



MELDEREVYEN

ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

2. ÅRGANG 1995 NR. 2

ISSN 0804-6654 • Bestillingsnr. IK-2438

Meldinger om skader o.l. - hvor ligger grensen for det som skal meldes?

Høsten -94 og våren -95 har Meldesentralen sammen med fylkeslegene gjennomført kontaktmøter med kvalitetsutvalgene ved sykehusene i våre helseregioner. Disse møtene er bl.a. blitt brukt til konstruktive diskusjoner om meldeordningene. Et sentralt punkt har vært hvor "listen ligger" for det som skal meldes til Meldesentralen.

Fra Meldesentralens side ønsker vi at meldingene skal gi et mest mulig korrekt bilde av de alvorligere avvikhendelsene i helsevesenet for at de samlet skal ha størst mulig læringsverdi. Lovverket er også utformet med tanke på læringsverdien, bl.a. i forhold til å betrakte nesten(nær-)uhell på samme måte som hendelser som har medført skade o.l. Men de vide definisjonene som loven gir, skaper problemer med hensyn til å definere hva som er en meldepliktig hendelse. Dette gjelder spesielt nesten(nær-)uhellene. Når en skade har inntruffet er det enklere å vurdere alvor og omfang enn i de tilfellene en hendelse *kunne* ha ført til skade, men de siste er også meldepliktige i følge lovens bokstav.

For å komme problemet nærmere kan en ta noen enkle utgangspunkt: A) Kan noen lære noe av denne hendelsen? B) Er det sannsynlig eller mulig at denne hendelsen er trekk i et mønster som bare kommer til syne ved at flere melder om det samme? C) Kan jeg eller vår avdeling ha nytte av å melde hendelsen? Hvis en svarer ja på et eller flere av disse spørsmålene bør hendelsen meldes. Begrunnelsen for dette er at:

Læringsverdien kan være vel så stor ved nesten-uhell som ved påførte skader. Et nesten-uhell er i prinsippet et avvik som raskt ble korrigeret. I helsevesenet, som i stor grad er preget av ad-hoc beslutninger og improviserte handlinger, er slike avvik så hyppige at de aller fleste er hverdagslige begivenheter. Men noen er sjeldnere, av større prinsipiell betydning og kunne fått store konsekvenser. I slike tilfeller må en nøye vurdere meldeplikten.

Påvisning av et hendelsesmønster forutsetter at en samler kunnskaper om feil som oppstår f. eks. i forbindelse med bruk av en bestemt type utstyr, uten at den enkelte som melder kan ha noen formening om at det foreligger noe mønster. For den enkelte som melder er det her i prinsippet nok å vite at det finnes flere utstyrsenheter av samme slag i bruk andre steder.

Egennytteverdien ved å melde kan komme meget raskt hvis kvalitetsutvalget tar tak i hendelsen og tar initiativ til at det blir iverksatt tiltak for å unngå liknende i fremtiden. Og det kan i mange tilfeller være gunstig at et hendelseforløp nedtegnes raskt slik at det etterpå ikke oppstår tvil om hva som egentlig skjedde.

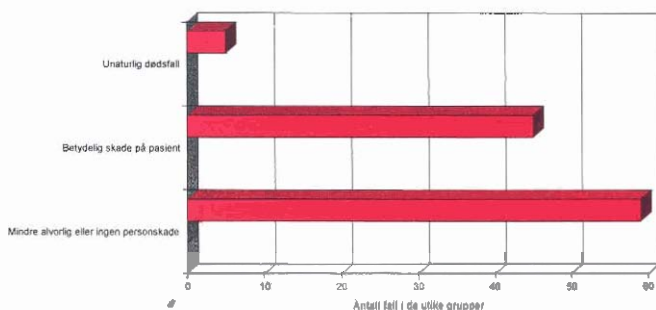
Men finnes det en fornuftig grense for hva som *ikke* bør meldes? Meldesentralen har begrenset kapasitet og vil ikke makte oppgaven dersom alle ukritisk sender melding om alle mulige avvik. Meldinger om brukte tenner under intubasjon, påførte infeksjoner ved kateteriseringer, og liknende mindre forhold som forekommer så og si daglig, og som er direkte følge av at medisinsk nødvendige handlinger ikke alltid er risikofrie og som ikke kan påvirkes nevneverdig med bedre rutiner, ligger antakelig under et fornuftig meldenivå.

