledelsens konklusjon om årsaksforhold	16
3.5 Kvalitetsutvalgenes vurderinger	16
3.6 Helsetilsynet i fylkets behandling av meldingene.....	16
3.7 Unaturlig dødsfall	16
3.8 Betydelig personskade	17
3.9 Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	17
3.10 Fødsler.....	18
3.11 Blod	18
3.12 Psykisk helsevern.....	18
4 Helsetilsynets vurdering.....	20
Vedlegg 1 Meldinger registrert per 1. september 2006 fordelt på skadegrad på pasienten i forhold til forskjellige variabler.	22
Tabell 1. Antall meldinger	23
Tabell 2. Andel meldinger i forhold til skadegrad på pasienten.....	24
Tabell 3. Andel meldinger i forhold til type hendelse	25
Tabell 4. Antall og andel meldinger som gjelder feil bruk av legemidler.....	26
Vedlegg 2 Meldeskjema IK-2448.....	26
C'eahkkáigeassu.....	28
English summary.....	29

Tabellregister

Tabell 1	Andel meldinger med hendelsesdato i 2001-2004 i forhold til registreringstidspunkt. Alle meldinger registrert per 1. desember 2006.....	12
Tabell 2	Antall meldinger med hendelsesdato i 2001-2005 fordelt på skadegrad Alle meldinger registrert per 1. desember 2006	13
Tabell 3	Antall og andel meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på fagområde/avdeling hvor hendelsen fant sted. Alle meldinger registrert per 1. september 2006	14
Tabell 4	Antall meldinger med hendelsesdato i 2003-2005 fordelt på om det er opprettet tilsynssak, eller om det vurderes å opprette tilsynssak. Alle meldinger registrert per 1. desember 2006	16
Tabell 5	Antall meldinger med hendelsesdato i 2003-2005 som gjelder fødsler, fordelt på skadegrad og mor/barn. Alle meldinger registrert per 1. september 2006	18
Tabell 6	Antall meldinger med hendelsesdato i 2005 fra psykisk helsevern som gjelder selvpåførte skader. Alle meldinger registrert per 1. september 2006	19

Vedlegg 1

Tabell 1	Antall meldinger	22
Tabell 2	Andel meldinger i forhold til skadegrad på pasienten	23
Tabell 3	Andel meldinger i forhold til type hendelse	24
Tabell 4	Antall og andel meldinger som gjelder feil bruk av legemidler	25

Figurregister

Figur 1	Meldinger med hendelsesdato i 2001-2005 som har blitt registrert på forskjellige tidspunkter. Antall	13
Figur 2	Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på skadegrad. Prosent.....	14

Figur 3	Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på alder. Prosent.....	14
Figur 4	Meldinger om unaturlig dødsfall med hendelsesdato i 2005 fordelt på type hendelser. Prosent	16
Figur 5	Meldinger om betydelig personskade med hendelsesdato i 2005 fordelt på type hendelse. Prosent.....	17
Figur 6	Meldinger om forhold som kunne ført til betydelig personskade med hendelsesdato i 2005 fordelt på type hendelse. Prosent.....	17
Figur 7	Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på alder. Prosent.....	19
Figur 8	Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på kjønn. Prosent.....	19

Sammendrag

Fra 2001 til 2004 økte antall meldinger med 59 prosent. Økningen fra 2003 til 2004 var på 19 prosent, mens det har vært en nedgang på cirka 6 prosent fra 2004 til 2005.

Per 1. september 2006 var det registrert 1902 meldinger om hendelser som fant sted i 2005.

Cirka en tredjedel av meldingene (34 prosent) gjelder betydelig personskade mens over halvparten av meldingene (52 prosent) gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskade.

Det er registrert 191 meldinger om unaturlig dødsfall. I 51 prosent av disse meldingene er det registrert at dødsfall skjedde under utøvelse av helsehjelp, og i 26 prosent er dødsfallet registrert som følge av selvpåførte skader.

Sju prosent av meldingene omhandlet hendelser knyttet til fødsler. I 79 prosent av de meldingene som gjaldt fødsler, omhandlet hendelsen moren, og i 21 prosent omhandlet hendelsen barnet.

Bare én prosent av meldingene omhandlet hendelser knyttet til blod, blodprodukter og blodtransfusjon. Ingen av disse sakene gjaldt unaturlig dødsfall.

Fjorten prosent av meldingene omhandlet hendelser fra psykisk helsevern, og 63 prosent av disse gjaldt hendelser knyttet til selvpåførte skader, det vil si selvskading, selvmord og selvmordsforsøk.

Mange meldepliktige hendelser blir fortsatt ikke meldt. Åpenhet rundt uønskede hendelser, skader og nestenuhell og systematisk bruk av informasjon om disse er en forutset-

ning for et godt pasientsikkerhetsarbeid. Dette fordrer en god meldekultur, og at ledelsen fokuserer på og etterspør det systematiske arbeidet. Statens helsetilsyn vil understreke helseforetakenes ansvar for at den lovpålagte meldeplikten overholdes og fungerer etter hensikten. Det forventes videre at foretakene påser at informasjon til pasientene om skader og om Norsk pasientskadeerstatning (NPE) blir ivaretatt i tråd med pasientrettighetslovens bestemmelser.

Data fra Meldesentralen må tolkes med forsiktighet på grunn av feilkildene. Likevel, tross begrensningene, mener vi at meldingene gir nyttig informasjon som kan brukes i arbeidet med kvalitetsforbedring i og tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

1 Innledning

Spesialisthelsetjenesteloven¹ § 3-3 første ledd lyder slik:

§ 3-3. Meldeplikt til Helsetilsynet i fylket Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes 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 ha ført til betydelig personskade.

Statens helsetilsyns arbeid med Meldesentralen er basert på denne meldeplikten. Statens helsetilsyn har driftsansvar for databasen Meldesentralen. Helsetilsynet i fylkene foretar registreringen av meldingene som kommer fra spesialisthelsetjenesten.

Før 2001 var det en stor andel meldinger om hendelser med mindre eller ingen skade på pasient. Total antall meldinger gikk kraftig ned fra 2000 til 2001. Denne reduksjonen antas å henge sammen med at ny helselovgivning satte økt fokus på de mer alvorlige hendelser av pasientskade. De mindre alvorlige hendelsene skulle ikke rapporteres til Helsetilsynet, men ivaretas av helseinstitusjonenes internkontrollsystem.

Statens helsetilsyn har fra 1994 publisert årsrapporter for Meldesentralen.² I årsrapporten for 2004 gikk vi enda grundigere gjennom datamateriale enn i tidligere rapporter. Oppbygging av den rapporten var også annerledes enn i tidligere årsrapporter. Årsrapporten for 2005 er en oppdatering av årsrapporten for 2004 supplert med utdypende omtale av enkelte temaer.

1) Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

2) Meldesentralen. Årsrapporter 1994–2004 (www.helsetilsynet.no/meldesentralen)

2 Om meldeordningen

I dette kapittelet beskriver vi hensikten med meldeordningen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, og drøfter forhold av betydning for datamaterialet og rapportens innhold.

2.1 Hensikten med meldeplikten

Hovedformålet er å avklare bakgrunn for hendelser og forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade. Meldeplikten³ er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsarbeid, hvor kvalitetsutvalgene utgjør et viktig element, jf § 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven.

I tillegg skal meldeplikten til Helsetilsynet i fylket bidra til å gi oversikt over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler i helsetjenesten. Meldeplikten til tilsynsmyndigheten skal legge til rette for:

- utarbeidelse av systematiske oversikter over meldte alvorlige hendelser og kvalitetsmangler i helsetjenesten,
- tilsyn og rådgivning vedrørende helseinstitusjonenes systematiske behandling av alvorlige hendelser og internkontrollarbeid,
- oppfølging av repeterende eller alvorlige hendelser som er egnet til å medføre fare for pasientenes sikkerhet, eller til å påføre pasientene en betydelig belastning.

Meldeplikten skal således understøtte det systematiske sikkerhetsarbeidet i virksomheten. Tilsynsmyndigheten har som oppgave å følge med på dette arbeidet og gripe inn ved tegn på alvorlige mangler.

Hensikten med Meldesentralen er ikke å gi et estimat på forekomsten av uønskede hendelser, dødsfall eller skader. Til dette formålet henviser vi til offentlig statistikk publisert av blant annet Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk Pasientregister (NPR) og Kriminalpolitisen (KRIPOS). Videre gir statistikken fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) utfyllende opplysninger om risikobildet knyttet til spesialisthelsetjenesten.

2.2 Hva skal meldes

Følgende forhold skal meldes til Helsetilsynet i fylkene⁴:

- betydelig personskader voldt i forbindelse med ytelse av helsetjeneste eller mangel på ytelse av helsetjeneste
- hendelser som kunne ha ført til betydelig skade
- betydelig personskade på pasient som er forårsaket av en medpasient

2.3 Om meldeskjema og registrering

I løpet av de siste årene har endring og forbedring av meldeskjemaet IK-2448, som benyttes for alle meldinger av hendelser regulert av lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3, gjentatte ganger stått på dagsorden. I tillegg til at skjemaet bør revideres foreligger det også ulikheter mellom papirskjemaet som fylles ut av spesialisthelsetjenesten og den elektroniske databasen meldingene registreres inn i hos Helsetilsynet i fylkene. Arbeidet med meldeskjemaet og harmoniseringen med databasen har imidlertid blitt nedprioritert i en fase der fremtiden til Mel-

3) Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen. Rundskriv I-54/2000. Sosial- og helsedepartementet.

4) *ibid.*

desentralen har fremstått som noe usikker.

