

# Meldesentralen – årsrapport 2010

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 7/2011

APRIL  
2011



Rapport fra Helsetilsynet 7/2011  
Meldesentralen – årsrapport 2010

April 2011

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)  
ISBN: 978-82-90919-43-1 (elektronisk)  
ISBN: 978-82-90919-44-8 (trykt)

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Trykt og elektronisk versjon: 07 Xpress 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](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

## Innhold

<b>1 Hensikten med denne rapporten .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Oppsummering.....</b>	<b>6</b>
<b>3 Uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.....</b>	<b>7</b>
3.1 Flere meldinger registrert i 2010 enn noe tidligere år.....	7
3.2 En nedgang det siste året i andel meldinger som gjelder unaturlig dødsfall ....	7
<b>4 Pasientene.....</b>	<b>9</b>
4.1 Flere hendelser meldt for kvinnelige enn for mannlige pasienter .....	9
4.2 En tredjedel av meldingene gjelder eldre pasienter .....	9
4.3 Andelen pasienter/pårørende som blir informert om hendelsen har økt.....	9
<b>5 RHF-er, HF-er og sykehusavdelinger.....</b>	<b>11</b>
5.1 Regionale helseforetak.....	11
5.2 Helseforetak .....	11
5.3 Sykehusavdeling .....	12
<b>6 Psykisk helsevern .....</b>	<b>13</b>
6.1 En femdel av meldingene er fra psykisk helsevern .....	13
6.2 En stor andel meldinger fra psykisk helsevern gjelder unaturlig dødsfall ...	13
6.3 Antall meldinger om selvmord øker stadig .....	14
<b>7 Legemiddelfeil, fall og fødsler .....</b>	<b>15</b>
7.1 Mange meldinger gjelder legemiddelfeil, fall og uønskede hendelser ved fødsler.....	15
7.2 Legemiddelfeil .....	15
7.3 Fall .....	16
7.4 Uønskede hendelser ved fødsler .....	16
<b>8 Helsetilsynet i fylkene .....</b>	<b>17</b>
8.1 Store forskjeller i antall meldinger mottatt av Helsetilsynet i fylkene .....	17
8.2 Håndtering av meldingene i Helsetilsynet i fylkene .....	18
<b>9 Statens helsetilsyns vurderinger og anbefalinger .....</b>	<b>19</b>
<b>10 Bakgrunn .....</b>	<b>21</b>
10.1 Historikk .....	21
10.2 Meldeplikten .....	22
10.3 Formålet .....	22
11.4 Rapporter.....	23
11.5 Datamaterialet .....	23

<b>Vedlegg</b>	
Tabellene.....	24
<b>Čoahkkáigeassu.....</b>	<b>33</b>
<b>English summary.....</b>	<b>34</b>

## Tabellregister

Tabell 1	Antall og andel meldinger fordelt på registreringsår og skadegrad og antall meldinger fordelt på hendelsesår. 2001–2010.....	24
Tabell 2	Antall og andel meldinger fordelt på pasientens kjønn og alder. 2008–2010.....	25
Tabell 3	Meldinger som gjelder betydelig personskaade: Antall og andel meldinger hvor det er reistrert at pasienten/pårørende er blitt informert om hendelsen. Antall og andel meldinger hvor det er registrert at pasienten/pårørende er blitt informert om Norsk pasientskaadeerstatning. 2001–2010.....	26
Tabell 4	Antall meldinger fordelt på regionalt helseforetak og helseforetak. 2001–2010.....	27
Tabell 5	Meldefrekvens. Somatiske helsetjenester .....	28
Tabell 6	Antall meldinger fordelt på sykehusavdeling. 2010 .....	29
Tabell 7	Antall og andel meldinger fordelt på somatiske helsetjenester og psykisk helsevern. 2001–2010 .....	29
Tabell 8	Antall og andel meldinger om unaturlig dødsfall: meldinger fra psykisk helsevern og somatiske helsetjenester. 2001–2010 .....	30
Tabell 9	Antall meldinger om selvpåførte skader. 2001–2010 .....	30
Tabell 10	Antall og andel meldinger om legemiddelfeil, fall og uønskede hendelser ved fødsler. 2001–2010.....	31
Tabell 11	Antall og andel meldinger om legemiddelfeil, fall og uønskede hendelser ved fødsler, alle skadegrader og unaturlig dødsfall. 2001–2010.....	31
Tabell 12	Antall meldinger fordelt på Helsetilsynet i fylket. 2001–2010.....	32
Tabell 13	Antall og andel meldinger – håndtering av meldingene i Helsetilsynet i fylkene. 2001–2010.....	32

## Figurregister

Figur 1	Antall meldinger: registreringsårene 2001–2010.....	7
Figur 2	Andel meldinger fordelt på skadegrad. 2010 .....	8
Figur 3	Andel meldinger fordelt på registreringsår og skadegrad. 2004–2010 .....	8
Figur 4	Andel meldinger fordelt på pasientens alder. 2010.....	9
Figur 5	Andel meldinger som gjelder betydelig personskaade hvor pasienten/pårørende er blitt informert om hendelsen/NPE. 2001–2010 .....	10
Figur 6	Andel meldinger fordelt på RHF. 2010.....	11
Figur 7	Meldefrekvens – somatiske helsetjenester. 2001–2009.....	12
Figur 8	Andel meldinger fordelt på sykehusavdeling. 2010.....	12
Figur 9	Andel meldinger som gjelder unaturlig dødsfall: alle meldinger, meldinger fra psykisk helsevern og somatiske helsetjenester, og meldinger som gjelder legemiddelfeil og fall. 2001–2010 .....	13
Figur 10	Antall meldinger som gjelder dødsfall fra selvpåførte skader. 2001–2010.....	14
Figur 11	Antall meldinger som gjelder legemiddelfeil, fall og fødsler. 2001–2010.....	15
Figur 12	Andel meldinger som gjelder fødsler fordelt på om moren, barnet eller begge to ble skadet. 2001–2010.....	16
Figur 13	Antall meldinger fordelt på Helsetilsynet i fylkene. 2010 .....	17

# 1 Hensikten med denne rapporten

Denne rapporten beskriver meldinger om uønskede hendelser som har skjedd med pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten, og som har vært rapportert til tilsynsmyndigheten i 2010.

Vi presenterer også tidsserier, for å se på utviklingen i tidsperioden 2001–2010.

Funnene er illustrert med figurer i teksten. Tabeller med detaljerte tall er samlet i et vedlegg på slutten av rapporten.

## 2 Oppsummering

Denne rapporten beskriver meldinger om uønskede hendelser som har skjedd med pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten, og som har vært rapportert til tilsynsmyndigheten i 2010.

De viktigste funnene:

- 2264 meldinger ble registrert i Meldesentralen i 2010 – flere enn noe tidligere år.
- Andelen registrerte meldinger som gjelder unaturlig dødsfall har stadig økt de siste årene, men viser en nedgang fra 21 prosent i 2009 til 16 prosent i 2010.
- Det har vært en positiv utvikling i andelen pasienter og pårørende som blir informert om hendelsen. Andel meldinger som gjelder betydelig personskade, hvor det er registrert at pasienten/pårørende ble informert om hendelsen, økte fra 29 prosent i 2001 til 94 prosent i 2010.
- Det er stor variasjon i meldefrekvens mellom helseforetak, innen helseforetak fra år til år og mellom regioner.
- Tjue prosent av meldingene registrert i 2010 kom fra psykisk helsevern. Førte prosent av disse var meldinger om unaturlige dødsfall.
- Antall meldinger som gjelder dødsfall på grunn av selvpåførte skader – selvmord, mulig selvmord eller overdose – har stadig økt, fra 48 i 2001 til 200 i 2009. Nesten alle disse meldingene er rapportert fra psykisk helsevern, men noen er meldt fra somatiske helsetjenester.
- Tretten prosent av alle meldinger som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser knyttet til legemiddelfeil.
- Ti prosent av alle meldinger som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser som skjedde i forbindelse med fall.
- Åtte prosent av alle meldinger som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser som skjedde i forbindelse med fødsler.
- Helsetilsynet i fylkene mottar svært ulikt antall meldinger. Litt over en fjerdedel av alle meldingene ble i 2010 registrert av Helsetilsynet i Oslo og Akershus.
- Åtte prosent av meldingene i 2010 ble fulgt opp tilsynsmessig, i de fleste tilfellene overfor virksomheten. Knappt noen meldinger førte til tilsynssak mot helsepersonell.

