



MELDEREVYEN

ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

3. ÅRGANG 1996 NR. 2

ISSN 0804-6654 • Bestillingsnr. IK-2438

Å LEVE MED RISIKO, MEN ERKJENNE FEIL

Helsevesenet er ikke ufeilbarlig. Vi som har jobbet i denne bransjen en stund, trenger ikke avisens overskrifter for å erkjenne det. Vi vet det fordi vi har erfart det. Vi har selv gjort feil, vi kjenner alle kolleger som har gjort feil. Vi er ikke mer enn mennesker, og retten til å få være det er det mange av oss som ønsker at media og allmennheten skal innrømme oss.

Men de fleste "feilene" som rammer pasienter, skyldes likevel ikke menneskelig svikt. I alle tester og prosedyrer vi utfører ligger en risiko for feil, en risiko vi aldri helt slipper unna. I enkelte tilfelle kan risikoen være veldig liten. F.eks. er det en veldig liten risiko for at vi med de prosedyrer for testing vi har, skal kunne gi HIV-positivt blod. Risikoen er minimal, og med en så farlig sykdom er det slik vi ønsker det skal være. Men risikoen er ikke null. Vi kan ha som mål, som krav til helsevesenet at dette ikke skal skje. Likevel har det skjedd, og det vil antagelig skje igjen. Men sannsynligvis ikke på veldig lenge - i Norge.

Når det gjelder de aller fleste andre tester vi bruker, er risikoen for at vi får feil resultat mye større. Det kan være fordi det ikke finnes bedre tester. Eller de beste testene kan være svært dyre, eller i seg selv innebære en risiko for komplikasjoner. Hvor mange og hvor kompliserte tester man skal bruke, er også ofte et spørsmål om tid. Hva hjelper det om du får diagnosen med 99% sikkerhet i stedet for 95%, hvis pasientens blindtarm i mellomtiden har sprukket?

Å utøve legekunst er å ta avgjørelser under usikkerhet. Det er det muligens kunst, det er kontinuerlig å avvike når det beste blir det godes fiende. For den enkelte pasient. Og for alle de andre pasientene som venter. Både vi og pasientene våre må leve med risiko.

Men behandlingen styres ikke bare av Vårherres hånd. Helsearbeidere gjør også feil - som enkeltpersoner, og som system.

Alle vet vel det? Alle som jobber i helsevesenet, iallfall?

De fleste har vel iallfall kjent hjertebanken ved nesten å gjøre feil - og lettelsen når det likevel gikk bra. Samtidig frykter vi at en dag er det oss «uflaksen» rammer. Det tynger oss som en hemmelig bær, en bær for hver og en, en bær som ikke blir lettere av rettsakene og overskriftene.

Men denne hemmelige viten er ikke nok. Erkjennelsen må løftes opp på et kollektivt nivå. Vi, som helsevesen, må erkjenne at det skjer, og vi må erkjenne det åpent. Hver og en av oss må ta det personlige ansvaret for feil vi har gjort - og skal vi kunne gjøre det, må den kollegiale støtten være der. Men først og fremst skal vi ta et kollektivt ansvar, et system-ansvar. Vi skal erkjenne, og så skal vi lære. Vi må granske de feilene som åpenbart skyldes menneskelig svikt, men også de som kanskje ikke kunne vært unngått, for å få vite: Hvorfor gikk det feil? Hva kan vi gjøre bedre?

På Patologen på Ullevål sykehus står det skrevet: «Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae» - dette er stedet hvor døden gleder seg over å tjene livet. Bare slik kan de feilene som har skjedd, tragediene som har rammet enkelt-pasienter, sies å ha noen mening. Vi må lære av dem, vi må forbedre oss.

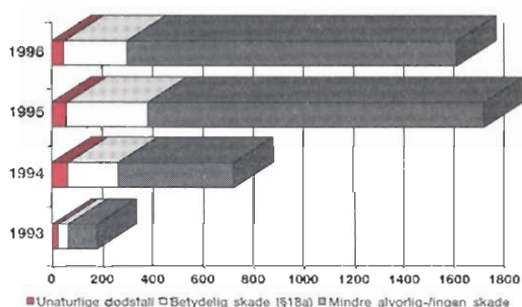
Det er nemlig vårt ansvar å hindre at dagens feil rammer fremtidens pasienter.