Det ble i 2004 utarbeidet et forprosjekt med sikte på å utvikle elektronisk meldeordning direkte fra de meldepliktige helseinstitusjonene til Helsetilsynet i fylket/Meldesentralen. Med bakgrunn i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sitt arbeid med å se på framtidige meldesystem for utilsiktede hendelser i spesialisthelsetjenesten, ble imidlertid Statens helsetilsyn bedt om å stille dette arbeidet i bero. Departementet har nå ferdigstilt utredningen, og det er gitt føringer på at meldeplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 skal videreføres. Dagens meldeskjema fyller ikke de krav som stilles i forhold til tilpasning av utviklingen som skjer i enkelte helseforetak med hensyn til implementering av elektroniske versjoner av meldinger og behandling av avvikshendelser internt. Revidering av meldeskjema er påbegynt i 2006.

Helsetjenesten er i tillegg pålagt nye meldeplikter i forhold til blod og blodprodukter samt celler og vev regulert i forskrifter som følge av EU direktiv⁵. Disse meldeordningene må etableres og ses i forhold til eksisterende meldeordning etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

2.4 Datamaterialet

2.4.1 Noen sentrale begrep

I Meldesentralen er det tre begrep som er knyttet til dato: hendelsesdato, registrert dato og mottatt dato.

a) Hendelsesdato

Hendelsesdato er tidspunktet for når den meldte hendelsen fant sted. Data om antall meldinger basert på hendelsesdato gir uttrykk kun for hvor mange hendelser som blir meldt, ikke hvor mange hendelser som finner sted.

b) Registrert dato

Registrert dato er tidspunktet når Helsetilsynet i fylket registrerer innrapportert melding inn i databasen.

c) Mottatt dato

Meldingsskjemaet har felt for å registrere datoen når avdelingsledelsen, kvalitetsutvalget og Helsetilsynet i fylket mottar skjemaet. Disse datoene gir et bilde av tidsperspektivet fra hendelsen faktisk skjedde til hendelsen er mottatt hos Helsetilsynet i fylket. Samtidig gir det informasjon om hvor

lang tid det tar å håndtere og saksbehandle meldingene i virksomhetene.

Data som er presentert i denne rapporten er i forhold til hendelsesdato.

Begrepet *betydelig personskade* er definert i Rundskriv I-54/2000⁶:

Skaden anses betydelig dersom den er av en slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt.

2.4.2 Feilkilder

Datamaterialet i Meldesentralen er heftet med til dels store feilkilder. Dette skyldes dels manglende data, dels feilregistrerte data. Et annet problem er som nevnt det manglende samsvaret mellom meldeskjemaet som fylles ut i spesialisthelsetjenesten og det elektroniske skjemaet som fylles ut av Helsetilsynet i fylkene. Nedenfor beskrives noen av feilkildene noe mer utfyllende.

Hva meldingen gjelder

En av de viktigste variablene i Meldesentralen er «hva meldingen gjelder», dvs. skadegrad for pasienten (forhold som kunne ha ført til betydelig personskader, betydelig personskade, eller unaturlig dødsfall).

For hendelser som skjedde i 2005, mangler det informasjon om skadegrad for pasienten i 4 prosent av registrerte hendelser. Det er også god grunn til å tro at denne variabelen er registrert feil i mange tilfeller. Ti prosent av hendelsene er registrert som unaturlig dødsfall. Ved å lese fritekstfeltene, er det mulig å oppdage hendelser som ikke er registrert som unaturlig dødsfall, men hvor det står at pasienten døde. Hvis vi inkluderer disse hendelsene så er det 11 prosent av alle meldingene for 2005 hendelser som gjelder unaturlig dødsfall.

Type hendelse

Registrering av hendelser som selvpåførte skader virker til dels tilfeldig. For eksempel er under halvparten (43 prosent) av hendelser som gjelder fall registrert som selvpåførte skader, mens resten av hendelser som gjelder fall er registrert som andre type hendelser. Ved gjennomgang av meldinger er noen hendelser registrert som selvpåførte skader som ut i fra hendelsens karakter ikke kan anses å være det. På den annen side er det noen meldinger som ikke er registrert

5) EU direktivene 2002/98/EF og 2005/61/EF – Krav om sporbarhet, rapportering av alvorlige bivirkninger og avvikende hendelser med blod og blodprodukter. EU direktiv 2004/23/EF- Fastsetting av standarder for kvaliteten og sikkerheten ved donasjon, uttak, testing, prosessering, konservering, oppbevaring og distribusjon av celler og vev.

6) Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven. § 3-3 – justeringer av meldeordningen. Rundskriv I-54/2000. Sosial- og helsedepartementet.

som selvpåførte skader, som likevel må anses å være det. Eksempler på dette er tilfeller av selvmord og selvmordsforsøk.

trert i databasen, uten korrigering. For noen variabler har vi brukt informasjon registrert i fritekstfeltene for å beregne størrelsen på feilkildene.

Årsaksforhold

På grunn av manglende data og feilregistrering er det også vanskelig å få et fullstendig bilde av årsakssammenhenger. Noen hendelser kan ha flere årsaksforhold, som følge av at ulike faktorer har sammenfalt i tid og ført til skade, eller fare for skade, på pasient.

For å belyse problemet med feilregistrering av årsaksforhold og manglende data, kan hendelser med feil bruk av legemidler som årsaksforhold brukes som eksempel.

For hendelser som skjedde i 2005 er 22 prosent registrert som feil ved bruk av legemidler. Ved å lese fritekstfeltene, er det mulig å oppdage hendelser hvor årsaksforhold ikke er registrert som feil ved bruk av legemidler, men hvor det står at legemidler var involvert, og omvendt – noen hendelser som ikke hadde noe med legemidler å gjøre er registrert som feil bruk av legemidler. Ved å benytte informasjon fra fritekstfeltene, viser det seg at så mange som 24 prosent av hendelsene kan ha feil ved bruk av legemidler som årsaksforhold.

Kvalitetsutvalgets vurdering

Del tre i meldeskjemaet, som skal fylles ut av kvalitetsutvalget, mangler i mange tilfeller informasjon om den vurdering som er gjort av årsaksforhold og oppfølging av pasienten.

Korrigerings av data

Selv om vi har oppdaget mange tilfeller av feilregistrering og manglende data, korrigerer vi ikke data som er registrert i Meldesentralens database. Etter vår vurdering bør ikke eventuelle registreringsfeil korrigeres uten å involvere Helsetilsynet i fylkene som registrerer. Meldesentraldata tilhører Helsetilsynet i fylkene i henhold til lovverket. Helsetilsynet i fylkene plikter å returnere ufullstendige meldeskjemaer tilbake til virksomheten for korrekt utfylling. Statens helsetilsyns rolle er som praktisk-teknisk tilrettelegger av registreringen og databehandlingen, i tillegg til å opptre som overordnet myndighet i forhold til hvordan arbeidet skal drives. All retting av data i enkeltmeldinger må gjøres av helseinstitusjonene, gjerne i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene og i samråd med Statens helsetilsyn. Derfor er resultatene som er presentert i denne rapporten basert på det som er regis-

3 Resultater

3.1 Datamateriale

Helsetilsynet i fylkene skal registrere innrapporterte meldinger i databasen innen 1. mars året etter hendelsesår. Andel meldinger med hendelsesår 2004 som hadde blitt registrert innen første kvartal året etter, var 83 prosent (tabell 1 og figur 1). De fleste meldingene er registrert innen slutten av året etter hendelsesår. Nittisju prosent av meldingene med hendelsesår 2004 var registrert innen 31. desember 2005.

Analysen av data for meldinger med hendelsesår 2005, som er presentert i denne årsmeldingen, omfatter alle meldingene som var registrert i databasen *per 1. september 2006*. Unntaket er tabellene som viser utvikling fra 2001 til 2005, som viser antall meldinger registrert i databasen *per 1. desember 2006*.

1 902 meldinger med hendelsesår 2005 var registrert per 1. september 2006, og 1 945 meldinger var registrert per 1. desember 2006.

Detaljerte data er presentert i tabellene i vedlegg 1. Dataene er knyttet til de ulike rubrikkene/registreringsfeltene på skjemaet IK-2448 (vedlegg 2). Tabellene viser antall og andel meldinger fordelt på skadegrad på pasienten, i forhold til kjønn, alder, type hendelse, sted, årsaksforhold osv. Som nevnt i seksjonen om feilkilder, har vi ikke korrigert data som er registrert i databasen, selv om vi vet at tilfeller av feilregistrering og manglende data forekommer.

Vi har brukt fritekstfeltene for å beregne hvor mange hendelser som er knyttet til fall, fødsler, blod, selvmord og selvmordsforsøk,

og for noen andre utvalgte forhold som gjelder meldinger fra psykisk helsevern.

3.2 Utviklingen 2001-2005

Tabell 2 viser utviklingen i antall meldinger med hendelsesår 2001 til 2005, som var registrert per 1. desember 2006.

I perioden 2001 til 2004 har antall meldinger steget fra 1 366 til 2 166, en økning på 59 prosent. Økningen fra 2003 til 2004 var på 19 prosent.

Som nevnt, var 1 945 meldinger med hendelsesår 2005 registrert per 1. desember 2006. Antall meldinger med hendelsesår 2004 som var registrert på tilsvarende tidspunkt, dvs. per 1. desember 2005, var 2 062. Dette representerer en nedgang på cirka 6 prosent i registrerte meldinger fra 2004 til 2005.

Det kan være flere forklaringer på nedgangen i antall meldinger fra 2004 til 2005.

En mulig forklaring er at det har vært en nedgang i rapportering av en bestemt type hendelse. Datamaterialet gir ingen grunn til å tro at dette er tilfelle.

En annen mulig forklaring er at noen spesielle forhold i institusjonene, som for eksempel innføring av elektroniske meldeordninger, kan ha påvirket antall meldinger. Vi har sett på antall meldinger fra alle helseforetak. Det viser seg at det er flere store helseforetak som har hatt en stor nedgang i antall meldinger fra 2004 til 2005. Noen helseforetak har hatt en økning, men nettoresultatet er en nedgang på landsbasis.

Tabell 1.