Større eller mindre avvik skjer, i følge amerikanske undersøkelser, ved ca 5% av alle sykehusopphold. Oversatt til norske forhold skulle dette bety at det skjer noe uforutsatt med ca 30 000 pasienter per år. Hvis vi antar at 10% av disse er så alvorlige at de bør meldes, dvs ca 3000, så mottok Meldesentralen i 1994 bare 20% av de meldepliktige hendelsene i forbindelse med sykehusopphold! Det er med andre ord fortsatt noe igjen før våre oversikter kan bli helt troverdige.

Fallskader meldt til Meldesentralen i 1994

Pr. 16. juni 1995 hadde Meldesentralen mottatt 641 meldinger om avvikshendelser i 1994. 109 av disse hendelsene gjaldt fall og fallskader hos pasienter som var innlagt i helseinstitusjoner (fig. 1). Meldesentralen har funnet grunn til å se litt nærmere på hva som karakteriserer disse hendelsene. Som vist på figur 1 er det "mindre alvorlig personskaade" og "betydelig skade på pasient" som utgjør de fleste meldingene om fall med henholdsvis 59 og 45 i hver gruppe. I fem meldinger er fall relatert til "unaturlig dødsfall".

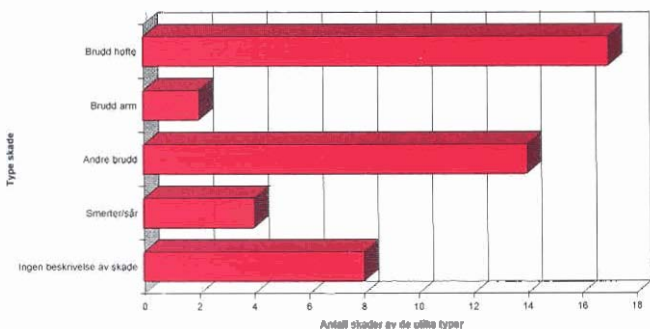
Figur 1. Konsekvenser av fall meldt i 1994



Av de unaturlige dødsfallene som er meldt som fallskader, var det en pasient som falt fra vindu, og en pasient som falt ned en trapp. I begge tilfeller er det oppgitt at pasientene var uklare. En pasient døde etter å ha slått seg under et krampeanfallet. En pasient ble funnet død på sitt rom etter et fall, og en pasient falt i forbindelse med et toalettbesøk og døde senere. Begge de to siste pasientene hadde alvorlig hjertesykdom.

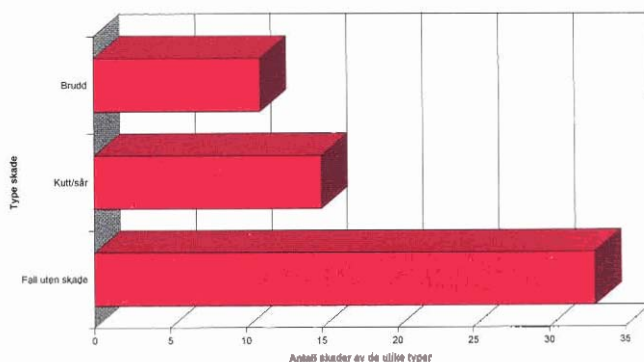
Når det gjelder "betydelig pasientskaade" (fig. 2), er den største gruppen hoftebrudd med 17 meldinger. Deretter kommer gruppen "andre" med 14 meldinger hvorav 10 er diverse frakturer som nesefraktur, costafaktur, femurfraktur etc., en melding om ruptur av øyeeple og i tre meldinger fremgår det ikke hvilken skade pasientene har pådradd seg. I åtte av meldingene er det ingen beskrivelse av skadene. I fire meldinger oppgis at pasientene har fått mindre sår, skrubsår, kul i hodet og ryggmerter. Disse skadene har ikke gitt varige følger. To armbrudd er meldt som "betydelig pasientskaade".