Marianne Mjuaaland

Meldte hendelser i 1996

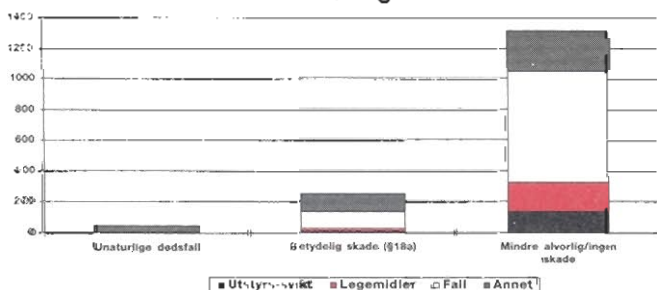
Antall meldinger fra kvalitetsutvalgene til Meldesentralen har øket drastisk siden opprettelsen av Meldesentralen i 1993, se figur 1. De første to årene var brorparten av meldingene relatert til utstyrssvikt, mens de nå i stor grad er relatert til behandling, undersøkelser og pleie i helsetjenesten. Det er nå registrert 1715 meldinger om hendelser fra 1995 mot 721 meldinger fra 1994, det vil si mer enn en fordobling på ett år. Denne økningen ser ut til å fortsette. I løpet av inneværende års første ti måneder har vi registrert 1607 meldinger om uhell i 1996.

Meldinger til Meldesentralen 1993 - 96



Erfaringsmessig er det slik at det tar fra en til tre måneder fra hendelsen skjer til saken er ferdigbehandlet i kvalitetsutvalget og oversendt Meldesentralen, følgelig kan vi forvente at summen av meldinger fra 1996 først vil være klart rundt påsketider i 1997.

Fordeling 1996

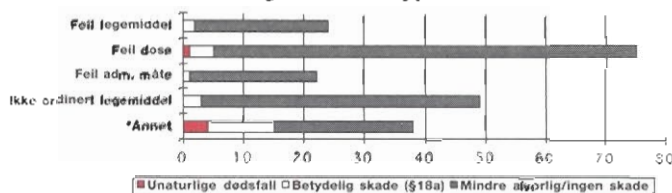


Den største økningen er i år som i fjor innenfor kategorien «liten eller ingen skade», hvor «fallskader» utgjør den største gruppen, se figur 2. Flere sykehus har satt i gang prosjekter for å få oversikt over problemområdet, og sette i verk tiltak. For Meldesentralen har melding om fallskader og fokusering på dette hatt en gunstig effekt med hensyn til å gjøre meldesystemet kjent, særlig blant sykepleiere som er den yrkesgruppen som hyppigst melder fra om disse hendelsene. Det har tidligere vært diskutert om falluhell uten pasientskade skulle meldes til Meldesentralen. Dette er vurdert og vi har konkludert med at vi fremdeles vil ha kopi av alle meldinger som kvalitetsutvalget får, dette fordi sykehuse er kommet ulikt langt. Vi ønsker at alle kvalitetsutvalgene skal ha nådd et visst nivå med hensyn til avvikshåndtering før vi endrer rutiner for hva som skal meldes til Meldesentralen.

Melding om feil bruk av legemidler har hele tiden holdt seg stabil og utgjør mellom 10-12% av meldingene. Bivirkning av legemiddel er holdt utenfor da disse skal meldes til Bivirkningsnemnda. Det er kun i de tilfeller hvor bivirkning medfører alvorlig pasientskade (jf. sykehusloven §18a) eller dødsfall (jf. legeloven §41) at melding også skal sendes til andre instanser, deriblant Meldesentralen.

Den vanligste feilen i forbindelse med legemiddelhåndtering er at det gis feil dose, se figur 3. Årsakene til dette er mange og sammensatte; Alt fra at feil mengde Insulin tilsettes glukose til intravenøs administrasjon, som regel 10 ganger forordnet dose, til at det er brukt sprøyter i sprøytepumper som ikke harmonerer med pumpa. De aller fleste feildoseringer som meldes til Meldesentralen gjelder overdosering. Andre typer feil er at feil legemiddel er gitt til pasienten på grunn av navnelikhet, etikettlikhet eller forveksling av andre grunner. Videre kan legemiddelet ha vært gitt på feil måte så som intravenøst i stedet for i epiduralkateter, eller intravenøst i stedet for pr. os. I en del tilfeller er legemiddel gitt til feil pasient på grunn av manglende rutiner for kontroll og utdeling.

Legemidler - type feil



*Annet er at pasienten ikke har fått forordnet legemiddel eller at legemiddel er gitt til feil tidspunkt.

Det er viktig å opparbeide en god meldekultur for denne type hendelser selv om det vil kunne føles som en belastning for den som melder. Det er viktig at helsetjenesten får oversikt over egne rutiner/manglende rutiner innenfor dette området for å få til endringer lokalt som sikrer en tryggere legemiddelhåndtering. Meldesentralen vil fremover fokusere på feilmedisinering og tiltak for å bedre kvaliteten på dette området.

