



MELDEREVYEN

ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

6. ÅRGANG 1999 NR. 1

ISSN 0804-6654

Hvem går foran i kvalitetsarbeidet?

Ordningen med lovfestede kvalitetsutvalg i sykehus (sykehusloven § 18b) er nå 5 år. Svært mange sykehus hadde fra før kvalitetsutvalg eller skadeutvalg, som rådgivende for direktøren. Som følge av at Stortinget besluttet at Meldesentralen skulle opprettes, ble ordningen med oversendelse av meldinger om uhell og nestenuhell til Meldesentralen innført, og med det fikk kvalitetsutvalgene en svært sentral plass. Vi kan konstatere at det gjøres mye og bra innsats i kvalitetsutvalgene i mange sykehus. Utvalgene vurderer hendelsene som meldes, og de tar initiativ for å hindre gjentagelser. Dessverre svikter det delvis i tilbakemeldingene til avdelingene og de enkelte medarbeiderne som er primærmeldere (1) - men vi har en opplevelse av at en også er økende bevisst ikke bare om verdien, men også om nødvendigheten av slike lokale tilbakemeldinger. Enkelte kvalitetsutvalg gir imidlertid inntrykk av å fungere som "postkasser"; de mottar meldinger fra eget sykehus og sender disse videre, med eller uten påskrift, men i alle fall uten forslag til lokale forbedrende tiltak. Vi håper dette er et feilaktig inntrykk, men vi mottar ganske ofte meldinger med påtegninger fra kvalitetsutvalget som "-" (minustegn), "til orientering", "til etterretning" eller "hendelig uhell". Det er dermed intet i opplysningene fra disse kvalitetsutvalgene som forteller at meldingene brukes aktivt lokalt. Meldesentralen som sete for den nasjonale databasen har to formål; dels å få en oversikt over uhell og nestenuhell, dels (og viktigst) som stimulator til lokal oppfølging og forebygging av gjentagelser. Det kan ikke sies ofte nok, dersom ikke kvalitetsutvalgene og ledelsen lokalt engasjerer seg i å bruke meldinger om avvikhendelser på en positiv måte, gir de samtidig avkall på den beste muligheten til å avdekke og forhindre svakheter.

En forutsetning for å observere avvikhendelser er at enkelte standarder er klart definert og blir opplevd som forpliktende. Vi vet at pasienter regelmessig opplever at planlagt behandling må utsettes eller forskyves, at inngrep må strykes, og at pasienter må flyttes til et lavere omsorgsnivå tidligere enn ønskelig (f.eks. fra intensivavdeling til vanlig sengeavdeling). Til Meldesentralen har vi knapt mottatt en eneste melding om slike forsinkelser og forskyvninger, trass i at de trolig forekommer regelmessig i sykehus. Derfor etterlyser vi sykehus og sykehusavdelinger som er villige til å definere standarder innen disse områdene, og som deretter tar konsekvensen av det ved også å behandle avvik fra de samme standardene i sitt kvalitetssystem. Spalteplass i Melderevyen tilbys!!

Publikum etterspør i økende grad hvilke kvaliteter det er på de tjenestene som sykehusene leverer. Vi kjenner i skrivende stund til en eneste avdeling som har lagt sitt kvalitetssystem ut allment tilgjengelig via internett, og som også har begynt å legge ut sine kvalitetsresultater. Vi gratulerer Kvinneklinikken, Sentralsjukehuset i Rogaland (<http://www.rogaland-f.kommune.no/kksir/>), og ønsker andre velkommen etter!

Kravene til kompetanse og opplæring blir stadig tydeligere, og det er gledelig å se at enkelte miljøer nå virkelig setter dette i system; også opplæring av leger kan kvalitetssikres. I "Dagens Medisin" (11.02.99) forteller professor Helge Myrvold (RiT/NTNU - Trondheim) om opplæring for å operere etter en bestemt metode. Før noen får operere etter denne metoden, må de ha assistert en ferdig utlært kirurg med spesialkompetanse fra fem til ti ganger. Deretter får de operere selv under ledelse av en slik kirurg. Det skjer en fortløpende vurdering av når den enkelte kan få operere på egen hånd. Slike toner vet vi klinger mange steder. Dette er kvalitetssikring av kliniske ferdigheter, på et meget høyt nivå, og vel verdt etterfølgelse.