Andel meldinger med hendelsesdato i 2001-2004 i forhold til registreringstidspunkt.
Alle meldinger registrert per 1. desember 2006

Hendelsesår	2001	2002	2003	2004
<i>Registreringstidspunkt</i>				
2001, 1. kv.	0 %			
2001, 2. kv,	1 %			
2001, 3. kv.	10 %			
2001, 4. kv.	40 %			
2002, 1. kv.	68 %	3 %		
2002, 2. kv.	93 %	11 %		
2002, 3. kv.	95 %	30 %		
2002, 4. kv.	96 %	43 %		
2003, 1. kv.	99 %	77 %	2 %	
2003, 2. kv.	99 %	83 %	13 %	
2003, 3. kv.	99 %	91 %	27 %	
2003, 4. kv.	100 %	97 %	59 %	
2004, 1. kv.		99 %	85 %	3 %
2004, 2. kv.		99 %	93 %	16 %
2004, 3. kv.		99 %	97 %	34 %
2004, 4. kv.		100 %	98 %	55 %
2005, 1. kv.			99 %	83 %
2005, 2. kv.			99 %	87 %
2005, 3. kv.			100 %	92 %
2005, 4. kv.				97 %
2006, 1. kv.				99 %
2006, 2. kv.				100 %

andel meldinger som har blitt registrert innen fristen

andel meldinger som har blitt registrert innen slutten av året etter hendelsesår

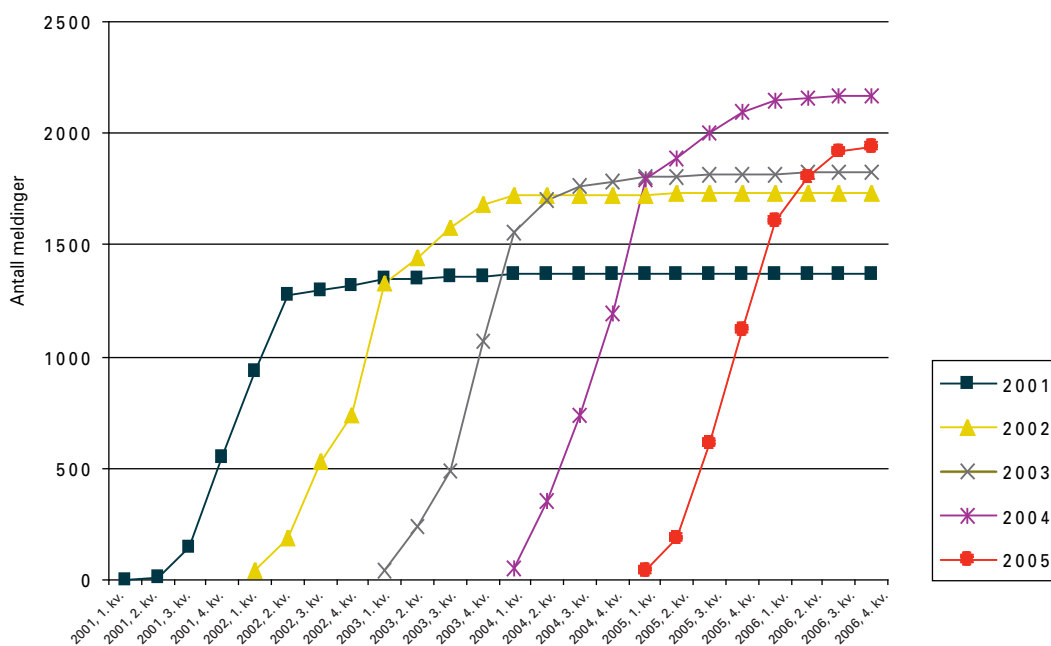
En tredje forklaring kan være store restanser av uregistrerte meldinger hos Helsetilsynet i fylket. Dette er ikke sannsynlig, tatt i betraktning tidsperspektivet (se figur 1), men dette er noe vi skal undersøke nærmere.

Andelen meldinger som gjelder unaturlig dødsfall var 8 prosent for meldinger med hendelsesår 2001 og 2002, 9 prosent for 2003 og 2004 og 10 prosent for 2005.

3.3 Meldinger med hendelsesdato i 2005

Figur 2 viser registrerte meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på skadegrad på pasient. Over halvparten av meldingene (52 prosent) gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskade og cirka en tredjedel av meldingene (34 prosent) gjelder betydelig personskade.

Figur 1.
Meldinger med hendelsesdato i 2001-2005 som har blitt registrert på forskjellige tidspunkter. Antall

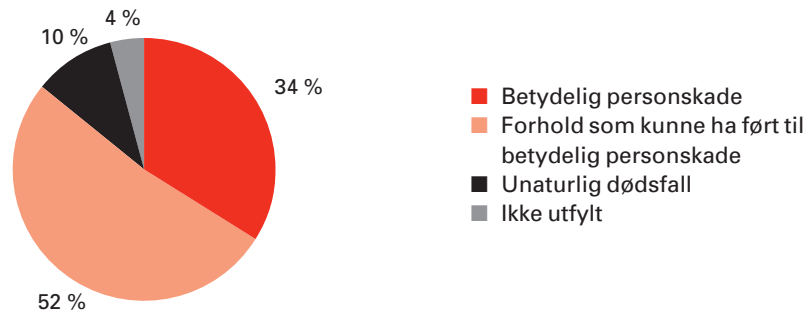


Tabell 2.
Antall meldinger med hendelsesdato i 2001-2005 fordelt på skadegrad
Alle meldinger registrert per 1. desember 2006

Skadegrad	2001	2002	2003	2004	2005
Alvorlig hendelse med medisinsk utstyr / ikke utfylt ⁷	154	81	91	113	74
Betydelig personskade	563	618	628	677	668
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	542	899	946	1184	998
Unaturlig dødsfall	107	133	158	192	205
Totalt	1366	1731	1823	2166	1945

7) De to kategoriene *alvorlig hendelse med utstyr* og *ikke utfylt* er slått sammen, fordi det ikke er mulig å skille dem for 2004 og 2005. Fra 2004 var kategorien *hendelse med medisinsk utstyr* ikke lenger et valg i del 1 av Meldesentralens database, men var fortsatt et valg i del 1 av meldeskjemaet.

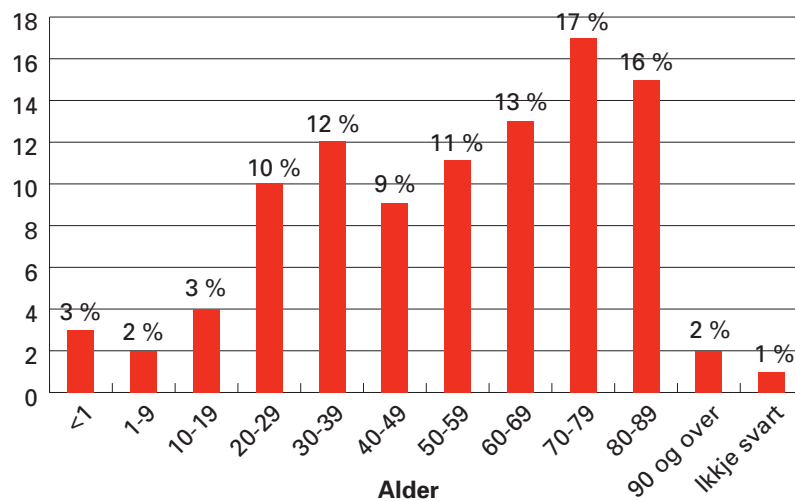
Figur 2.
Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på skadegrad. Prosent



Femtisju prosent av meldingene gjaldt kvinnelige pasienter, og 42 prosent mannlige pasienter.

Figur 3 viser aldersfordeling på pasientene.

Figur 3.
Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på alder. Prosent



Tjue prosent av registrerte meldinger gjelder hendelser som fant sted i kirurgiske avdelinger, 19 prosent i medisinske avdelinger og 14 prosent i psykisk helsevern (tabell 3).

Tabell 3.
Antall og andel meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på fagområde/avdeling hvor hendelsen fant sted.
Alle meldinger registrert per 1. september 2006

Sted	Antall	Andel
Kirurgisk avdeling (inkludert ortopedi)	378	20 %
Medisinsk avdeling (inkludert geriatri)	357	19 %
Psykiatri	258	14 %
Gynekologi - obstetikk - fødeavdeling	241	13 %
Anestesi - operasjonsavdeling	141	7 %
Akuttmottak - intensiv - overvåkning	109	6 %
Medisinsk serviceavdeling	67	4 %
Barneavdeling	46	2 %
Rehabilitering	40	2 %
Annet ⁸	238	13 %
Ikke utfylt	27	1 %
Totalt	1902	100 %

8) «Annet» inkluderer klinisk undersøkelse-/behandlingsavdeling, nevrologisk avdeling, ambulanse, øyeavdeling, ØNH-avdeling, revmatologisk avdeling og transportavdeling.

3.4 Avdelingsledelsens vurderinger

Avdelingsledelsens vurderinger skal fremkomme i del to av meldeskjemaet. Det er imidlertid vanskelig å vurdere avdelingsledelsens håndtering av hendelsene, fordi en stor del av meldingene mangler data i del to av meldingskjemaet. Derfor blir det store feilkilder knyttet til denne vurderingen.

3.4.1 Avdelingsledelsens vurdering av årsaksforhold

Resultater om avdelingens vurdering av årsaksforhold er ikke presentert her, fordi opplysninger om årsaksforhold mangler for 10 prosent av de registrerte meldingene. I 13 prosent av meldingene er årsaksforholdene registrert som «annet».

3.4.2 Avdelingsledelsens vurdering ved feil bruk av legemidler

Tjueto prosent av alle meldinger hadde feil ved bruk av legemidler som årsaksforhold. Av alle registrerte meldinger som gjelder legemidler, er «feil ved administrering av legemiddel til rett pasient» den mest vanlige typen årsaksforhold (60 prosent av alle meldinger som gjelder legemidler). Eksempler på dette er pasienter som har fått feil medisin, feil dose og uteglemt medisin.