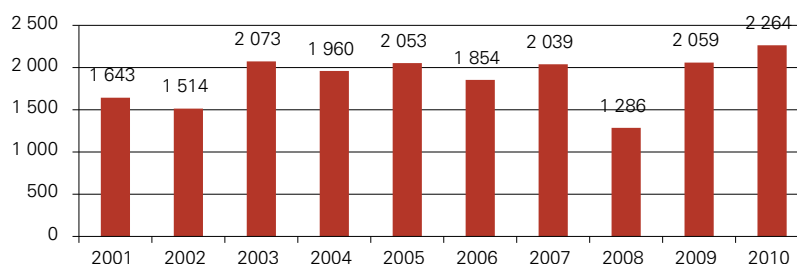
## 3 Uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten

### 3.1 Flere meldinger registrert i 2010 enn noe tidligere år

Et par tusen meldinger blir registrert hvert år i Meldesentralen. Laveste antall registrerte meldinger var i 2008 (1286), det høyeste i 2010 (2264 meldinger) (tabell 1 og figur 1).

Nedgangen i antall registrerte meldinger i 2008 har mange forklaringer. Innføring av interne elektroniske systemer for avviksbehandling i flere helseforetak er én mulig medvirkende årsak. Innføring av revidert meldeskjema fra begynnelsen av 2008 kan også ha påvirket meldefrekvensen.

Figur 1. Antall meldinger: registreringsårene 2001–2010



### 3.2 En nedgang det siste året i andel meldinger som gjelder unaturlig dødsfall

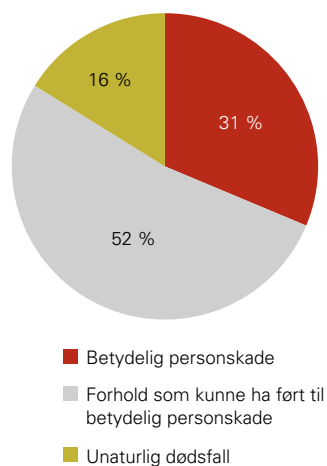
Halvparten av alle meldinger registrert i 2010 (52 prosent) gjaldt *forhold som kunne ha ført til betydelig personskade*, og en tredjedel (31 prosent) gjaldt *betydelig personskade*. Andelen meldinger som gjelder *betydelig personskade* har holdt seg relativt stabil i hele perioden.

Andelen registrerte meldinger som gjelder unaturlig dødsfall har stadig økt de siste årene – andelen var 6 prosent i 2002 og 21 prosent i 2009 – men viser en nedgang fra 2009 til 2010 (2009:

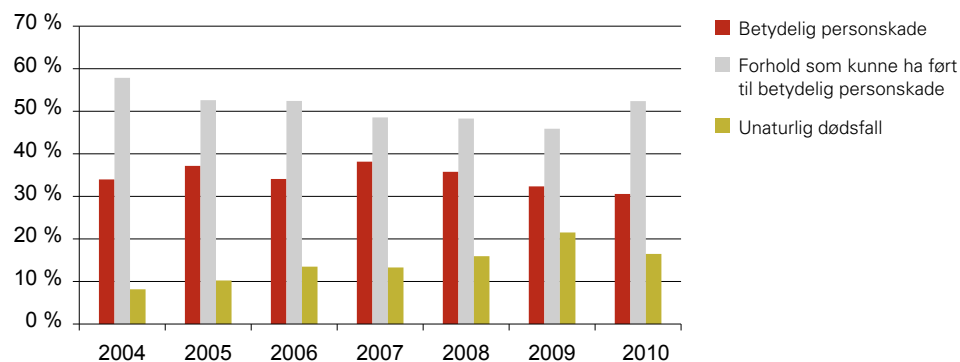
441 meldinger, 21 prosent. 2010: 372 meldinger, 16 prosent).

Samlet ser vi at helsetjenesten fortsatt er mest opptatt av å melde alvorlige hendelser med konsekvenser for pasienten. Det ser ut som om det meldes færre mindre alvorlige hendelser som *kunne* ført til skade på pasient. Dette kan tyde på at virksomhetens ledelse/kvalitetsutvalg over år har fått en høyere terskel for hva som skal meldes til myndighetene, og at færre mindre alvorlige meldinger enn tidligere sendes videre til Helsetilsynet i fylkene (tabell 1 og figurene 2 og 3).

Figur 2. Andel meldinger fordelt på skadegrad. 2010



Figur 3. Andel meldinger fordelt på registreringsår og skadegrad. 2004–2010





## 4 Pasientene

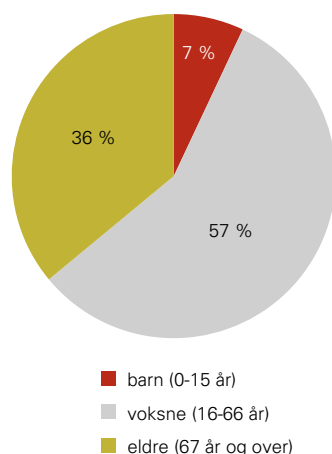
### 4.1 Flere hendelser meldt for kvinnelige enn for mannlige pasienter

Femtiseks prosent av meldingene registrert i 2010 gjaldt kvinnelige og 44 prosent gjaldt mannlige pasienter. Denne fordelingen tilsvarer kjønnsfordelingen blant pasientene, da 54 prosent av alle døgnopphold på somatiske sykehus<sup>1</sup> gjelder kvinnelige pasienter (tabell 2).

### 4.2 En tredjedel av meldingene gjelder eldre pasienter

Trettiseks prosent av meldingene gjaldt hendelser hvor pasienten var 67 år og eldre. Denne fordelingen er også omtrent som forventet, siden 33 prosent av alle døgnopphold på somatiske sykehus<sup>2</sup> gjelder pasienter 67 år og eldre. Kun sju prosent av meldingene gjaldt hendelser med barn (tabell 2 og figur 4).

Figur 4. Andel meldinger fordelt på pasientens alder. 2010



1) Kilde: Norsk pasientregister, aktivitetsdata for somatikk

2) Kilde: Norsk pasientregister, aktivitetsdata for somatikk

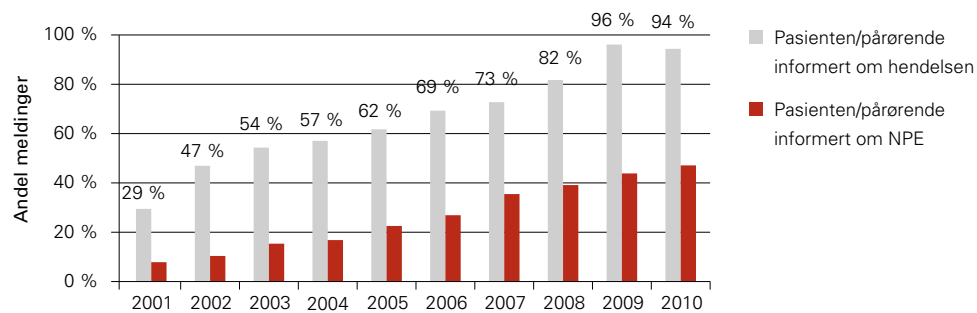
### 4.3 Andelen pasienter/pårørende som blir informert om hendelsen har økt

Det har vært en positiv utvikling i andelen pasienter og pårørende som blir informert om hendelsen. Andel meldinger som gjelder betydelig personskade, hvor det er registrert at pasienten/pårørende ble informert om hendelsen, økte fra 29 prosent i 2001 til 96 prosent i 2009 (tabell 3 og figur 5). I 2010 lå andelen på samme høye nivå, med 94 prosent. Vi kan dessuten anta at enda flere pasienter/pårørende vet om hendelsen, selv om det ikke er registrert at de ble informert.

Data for 2001–2007 er ikke helt sammenlignbare med data for 2008–2010. Dette skyldes at meldeskjemaet ble endret. Før 2008 ble det registrert om *pasienten* er informert om *skaden*. Fra 2008 ble det registrert om *pasienten/pårørende* er informert om *hendelsen*.

For meldinger registrert i 2010 som gjelder betydelig personskade er det for 47 prosent av hendelsene registrert at pasienten/pårørende ble informert om Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Igjen kan vi anta at flere pasienter ble informert om NPE, eller allerede visste om NPE, selv om det ikke er registrert at de ble informert. Det må også tas i betraktning at ikke alle hendelser gjelder skader hvor det er aktuelt å søke erstatning.