Tove Farstad

1000 dager med kvalitetsutvalg...

I underkant av 200 personer var tilstede under konferansen som Statens helsetilsyn arrangerte 5. september i Folkets Hus. Helsedirektøren åpnet konferansen. Hun fremhevet den store økningen i antall meldinger siden etableringen av Meldesentralen i september 1993. Stadig flere får sitt meldesystem til å fungere etter intensjonene: «Vi ser at kvalitetsutvalgene fokuserer på å få en oversikt over hendelser i egen institusjon og arbeider aktivt med kvalitetsforbedrende tiltak for å forebygge skader og uhell.»

Hroar Piene, som har vært den drivende kraften i oppbyggingen av Meldesentralen og inntil juni 1996 hadde fagsjefansvaret for meldeordningen, kunne vise hvordan kvalitetsutvalgene har vokst frem og utviklet seg gjennom disse årene, og hvordan meldekulturen har blitt fornet i samarbeidet mellom melder, kvalitetsutvalg og Meldesentral. Dette er en prosess der forståelsen av kvalitetsbegrepet raffineres og konkretiseres gjennom en dialog mellom det kliniske felt, ledelse og forvaltning.

Norvald Skretting og Jorunn Christiansen fra Sentralsykehuset i Rogaland kunne gjøre rede for hvordan man har arbeidet med å forbedre legemiddelhåndtering i sykehus. Man har utarbeidet retningslinjer og plassert ansvar både for medikasjon til den enkelte pasient og for effektive, sikre og økonomiske rutiner.

Erik Bertnes fra Vest-Agder sentralsykehus fremhevet betydningen av å benytte kvalitetsutvalget som ansvarlig for å bygge opp et system for internkontroll i institusjonen. Han advarte mot at kvalitetsutvalget i hovedsak skulle fokusere på avviksbehandling til fortrensel for kvalitetsutviklingsarbeidet.

Fylkeslege Geir Sverre Braut snakket om tilsyn som kvalitetsfremmende arbeid. Han strukturerte og problematiserte på en elegant måte forholdet mellom hensikten med tilsyn, økonomiske aspekter og vridningseffekter. Det er viktig å være bevisst på de krav som stilles til og konsekvenser av en fullstendig systemrevisjon. Han lanserte begrepet «revisjon light» som følger den samme struktur som en systemrevisjon, men som i større grad har preg av en gruppediskusjon mellom tilsynsmyndighet og utøvende helsetjeneste. Fokus for en slik revisjon retter seg mot hva som er faglig forsvarlig eller som erfaringsmessig er god og riktig praksis.

Fallskader utgjør 45% av meldevolumet som kommer inn til Meldesentralen. Flere institusjoner har gjennom meldeordningen blitt oppmerksom på den hyppige fallfrekvensen, og har ønsket å finne mer ut av dette problemet. Representanter fra Regionsykehuset i Tromsø, Lovisenberg sykehus og Ringerike sykehus gjorde rede for hvordan de arbeider med å kartlegge og forebygge denne type hendelser i egen institusjon.

Førstekonsulent Tove Farstad og avdelingsdirektør Jørgen Holmboe i Statens helsetilsyn innledet til diskusjon. Tove Farstad kunne vise hvordan meldinger til Meldesentralen i 1995 fordelte seg på ulik grad av skade og ulike kategorier. Jørgen Holmboe omtalte og problematiserte de forhold som regulerer meldesystemet. Diskusjon og oppsummering ble ledet av fagsjef Marianne Mjåaland, som er nytilsatt med fagsjefansvar for Meldesentralen.

Turid Heiberg

Sykehusloven § 18a - refleksjoner fra et fylkeslegekontor

v/ ass. fylkeslege Kjell Tømmer og rådgiver Ellisiv Hegna, Fylkeslegen i Buskerud

Etter 4 år med sykehusloven § 18a som arbeidsområde, ønsker vi å dele noen av våre erfaringer og synspunkter med MELDEREVYEN's lesere. Plikt for helseinstitusjoner, godkjent i medhold av sykehusloven § 1, til å melde betydelig personskade på pasient til fylkeslegen straks skaden konstateres ble innført fra 01.07.92. For at institusjonene skal kunne overholde sin meldeplikt er de avhengig av at de ansatte følger opp i henhold til bl.a interne instruksjer, konf. tilsynsloven § 3, første ledd. Sykehusenes og helsepersonells oppfatning av formålet med meldeplikten, hva som skal meldes, når det skal meldes og til hvem varierer. Etter vår oppfatning er det grunnlag for å hevde at det foreligger en betydelig underrapportering av § 18a-saker. Dette kom bl.a frem da Fylkeslegen i Buskerud gjennomførte møter med orientering om § 18a og andre meldepliktordninger på sykehusene i fylket. Etter dette er meldefrekvensen noe bedret. Fortsatt kommer imidlertid en del meldinger lenge etter at skaden må anses for å ha blitt konstatert og ofte først etter at fylkeslegen er orientert på annen måte, bl.a gjennom klage til fylkeslegen eller skademelding til Norsk Pasientskadeerstatning.