Figur 2. Art av betydelig pasientskaade grunnet fall



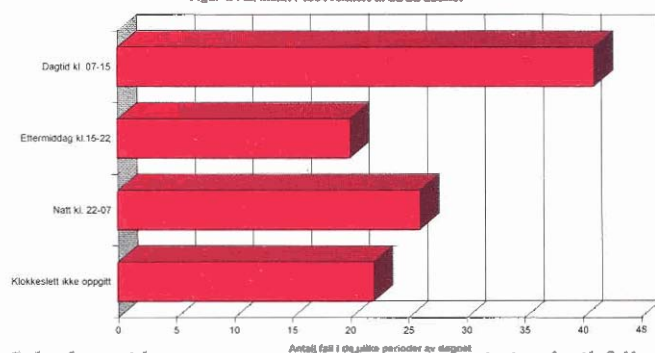
"Mindre alvorlig personskaade" utgjør 59 meldinger, som fordeler seg på tre grupper (fig. 3). Den største gruppen er fall uten skade som utgjør 33 meldinger. Gruppen kutt/sår utgjør 15 meldinger, og brudd utgjør 11 meldinger. Blant bruddene var de fleste armbrudd, men også endel hoftebrudd.

Figur 3. Art av mindre alvorlig personskaade grunnet fall



De fleste pasientene som faller er i aldersgruppen 70-80 år. I 37 av de 109 meldingene er alder ikke oppgitt. Det er flest kvinner som faller. Hvis vi ser på tidspunkt på døgnet, fremkommer det at de fleste fall skjer på dagtid (fig. 4). Det skjer også endel fall på natten, men færre enn man hadde ventet å finne. Fall som skjer på dagtid kan man kanskje ha større mulighet til å forebygge.

Figur 4. Fall meldt i 1994 relatert til tid på døgnet



I de data vi har mottatt er det få som oppgir årsak til fall, men ut fra meldernes beskrivelser kan det nevnes endel eksempler på situasjoner hvor pasienter faller. På dagtid kan det være pasienter som går på et nyvasket gulv, pasienter som står ved vasken og steller seg, eller de sklir i dusjen på vått gulv. Pasienter som bruker rullestol eller gåstol og støtter seg til ene siden og faller fordi stolen tipper over. Det er også meldt hoftebrudd fordi stolen sklir unna når man skal sette seg. I forbindelse med toalettbesøk snubler og faller mange skrøpelige pasienter. Selv om pasientene var blitt bedt om å ringe etter hjelp når de trengte det, forsøkte de heller å være selvhjulpne og resultatet har blitt et alvorlig brudd. Om natten har situasjonen ofte vært at en pasient står opp for å gå på toalettet og har så falt inne på rommet eller på vei ut. Det har vært oppgitt at pasienter har glemt å ringe på hjelp selv om de er anmodet om dette. Ofte er det oppgitt at pasienter har falt ut av sengen, og at man i ettertid har sett at det f. eks. burde vært sengehest på sengen selv om dette har vært vurdert som unødvendig ved innleggelse. I fem meldinger er fall koblet til utstyrssvikt. Dette var i to tilfeller løftemekanismer som sviktet, to tilfeller hvor operasjonsbord sviktet, og en stol som gikk i stykker.

Situasjoner som beskrevet over kan synes uskyldige, men i følge de mottatte data forårsaker de alle typer og grader av skader som vist på figurene 2 og figur 3. I sum viser disse hendelsene at fallskader er et problem i våre helseinstitusjoner og de reiser spørsmål om sikringen er god nok. Flere kvalitetsutvalg har nevnt at de vil se nærmere på årsaken til fallskader og vi håper at denne korte oversikt kan være til hjelp i arbeidet.

Kvalitetsutvalg og luftambulansebaser

Meldesentralen har det siste året fått flere henvendelser vedrørende luftambulansebasenes tilknytning til kvalitetsutvalg. Man har blant annet ønsket en avklaring med hensyn til ansvarsfordelingen for pasienter i forbindelse med ambulansetransport.

I henhold til gjeldende retningslinjer for drift av luftambulansebaser, fastsatt av Helsedirektoratet 15. mars 1988, skal luftambulansebasene være en organisatorisk del av vedkommende sykehus, eventuelt kommunehelsetjenesten, og innplasseres i den fylkeskommunale helseplan. Fylkeskommunen skal utarbeide en organisasjonsplan som viser hvilken lege som har det medisinskfaglige ansvaret.

Ansvar for å følge opp en pasient tilligger den institusjonen som til enhver tid har det medisinske ansvaret for pasienten. Under en luftambulansetransport vil det overordnede medisinske ansvaret for pasienten i den tid transporten varer, ligge hos den medisinske ansvarlige ved den institusjonen der luftambulansen er tilknyttet. I det pasienten legges inn på et annet sykehus vil ansvaret overføres til det nye sykehuset. Forhold som måtte oppstå under transporten meldes derfor til kvalitetsutvalget ved det sykehus hvor luftambulansen er organisert og derfor underordnet. Det blir da dette kvalitetsutvalgets oppgave å forfølge eventuelle skader som har skjedd samt eventuelle klager på tjenesten. Ved betydelig skade på pasient skal kvalitetsutvalget melde hendelsen til fylkeslegen, jf. sykehusloven § 18a. Melding skal gå til fylkeslegen i det fylket hvor luftambulansetjenesten ansvarsmessig er organisert.