3.4.3 Avdelingsledelsens vurdering av meldinger som gjelder medisinsk utstyr

Lov om medisinsk utstyr⁹ § 11 først ledd lyder slik:

§ 11. Meldeplikt ved hendelsesavvik, feil eller svikt

Hendelsesavvik, feil eller svikt der medisinsk utstyr er eller kan ha vært involvert skal meldes til den instans Kongen utpeker. Den som produserer, omsetter, eier eller i sin virksomhet bruker utstyret og som er kjent med hendelsesavviket, feilen eller svikten plikter å gi melding.

Helsetilsynet registrerer meldinger om medisinsk utstyr i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, når hendelsen har ført til betydelig skade på pasient eller kunne ha ført til slik skade. Det skal sendes kopi av alle meldinger knyttet til medisinsk utstyr til Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for spesialisthelsetjeneste. Ved hendelser uten personskade eller fare for personskade blir ikke meldingene registrert hos Helsetilsynet i fylkene, men sendt videre til Sosial- og helsedirektoratet som overtok tilsynsoppga-

vene for medisinsk utstyr i 2002. Hovedregelen etter forskrift om medisinsk utstyr §§ 2-11 og 2-12 jf. § 6-1 er at *alle* meldinger skal sendes Sosial- og helsedirektoratet. Antall meldinger om hendelser der medisinsk utstyr har vært involvert må vurderes ut fra dette, som er et noe videre meldegrunnlag enn det som er hjemlet i § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven.

Det ble registrert 131 hendelser der medisinsk utstyr var involvert, med årsaksforhold manglende vedlikehold, annen teknisk svikt eller brukerfeil. Tilsvarende tall for meldinger med hendelsesdato i 2004 er 114, og antallet i 2003 er 124. I feltet «annet» (feil ved bruk av medisinsk utstyr), viser fritekstfeltet at bare halvparten (13 av 25) av disse hendelsene hadde noe med utstyr å gjøre.

3.4.4 Avdelingsledelsens vurdering av pasientens rett til informasjon

Pasientrettighetsloven¹⁰ § 3-2, 4. og 5. ledd lyder slik:

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon
Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Meldeskjema for melding til Helsetilsynet i fylket inneholder felt som skal fylles ut for å få frem om spesialisthelsetjenesten oppfyller disse pliktene.

I 45 prosent av alle meldingene er det registrert at pasienten er informert om skaden. Det er bare i 15 prosent av meldingene at det er registrert at pasienten er informert om Norsk pasientskadeerstatning.

Hvis det ikke er registrert at pasienten er informert, kan det bety enten at pasienten ikke er informert, eller at han eller hun som fylte ut skjemaet ikke vet om pasienten er informert eller ikke, eller at pasienten er informert uten at denne delen av meldeskjemaet er utfyllt.

9) Lov av 12. januar 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr (lov om medisinsk utstyr)

10) Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

3.4.5 Avdelingsledelsens konklusjon om årsaksforhold

Fritekstfeltet for avdelingsledelsens konklusjon om årsaksforhold og tiltak er ikke utfylt for 156 meldinger (8 prosent av alle meldinger).

3.5 Kvalitetsutvalgenes vurderinger

Det er vanskelig å vurdere kvalitetsutvalgenes håndtering av hendelsene, fordi andelen meldinger som mangler data i del tre av meldingsskjema (som skal fylles ut av kvalitetsutvalget) er stor, slik at dataene er heftet med store feilkilder. Fritekstfeltet for kvalitetsutvalgets vurdering av årsaksforhold er ikke utfylt i 50 prosent av alle meldinger. Fritekstfeltet for kvalitetsutvalgets vurdering ved mangelfull oppfølging er ikke utfylt i 68 prosent av alle meldinger. I 2 prosent av meldingene er ingen informasjon registrert i del 3.

Når det gjelder kvalitetsutvalgenes vurdering av oppfølging av pasientene er det i 84 prosent av meldingene registrert at planlegging og/eller tiltak var tilfredsstillende.

Når det gjelder kvalitetsutvalgenes vurdering av sikring/forebygging er det i 58 prosent av meldingene registrert at planlegging og/eller tiltak var tilfredsstillende.

Hvis det ikke er registrert at disse forholdene er vurdert som tilfredsstillende, kan det bety enten at det ikke er tilfredsstillende, at han eller hun som fylte ut skjemaet ikke vet svaret, eller at denne delen av meldeskjemaet ikke er utfylt.

3.6 Helsetilsynet i fylkets behandling av meldingene

For alle meldinger med hendelsesdato i 2005, har 85 meldinger ført til opprettelse av tilsynssaker, og for tolv meldinger er opprettelse av tilsynssaker under vurdering¹¹ (tabell 4).

Tabell 4.

Antall meldinger med hendelsesdato i 2003-2005 fordelt på om det er opprettet tilsynssak, eller om det vurderes å opprette tilsynssak. Alle meldinger registrert per 1. desember 2006

	2003	2004 ¹²	2005
Antall meldinger hvor tilsynssak er opprettet	57	89	85
Antall meldinger hvor det vurderes å opprette tilsynssak	1	5	12
Antall meldinger totalt, per 01.12.2006	1 823	2 166	1 945
Andel av alle meldingene som er blitt tilsynssak	3 %	4 %	4 %

3.7 Unaturlig dødsfall

Unaturlig dødsfall skal, jf. helsepersonelloven¹³ § 36, meldes til politiet. Dødsfall anses jf. forskriften som unaturlig dødsfall dersom forholdet blant annet kan skyldes:

– selvmord eller selvvoldt skade

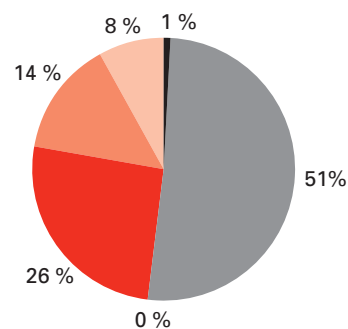
– feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade

– ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet

Det er registrert 191 meldinger om unaturlig dødsfall (ti prosent av meldingene med hendelsesdato i 2005).

Femtien prosent av meldingene om unaturlig dødsfall skjedde under utøvelse av helsehjelp, og 26 prosent som følge av selvpåførte skader (figur 4).

Figur 4.
Meldinger om unaturlig dødsfall med hendelsesdato i 2005 fordelt på type hendelse. Prosent



- Følge av mangel på helsehjelp
- Under utøvelse av helsehjelp
- Påført skade av annen pasient
- Selvpåført
- Annet
- Ikke utfylt

11) Antall tilsynssaker som er blitt opprettet ble beregnet ved å bruke informasjon registrert i fritekstfeltene i Meldesentralen.

12) Tallet for antall meldinger med hendelsesdato i 2004 som er blitt tilsynssaker er høyere enn tallet i Årsrapporten 2004. Det er fordi vi har foretatt en grundigere søk i fritekstfeltene enn vi gjorde i fjor, og har funnet flere saker.

13) Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

En tredjedel (28 prosent) av meldingene om unaturlig dødsfall fant sted innen psykisk helsevern.

I følge Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-54/2000¹⁴:

Ved dødsfall som skyldes selvmord eller ulykker mens en pasient er under psykisk helsevern vil det kunne være vanskelig å vurdere hvorvidt hendelsen skjer på grunn av ytelse av helsetjeneste, for eksempel på grunn av manglende tilsyn eller oppfølging, eller om hendelsen skyldes pasientens sykdom alene. Innen det psykiske helsevernet skal derfor alle dødsfall som skyldes ulykker eller selvmord, samt alvorlige personskader meldes.

Femtito meldinger om unaturlig dødsfall gjelder tilfeller av selvmord¹⁵. Til sammenligning ser vi at antall meldinger om selvmord for hendelser som fant sted i 2004 er 85, og antallet i 2003 er 50.

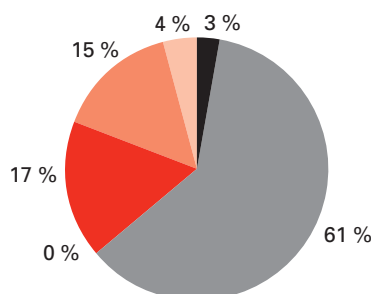
Det er registrert 5 tilfeller av unaturlig dødsfall hvor barnet døde under fødsel (3 prosent av alle meldinger om unaturlig dødsfall).

Fem prosent av alle meldinger om unaturlig dødsfall hadde feil ved bruk av legemidler som årsaksforhold.

3.8 Betydelig personskade

Det er registrert 656 meldinger som gjelder betydelig personskade (34 prosent av meldingene med hendelsesdato i 2005).

Figur 5. Meldinger om betydelig personskade med hendelsesdato i 2005 fordelt på type hendelse. Prosent



- Følge av mangel på helsehjelp
- Under utøvelse av helsehjelp
- Påført skade av annen pasient
- Selvpåført
- Annet
- Ikke utfylt

Et flertall av disse hendelsene (61 prosent) skjedde under utøvelse av helsehjelp (figur 5).

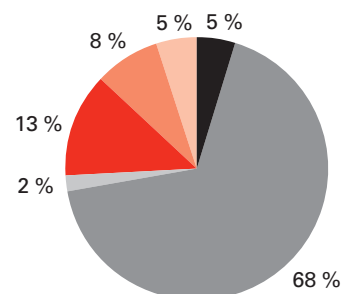
Seks prosent av alle meldinger om betydelig personskade hadde feil ved bruk av legemidler som årsaksforhold.

I 65 prosent av hendelsene med betydelig personskade er det registrert at pasienten ble informert om skaden, og i kun 25 prosent at pasienten ble informert om Norsk Pasientskadeerstatning.

3.9 Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade

Det er registrert 982 meldinger som gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskade (52 prosent av meldingene med hendelsesdato i 2005). Et flertall av disse hendelsene (68 prosent) skjedde under utøvelse av helsehjelp. Selvpåførte skader utgjør den nest største gruppen (13 prosent) (figur 6).