Figur 5. Andel meldinger som gjelder betydelig personskade hvor pasienten/pårørende er blitt informert om hendelsen/NPE. 2001–2010

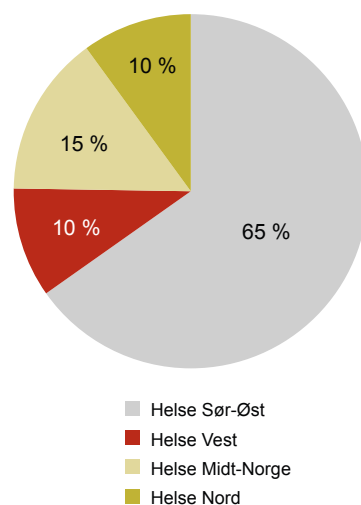


## 5 RHF-er, HF-er og sykehusavdelinger

### 5.1 Regionale helseforetak

Sekstifem prosent av alle meldinger kom fra Helse Sør-Øst RHF, 15 prosent fra Helse Midt-Norge og 10 prosent hver fra Helse Vest og Helse Nord (tabell 4 og figur 6).

Figur 6. Andel meldinger fordelt på RHF. 2010

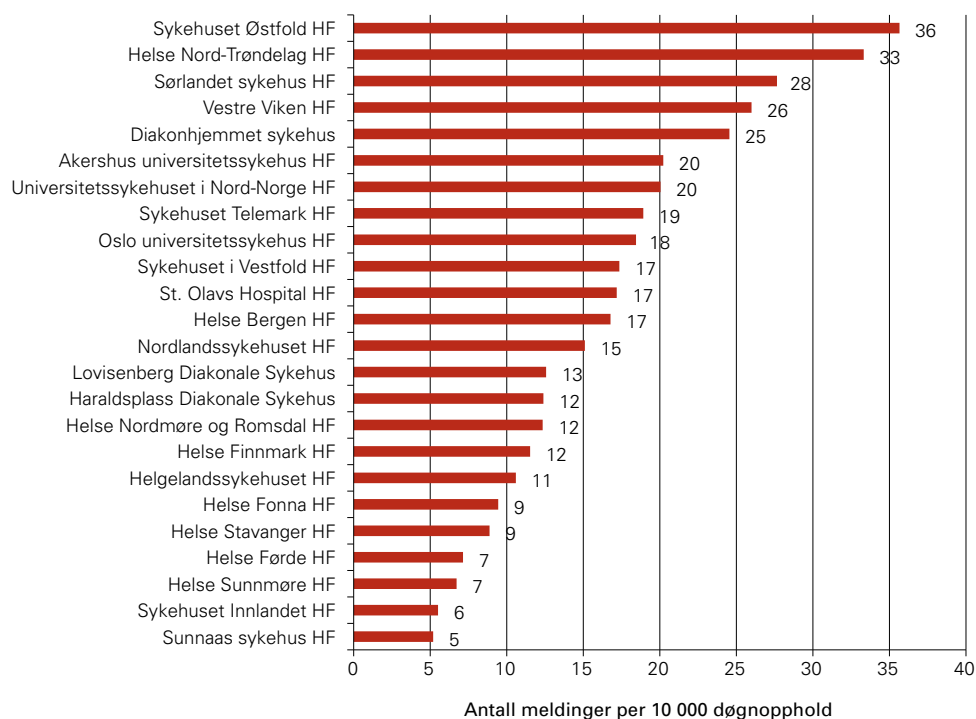


### 5.2 Helseforetak

Det er stor variasjon i antall meldinger mellom helseforetakene. Tre helseforetak hadde 200 eller flere registrerte meldinger i 2010: Vestre Viken HF, Sørlandet sykehus HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Fem helseforetak hadde mellom 100 og 200 meldinger og 18 helseforetak hadde færre enn 100 meldinger (tabell 4).

Størrelsen på helseforetakene må tas i betraktning for å sammenligne meldefrekvensen. Tabell 5 og figur 7 viser meldefrekvensen (somatiske helse-tjenester) for helseforetakene i tidsperioden 2001–2009. Ytterpunktene er Sykehuset Østfold med 36 meldinger per 10 000 døgnopphold og Sunnaas sykehus med 5 meldinger per 10 000 døgnopphold.

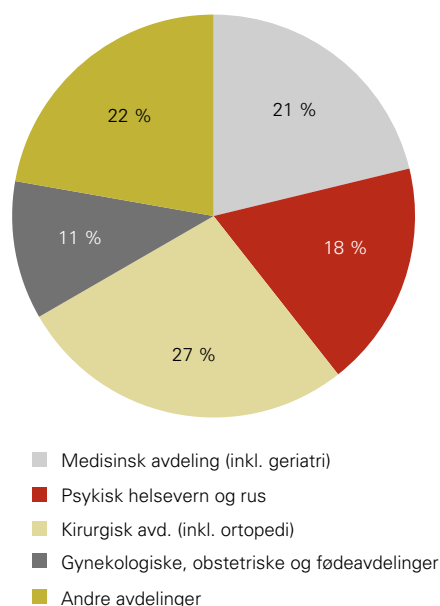
Figur 7. Meldefrekvens – somatiske helsetjenester. 2001–2009



### 5.3 Sykehusavdeling

De sykehusavdelingene som melder flest hendelser er kirurgiske avdelinger (27 prosent), medisinske avdelinger (21 prosent), avdelinger i psykisk helsevern (18 prosent), og gynekologiske, obstetriske og fødeavdelinger (11 prosent). Tjueto prosent av meldingene kom fra andre typer avdelinger (tabell 6 og figur 8). Denne fordelingen er påvirket av flere forhold, som fordelingen av døgnopphold i sykehusavdelingene, alderssammensetningen av pasientene i disse avdelingene, og kompleksiteten og risikoutsattheten i tjenestene som ytes. Måten avdelinger er organisert på varierer også mellom helseforetakene.

Figur 8. Andel meldinger fordelt på sykehusavdeling. 2010



## 6 Psykisk helsevern

### 6.1 En femdel av meldingene er fra psykisk helsevern

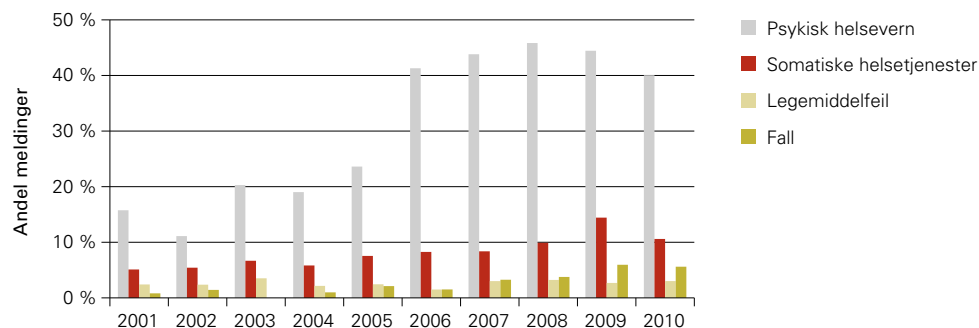
Tjue prosent av meldingene registrert i 2010 kom fra psykisk helsevern (pasienter innlagt i psykiatriske institusjoner eller pasienter som fikk psykiatrisk behandling i somatiske institusjoner) (tabell 7).

### 6.2 En stor andel meldinger fra psykisk helsevern gjelder unaturlig dødsfall

Alle dødsfall som skyldes selvmord mens en pasient er under psykisk

helsevern skal meldes. Resultatet av dette er at mange meldinger fra psykisk helsevern er meldinger om unaturlig dødsfall. Førti prosent av meldingene fra psykisk helsevern som ble registrert i 2010 var meldinger om unaturlig dødsfall (180 meldinger), sammenlignet med 11 prosent fra somatiske helse-tjenester (192 meldinger). Andelen meldinger fra psykisk helsevern som gjelder unaturlig dødsfall har økt de siste årene. Den var 16 prosent i 2001 og nådde opp i 46 prosent i 2008 (tabell 8 og figur 9). For en mer detaljert beskrivelse av meldingene fra psykisk helsevern, se Rapport fra Helsetilsynet 1/2011<sup>3</sup>.

Figur 9. Andel meldinger som gjelder unaturlig dødsfall: alle meldinger, meldinger fra psykisk helsevern og somatiske helsetjenester, og meldinger som gjelder legemiddelfeil og fall. 2001–2010



3) Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern. Rapport fra Helsetilsynet 1/2011. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011.