Bjørn Magne Eggen

Referanser:

- 1: Bruker sykehusene kvalitetssystemet offensivt?
Elle, melde, deg fortelle. Årsrapport for 1997 fra Meldesentralen (s.3-6).
- 2: Kartlegging av kapasitets- og driftsforhold ved landets intensivavdelinger (Per Skretting et al)
Statens helsetilsyn 1999; - utredning.

Den feilbarlige legen

I denne artikkelen setter professor Jan Helge Solbakk spørsmålsteget ved tanken om medisinen som en ufeilbarlig disiplin. Han peker på at det er ulike kilder til feil og at vi må skille mellom nødvendige og unødvendige feil.

Allerede i Den Hippokratiske Ed, er legen som *feilbarlig* tematisert. Det overraskende er imidlertid at feilbarlighet her fremheves som noe positivt - som uttrykk for en slags *grensebevissthet* - snarere enn som noe forkastelig. Dessverre tror jeg dette er en rolleforståelse som alt for sjelden reflekteres i dagens medisinske tenkning og praksis. I stedet gis det inntrykk av at medisinen er en vitenskapsbasert virksomhet hvor *feil* er og bør være mulig å unngå. Det gjelder bare å bli flink nok.

Slik fremstår medisinen for seg selv og for verden utenfor som en disiplin som i bunn og grunn er ufeilbarlig. Derfor møtes også anklager om feil i medisinsk sammenheng ofte med benektelse eller avvisning fra de impliserte legene, mens mediene og den øvrige verden utenfor sykehusets vegger reagerer med forbløffelse på at medisinske feil fortsatt eksisterer. Begge typer reaksjoner hviler på en grunnleggende misforståelse av medisinsens natur.

Medisinen er ikke, kan ikke og bør heller ikke bestrebe seg på å fremtre som en ufeilbarlig disiplin; da fornekter den seg selv og sin egen natur. Selv om medisinen er en vitenskapsbasert virksomhet, er den ikke en vitenskap om universelle størrelser, slik f.eks. matematikk og fysikk er det: Den er en vitenskap om *partikulære* størrelser. Av den grunn er det i følge filosofene Samuel Gorovitz og Alasdair MacIntyre også viktig for medisinen at den utvikler en teori om «*medisinsk feilbarhet*» («*Toward a theory of medical fallibility*», *Journal of Medicine and Philosophy* 1, no. 1, 1976: 51-71). Bare slik vil man være i stand til å skille mellom de formene for feil i medisinsk sammenheng som er - og alltid vil komme til å være - uunngåelig og den andre formen for feil som kan - og derfor bør - unngås. Når det gjelder gruppen av uunngåelige eller nødvendige feil, identifiserer Gorovitz og MacIntyre tre kilder:

Kilde 1. Kunnskapsgrunnlaget: Feil kan oppstå pga. begrensningen i nåværende kunnskapsstatus.

Kilde 2: Den nødvendige feilkilden knyttet til at pasienten er unik. Allmenne/vitenskapelige kunnskaper er derfor aldri "sikre" i møte med den enkelte pasienten.

Kilde 3: Medisinen bygger ikke bare på vitenskap, men også på *skjønn*: En rekke usikre, men nødvendige kunnskapskilder blir vektet i møte med den enkelte pasienten.

Ifølge Gorovitz og MacIntyre bør bevisstheten om disse feilkildene i medisinen lede til en omdefinering av lege-pasientforholdet; til et forhold hvor feil *nødvendigvis* vil bli begått. Følgelig vil også pasienter og offentlighet måtte lære seg å erkjenne, akseptere og respondere fornuftig på den individuelle legens nødvendige feilbarlighet.

Den fjerde kilden til medisinske feil knytter seg til den enkelte legens adferd; i form av uaktsomhet, manglende kunnskapsmessig oppdatering, håndverksmessig svikt, kommunikasjonssvikt eller ganske enkelt: dår-

lig oppførsel. Dette er en type feil som er unødvendig og som i følge forfatterne derfor også bør betraktes som *skyldige feil* («culpable errors») den enkelte legen bør stilles til ansvar for.