Kritikken fra sykehuslegene gikk den første tiden mest på at skjemaet (IK-28B/92 og senere IK-2448) var lite egnet sammenlignet med sykehusenes interne skadeskjemaer og at retningslinjene av 18.06.92 var uklare. Det er ikke gitt konkret uttrykk for at det først og fremst er helsepersonells frykt for administrative reaksjoner som er årsak til underreportering. Dette kan imidlertid ikke utelukkes. Til dette skal bemerkes at meldeplikten ikke først og fremst har til formål å fremskaffe informasjon til bruk ved individtilsyn. Formålet med meldeplikten har primært vært å fremskaffe informasjon slik at skadeomfang i helsetjenesten kan kartlegges og for å samordne og bruke de erfaringer som gjøres i kvalitetssikringssammenheng. De meldinger Fylkeslegen i Buskerud så langt har fulgt opp har i første rekke blitt vurdert med spørsmål om det er behov for systemendring og / eller systemforbedring.

Det har i en del tilfeller vært uenighet mellom fylkeslegen og enkelte leger om hvilke skadetilfeller som er meldepliktige. Uenigheten dreier seg bl.a om hvorvidt skader oppstått i tilknytning til operasjoner, f.eks nerveskader ved innsetting av hofteproteser, skader på urinleder eller gallegang i forbindelse med operasjoner i bukhulen mv, skal anses som meldepliktige. Det er blitt hevdet at denne type skader skjer med en viss hyppighet på alle sykehus som opererer pasienter. Dessuten vises det til at en urinleder kan repareres og at en nerveskade ved hofteoperasjoner kan gå noe tilbake med tiden slik at den varige invaliditet ikke overstiger den 10-15% invaliditetsgrad som forarbeidene og retningslinjene antyder som grense for utløsning av meldeplikt. Videre har det vært en tendens til å unnlate å rapportere alvorlige behandlingsskader hos kreftpasienter og andre meget dårlige pasienter med begrenset levetidsutsikt og livskvalitet. Dette også når skadene er den utløsende årsak til dødsfall. Feilmedisineringer synes derimot i større grad å bli fulgt opp med melding i henhold til § 18a. Hva som er årsaken er det vanskelig å si noe om.

Det er grunnlag for å presisere at påregnelige skader, i like stor grad som uforutsette, «sjeldne» hendelser, er meldepliktige dersom lovens øvrige krav er oppfylt. Lovens ordlyd gir ikke grunnlag for å unnta påregnelige skader. At en skade blir rettet eller kan tenkes å bli bedret over tid gir heller ikke grunnlag for å unnlate å rapportere skaden. Det er også grunn til å understreke at selv om man i et konkret tilfelle står overfor en pasient som overveiende sannsynlig vil dø av sin grunnlidelse i nær fremtid skal skader som ikke er en følge av grunnlidelsen alltid rapporteres. Forarbeidenes omtale av en invaliditetsgrad på 10-15% er kun et eksempel på hva som er meldepliktig. Mange ganger vil det ta tid å få fastsatt eventuell midlertidig/varig invaliditet. Rapportering skal ikke utsettes i påvente av eventuell avklaring. Institusjonen må i slike tilfeller ta utgangspunkt i en vurdering av om hendelsen kan tenkes å ville medføre personskade av et visst omfang.

Retningslinjene av 18.06.92 bør etter vår oppfatning revideres. Det var forutsatt at disse skulle gjennomgås etter at man hadde fått noe erfaring med praktiseringen av § 18a. Vi er også av den oppfatning at det bør vurderes om ikke ordlyden i § 18a bør gjennomgås med henblikk på revisjon for om mulig bidra til at formålet kan sikres i størst mulig utstrekning. Etter vår oppfatning er det bl.a viktig at også hendelser som kunne medført betydelig skade på pasient blir rapportert. I slike hendelser ligger det ofte et betydelig læringspotensiale.