Figur 6. Meldinger om forhold som kunne ført til betydelig personskade med hendelsesdato i 2005 fordelt på type hendelse. Prosent



- Følge av mangel på helsehjelp
- Under utøvelse av helsehjelp
- Påført skade av annen pasient
- Selvpåført
- Annet
- Ikke utfylt

Førtiseks av 60 meldinger om selvmordsforsøk¹⁶ er registrert som forhold som kunne ha ført til betydelig personskade.

De fleste meldinger om feil bruk av legemidler (85 prosent), gjaldt forhold som kunne ha ført til betydelig personskade. Over halvparten av disse (62 prosent) gjaldt «feil ved administrering av legemiddel til rett pasient».

14) Meldeplikt til fylkeslegen om betydelige personskader – spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – justeringer av meldeordningen. Rundskriv I-54/2000. Sosial- og helsedepartementet.

15) Antall tilfeller av selvmord ble beregnet ved å bruke informasjon registrert i frittekstfeltene i Meldesentralen.

16) Antall tilfeller av selvmordsforsøk ble beregnet ved å bruke informasjon registrert i frittekstfeltene i Meldesentralen.

I kun 37 prosent av hendelsene som kunne ha ført til betydelig personskade er det registrert at pasienten ble informert om hendelsen, og i kun ti prosent at pasienten ble informert om Norsk Pasientskadeerstatning. Etter pasientrettighetsloven § 3-2 har pasienter rett til informasjon om påført skade eller alvorlige komplikasjoner. En stor del av de skader, feilbehandling, komplikasjoner og lignende som meldes som forhold som kunne ha ført til betydelig personskade vil omfattes av denne retten til informasjon.

3.10 Fødsler

Av 1 902 meldinger med hendelsesdato i 2005, gjaldt 131 meldinger, dvs. 7 prosent, hendelser knyttet til fødsler (tabell 5).

I 27 (21 prosent) av de meldingene som gjaldt fødsler var hendelsen knyttet til skade på barnet. I åtte av disse ble barnet påført en fraktur, og i fem fikk barnet plexusskade.

I 104 (79 prosent) av de meldingene som gjaldt fødsler, omhandlet hendelsen moren. Det var meldt 39 tilfeller av ruptur og ti tilfeller av kraftig blødning. I elleve meldinger kom det tydelig fram i friteksten at barnet hadde fått en skade. I ett tilfelle var det sendt melding for både moren og barnet. Noen meldinger om hendelser knyttet til moren var registrert som unaturlig dødsfall, selv om det var barnet, og ikke moren, som døde. Fire meldinger om mødre gjaldt hendelser

hvor barnet døde, og seks meldinger gjaldt tilfeller av intrauterin fosterdød.

3.11 Blod

Av 1 902 meldinger med hendelsesdato i 2005, gjaldt 19 meldinger, dvs. én prosent, hendelser knyttet til blod, blodprodukter og blodtransfusjon. Alle disse 19 meldingene gjaldt enten betydelig personskade eller forhold som kunne ha ført til betydelig personskade. Ingen av sakene gjaldt unaturlig dødsfall. Den mest vanlige feilen var administrering av feil blodtype til pasienten. Andre typer feil var forveksling av resultater av blodprøver og forsinkelse med å få riktig blodtype.

3.12 Psykisk helsevern

Av 1 902 meldinger med hendelsesdato i 2005, var 261 fra psykisk helsevern, dvs. 14 prosent (vedlegg 1, tabell 1).

En tredjedel (28 prosent) av alle meldingene om unaturlig dødsfall omhandlet hendelser som fant sted innen psykisk helsevern. Fem prosent av meldingene om betydelig personskade omhandlet hendelser som fant sted innen psykisk helsevern (vedlegg 1, tabell 3).

Mens 21 prosent av alle meldingene fra psykisk helsevern gjaldt unaturlig dødsfall, var tilsvarende tall for somatikk 8 prosent (vedlegg 1, tabell 2).

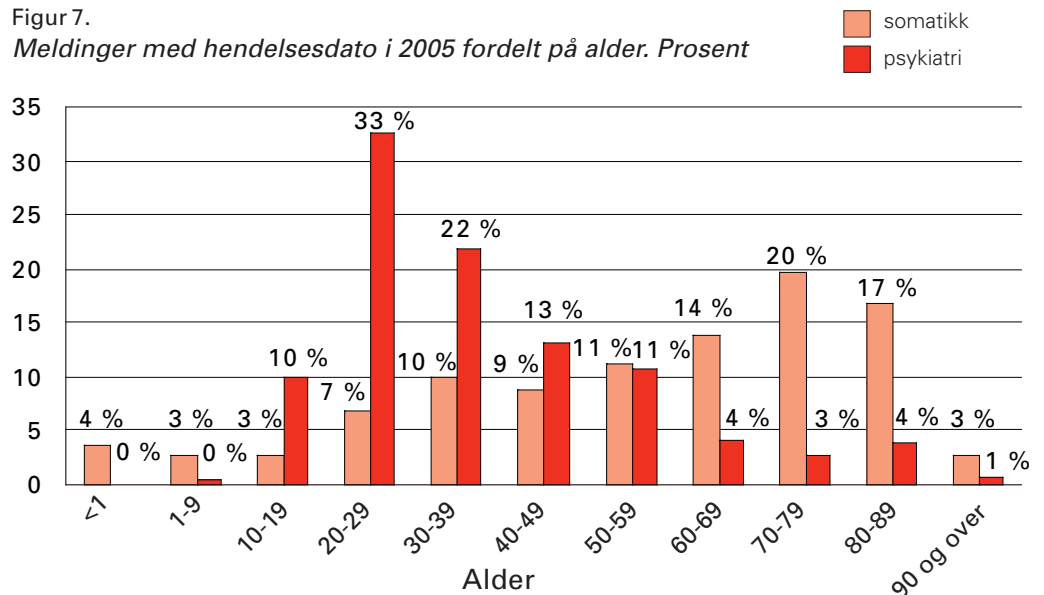
Tabell 5.

Antall meldinger med hendelsesdato i 2003-2005 som gjelder fødsler, fordelt på skadegrad og mor/barn.¹⁷ Alle meldinger registrert per 1. september 2006

Mor/barn	2003	2004	2005
<i>Mor</i>			
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	21	35	42
Betydelig personskade	28	35	60
Unaturlig dødsfall	3	0	2
<i>Barn</i>			
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	10	10	5
Betydelig personskade	11	14	17
Unaturlig dødsfall	6	10	5
<i>Alle</i>			
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	31	45	47
Betydelig personskade	39	49	77
Unaturlig dødsfall	9	10	7
<i>Totalt</i>	79	104	131

17) Data i denne tabellen ble beregnet ved å bruke informasjon registrert i fritekstfeltene i Meldesentralen.

Figur 7.
Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på alder. Prosent



Pasientenes alder

Aldersfordeling på pasientene for meldinger fra somatikk og psykisk helsevern er forskjellig. En tredel av meldingene fra psykisk helsevern gjaldt pasienter mellom 20 og 29 år. Aldersdistribusjon av pasienter for meldinger fra somatikk viser flere småbarn og flere eldre (figur 7).

Pasientenes kjønn

Kjønnsfordelingen er også forskjellig. Andelen kvinnelige pasienter var 55 prosent for meldingene fra somatisk spesialisthelsetjeneste og 67 prosent for meldingene fra psykisk helsevern (figur 8).

Selvpåførte skader

Ved å lese fritekstfeltene, fikk vi informasjon om selvpåførte skader.

165 av de 261 meldinger fra psykisk helsevern (63 prosent) omhandler selvpåførte skader.

De fleste selvpåførte skader gjaldt selvmord, selvmordsforsøk og selvskading. Førtifire av disse 165 hendelsene (27 prosent) fant sted utenfor avdelingen, dvs. mens pasienten var på permisjon, var ute på avtalt fravær, eller hadde rømt fra avdelingen (tabell 6).

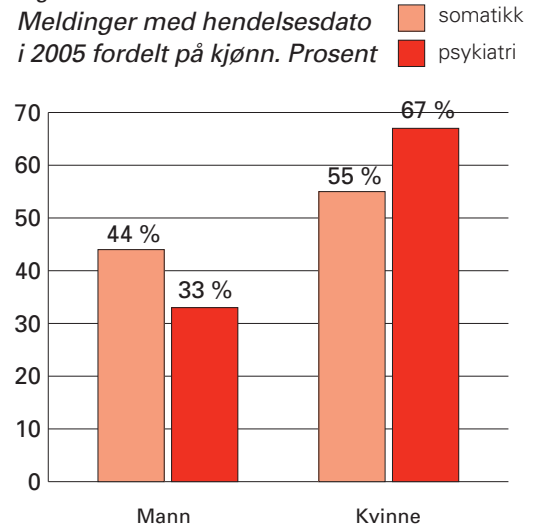
Av alle meldinger, både fra somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern, gjaldt 52 meldinger tilfeller av selvmord, og 60 meldinger tilfeller av selvmordsforsøk. Førtito meldinger om selvmord og 51 meldinger om selvmordsforsøk kom fra psykisk helsevern.

Vold

Tjuefem meldinger (10 prosent) gjaldt vold, enten en pasient som var påført skade av en annen pasient, eller en pasient som utøvde vold mot en annen pasient eller mot personale.

Figur 8.

Meldinger med hendelsesdato i 2005 fordelt på kjønn. Prosent



Tabell 6.