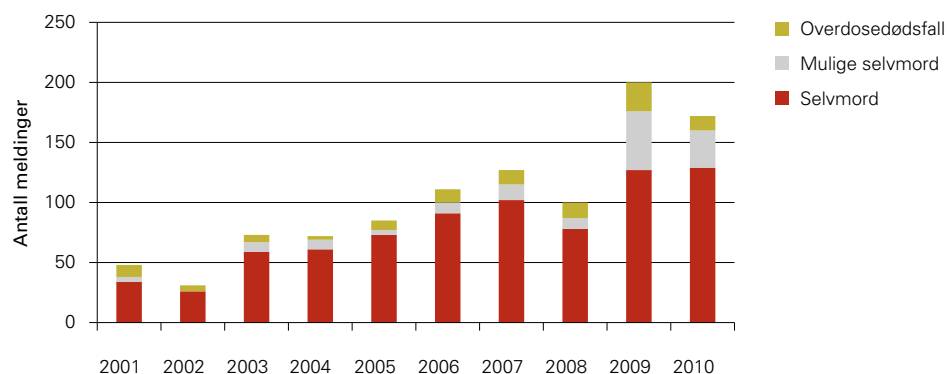
### 6.3 Antall meldinger om selvmord øker stadig

Antall meldinger som gjelder dødsfall på grunn av selvpåførte skader – selvmord, mulig selvmord eller overdose – har stadig økt, fra 48 i 2001 til 200 i 2009 (tabell 9 og figur 10). Nesten alle disse meldingene er rapportert fra psykisk helsevern, men noen er meldt fra somatiske helsetjenester. Denne økningen tyder på at psykisk helsevern er blitt bedre til å melde denne type hendelse.

Det er mange meldinger fra psykisk helsevern hvor dødsårsaken ikke er kjent for melderer når meldingen skrives. Det kan være flere grunner for dette. For det første: Resultatet av politietterforskning og obduksjon er ikke alltid tilgjengelig når meldingen skrives. For det andre: Av pasienter under behandling i psykisk helsevern

er det til enhver tid mange som er på permisjon eller som får poliklinisk behandling. Hvis dødsfallet skjer utenfor institusjonen, er det ikke alltid at virksomheten vet hva dødsårsaken er. Dette betyr at meldinger som mangler informasjon om dødsårsaken kan gjelde tilfeller av selvmord, uten at dette er kjent for melderer. Vi kan anta at mange av disse meldinger faktisk er tilfeller av selvmord (se Rapport fra Helsetilsynet 1/2011). Meldinger som er registrert som overdosedødsfall kan også være tilfeller av selvmord. Det er ikke alltid mulig å vite om hensikten med en overdose var selvmord eller ikke. Meldinger om dødsfall fra overdose hvor det står tydelig i fritekstfeltet at hensikten *ikke* var selvmord, er registrert som overdosedødsfall. Meldinger hvor det står i fritekstfeltet at hensikten *var* selvmord, er registrert som selvmord og ikke overdosedødsfall.

Figur 10. Antall meldinger som gjelder dødsfall fra selvpåførte skader. 2001–2010



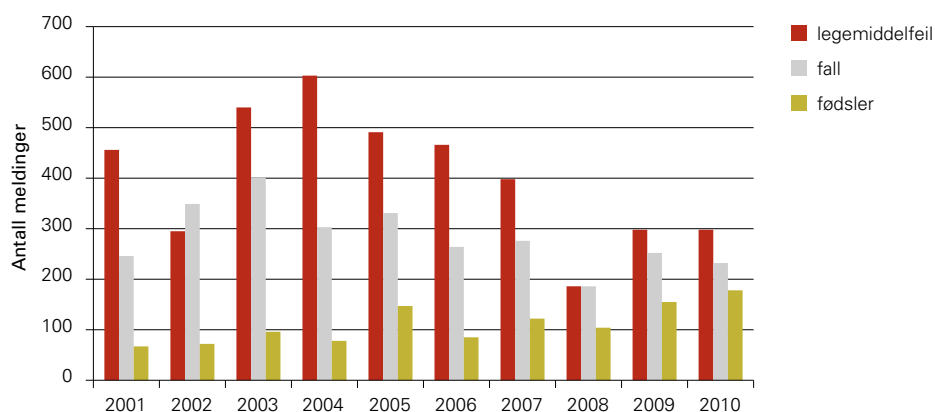
## 7 Legemiddelfeil, fall og fødsler

### 7.1 Mange meldinger gjelder legemiddelfeil, fall og uønskede hendelser ved fødsler

Mange meldinger som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser knyttet til lege-

middelfeil, fall og fødsler (tabell 10 og figur 11). Noen meldinger omfatter flere temaer. For eksempel kan en hendelse omfatte bruk av legemidler mens pasienten er under psykiatrisk behandling.

Figur 11. Antall meldinger som gjelder legemiddelfeil, fall og fødsler. 2001–2010



### 7.2 Legemiddelfeil

Tretten prosent av alle meldinger (298 meldinger) som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser knyttet til legemiddelfeil (tabell 10 og figur 11).

Typer legemiddelfeil inkluderer feil legemiddel, feil dose, feil administrering, feil tid, feil pasient, feil forskrivning og uventet effekt.

Det er få meldinger om legemiddelfeil hvor skadegrad er registrert som

unaturlig dødsfall, kun tre prosent (tabell 11 og figur 9). Legemiddelfeilen kan være direkte eller medvirkende årsak til dødsfallet, men det er ikke nødvendigvis noen årsakssammenheng mellom den uønskede hendelsen og dødsfallet.

Tilfeller av selvmord og selvmordsforsøk som ble begått ved bruk av legemidler, narkotika eller andre typer giftstoffer, er ikke registrert som legemiddelfeil.

### 7.3 Fall

Ti prosent av alle meldinger (232 meldinger) som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser som skjedde i forbindelse med fall (tabell 10 og figur 11).

I 1999 ble sykehusene (kvalitetsutvalgene) informert om at hendelser som gjelder fall med ubetydelig eller ingen skade fortsatt skulle meldes og behandles i kvalitetsutvalgene som tidligere, men at det ikke lenger var nødvendig å oversende slike meldinger til Meldesentralen<sup>4</sup>. Likevel gjaldt 15 prosent av meldinger om fall (35 meldinger) forhold som kunne ha ført til betydelig personskade.

Det er få meldinger om fall hvor skadegrad er registrert som unaturlig dødsfall, kun to prosent (tabell 11 og figur 9). Fallet kan være direkte eller medvirkende årsak til dødsfallet, men det er ikke nødvendigvis noen årsakssammenheng mellom den uønskede hendelsen og dødsfallet.

Tilfeller av selvmord og selvmordsforsøk som ble begått ved hopping fra en høyde er ikke registrert som fall.

### 7.4 Uønskede hendelser ved fødsler

Åtte prosent av alle meldinger (178 meldinger) som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser som skjedde i forbindelse med fødsler (tabell 11 og figurene 11 og 12).

Det var en stor økning i antall meldinger om fødsler i 2005. I 2004 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med fødeavdelinger. Dette kan være en del av forklaringen.

Hendelser som skjer i forbindelse med fødsler gjelder to personer: moren og barnet (eller fosteret). Moren eller barnet eller begge to kan bli skadet under hendelsen. For alle meldinger som gjelder fødsler (2001–2010):

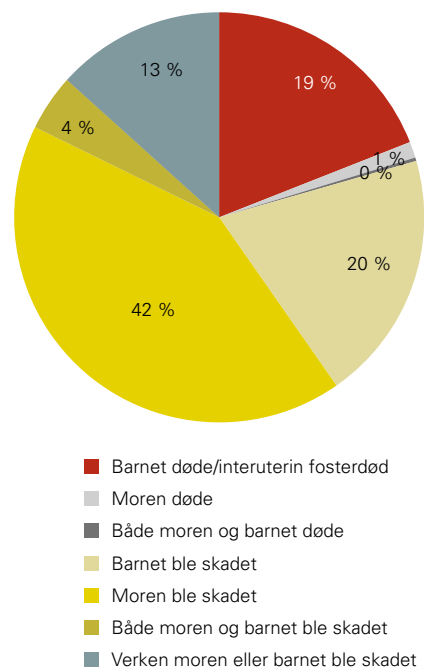
- moren ble skadet: 42 prosent av meldingene

- barnet ble skadet: 20 prosent av meldingene
- både moren og barnet ble skadet: 4 prosent av meldingene
- barnet døde (inkludert interuterin fosterdød): 19 prosent av meldingene
- moren døde: 1 prosent av meldingene
- det var ingen skade på moren eller barnet: 13 prosent av meldingene

De hyppigst meldte skadene på moren var ruptur under fødselen og kraftig blødning etter fødselen. De hyppigst meldte skadene på barnet var asfyksi eller truende asfyksi (mangel på surstoff eller fare for mangel på surstoff) under fødselen, fraktur (arm eller skulder) og plexusskade (skade på nerver og/eller blodårer i skulderen).

Meldinger om unaturlige dødsfall for barnet inkluderer meldinger om intrauterin fosterdød (fosteret døde i livmoren). Den hendelsen som er rapportert kan være direkte eller medvirkende årsak til dødsfallet. Men det er ikke nødvendigvis noen årsakssammenheng mellom den uønskede hendelsen og dødsfallet. Uansett er disse hendelsene en tragedie for de involverte, og må granskes grundig av helseforetakets kvalitetsutvalg.