Denne ordningen vil kunne medføre at et kvalitetsutvalg ved et annet sykehus enn der pasienten er innlagt vil være rette vedkommende for å behandle meldingen om skade, uhell eller nestenuhell. Videre vil skaden kunne bli meldt til fylkeslegen i et annet fylke enn i det fylket pasienten bor eller blir behandlet. Da ansvaret for å følge opp en pasient tilligger den institusjonen som til enhver tid har det medisinske ansvaret for pasienten, finner Helsetilsynet denne ordningen hensiktsmessig, og ser ikke noen grunn til å etablere meldeordninger for ambulansetjenester som avviker fra de allerede eksisterende meldeordninger.

Sykehusapotekene og meldesystemet

Sykehusapotekene har rettet en henvendelse til Statens helsetilsyn ved Meldesentralen om hvordan de skal forholde seg når de oppdager feil ved dosering av legemidler (cytostatika). Det hender f. eks. at apoteket oppdager at dosering fra lege er feil, dette tas opp med legen, dosen endres og dermed avverges en hendelse. Et apotek skrev til Meldesentralen om en utleveringsfeil de selv hadde gjort. Meldesentralen har også ved fire andre tilfeller mottatt meldinger om utleveringsfeil gjort ved sykehusapotek. Feilene ble i disse tilfellene oppdaget av sykehuspersonalet som så meldte dem til Meldesentralen.

Sykehusapotekene omfattes ikke av meldeplikten i sykehusloven, men vil på grunn av sin funksjon både

kunne ha kjennskap til og være involvert i hendelser som kan få eller har fått konsekvenser for pasienter. Av den grunn er sykehusapotekene opptatt av å melde hendelser, og å etablere forhold til sykehusenes kvalitetsutvalg.

Meldesentralen i Statens helsetilsyn mener at et slikt samarbeid må være viktig og til beste for pasientene. Vi har derfor henvendt oss til landets somatiske sykehus som benytter sykehusapotek, og bedt direktørene anmode kvalitetsutvalgene om å behandle meldinger fra sykehusapoteket. Dette vil bety at det lokalt må avtales hvordan samarbeidet mellom kvalitetsutvalgene og sykehusapotekene skal skje.

Evaluering av kvalitetsutvalgsordningen

I forbindelse med innføring av plikten til å opprette kvalitetsutvalg, sykehusloven § 18 b, ble det til alle landets sykehus og fylkeshelsesjefer sendt ut evalueringsskjemaer om kvalitetsutvalgenes og institusjonsledelsenes erfaringer fra ordningens første år. En del av fylkeslegenes rapporter på grunnlag av dette materialet har nå kommet til Helsetilsynet. Det gjennomgående trekk viser seg så langt å være at kvalitetsutvalgene er i en oppbyggingsfase. Det synes å foreligge relativt store variasjoner i hvor langt etableringen og driften av de enkelte kvalitetsutvalgene har kommet. De ulike kvalitetsutvalgene organiserer seg også på ulike måter. Dette gjelder blant annet i forhold til behandling av meldinger om skader, uhell og nestenuhell der mange har beholdt det gamle skadeutvalget som en undergruppe under kvalitetsutvalget. Sammensetningen av kvalitetsutvalg og oppgavene varierer både fra fylke til fylke og mellom de enkelte institusjoner innen det enkelte fylke. Så langt synes det å være en tendens at de større sykehusene har kommet lengre i sitt arbeid med å etablere utvalgene enn de mindre. De endelige konklusjoner på evalueringsarbeidet må imidlertid vente til flere av fylkene har rapportert. Vennligst send rapport til fylkeslegen!