Returadresse:
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep.; 0032 Oslo

Tillatelse nr.
159000/500

NOTISER

Kultur for å lære i og av praksis

I sin bok «Hvorfor galt går verre» har Gudmund Hernes beskrevet en del aspekter ved det at alt som har gått galt går galt på nytt. Han lener seg til Murphy's lov: «Hvis det er mer enn en måte å gjøre noe på, og en av dem kan føre til katastrofe, så vil noen finne fram til nettopp denne.» Poenget må være å skjelve mellom de årsaksforhold man likevel kan gjøre noe med og de som uunngåelige ender opp med det gale.

I noen sykehusavdelinger har man såkalte komplikasjonsmøter for å se nærmere på hva som er skjedd. Dette er en vesentlig del av kvalitetssikringen; at vi tar oss tid til å snakke om, analysere og lære av de hendelser der utfallet ikke ble slik vi ville ønsket det. Arbeidet med registrering av hendelser omfatter også de hendelser der det kunne gått galt, men ikke gjorde det. Hovedhensikten er det forebyggende aspekt.

Lederen kan prioritere at det settes av tid for å skape en kultur for å lære av egen praksis, men det fritar ikke den enkelte fra å reflektere over uhell og nesten-uhell og hvilke omstendigheter som kunne sikret situasjonen bedre. Ingen ønsker å gjøre feil. Ved å se på omstendighetene omkring ulike hendelser vil man kanskje kunne kombinere det å redusere faren for uheldige utfall og muligheten for at en helsearbeider plutselig tilfeldig står i en situasjon som er dårlig kvalitetssikret. Den enkelte helsearbeider kan bli syndebukk fordi man tilfeldigvis var den som var der uten å være tilstrekkelig opplært, uten veileder, prosedyrebeskrivelse eller annet dokumentert utgangspunkt for handling i en stresset situasjon. Er teknisk utstyr utformet slik at det ikke kan kobles feil? Kan man unngå etikett- og emballasjelikhet for medikamenter av ulik styrke og type? Hvilke rutiner vil vi ha for kontroll, og lar de seg gjennomføre? Hvilket ansvar tar lederne og hva forventes av den enkelte medarbeider?

En gruppe nedsatt av Statens helsetilsyn for å utrede faglige krav til fødeinstitusjoner har foretatt en inndeling av ansvar knyttet til faglig kompetanse på følgende måte:

Systemansvar innebærer ansvar for at rutiner, bemanningsplaner beredskap og krav til utstyr og lokaliteter er innenfor

faglig aksepterte normer og i samsvar med sykehuslovens bestemmelser.

Faglig ansvar innebærer ansvar for å følge opp den daglige drift og tilse at denne skjer i tråd med fastsatte rutiner og innenfor det som er faglig forsvarlig.

Dette kan være et utgangspunkt for en diskusjon om hva som skal være tilstede for at feil skal kunne unngås, og hvordan ansvaret skal plasseres.

Det er bare gjennom systematisk gjennomgang av egen praksis at nesten-uhell kan vendes til forbedring ved at man ut fra egen praksis kan utvikle kvalitetssikrende tiltak på ulike nivåer i institusjonen, i en kultur som anerkjenner uhell og nesten-uhell som unike kilder til tryggere og bedre praksis både for utøver og mottaker av helsetjenester. Väger vi å la være?

Turid Heiberg

«ANONYMISERTE» - IKKE «ANONYME» MELDINGER. Ad Meldesentralens planlagte prosjekt: «Legemiddelhåndtering i sykehus».

Etter oppslag i media 16. november (VG, NRK) om et planlagt prosjekt vedrørende legemiddelhåndtering i sykehus, ønsker Statens Helsetilsyn å komme med en klargjøring. Meldesentralen ønsker, i samarbeid med sykehusavdelinger, å gjøre prospektive undersøkelser ved enkelte sykehus hvor avvik i håndteringen av legemidler registreres anonymisert - dvs. hendelsen registreres, men ikke hvem som administrerte legemiddelet. Helsearbeideren melder om egne feil - det er altså ikke snakk om noen form for «angiveri», slik enkelte har oppfattet medie-oppslaget.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at vi tror det eksisterer store mørketall når det gjelder avvik i legemiddelhåndtering. Vi ønsker å få mer informasjon om problemets omfang og karakter for å finne gode tiltak som kan forebygge avvik i fremtiden. Detaljer når det gjelder undersøkelsen vil vi komme tilbake til senere.

Denne undersøkelsen erstatter ikke den ordinære håndteringen av avvikhendelser som kvalitetsutvalgene løpende foretar.

Marianne Mjaaland

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: November 1996.

Redaksjonen består av:

Redaktør: MARIANNE MJAALAND

Medansvarlig: TOVE FARSTAD

TURID HEIBERG