Figur 12. Andel meldinger som gjelder fødsler fordelt på om moren, barnet eller begge to ble skadet. 2001–2010



4) Brev av 18. mars 1999 ref. 99/1290. Endring i ordningen for meldinger til Meldesentralen.



## 8 Helsetilsynet i fylkene

### 8.1 Store forskjeller i antall meldinger mottatt av Helsetilsynet i fylkene

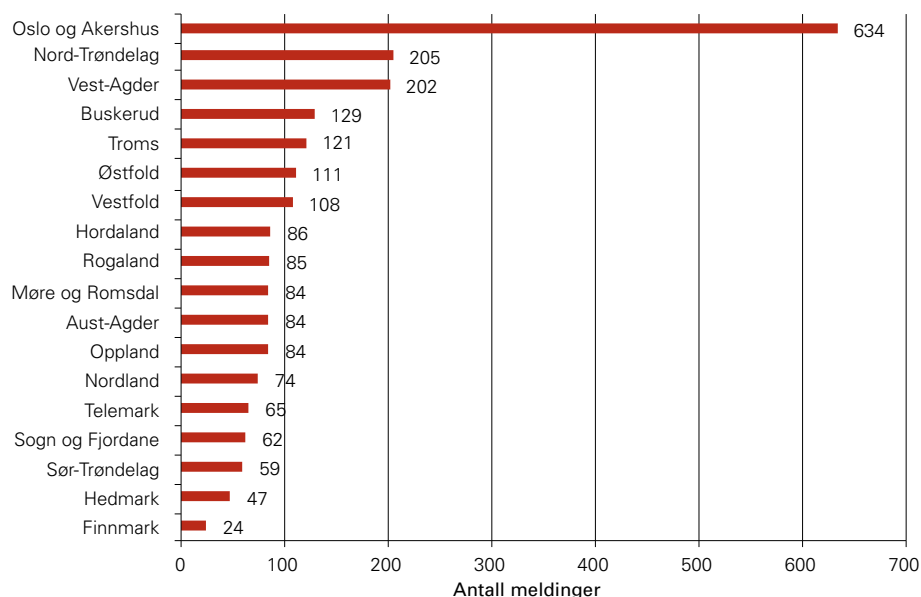
Helsetilsynet i fylkene mottar svært ulikt antall meldinger. Litt over en fjerdedel av alle meldingene (634 meldinger: 28 prosent) ble i 2010 registrert av Helsetilsynet i Oslo og Akershus, 9 prosent (205 meldinger) av Helsetilsynet i Nord-Trøndelag og 9 prosent (202 meldinger) av Helsetilsynet i Vest-Agder. Helsetilsynet i Finnmark registrerte 1 prosent (24 meldinger) og Helsetilsynet i Hedmark 2 prosent (47 meldinger) av alle meldingene (tabell 12 og figur 13). Dette betyr at det er store forskjeller i antall meldinger mottatt av Helsetilsynet i fylkene. Flere

av de mindre kontorene får en relativt stor andel av disse meldingene.

Helsetilsynet i noen fylker har opplevd en betydelig økning i antall meldinger fra 2009 til 2010: Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Buskerud, Vest-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Troms. Andre har opplevd en klar nedgang: Helsetilsynet i Hordaland, Vestfold og Telemark.

Hvor mange meldinger som sendes til Helsetilsynet i et fylke avhenger naturlig nok av hvor mye spesialisthelsetjeneste som er lokalisert i fylket og av graden av etterlevelse av meldeplikten ved disse.

Figur 13. Antall meldinger fordelt på Helsetilsynet i fylkene. 2010



## 8.2 Håndtering av meldingene i Helsetilsynet i fylkene

Helsetilsynet i fylkene behandler de meldingene de mottar, og gir tilbakemelding til virksomhetene på forskjellige måter (tabell 13).

I 79 prosent av tilfellene i 2010 fikk virksomhetene skriftlig tilbakemelding om at meldingen ble tatt til orientering og ville inngå i rutinemessige tilbakemeldinger. I 11 prosent av tilfellene ga Helsetilsynet i fylkene særskilt skriftlig veiledning knyttet til oppfølging av den aktuelle meldte hendelsen. I de aller fleste tilfellene finner Helsetilsynet i fylket det mest hensiktsmessig å ha en regelmessig dialog med virksomhetene om innholdet i hendelsene og helseforetakets håndtering og oppfølging av dem. Dette gir anledning til å vurdere og diskutere eventuelle utviklingstrekk og mønstre i tjenestens arbeid med meldinger og pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid, og gir et godt grunnlag for samtale mellom tilsynsmyndighet og tjeneste. Særskilt skriftlig veiledning knyttet til en bestemt meldt hendelse vil imidlertid også i noen få tilfeller være nødvendig og riktig for at Helsetilsynet i fylket skal kunne bidra til korrigerende og læring basert på informasjon om en konkret hendelse.

Åtte prosent av meldingene i 2010 ble fulgt opp tilsynsmessig, i de fleste tilfellene overfor virksomheten. Knapt noen meldinger førte til tilsynssak mot helsepersonell. Statens helsetilsyn har foretatt en gjennomgang av tilsynssaker behandlet av Helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn<sup>5</sup>. Gjennomgangen viser at 3500 meldinger som ble mottatt i perioden juni 2006 til juli 2008 ga støtet til en tilsynsmessig oppfølging i 147 tilfeller. I 42 tilfeller ble handlinger utført av helsepersonell vurdert. Kun fem saker hadde blitt avsluttet med advarsel. Nesten ingen av sakene som ble avsluttet med advarsel hadde § 33-meldingen som eneste grunnlag for tilsynsmessig oppfølging. Det foreligger i disse sakene også klager fra pasient eller pårørende, henvendelser fra politi eller andre.

5) Nyhetsartikkel 12. mai 2009 "Meldinger gir få reaksjoner mot helsepersonell". [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## 9 Statens helsetilsyns vurderinger og anbefalinger

Statens helsetilsyn har i alle år lagt til grunn at det er en betydelig grad av underrapportering av uønskede hendelser. Denne antagelsen styrkes av den dokumenterte og vedvarende variasjonen i meldefrekvens mellom helseforetak, og av anerkjent litteratur og kunnskap om uønskede hendelser i helsetjenesten. Vi vet altså at ikke alle meldepliktige hendelser blir meldt. Tallene i årsrapporten er derfor ikke estimater på forekomst av uønskede hendelser, dødsfall eller skader i spesialisthelsetjenesten. Vi mener imidlertid at de 1000–2000 hendelser som meldes er et godt grunnlag for å lære av uønskede hendelser og for å forbedre tjenestene. Hendelsene som meldes forteller noe om hva som går galt og som må forebygges, selv om antall meldinger ikke er noe egnet mål for hvor ofte det går galt.

Et viktig insitament for å opprettholde meldefrekvensen og etterleve meldeplikten er opplevelsen av at det har noe for seg, at det er nyttig å melde. Det stiller krav til tilsynsmyndigheten og øvrige helsemyndigheter om å formidle kunnskap og erfaringer fra de meldte hendelsene på en måte som kan bidra til læring og endring i helsetjenesten. Det innebærer at Helsetilsynet i fylket må behandle meldingene raskt og effektivt, gi tilbakemeldinger og ha dialog med tjenesten i sitt fylke om den kunnskapen og innsikten meldingene gir. Statens helsetilsyn må kvalitetssikre og vurdere det samlede datamaterialet og formidle det til helsetjenesten og samfunnet for øvrig. Vi har de siste årene deltatt i mange fora og arenaer der melde-

ordninger og læring av uønskede hendelser er blitt diskutert.

Hva som stimulerer meldekultur, åpenhet og læringsvilje er mangfoldig og sammensatt. Vi oppfatter dette som et uttrykk for at helseforetak og regionale helseforetak i varierende grad prioriterer og lykkes med tiltak for å få god meldekultur og høy meldefrekvens. At Helse Vest relativt sett har så få meldinger, er neppe et uttrykk for at det skjer så mange færre hendelser i den regionen enn ellers i landet. Hva er i så fall forklaringen? Hva er det helseforetakene i Helse Vest gjør eller ikke gjør? Det må de ansvarlige i regionen finne ut av og gjøre noe med. Også i andre helseregioner er det variasjoner som ledelsen ved de enkelte helseforetakene må vie oppmerksomhet når de skal vurdere sin egen etterlevelse av meldeplikten.