Antall meldinger med hendelsesdato i 2005 fra psykisk helsevern som gjelder selvpåførte skader. Alle meldinger registrert per 1. september 2006

	Antall meldinger	Hvorav - utenfor avdeling*
Selvmord	42	26
Selvmordsforsøk	51	14
Selvskading	50	2
Overdose	8	2
Annet	14	0
Alle	165	44

* permisjon, avtalt fravær og rømming

4 Helsetilsynets vurdering

Meldinger om feil og nesten uhell er en sentral utfordring i sikkerhetsarbeidet på ulike samfunnssektorer. Åpenhet rundt uønskede hendelser, skader og nestenuhell, og systematisk bruk av informasjon om disse, er en forutsetning for et godt sikkerhetsarbeid. Dette fordrer en god meldekultur, og at ledelsen fokuserer på og etterspør det systematiske arbeidet.

Et godt pasientsikkerhetsarbeid fordrer ikke bare at de alvorlige meldepliktige hendelsene blir gjennomgått med sikte på å avklare årsaken og vurdere behovet for å iverksette korrigerende og forebyggende tiltak for å unngå lignende hendelser. Også mindre alvorlige hendelser, nestenuhell mv. må meldes inn i virksomhetens interne system for avvikshåndtering, og vurderes på samme måte. Vår erfaring fra tilsyn er at avvikshåndteringen med å registrere, korrigere og forebygge svikt ofte er en mangelfull og dårlig etablert del av helsetjenestens internkontroll.

På bakgrunn av norske og utenlandske studier er det en antagelse om at det skjer et visst antall uønskede hendelser i helsetjenesten per år. Antagelsene baserer seg på at det statistisk sett vil være en viss prosentandel av det totale antallet behandlede pasienter som blir utsatt for uønskede hendelser i forbindelse med ytelse av helsetjeneste. Antatt prosentandel varierer i studiene fra knapt tre prosent til over ti prosent.¹⁸

Antall meldinger som rapporteres til Helsetilsynet i fylkene kan sees i sammenheng med antall pasientopphold i spesialisthelsetjenesten (heldøgnsopphold, dagopphold innlagte, eller poliklinisk dagbehandling). I 2005 var antall pasientopphold i somatiske spesialisthelsetjenester 1,4 millioner.¹⁹ An-

tall meldinger fra somatiske spesialisthelsetjenester med hendelsesdato i 2005 var litt over 1900, og representerer meldepliktige hendelser ved kun 0,14 prosent av pasientoppholdene.

Statens helsetilsyn har i tidligere årsrapporter anført at det synes å være slik at de meldinger som sendes Helsetilsynet i fylkene bare beskriver toppen av isfjellet. Tallene fra 2005 understøtter vår vurdering av at det fortsatt er slik at mange meldepliktige hendelser ikke blir meldt. Vår erfaring gjennom flere år er at institusjonene i spesialisthelsetjenesten oppfyller den lovpålagte meldeplikten i svært ulik grad. Vi er av den oppfatning at de helseinstitusjoner som melder flest uønskede hendelser ikke nødvendigvis er de institusjoner hvor flest hendelser faktisk skjer, men at mange meldinger kan være et uttrykk for en god meldekultur og et kvalitetsarbeid som fungerer.

Helsetilsynet finner grunn til å understreke at den lovpålagte meldeplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 omfatter de alvorlige hendelsene, dvs. hendelser som har ført til eller kunne ha ført til, betydelig personskade. Også for disse hendelsene er hovedpoenget at virksomheten selv analyserer årsaken til hendelsen og iverksetter korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Det skal fremgå av meldingen til Helsetilsynet i fylket at en slik analyse er gjennomført og hvilke korrigerende tiltak som eventuelt er iverksatt.

Hvorvidt virksomheten har satt i verk korrigerende tiltak i forhold til hendelsen, er mangelfullt belyst i de registrerte meldingene. Vi vet ikke om dette skyldes mangelfull håndtering, mangel på informasjon fra

18) Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. PF Hjort. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo 2003
19) Se www.npr.no

virksomhetenes side eller mangelfull registrering i databasen.

Sju prosent av meldingene omhandler hendelser knyttet til fødsler. Det viser seg at mange av disse hendelsene omhandler skader på både moren og barnet. Meldepraksis i disse tilfellene varierer. Noen av meldingene er knyttet til moren, andre til barnet, og i ett tilfelle er det sendt meldinger for begge. Denne varierende praksisen indikerer at det er behov for oppklaring og tydelighet i retningslinjene for melding av slike saker, noe Statens helsetilsyn vil søke å ivareta i forbindelse med revideringen av meldeskjemaet.

Fjorten prosent av alle meldingene, og 28 prosent av alle meldingene om unaturlig dødsfall, var fra psykisk helsevern. Sekstire prosent av hendelsene som skjedde innen psykisk helsevern var selvpåførte skader: selvmord, selvmordsforsøk og selvskading.

Selvmordstanker og selvmordsatferd er en del av problembildet for mange av pasientene i psykisk helsevern. At det meldes et relativt høyt antall selvmord, selvmordsforsøk og selvskading i psykisk helsevern, er derfor uttrykk for økt risiko, og er i og for seg ikke overraskende.

De hendelsene som er meldt gjelder tilfeller av selvpåførte skader mens pasienten har vært innlagt / innskrevet i psykisk helsevern.

Ikke alle selvmord, selvmordsforsøk og selvskading er mulig å forutsi. Hvorvidt noen av de meldte hendelsene kunne vært unngått, vet vi ikke. Men hver enkelt hendelse og melding bør føre til at tjenesten gjør en grundig gjennomgang av om det har vært foretatt en forsvarlig selvmordvurdering, og om pasienten er forsvarlig fulgt opp.

Data fra Meldesentralen må tolkes med forsiktighet. Siden hendelsene som er rapportert bare er en liten andel av alle hendelsene som skjer, er det ikke mulig å si noe om hvor ofte forskjellige typer hendelser skjer. I tillegg er dataene om de enkelte hendelsene, som omtalt, beheftet med betydelige feilkilder. På tross av disse begrensningene, mener vi at meldingene gir nyttig informasjon som kan brukes i arbeidet med kvalitetsforbedring i og tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

I 2007 vil det eksisterende meldeskjemaet IK-2448 revideres for å bedre datakvaliteten og redusere mulighetene for feilkilder. Det reviderte skjemaet vil også brukes som grunnlag for det elektroniske meldeskjemaet som i 2007 skal utprøves i pilotprosjektet for elektronisk meldeordning.

Statens helsetilsyn vil intensivere arbeidet for å bedre datakvaliteten i første rekke ved tiltak som skal bidra til å bedre registreringen. I tillegg er det lagt opp til at Helsetilsynet i fylket årlig skal ha en dialog med spesialisthelsetjenesten, om hvordan meldeplikten er ivaretatt med utgangspunkt i tilsynets erfaringer. Det vil her være fokus på hvorvidt hendelsene/meldingene er brukt i det kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeidet som foregår i spesialisthelsetjenesten.

Den viktigste del av sikkerhetsarbeidet må skje i tjenesten. I dette er læring av feil og nesten uhell et sentralt element, jf. også ny nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten,²⁰ hvor trygge tjenester er et av hovedmålene. I denne sammenheng vil Statens helsetilsyn understreke helseforetakenes ansvar for at den lovpålagte meldeplikten overholdes og fungerer etter hensikten. Det forventes videre at foretakene påser at informasjon til pasientene om skader og NPE blir ivaretatt i tråd med pasientrettighetslovens bestemmelser, og at dette fremgår av meldingene.

20) ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo 2005.

Meldinger registrert per 1. september 2006 fordelt på skadegrad på pasienten i forhold til forskjellige variabler

Tabell 1
Antall meldinger

Alle meldinger med hendelsesdato i 2005	Forhold som kunne ha ført		Unaturlig dødsfall	Ikke utfylt	Totalt
	Betydelig personskade	til betydelig personskade			
	656	982	191	73	1 902
Kjønn					
Mann	262	407	108	31	808
Kvinne	393	569	83	38	1 083
Ubesvart	1	6	0	4	11
Alle	656	982	191	73	1 902
Type hendelse					
Følge av mangel på helsehjelp	18	46	1	0	65
Under utøvelse av helsehjelp	399	663	97	43	1 202
Påført skade av annen pasient	1	21	0	0	22
Selvpåført	112	123	50	5	290
Annet	99	77	27	10	213
Ikke utfylt	27	52	16	15	110
Alle	656	982	191	73	1 902
Sted					
Psykiatri	35	159	54	13	261
Somatikk	621	823	137	60	1 641
Alle	656	982	191	73	1 902
Legemidler					
Administrering av legemiddel til rett pasient	16	217	3	9	245
Forordning av legemiddel	6	39	1	1	47
Legemiddel med uventet effekt	8	16	3	0	27
Legemiddelet gitt til feil pasient	0	45	0	4	49
Annet	8	31	3	0	42
Legemidler totalt	38	348	10	14	410
Ikke legemidler	618	634	181	59	1 492
Alle	656	982	191	73	1 902
Hva er gjort for å hjelpe pasienten?					
Pasienten vurdert av lege	532	610	78	44	1 264
Ikke registrert at pasienten vurdert av lege	124	372	113	29	638
Alle	656	982	191	73	1 902
Tiltak iverksatt for å redusere skade	412	396	30	20	858
Ikke registrert at tiltak er iverksatt for å redusere skade	244	586	161	53	1 044
Alle	656	982	191	73	1 902
Pasienten informert om skaden	428	364	29	35	856
Ikke registrert at pasienten informert om skaden	228	618	162	38	1 046
Alle	656	982	191	73	1 902
Pasienten informert om NPE	167	95	16	6	284
Ikke registrert at pasienten informert om NPE	489	887	175	67	1 618
Alle	656	982	191	73	1 902
Selv mord	0	0	49	0	52
Selv mordsforsøk	14	46	0	0	60
Fall	202	79	5	7	293