Disse forholdene aktualiserer også spørsmålet hvilke prosedyrer man har til rådighet for å takle medisinske feil i praksis. Dersom medisinske feil representerer en uunngåelig realitet i det medisinske arbeidet, blir kanskje det aller viktigste spørsmålet ikke: *Hvordan unngå å begå medisinske feil?* men snarere, *hvordan "bestå" medisinske feil* (jfr. uttrykket å bestå en prøve)? I den forbindelse kan kanskje følgende sjekkliste i fem punkter være til hjelp: Dersom man har mistanke om at det har skjedd en «medisinsk feil», bør man huske å:

- etterlate seg spor i journalen
- melde fra til overordnet myndighet ved uventet død
- ha noen å snakke med om *egne* medisinske feil, ta hånd om en kollega når *han/hun* gjør feil
- fremstå for sine pasienter som *feilbarlig*

Om ikke annet vil en slik liste kunne bidra til at medisinen bevarer troen på seg selv som en human medisin, dvs. som en disiplin som forvaltes av mennesker - for mennesker - innenfor rammene av fagets og den enkelte legens evner og kyndighet, men dermed også begrensninger.

Jan Helge Solbakk, professor i medisinsk etikk

Sakset med tillatelse fra «Dagens Medisin», nr. 1 1999

Meldeplakaten - små justeringer

Forhåpentligvis er meldeplakaten etterhvert blitt godt kjent rundt om på sykehusavdelingene. Denne plakaten som gir stikkord om hvordan skader, uhell og nestenuhell i helsetjenesten skal behandles, blir justert hver gang vi ser at noe kan uttrykkes klarere. I vårt siste opplag har vi gjort en liten justering med hensyn til utstyrssvikt. Selv om dette kanskje skulle være unødvendig å si, understreker vi nå at i **tillegg** til å sende vanlig melding, skal en også telefonisk kontakte henholdsvis Produkt- og elektrisitetsstilsynet eller Statens strålevern når det gjelder elektromedisinsk eller strålegivende utstyr.

I forrige nummer informerte vi også om revidering av meldeplakaten. Noe av det vi da pekte på var at meldingene som sendes Meldesentralen må inneholde kvalitetsutvalgets vurdering av hendelsen, inklusive opplysninger om bruk av hendelsen for kvalitetsforbedring. Det betyr at saken vedrørende hendelsen må være ferdigbehandlet både i avdelingen og i kvalitetsutvalget før meldingen sendes Meldesentralen. Det viktigste med avvikshendelsene er jo hva vi kan lære av dem. Derfor må selvfølgelig Meldesentralen også få opplysninger om hva erfaringene har ført til av refleksjoner og konkrete endringer.

Dersom en trenger flere meldeplakater, IK-2453, kan de bestilles fra Helsetilsynets trykksakenhet på telefaks: 22 24 95 90 eller e-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no

En av mange. En å lære av.....?

Tema: Medikamenthåndtering

Administrering av legemidler er et område med et stort forbedringspotensiale. Legemidler er innblandet i 16 % av de meldinger Meldesentralen får inn årlig. Det kan være mange årsaker til disse uhell/nestenuhell. Håndtering av legemidler er en forholdsmessig stor del av leger og sykepleiers travel arbeidsdag; - man skal ta hurtig avgjørelser, og gjerne flere på en gang. Det er likevel ikke alltid at dette er årsaken til at feil oppstår. Selv på rolige dager med adekvat arbeidspress forekommer feil i forbindelse med håndtering av medikamenter. Organiseringen på mange poster medfører også at flere personer er involvert i administreringen til en og samme pasient. Gode rutiner og prosedyrer for medikamenthåndtering bør være et hjelpemiddel for å unngå feil. Praktiserer man f.eks. konsekvent dobbelkontroll ved administrering av medikamenter, så nærme pasienten som mulig, vil man kunne stoppe potensielle uhell og hindre ubehageligheter og skader for pasienten. Mange sykehus har pr. i dag ikke etablert prosedyrer og kvalitetssikringsmetoder for medikamenthåndtering. For disse kunne det kanskje være en ide å ta fatt på dette?

Kanskje noen av disse eksemplene på innsendte meldinger ang. legemidler kunne vært unngått hvis man hadde hatt rutiner/prosedyrer som alle fulgte?

Flere kokker ...

På en intensivavdeling ble det ved kontroll av infusjon i forbindelse med vaktskifte oppdaget feilmerking av to infusjoner. Dette førte til at pasienten kun fikk Dopamin og ikke Noradrenalin i tillegg, som var forordnet. Pasienten fikk sin ordinerte mengde Dopamin og i tillegg Dopamin 70 ml/t over noen timer. I dette tilfelle hadde en sykepleier blandet infusjonen og satt på merkelappene og en annen sykepleier hadde hengt opp infusjonen. To andre sykepleiere oppdaget feilen 2 timer etter at infusjonen var påbegynt.