Statens helsetilsyn er av den oppfatning at læringseffekten av uønskede hendelser er størst nær hendelsen i tid og rom. Derfor er det aller viktigste at interne avvikssystemer fungerer og at den interne avvikshåndteringen er god. De alvorligste hendelsene som omfattes av meldeplikten bør imidlertid legge grunnlaget for spredning av erfaring og læring som kan komme alle pasienter til gode.

Vi tror at ledelsen og kvalitetsutvalget er mer opptatt enn tidligere av at de aller alvorligste hendelsene *skal* meldes, og samtidig er mer selektive når det gjelder å sende meldinger om mindre

alvorlige hendelser videre til Helse-  
tilsynet i fylkene.

Statens helsetilsyn håper at årsrapporten fører til at ledere på ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten bruker kunnskapen og innsikten i sitt arbeid med å etterleve meldeplikten og drive godt pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid til beste for alle pasienter. Helsetilsynet vil understreke at det er et lederansvar både å sørge for at meldeplikten etterleves og at hendelser medfører læring og forbedring av tjenestene, slik at pasientsikkerheten trygges. Vi forutsetter at ledelsen ved helseforetak og regionale helseforetak gjennomgår og vurderer sin egen meldepraksis på grunnlag av årsrapporten.

## 10 Bakgrunn

### 10.1 Historikk

Meldesentralen i Statens helsetilsyn ble etablert i 1993. Hensikten var å få et meldesystem slik at det ville bli mulig å samordne all informasjon om meldte uønskede hendelser i helsetjenesten. Før den tid fantes det meldeordninger for ulike typer medisinsk utstyr i helseinstitusjoner. Høsten 1993 ble kun meldinger hvor elektromedisinsk utstyr var involvert meldt til, og registrert i, Meldesentralen. I løpet av 1994 ble meldesystemet betydelig utvidet ved at mange typer hendelser ble rapportert til og registrert i Meldesentralen. Utvidelsen omfattet også melding til fylkeslegen ved *betydelig skade på pasient som følge av ytelse av helse-tjeneste* i henhold til sykehusloven § 18a<sup>6</sup> og *unaturlige dødsfall*, som også skal meldes til politiet. Det ble videre etablert en praksis med å melde mindre alvorlige hendelser og uønskede hendelser uten pasientskade (hendelser som ikke var meldepliktige i medhold av lov) direkte til Meldesentralen.

Fra 1. januar 2001 ble meldeordningen endret, da sykehusloven ble avløst av spesialisthelsetjenesteloven<sup>7</sup>. Fra dette tidspunktet er Statens helsetilsyns arbeid med Meldesentralen basert på meldeplikten i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd. Virksomheter som omfattes av denne loven har plikt til å gi melding til Helsetilsynet i fylket om *hendelser som har ført til, eller kunne ha ført til, betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helse-tjeneste*. Tidligere praksis med å melde

mindre alvorlige hendelser og uønskede hendelser uten pasientskade eller fare for sådan direkte til Meldesentralen, opphørte.

Meldepliktige hendelser skal meldes fra helseforetakene og øvrig spesialisthelsetjeneste til Helsetilsynet i fylkene, på meldeskjemaet IK-2448. Helsetilsynet i fylkene registrerer data fra meldeskjemaene i en nasjonal database, Meldesentralen.

Meldeskjemaet ble revidert i løpet av 2006–2007, og det reviderte skjemaet ble tatt i bruk fra september 2007. På grunn av revisjonen av skjemaet ble det opprettet en ny database i oktober 2007. Databasen med data registrert på det gamle meldeskjemaet ble stengt i slutten av februar 2008.

Statens helsetilsyn har driftsansvar for Meldesentralen. Helsetilsynet i fylkene har ansvar for å registrere meldingene inn i databasen og for eventuell tilsynsmessig oppfølging av meldingene.

Siden 2008 har Statens helsetilsyn i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene, regionale helseforetak og helseforetak jobbet med å innføre en elektronisk meldeordning for § 3-3-meldingene. Helsetilsynet i Østfold, Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland har vært pilotfylker for å teste ut ordningen. Planen var å innføre elektronisk meldeordning i hele spesialisthelsetjenesten i løpet av 2010. Utviklingsarbeidet er stanset, fordi Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått å flytte ansvaret for

6) Sykehusloven: Lov 1969-06-19 nr. 57 om sykehus m.v.

7) Spesialisthelsetjenesteloven: Lov 1999-07-02 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

meldeordningen til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

## 10.2 Meldeplikten

I henhold til § 3-3 i lov om spesialisthelsetjenesten har alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten plikt til å rapportere til Helsetilsynet i fylket om følgende forhold:

- 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
- unaturlig dødsfall.

Betydelig personskade er definert i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-54/2000:

*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.*

Det helsepersonellet som avdekker en hendelse som faller inn under meldeplikten skal, etter å ha vurdert hendelsen og iverksatt eventuelle strakstiltak for å begrense skaden, fylle ut skjemaet IK-2448. Dette skjemaet benyttes for alle meldinger av hendelser regulert av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Meldeskjemaet sendes så til nærmeste leder (avdelingsledelsen), som påfører årsaksanalyse, hvilke tiltak som er iverksatt og hvilke konklusjoner som trekkes i forhold til hendelsen. Deretter skal meldingen oversendes virksomhetens ledelse (kvalitetsutvalget). Kvalitetsutvalget påfører sin vurdering og gir avdelingsledelsen tilbakemelding på om tiltak og oppfølging er tilfredsstillende. Deretter sendes meldingen til Helsetilsynet i det aktuelle fylket.

Helsetilsynet i fylket vurderer alle meldinger opp mot meldeplikten. Meldeplikten er oppfylt når det fremgår

av meldingen *hva* som skjedde, *hvorfor* det skjedde, *hvilken* følge det har hatt for pasienten, *hva* som ble gjort for å begrense skaden og *hvilke* tiltak som er iverksatt for å hindre at liknende skjer igjen, der dette er relevant.

Når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlige feil eller svikt, og/eller at hendelsen representerer repeterende feil eller svikt, vil Helsetilsynet i fylket vurdere tilsynsmessig oppfølging. Vurderingen og eventuell oppfølging av uønskede hendelser skal først og fremst ha et systemperspektiv. Ved hendelser som ligger nært opp mot det grovt uakt-somme skjer det en tilsynsmessig oppfølging overfor involvert helsepersonell. Det forekommer svært sjelden. Helsetilsynet i fylket skal videre ha oppmerksomhet mot meldefrekvens og meldekultur, ha en dialog med virksomhetene, og stimulere virksomhetene til å innfri meldeplikten og bruke § 3-3-meldinger i det kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeidet.

## 10.3 Formålet

Meldinger om feil og nestenuhell er en sentral del av 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.

Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunnen for hendelsen og forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen. Meldeplikten er ment å understøtte helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsarbeid.

Meldeplikten til tilsynsmyndigheten skal legge til rette for:

- utarbeidelse av systematiske oversikter over meldte uønskede hendelser og kvalitetsmangler i helsetjenesten
- tilsyn og rådgivning vedrørende helseinstitusjonenes systematiske behandling av alvorlige hendelser og internkontrollarbeid
- oppfølging av repeterende eller alvorlige forhold 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.

En god meldekultur blant helsepersonell er en forutsetning for at både alvorlige hendelser, men også mindre alvorlige hendelser og nestenuhell, meldes slik at man kan lære av dem.

En ledelse som fokuserer på og etter-spør det systematiske arbeidet er også viktig. Alvorlige hendelser, mindre alvorlige hendelser og nestenuhell må gjennomgås for å avklare årsaker. Korrigerende og forebyggende tiltak må planlegges og iverksettes for å unngå lignende hendelser. Disse prosessene må være en del av helsetjenestens internkontrollsystem.

Statens helsetilsyn har i alle årsrapporter fra Meldesentralen pekt på ulikheter i antall meldte hendelser fra virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Vår erfaring fra flere år tyder på at institusjonene i spesialisthelsetjenesten oppfyller den lovpålagte meldeplikten i svært ulik grad. De helseinstitusjoner som melder flest uønskede hendelser er ikke nødvendigvis de institusjoner hvor det skjer flest uønskede hendelser. Mange meldinger kan være et uttrykk for en god meldekultur og et kvalitetsarbeid som fungerer.

## 11.4 Rapporter

Statens helsetilsyn har fra 1994 til 2006 publisert årsrapporter for Meldesentralen<sup>8</sup>. I 2008 publiserte vi en oppsummeringsrapport for årene 2001–2007<sup>9</sup>, og i 2010 en årsrapport for begge årene 2008 og 2009<sup>10</sup>. I 2011 publiserte vi et temahefte om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern<sup>11</sup>. Alle disse rapportene er tilgjengelige på Statens helsetilsyns nettside: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Årsrapportene gir blant annet:

- en beskrivelse av hensikten med meldeplikten
- en redegjørelse for gjeldende lovverk
- en presentasjon av utviklingen i antall meldinger
- en mer detaljert beskrivelse av meldinger registrert i det siste året
- en drøfting av spesielt utvalgte temaer.