Tabell 2
Andel meldinger i forhold til skadegrad på pasienten

Alle meldinger med hendelsesdato i 2005	Forhold som kunne ha ført		Unaturlig dødsfall	Ikke utfylt	Totalt
	Betydelig personskade	til betydelig personskade			
	35%	52%	10%	4%	100%
Kjønn					
Mann	32%	50%	13%	4%	100%
Kvinne	36%	53%	8%	4%	100%
Ubesvart	9%	55%	0%	36%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Type hendelse					
Følge av mangel på helsehjelp	28%	71%	2%	0%	100%
Under utøvelse av helsehjelp	33%	55%	8%	4%	100%
Påført skade av annen pasient	5%	96%	0%	0%	100%
Selvpåført	39%	42%	17%	2%	100%
Annet	47%	36%	13%	5%	100%
Ikke utfylt	25%	47%	15%	14%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Sted					
Psykiatri	13%	61%	21%	5%	100%
Somatikk	38%	50%	8%	4%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Legemidler					
Administrering av legemiddel til rett pasient	7%	89%	1%	4%	100%
Forordning av legemiddel	13%	83%	2%	2%	100%
Legemiddel med uventet effekt	30%	59%	11%	0%	100%
Legemiddelet gitt til feil pasient	0%	92%	0%	8%	100%
Annet	19%	74%	7%	0%	100%
Legemidler totalt	9%	85%	2%	3%	100%
Ikke legemidler	41%	43%	12%	4%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Hva er gjort for å hjelpe pasienten?					
Pasienten vurdert av lege	42%	48%	6%	4%	100%
Ikke registrert at pasienten vurdert av lege	19%	58%	18%	5%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Tiltak iverksatt for å redusere skade	48%	46%	4%	2%	100%
Ikke registrert at tiltak er iverksatt for å redusere skade	23%	56%	15%	5%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Pasienten informert om skaden	50%	43%	3%	4%	100%
Ikke registrert at pasienten informert om skaden	22%	59%	16%	4%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%
Pasienten informert om NPE	59%	34%	6%	2%	100%
Ikke registrert at pasienten informert om NPE	30%	55%	11%	4%	100%
Alle	35%	52%	10%	4%	100%


Tabell 3
Andel meldinger i forhold til type hendelse

Alle meldinger med hendelsesdato i 2005	Forhold som kunne ha ført		Unaturlig dødsfall	Ikke utfylt	Totalt
	Betydelig personskade	til betydelig personskade			
	100%	100%	100%	100%	100%
Kjønn					
Mann	40%	41%	57%	43%	43%
Kvinne	60%	58%	44%	52%	57%
Ubesvart	0%	1%	0%	6%	1%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Type hendelse					
Følge av mangel på helsehjelp	3%	5%	1%	0%	3%
Under utøvelse av helsehjelp	61%	68%	51%	59%	63%
Påført skade av annen pasient	0%	2%	0%	0%	1%
Selvpåført	17%	13%	26%	7%	15%
Annet	15%	8%	14%	14%	11%
Ikke utfylt	4%	5%	8%	21%	6%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Sted					
Psykiatri	5%	16%	28%	18%	14%
Somatikk	95%	84%	72%	82%	86%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Legemidler					
Administrering av legemiddel til rett pasient	2%	22%	2%	12%	13%
Forordning av legemiddel	1%	4%	1%	1%	3%
Legemiddel med uventet effekt	1%	2%	2%	0%	1%
Legemiddelet gitt til feil pasient	0%	5%	0%	6%	3%
Annet	1%	3%	2%	0%	2%
Legemidler totalt	6%	35%	5%	19%	22%
Ikke legemidler	94%	65%	95%	81%	78%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Hva er gjort for å hjelpe pasienten?					
Pasienten vurdert av lege	81%	62%	41%	60%	67%
Ikke registrert at pasienten vurdert av lege	19%	38%	59%	40%	34%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Tiltak iverksatt for å redusere skade	63%	40%	16%	27%	45%
Ikke registrert at tiltak er iverksatt for å redusere skade	37%	60%	84%	73%	55%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Pasienten informert om skaden	65%	37%	15%	48%	45%
Ikke registrert at pasienten informert om skaden	35%	63%	85%	52%	55%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%
Pasienten informert om NPE	26%	10%	8%	8%	15%
Ikke registrert at pasienten informert om NPE	75%	90%	92%	92%	85%
Alle	100%	100%	100%	100%	100%

Tabell 4
Antall og andel meldinger som gjelder feil bruk av legemidler

<i>Alle meldinger med hendelsesdato i 2005</i>	<i>Forhold som kunne ha ført</i>		<i>Unaturlig</i>	<i>Ikke utfylt</i>	<i>Totalt</i>
	<i>Betydelig personskade</i>	<i>til betydelig personskade</i>	<i>dødsfall</i>		
Antall					
Administrering av legemiddel til rett pasient	16	217	3	9	245
Forordning av legemiddel	6	39	1	1	47
Legemiddel med uventet effekt	8	16	3	0	27
Legemiddelet gitt til feil pasient	0	45	0	4	49
Annet	8	31	3	0	42
Legemidler totalt	38	348	10	14	410
Andel (i forhold til skadegrad)					
Administrering av legemiddel til rett pasient	7%	89%	1%	4%	100%
Forordning av legemiddel	13%	83%	2%	2%	100%
Legemiddel med uventet effekt	30%	59%	11%	0%	100%
Legemiddelet gitt til feil pasient	0%	92%	0%	8%	100%
Annet	19%	74%	7%	0%	100%
Legemidler totalt	9%	85%	2%	3%	100%
Andel (i forhold til type legemiddelfeil)					
Administrering av legemiddel til rett pasient	42%	62%	30%	64%	60%
Forordning av legemiddel	16%	11%	10%	7%	12%
Legemiddel med uventet effekt	21%	5%	30%	0%	7%
Legemiddelet gitt til feil pasient	0%	13%	0%	29%	12%
Annet	21%	9%	30%	0%	10%
Legemidler totalt	100%	100%	100%	100%	100%

Meldeskjema IK-2448

 HELSETILSYNET I FYLKET		Pasientopplysningar:	
Melding til Helsetilsynet i fylket ved: 1. Betydeleg eller fare for betydeleg personskade 2. Svikt i medisinsk utstyr Adresse til Helsetilsynet i det aktuelle fylket finst bl.a. på www.fylkesmannen.no og www.helsetilsynet.no .			
Namnet på institusjonen:		Adressa til institusjonen:	
Kontaktperson:		Kontakttelefon:	
		Saksnummer:	
		Institusjonen:	
		Helsetilsynet i fylket:	
Meldar pliktar å varsle ansvarshavande lege eller sjukepleiar. Utfyllt skjema går til avdelingsleinga. Ferdigbehandla melding går frå kvalitetsutvalet til Helsetilsynet i fylket så snart som mogleg etter at hendinga har skjedd, og seinast innan to månader. Andre meldeplikter kan gjelde. Du kan laste ned skjemaet frå www.helsetilsynet.no , meny Tilsyn – funn ... \ Meldeordning \... og fyller det ut på skjermen. Alle aktuelle kvite felt skal fyllast ut. Dersom du fyller ut skjemaet for hand, må du bruke blå eller svart penn og blokkbokstavar. Også når skjemaet blir fyllt ut på skjerm, skal det signerast for hand.			
Del 1 Meldar fyller ut			
Meldinga gjeld:			
Forhold som kunne ha ført til betydeleg personskade <input type="checkbox"/>	Betydeleg personskade <input type="checkbox"/>	Hending med medisinsk utstyr <input type="checkbox"/>	Unaturleg dødsfall Politi skal varslast med ein gong <input type="checkbox"/>
Type hending:			
Pasientopplysningar:		Alder	Tid og stad for hendinga
Mann <input type="checkbox"/>	Kvinne <input type="checkbox"/>		
Dato	Kl.	Type avdeling:	For psykiatrisk pasient: § 3-1 første ledd <input type="checkbox"/> § 3-1 andre ledd <input type="checkbox"/>
Under utøving av helsehjelp <input type="checkbox"/>	Følgje av mangel på helsehjelp <input type="checkbox"/>	Påført skade av annan pasient <input type="checkbox"/>	Sjølvpåført <input type="checkbox"/>
Anna			
Hendinga var knytt til:			
Diagnostisk prosedyre <input type="checkbox"/>	Behandling eller operasjon <input type="checkbox"/>	Pleie eller opptrening <input type="checkbox"/>	Ukjent <input type="checkbox"/>
Anna			
Gjer kort greie for hendinga (maks 500 tegn): Kva skjedde / kvifor, og kva førte det til for pasienten?			
Dato og meldaren sin signatur:			
Ved all svikt i alt medisinsk utstyr: Ved svikt i medisinsk-teknisk utstyr kontakt medisinsk-teknisk personale. Legg eventuelt ved eigen rapport.			
Telefonisk varsling ved svikt i medisinsk utstyr: <input type="checkbox"/>	Dir. for samfunnstryggleik og beredskap tlf. 48 21 20 00 om elektromed.utstyr <input type="checkbox"/>	Statens strålevern, tlf. 67 16 25 00 om strålegivande utstyr <input type="checkbox"/>	
Fabrikat/merke	Produsent	Type/modell/namn	
Nomenklatur (nemning):	Kode/Nr.:	Batch/lot nr./serienr.	CE-merket Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Leverandør/forhandlar:	Adresse:		Kopi leverandør Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