Legemiddeladministrering etter «gammel vane»

På en kirurgisk post gir en sykepleier 10 Marevan tablett (25 mg) istedenfor 10 mg Marevan (4 tbl.). Dette oppdages ikke før dagen etter, da blodprøven viser at TT verdien har falt fra 50% til 9%. Pasienten får Konaktion iv. og blir fulgt opp med nye TT prøver. Sykepleieren som gjorde feilen tror hun gjorde det fordi hun var vant til at man doserer i «tabletter» og ikke i «mg». Ordinasjonen ble gitt muntlig. Legemidler der dosen endres hyppig skal også forordnes skriftlig.

Rutinemessig legemiddeladministrering

På en annen avdeling gir man pasienter rutinemessig profylaktisk antibiotika før visse inngrep. Tilfeldighetene ville det imidlertid slik at en pasient som sykepleieren antok skulle til et «endo-inngrep», skulle gjennom et inngrep der en ikke vanligvis gir infeksjonsprofylakse. Pasienten fikk Penicillin 2 mill. iv. uten forordning i kurve. Denne pasienten fikk en anafylaktisk reaksjon. Medikamenter må aldri gis uten forordning.

Kontroll av pasientidentitet

Feil pasient 1

Sykepleier delte ut Paralgin forte til feil pasient. Pasienten som skulle ha hatt disse tablettene lå på naborommet, i samme seng-nr.

Feil pasient 2

På en pasients kurve er det klistret en lapp som viser at blodscreening er tatt en viss dato. Men lappen tilhører ikke den aktuelle pasienten, men en annen med samme etternavn.

Feildosering

En sykepleier observerte at pasienten sov veldig tungt, hadde apnoeperioder og reagerte ikke på berøring. Ufra narkotikaregnskapet oppdaget man at pasienten hadde fått Dolcontin 100 mg istedenfor 10 mg. Narcanti ble gitt, pasienten våknet. Fikk abstinenskramper, men kom seg etterhvert.

Generell kommentar; kvalitetsutvalg ved de involverte sykehus fremholder at rutiner for medikamenthåndtering bør gjennomgås, at det arbeides med å utvikle og godkjenne prosedyrer for ordinerer og administrering av legemidler eller at avdelingene bes innskjerpe prosedyre for medikamenthåndtering.

Karoline Olsen Eggen

Kvalitetsutvalgenes erfaring med Meldesentralen og meldeordningen

Siden det er 5 år siden Meldesentralen ble opprettet, ble det i januar gjennomført en spørreundersøkelse for å få svar på hvilke erfaringer kvalitetsutvalgene har gjort med Meldesentralen og meldeordningen.

Undersøkelsen hvor i alt 68 sykehus deltok, viste at det er relativt store variasjoner mellom sykehusene med hensyn til hvordan en har fått avvikssystemet til å fungere og hva kvalitetsutvalget mener om meldeordningen. Et sykehus hadde mer enn 700 meldinger i 1998, mens 4 sykehus hadde mellom 200 til 400, og halvparten hadde mindre enn 40 meldinger.

Hovedansvar for avviksbehandlingen legges stort sett på avdelingsledelsen, og de fleste mente at oppfølgende tiltak bare gjennomføres av og til. Kvalitetsutvalgene vurderer behandlingen av meldinger som viktig, men ser at det også er andre viktige oppgaver.

På flere områder er det behov for klargjøring og forbedringer av meldeordningen. Dette gjelder blant annet meldeblanketten og retningslinjer for alvorlighetsgrad. Dessuten ønsker mange kvalitetsutvalg at det utvikles databaseverktøy for å effektivisere arbeidet og fremskaffe bedre statistikker. Lederne på sykehusene mottar i stor utstrekning Melderevyen og årsrapporten, og i fremtiden ønsker så og si alle kvalitetsutvalgene å få sammenligningsdata for eget sykehus tilsendt sammen med årsrapporten. Når det gjelder melding av bagatellmessige hendelser (fall uten skade m.m.), ønsker sykehusene at de kun meldes og behandles internt og at data om disse hendelsene sendes Meldesentralen i statistisk form. (Se mer om dette på siste side.)

Selv om kvalitetsutvalgene påpeker at meldeordningen ikke fungerer optimalt, er de fleste fornøyd med kontakten med Meldesentralen og mener at meldeordningen som helhet er til nytte for kvalitetsutviklingen ved sykehusene.