Vi vil presisere at hensikten med disse rapportene fra Meldesentralen ikke er å gi et estimat på forekomsten av uønskede hendelser, dødsfall eller skader i spesialisthelsetjenesten. Andre datakilder er offentlig statistikk publisert av Statistisk sentralbyrå (SSB), Norsk pasientregister (NPR) og Kriminalpolitisen (KRIPOS). Videre gir statistikken fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) utfyllende opplysninger om risikobildet knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Denne rapporten presenterer resultatet av en kvantitativ analyse av data om uønskede hendelser som er blitt rapportert og registrert i databasen Meldesentralen. Den handler ikke om andre meldeordninger, som for eksempel rapportering av bivirkninger av legemidler (til RELIS: regionale legemiddelinformasjonsentre) og rapportering av tilfeller av vold mot helsepersonell (til Arbeidstilsynet).

## 11.5 Datamaterialet

Datamaterialet som denne rapporten bygger på omfatter 18 745 meldinger for perioden 2001–2010.

Meldeskjemaet for rapportering av uønskede hendelser ble revidert i 2007. Meldinger registrert i perioden 2001–2007 (13 136 meldinger) er meldt på det gamle meldeskjemaet, og meldinger registrert i perioden 2008–2010 (5609 meldinger) er meldt på det reviderte meldeskjemaet.

8) Meldesentralen. Årsrapporter 1994–2006. ([www.helsetilsynet.no/meldesentralen](http://www.helsetilsynet.no/meldesentralen))

9) Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007. Rapport fra Helsetilsynet 5/2008. Oslo: Statens helsetilsyn; 2008.

10) Meldesentralen – årsrapport 2008–2009. Rapport fra Helsetilsynet 5/2010. Oslo: Statens helsetilsyn; 2010.

11) Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern. Rapport fra Helsetilsynet 1/2011. Oslo: Statens helsetilsyn; 2011.

## Vedlegg

### Tabellene

Tabell 1. Antall og andel meldinger fordelt på registreringsår og skadegrad og antall meldinger fordelt på hendelsesår. 2001–2010

	<i>Registreringsår</i>									
<i>Skadegrad</i>	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Antall meldinger</b>										
Betydelig personskade	509	607	742	666	763	632	778	460	668	693
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	870	723	1 086	1 134	1 080	972	990	621	945	1 186
Unaturlig dødsfall	117	97	186	160	210	250	271	205	441	372
Alvorlige hendelser med utstyr	147	87	59	-	-	-	-	-	-	-
Ikke registrert	-	-	-	-	-	-	-	-	5	13
<b>Totalt</b>	<b>1 643</b>	<b>1 514</b>	<b>2 073</b>	<b>1 960</b>	<b>2 053</b>	<b>1 854</b>	<b>2 039</b>	<b>1 286</b>	<b>2 059</b>	<b>2 264</b>
<b>Andel meldinger</b>										
Betydelig personskade	31 %	40 %	36 %	34 %	37 %	34 %	38 %	36 %	32 %	31 %
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade	53 %	48 %	52 %	58 %	53 %	52 %	49 %	48 %	46 %	52 %
Unaturlig dødsfall	7 %	6 %	9 %	8 %	10 %	13 %	13 %	16 %	21 %	16 %
Alvorlige hendelser med utstyr	9 %	6 %	3 %	-	-	-	-	-	-	-
Ikke registrert	-	-	-	-	-	-	-	-	0 %	1 %
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
	<i>Hendelsesår*</i>									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Antall meldinger</b>	<b>1 368</b>	<b>1 734</b>	<b>1 827</b>	<b>2 181</b>	<b>2 006</b>	<b>1 813</b>	<b>1 684</b>	<b>1 649</b>	<b>1 909</b>	<b>1 592</b>

\* Tallene for meldinger fordelt på hendelsesår inkluderer alle de meldingene som var registrert per 27. januar 2011. Basert på erfaring vet vi at flere meldinger med hendelsesår i 2010 og tidligere vil bli registrert senere i 2012.



Tabell 2. Antall og andel meldinger fordelt på pasientens kjønn og alder. 2008–2010

	2008	2009	2010
<b>Pasientens kjønn</b>			
kvinne	704	1 173	1257
mann	579	874	989
ikke registrert	3	12	18
totalt	1 286	2 059	2 264
andel meldinger for kvinner	55 %	57 %	56 %
andel meldinger for menn	45 %	43 %	44 %
<b>Pasientens alder</b>			
under 24 timer	24	28	40
1-6 dager	9	13	19
7-27 dager	8	9	8
4 uker-11 md	13	17	16
1-6 år	24	23	24
7-15 år	28	26	42
16-44 år	354	636	645
45-66 år	334	595	634
67-79 år	249	353	473
80 og eldre	231	323	339
ikke registrert	12	36	24
totalt	1 286	2 059	2 264
barn (0-15 år)	106	116	149
voksne (16-66 år)	688	1 231	1 279
eldre (67 år og over)	480	676	812
andel meldinger for barn (0-15 år)	8 %	6 %	7 %
andel meldinger for voksne (16-66 år)	54 %	61 %	57 %
andel meldinger for eldre (67 år og over)	38 %	33 %	36 %

Tabell 3. Meldinger som gjelder betydelig personskade: Antall og andel meldinger hvor det er registrert at pasienten/pårørende er blitt informert om hendelsen. Antall og andel meldinger hvor det er registrert at pasienten/pårørende er blitt informert om Norsk pasientskadeerstatning. 2001–2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall meldinger om betydelig personskade	509	607	742	666	763	632	778	460	668	693
Antall meldinger om betydelig personskade hvor pasienten/pårørende er blitt informert om hendelsen	150	285	403	380	471	438	566	376	640	653
Andel meldinger om betydelig personskade hvor pasienten/pårørende er blitt informert om hendelsen	29 %	47 %	54 %	57 %	62 %	69 %	73 %	82 %	96 %	94 %
Antall meldinger om betydelig personskade	509	607	742	666	763	632	778	460	666	692
Antall meldinger om betydelig personskade hvor pasienten/pårørende er blitt informert om NPE	40	63	114	112	172	170	276	180	292	326
Andel meldinger om betydelig personskade hvor pasienten/pårørende er blitt informert om NPE	8 %	10 %	15 %	17 %	23 %	27 %	35 %	39 %	44 %	47 %

Data for 2001–2007 er ikke helt sammenlignbare med data for 2008–2009.

Dette skyldes at meldeskjemaet ble endret.

Før 2008 ble det registrert om pasienten er informert om skaden.

Fra 2008 ble det registrert om pasienten/pårørende er informert om hendelsen.

Tabell 4. Antall meldinger fordelt på regionalt helseforetak og helseforetak. 2001–2010