© IK-2448 Statens helsetilsyn januar 2001, siste mindre endring mai 2005

Del 2 Avdelingsleiinga fyller ut					Motteke dato:
Avdelingsleiar treng supplerande opplysningar frå meldar om følgjande forhold:					
Avdelingsleiinga si vurdering:					
Årsaksforhold:					
Ikkje tilfredsstillande rutine / prosedyre <input type="checkbox"/>	Rutine / prosedyre ikkje følgd <input type="checkbox"/>	Ikkje tilfredsstillande organisatorisk tilrettelegging <input type="checkbox"/>	Ikkje tilfredsstillande fysiske forhold <input type="checkbox"/>	Ikkje tilfredsstillande kompetanse tilgjengeleg <input type="checkbox"/>	
Følgje av utilsikta utføring på rett person <input type="checkbox"/>	Følgje av utilsikta utføring på feil person <input type="checkbox"/>	Feil utøving av fagleg skjønn <input type="checkbox"/>	Kjend, men sjeldan effekt <input type="checkbox"/>	Anna <input type="text"/>	
Feil ved bruk av legemiddel:					
Føreskriving av legemiddel <input type="checkbox"/>	Administrering av legemiddel til rett pasient <input type="checkbox"/>	Legemiddel gitt til feil pasient <input type="checkbox"/>	Legemiddel med uventa effekt <input type="checkbox"/>	Anna <input type="text"/>	
Feil ved bruk av utstyr:					
Manglande vedlikehald av utstyr <input type="checkbox"/>	Annan teknisk svikt ved utstyr <input type="checkbox"/>	Manglar ved bruksretteiing <input type="checkbox"/>	Brukarfeil <input type="checkbox"/>	Anna <input type="text"/>	
Kva er gjort for å hjelpe pasienten:					
Pasientskade vurdert av lege <input type="checkbox"/>	Tiltak sett i verk for å redusere skaden <input type="checkbox"/>	Pasient informert om skaden <input type="checkbox"/>	Informert om Norsk pasient skadeerstatning (NPE) <input type="checkbox"/>	Uaktuelt <input type="checkbox"/>	
Kva er gjort for å førebyggje gjentakning:					
		Tiltak sett i verk <input type="checkbox"/>	Tiltak planlagt <input type="checkbox"/>	Uaktuelt <input type="checkbox"/>	
Konklusjonen hos avdelingsleiinga om årsaksforhold og tiltak:					
Dato _____ Sign _____					
Del 3 Kvalitetsutvalet fyller ut					Motteke dato:
Kvalitetsutvalet treng supplerande opplysningar frå avdelingsleiar om følgjande forhold:					
Meldinga behandla i kvalitetsutvalet dato:			Kvalitetsutvalet si vurdering av årsaksforhold:		
Einig med avdelingsleiing <input type="checkbox"/>	Ueinig med avdelingsleiing <input type="checkbox"/>				
Kvalitetsutvalet si vurdering av oppfølging av pasient:			Kvalitetsutvalget si vurdering av sikring / førebygging:		
Tiltak tilfredsstillande <input type="checkbox"/>	Planlegging tilfredsstillande <input type="checkbox"/>	Tiltak tilfredsstillande <input type="checkbox"/>	Planlegging tilfredsstillande <input type="checkbox"/>		
Kvalitetsutvalet si vurdering ved mangelfull oppfølging:					
Dato _____ Sign _____ Tal på vedlegg <input type="text"/>					
Del 4 Helsetilsynet i fylket si behandling av meldinga					Motteke dato:
Oppfølging av meldeplikta tilfredsstillande teken vare på Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>					
Helsetilsynet i fylket treng supplerande opplysningar om følgjande forhold:					
Tilbakemelding gitt til verksemda Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>					
Tilbakemeldinga frå Helsetilsynet i fylket til verksemda:					
Dato: _____					
Behandling av meldinga avslutta Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>					
Helsetilsynet i fylket si avslutning eller vidare oppfølging av meldinga:					
Dato _____ Sign _____ Til oppfølging: <input type="checkbox"/>					

Dieðihanguovddáš – jahkeraporta 2004

Dearvvašvuodageahču raportta 1/2007 čoahkkáigeassu

Jagis 2005 leat dihtosis 1 902 dáhpáhusa maid lei geatnegasvuohta diedihit fylkka Dearvvašvuodagehčču, specialistadearvvaš vuodabálvaluslága § 3-3 mielde (dihtosis pr. akčamánu 1. beaivvi 2006).

2001 rájes 2004 rádjá lassánedje diediheamit 59 proseanttain. Lassáneapmái 2003 rájes 2004 rádjái lei 19 proseanta, muhto de fas lei 6 proseanta unnun 2004 rájes 2005 rádjái.

Sullii goalmátoassi diedihemiin (34 proseanta) leat mearkkašahtti persovdnavašágat ja badjel bealli (52 proseanta) guoskkai dilálašvuodaide mat livčče sáhttán dagahit mearkkašahtti persovdnavašágiid.

Leat 191 eahpelunddolaš jápmima diediheami. 51 proseanttas dain lea gávnna-huvvon ahte jápmin dáhpáhuvai divššodettiin, ja 26 % jápmimiid sivvan lea gávnna-huvvon dáhpáhuvvan iežas da-gaheami geažil.

Čieža proseanta diedihemiin lea riegádaht-timiid oktavuodas. 79 proseanttas dain diedihemiin mat gullet riegádahttimiidda, guske eadnái ja 21 proseanta mánnái.

Dušše okta proseanta diedihemiin guoskkai dáhpáhusaide vara, varrabuktagiid ja varra-sirdima hárrái. Ii oktage dain guoskan eahpelunddolaš jápmimii.

14 proseanta diedihemiin guske dáhpáhusaide psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusas, ja 63 proseanta dain gulle iežasdagahan vahágiidda, namalassii iežas roasmmuhuhtimii, iešsorbmemii ja go iežas lei viggan sorbmet.

Ollu diedihangeatnegas dáhpáhusat eai leat vuos diedihuvvon. Buori pasieantasihkarvu odabarggus lea eaktun ahte lea rabasvuohta sávakeahtes dáhpáhusaid, vahágiid ja goasiivahágiid birra. Eaktun leat maid ahte gávdnojit systemáhtalaš dieđut dáiđ birra. Dása dárbbasuvvo buorre diedihanvuoigga, ja ahte jodiheaddjit gáibidit sytemáhtalaš barggu ja fuomášuhttet dan dehálašvuoda.

Annual Report 2005 for MedEvent (Meldesentralen – the Reporting System for Adverse Events in Specialized Health Services)

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 1/2007

For 2005, 1 902 adverse events were registered (registered per 1 September 2006). Such events involve a duty to report to the Norwegian Board of Health Supervision in the counties, in accordance with the Specialized Health Services Act, section 3-3.

The number of reports of injuries to patients increased by 59 per cent during the period 2001 to 2004. There was a decrease of about 6 per cent in the number of reports from 2004 to 2005.

About one third of the reports (34 per cent) were reports of serious injury to patients, and over half (52 per cent) were reports of events that could have led to serious injury.

191 reports of unnatural death were registered. In 51 per cent of these reports, the death occurred when providing health care, and in 26 per cent, the death occurred as a result of self-inflicted injury.

Seven per cent of the reports were related to childbirth. In 79 per cent of these, the event was related to the mother, and in 21 per cent it was related to the baby.

One per cent of the reports were related to blood, blood products and blood transfusions. None of these reports were of unnatural death.

Fourteen per cent of the reports were related to events that had occurred in mental health services, and 63 per cent of these related to self-inflicted injuries, such as self-inflicted wounds, suicide and attempted suicide.

Many adverse events that should be reported, are still not reported. Openness about adverse events, injuries and near misses, and systematic use of information about such events, form the basis for satisfactory work with improving safety. This presupposes a positive attitude to reporting. It is also important for leadership to focus on systematic safety-improvement work.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2006

1/2006 Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien.
Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage-tarmkanalen i 2005

2/2006 Rettssikkerhet for utviklingshemmede.
Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

3/2006 Et stykkevis og delt tjenestetilbud?
Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester.

4/2006 Bruk av tvang i psykisk helsevern

5/2006 Meldesentralen – årsrapport 2004

6/2006 Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende. Skriftlig spørreundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn høsten 2004

7/2006 Når det haster... Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

Utgivelser 2007

1/2007 Meldesentralen – årsrapport 2005

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkelt saker). Serien ble etablert i 2005 og finnes på www.helsetilsynet.no. Der kan det også tegnes abonnement. Temaer i hittil utkomne numre:

1/2005 Behandling med vanedannende legemidler

2/2005 Feilbehandling o.a.

3/2005 Taushetsplikt

4/2005 Helsetilsynets reaksjoner i tilsynssaker mot helsepersonell

1/2006 Pasientdokumentasjon, journalføringsplikten

2/2006 Bruk av alternative behandlingsmetoder

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaringer fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.
Alle utgivelser finnes i fulltekst på
www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 1/2007

Meldesentralen – årsrapport 2005

For 2005 er det registrert 1 902 hendelser som utløste meldeplikten til Helsetilsynet i fylket etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (registrert pr. 1. september 2006).

Fra 2001 til 2004 økte antall meldinger med 59 prosent. Økningen fra 2003 til 2004 var på 19 prosent, mens det har vært en nedgang på cirka 6 prosent fra 2004 til 2005.

Cirka en tredjedel av meldingene (34 prosent) gjelder betydelig personskade mens over halvparten av meldingene (52 prosent) gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskade.

Det er registrert 191 meldinger om unaturlig dødsfall. I 51 prosent av disse meldingene er det registrert at dødsfall skjedde under utøvelse av helsehjelp, og i 26 prosent er dødsfallet registrert som følge av selvpåførte skader.

Sju prosent av meldingene omhandlet hendelser knyttet til fødsler. I 79 prosent av de meldingene som gjaldt fødsler, omhandlet hendelsen moren, og i 21 prosent omhandlet hendelsen barnet.

Bare én prosent av meldingene omhandlet hendelser knyttet til blod, blodprodukter og blodtransfusjon. Ingen av disse sakene gjaldt unaturlig dødsfall.

Fjorten prosent av meldingene omhandlet hendelser fra psykisk helsevern, og 63 prosent av disse gjaldt hendelser knyttet til selvpåførte skader, det vil si selvsikading, selvmord og selvmordsforsøk.

Mange meldepliktige hendelser blir fortsatt ikke meldt. Åpenhet rundt uønskede hendelser, skader og nestenuhell og systematisk bruk av informasjon om disse er en forutsetning for et godt pasientsikkerhetsarbeid. Dette fordrer en god meldekultur, og at ledelsen fokuserer på og etterspør det systematiske arbeidet.