Roar Prydz Christensen

NOTISER

Melderevyen 1998 nr. 3 - «Kvalitetsutvalgets utfordring»

I et innlegg signert Tove Farstad anføres et eksempel som vi kjenner så altfor godt i klinisk praksis: Gammel urolig pasient faller ut av senga og pådrar seg lårhalsbrudd. Den angjeldende avdeling har gjennomgått sine rutiner og tydeligvis tatt i bruk sengehester i større grad enn før. At saken etter § 18 a meldes til fylkeslegen er sikkert OK, men synes meg noe overdrevet.

Hovedårsaken til at det skjer lårhalsbrudd ved sykehusavdelinger er at dette er et sted hvor gamle og skrøpelige forekommer i meget stort antall. Det at man er i ukjente omgivelser med sin forvirring er også en meget viktig medvirkende årsak til fall. Forebyggelse består i så mangt - kanskje først og fremst å ha godt og tett tilsyn med de mest forvirrede. Et annet tiltak er å ikke ha for mange «feller» i nærhet av sengen. Med det mener jeg stoler og dører som slår feil vei - og alt annet som måtte stå i veien ved sen nattevandring. Bruk av «hoftebukser» har i mange arbeidere vist seg meget effektive i institusjoner. Sengehester er derimot et tveegget sverd, som ikke bør anbefales til rutinebruk - med mindre man ikke samtidig har til hensikt å binde pasienten - hvilket vel ikke gjøres rutinemessig. Vår erfaring er at pasienter som er urolige slår seg atskillig mer når de klatrer over sengehestene og så faller. Lav seng - på alle laveste nivå er meget bedre - og anbefales til alle i lårhalsalderen. At dette kan medføre mer pasientarbeid i pleiesituasjonen får vi heller ta med på kjøpet.

Emil Mohr, avdelingsoverlege, Fylkessjukehuset i Haugesund, Avdeling for kirurgi og ortopedi

Kommentar fra Meldesentralen:

Selvsagt er vi enige med Emil Mohr, men en aktiv vurdering av hvem som trenger/ikke trenger sengehester er likevel på sin plass. Det vi synes å ha sett en tendens til, er at det ofte ikke vurderes om aktuelle pasient er kandidat til å falle ut av senga eller ei, og dermed settes ingen tiltak inn for å forhindre eller begrense omfanget av fall.

Tove Farstad

Viktig omlegging av melderutiner fra 1999

Statens helsetilsyn har i brev i mars i år orientert samtlige sykehus, ved kvalitetsutvalgene, om at vi nå finner tiden moden for en endring med hensyn til hva som skal meldes til Meldesentralen. Endringen er i tråd med hva kvalitetsutvalgene har svart i en spørreundersøkelse tidligere i år (omtalt på side 3). Dette innebærer at kvalitetsutvalgene heretter ikke skal sende videre meldinger om fall der disse har ført til liten eller ingen konsekvens for pasienten. Denne omleggingen bygger imidlertid på en viktig forutsetning, nemlig at sykehusene internt fortsatt følger utviklingen også hva gjelder fall og bruker disse i kvalitetsarbeidet.

Innen sykehusene blir melderutinene ikke endret som følge av dette. Der skal meldinger sendes via ledelsen i avdelingen til kvalitetsutvalget. Statens helsetilsyn vil hvert år spørre sykehusene hvor mange meldinger kvalitetsutvalgene har mottatt, og om disse meldingene har ført til endringer eller tiltak lokalt i avdelingen, eller i sykehuset samlet.

Bjørn Magne Eggen

MELDEREVYEN distribueres gratis bl.a. til alle landets sykehus og avisredaksjoner. Den er en av flere publikasjoner som utgis i regi av Statens helsetilsyn. Hyppigheten av utgivelsene vil avhenge av omfang og innhold i de meldinger som sendes Meldesentralen. Vi tar sikte på å presentere meldinger i form av aggregerte data, for bl.a. å vise utviklingen over tid. Vi vil også omtale enkelthendelser i de tilfeller det ansees å være viktig informasjon eller erfaring å tilbakeføre. Tilbakemeldingen og erfaringsoverføringen skal ha verdi for helsetjenestens kvalitetssikringsarbeid. Redaksjonen avsluttet: Mars 1999.



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Postboks 8128 Dep. 0032 Oslo
Telefon: 22 24 88 88 - Faks 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>
IK: 2438

Melderevyens redaksjonen består av:

Redaktør: Bjørn Magne Eggen
Medansvarlige: Tove Farstad
Roar Prydz Christensen
Karoline Olsen Eggen