Gunhild Rostadsand, Helsetilsynet

Psykisk helsevern og meldinger omskade, uhell og nær-uhell

Statens helsetilsyn sendte i september 1994 ut et spørreskjema til de psykiatriske institusjoner, avdelinger, klinikker, poliklinikker og distriktpsykiatriske sentra, til sammen 300. Hensikten var å få vite om man mente det var behov for en egen blankett innen psykiatri. Resultatet ble at man bestemte seg for å bruke samme blankett som for de somatiske sykehus, men med supplerende spørsmål relatert til Lov om psykisk helsevern. Blanketten som erstatter første utgave av den nye meldeblanketten IK-2448 har nummeret IK-2448 (utg 03-95), og kan bestilles på telefaks nr. 22 34 95 90. Opplaget er begrenset slik at institusjoner som ønsker å få opptrykt sine egne originaler kan gjøre dette på samme måte som tidligere.

Returadresse:
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep., 0032 Oslo

NOTISER

Direktiv om in vitro diagnostisk medisinsk utstyr

EU-kommisjonen har nå publisert utkast til direktiv om in vitro diagnostisk medisinsk utstyr - IVDMD. Direktivet skal tre i kraft nasjonalt fra 1. juli 1998 i EØS-landene.

Direktivet, COM(95) 130 final, er bygget opp etter mønster fra de to øvrige direktivene om medisinsk utstyr. Se Melderevyen 1995 NR. 1. Av viktige elementer i direktivet skal nevnes:

- alle produsenter må ha et dokumentert kvalitetsystem.
- de aller fleste produkter vil være i klasse I og således ikke trenge en vurdering fra et teknisk kontrollorgan. Unntak fra denne reglen er utstyr som er tenkt brukt av pasienten selv. Her er reglene strengere og teknisk kontrollorgan kobles inn.
- strengere kontroll kreves for visse typer reagenser. Dette gjelder utstyr for blodtypering og for påvisning av visse infeksjoner som er knyttet til blodprodukter.
- direktivet forsøker å dempe nasjonale krav til informasjon på eget språk.
- utstyr knyttet til prøvetaking dekkes av direktivet. Laboratorieutstyr generelt dekkes ikke.
- maskindirektivet endres til å presisere at det ikke dekker medisinsk utstyr. Direktivet om farlige stoffer vil kunne overlappe litt, mens lav-volt direktivet ikke gjelder for IVDMD.
- "hjemmebrygg" (in house production) som ikke skal ut på markedet dekkes ikke av direktivet.
- det foreslås en endring av direktiv 93/42/EØF om medisinsk utstyr slik at dette også skal dekke inaktivt humant vev.

Utkastet skal nå gjennom EU-systemet med sikte på endelig vedtak og deretter nasjonal implementering.

Informasjon fra Vinmonopolet

"Hånddefeksjonssprit med glycerol" kan nå leveres med doseringspumpe.

Ordretelefoner: 22 72 87 29 - 22 72 85 69 (Oslo),
55 10 11 90 (Bergen) og 73 53 00 00 (Trondheim).

Meldesentralen retter

Under trykking av Melderevyen nr. 1/95 oppstod det en trykkfeil på side 2; *Meldte hendelser i 1994 - en foreløpig oversikt*. Selve figur 1 og 2 har byttet plass, mens overskriften til figurene er riktig plassert. På side 4, spalte 2 er det i overskriften en trykkfeil. *Melding om uhell/nestenuhell med elektromagnetisk utstyr* skal være "Melding om uhell/nestenuhell med elektromedisinsk utstyr".

Abonnement på MELDEREVYEN

Vi er nå i ferd med å revidere abonnementslisten til MELDEREVYEN. Målet er at publikasjonen i størst mulig grad skal distribueres til stillinger/funksjoner på en institusjon og ikke først og fremst til personlige abonnenter. Dette gjøres for å unngå å få en mengde blader i retur hver gang ansatte med personlig abonnement sluttet i sin stilling eller endrer etternavn.

Skriv til og i MELDEREVYEN!

Fra og med neste nummer vil vi gi spalteplass til våre lesere under tittelen "Brev til redaksjonen". Du oppfordres herved til å sende oss ditt bidrag.

*MELDEREVYEN distribueres gratis bl.a. til alle landets sykehus og avisredaksjoner. Den er en av flere publikasjoner som utgis i regi av Statens helsetilsyn. Distribusjonsnettlet skal etter hvert også omfatte primærhelsetjenesten. 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. MELDEREVYEN vil komme ut med 4-8 nr. pr. år.
Redaksjonen avsluttet: Juli 1995.*

Redaksjonen består av:

Redaktør: HROAR PIENE

Medansvarlige: TOVE FARSTAD

MARIT STORMARK

Trykk:

Haakon Arnesen a.s