Regionalt helseforetak / helseforetak	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>1 151</b>	<b>1 059</b>	<b>1 275</b>	<b>1 113</b>	<b>1 329</b>	<b>1 220</b>	<b>1 399</b>	<b>727</b>	<b>1 384</b>	<b>1 464</b>
Akershus universitetssykehus HF	97	98	66	34	48	63	148	41	192	172
Sykehuset Innlandet HF	93	71	52	36	140	85	81	61	124	125
Sunnaas sykehus HF	2			1		3	2	1	1	3
Sykehuset Østfold HF	254	228	249	277	401	172	167	41	129	111
Sørlandet sykehus HF	155	138	208	107	61	103	174	170	215	284
Sykehuset i Vestfold HF	3	26	38	81	67	33	141	23	92	81
Sykehuset Telemark HF	43	32	93	26	92	77	101	44	107	55
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	1	16	9	28	19	18	21	6	20	22
Diakonhjemmet sykehus AS	23	38	23	13	25	8	53	35	34	34
Vestre Viken HF	186	225	301	187	182	207	195	72	111	296
Oslo universitetssykehus HF	245	157	180	283	244	402	241	160	233	158
Psykiatrien i Vestfold HF	19	12	31	23	9	19	27	11	52	25
Annet		3	3		2	4				
Private	30	15	22	17	39	26	48	62	74	98
<b>Helse Vest</b>	<b>258</b>	<b>227</b>	<b>245</b>	<b>340</b>	<b>200</b>	<b>276</b>	<b>268</b>	<b>131</b>	<b>221</b>	<b>233</b>
Helse Stavanger HF	78	55	35	49	25	24	86	47	76	79
Helse Fonna HF	48	28	20	43	29	46	36	33	25	29
Helse Bergen HF	96	110	141	202	125	180	127	27	77	35
Helse Førde HF	18	12	17	22	10	10	13	14	29	62
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	12	15	29	19	6	8	5	5	2	10
Annet	1									1
Private	5	7	3	5	5	8	1	5	12	17
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>116</b>	<b>133</b>	<b>405</b>	<b>367</b>	<b>268</b>	<b>186</b>	<b>208</b>	<b>218</b>	<b>270</b>	<b>348</b>
Helse Sunnmøre HF	26	7	27	4	14	4	17	19	29	30
Helse Nordmøre og Romsdal HF	29	26	50	11	38	18	27	12	27	52
Helse Nord-Trøndelag HF	34	11	98	78	84	89	47	76	128	200
St. Olavs Hospital HF	15	84	227	271	131	67	111	100	76	51
Rusbehandling Midt-Norge HF						2	4	3		3
Annet	2	3	1						1	2
Private	10	2	2	3	1	6	2	8	9	10
<b>Helse Nord</b>	<b>118</b>	<b>95</b>	<b>148</b>	<b>140</b>	<b>256</b>	<b>172</b>	<b>164</b>	<b>210</b>	<b>184</b>	<b>219</b>
Helse Finnmark HF	5	2		20	23	22	17	20	25	24
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	69	57	62	66	120	99	102	98	82	118
Nordlandssykehuset HF	26	11	76	47	84	33	35	67	62	60
Helgelandssykehuset HF	16	20	10	4	16	15	9	22	11	14
Annet	2	5		1						
Private				2	13	3	1	3	4	3
<b>Hele landet</b>	<b>1 643</b>	<b>1 514</b>	<b>2 073</b>	<b>1 960</b>	<b>2 053</b>	<b>1 854</b>	<b>2 039</b>	<b>1 286</b>	<b>2 059</b>	<b>2 264</b>

Tabell 5. Meldefrekvens. Somatiske helsetjenester

Helseforetak	Antall døgnopphold 2001–2009	Antall meldinger 2001–2009	Antall meldinger per 10 000 døgn- opphold
<b>Helse Sør-Øst</b>			
Akershus universitetssykehus HF	364 387	737	20
Sykehuset Innlandet HF	1 121 352	618	6
Sunnaas sykehus HF	19 257	10	5
Sykehuset Østfold HF	362 335	1 292	36
Sørlandet sykehus HF	409 354	1 132	28
Sykehuset i Vestfold HF	287 507	499	17
Sykehuset Telemark HF	276 424	523	19
Lovisenberg Diakonale Sykehus	73 183	92	13
Diakonhjemmet sykehus	82 702	203	25
Vestre Viken HF	540 579	1 405	26
Oslo universitetssykehus HF	1 033 335	1 906	18
<b>Helse Vest</b>			
Helse Stavanger HF	390 930	347	9
Helse Fonna HF	228 755	216	9
Helse Bergen HF	572 772	961	17
Helse Førde HF	174 998	125	7
Haraldsplass Diakonale Sykehus	80 679	100	12
<b>Helse Midt-Norge</b>			
Helse Sunnmøre HF	203 790	137	7
Helse Nordmøre og Romsdal HF	153 088	189	12
Helse Nord-Trøndelag HF	179 473	598	33
St. Olavs Hospital HF	485 325	834	17
<b>Helse Nord</b>			
Helse Finnmark HF	102 371	118	12
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	335 738	673	20
Nordlandssykehuset HF	229 748	347	15
Helgelandssykehuset HF	109 482	116	11

Antall meldinger per 10 000 døgnopphold er beregnet på følgende måte:  
 antall meldinger fra somatiske helsetjenester for registreringsårene 2001–2009, delt med  
 antall døgnopphold i somatiske helsetjenester for årene 2001–2009  
 Tall for døgnopphold for 2010 var ikke tilgjengelig da denne rapporten ble utarbeidet.

Kilder: Meldesentralen og Norsk pasientregister aktivitetsdata for somatikk

Tabell 6. Antall meldinger fordelt på sykehusavdeling. 2010

<i>Sykehusavdeling</i>	<i>Antall meldinger</i>	<i>Andel meldinger</i>
Kirurgisk avdeling (inkl. ortopedi)	621	27 %
Medisinsk avdeling (inkl. geriatri)	484	21 %
Psykisk helsevern	413	18 %
Gynekologi, obstetikk, fødeavdeling	248	11 %
<b>Andre avdelinger</b>	<b>498</b>	<b>22 %</b>
Anestesi, operasjon	98	
Medisinsk serviceavdeling	87	
Akuttmottak, intensivavdeling, overvåkning	74	
Rehabilitering	39	
Annet	36	
Barneavdeling	29	
Rus	25	
Nevrologisk avdeling	24	
Ikke oppgitt	18	
Klinisk undersøkelse/behandlingsenhet	17	
Revmatologisk avdeling	17	
Ambulanse	15	
ØNH-avdeling	9	
Øyeavdeling	7	
Transportavdeling (ekskl. ambulanse)	3	
<b>Hele landet</b>	<b>2 264</b>	<b>100 %</b>

Tabell 7. Antall og andel meldinger fordelt på somatiske helsetjenester og psykisk helsevern. 2001–2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Antall meldinger</b>										
psykisk helsevern	311	261	350	347	343	293	282	216	486	452
somatiske helsetjenester	1 332	1 253	1 723	1 613	1 710	1 561	1 757	1 070	1 573	1 812
alle meldinger	1 643	1 514	2 073	1 960	2 053	1 854	2 039	1 286	2 059	2 264
<b>Andel meldinger</b>										
psykisk helsevern	19 %	17 %	17 %	18 %	17 %	16 %	14 %	17 %	24 %	20 %
somatiske helsetjenester	81 %	83 %	83 %	82 %	83 %	84 %	86 %	83 %	76 %	80 %
alle meldinger	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 8. Antall og andel meldinger om unaturlig dødsfall: meldinger fra psykisk helsevern og somatiske helsetjenester. 2001–2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Psykisk helsevern</b>										
antall meldinger totalt	311	261	350	347	343	293	282	216	486	452
antall meldinger om unaturlig dødsfall	49	29	71	66	81	121	124	99	214	180
andel meldinger om unaturlig dødsfall	16 %	11 %	20 %	19 %	24 %	41 %	44 %	46 %	44 %	40 %
<b>Somatiske helsetjenester</b>										
antall meldinger totalt	1 332	1 253	1 723	1 613	1 710	1 561	1 757	1 070	1 573	1 812
antall meldinger om unaturlig dødsfall	68	68	115	94	129	129	147	106	227	192
andel meldinger om unaturlig dødsfall	5 %	5 %	7 %	6 %	8 %	8 %	8 %	10 %	14 %	11 %

Tabell 9. Antall meldinger om selvpåførte skader. 2001–2010

	Registreringsår									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Antall meldinger om unaturlig dødsfall</b>										
Overdosedødsfall	10	5	6	3	8	11	12	13	24	12
Selv mord	34	26	59	61	73	91	102	78	127	129
Mulige selvmord*	4	0	8	8	4	9	13	9	49	31
Totalt	48	31	73	72	85	111	127	100	200	172

De fleste meldinger om selvpåførte skader er fra psykisk helsevern, men noen er fra somatiske helsetjenester.

\* Disse er meldinger fra psykisk helsevern, hvor det er ukjent om dødsfallet var selvmord eller ikke. Vi kan anta at mange av disse dødsfallene var faktisk selvmord.

Tabell 10. Antall og andel meldinger om legemiddelfeil, fall og uønskede hendelser ved fødsler. 2001–2010

	Registreringsår									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Meldinger om legemiddelfeil</b>										
antall meldinger totalt	1 643	1 514	2 073	1 960	2 053	1 854	2 039	1 286	2 059	2 264
antall meldinger om legemiddelfeil	456	295	540	603	491	466	398	186	298	298
andel meldinger om legemiddelfeil	28 %	19 %	26 %	31 %	24 %	25 %	20 %	14 %	14 %	13 %
<b>Meldinger om fall</b>										
antall meldinger totalt	1 643	1 514	2 073	1 960	2 053	1 854	2 039	1 286	2 059	2 264
antall meldinger som gjelder fall	246	349	401	303	331	264	276	186	252	232
andel meldinger som gjelder fall	15 %	23 %	19 %	15 %	16 %	14 %	14 %	14 %	12 %	10 %
<b>Meldinger om uønskede hendelser ved fødsler</b>										
antall meldinger totalt	1 643	1 514	2 073	1 960	2 053	1 854	2 039	1 286	2 059	2 264
antall meldinger om uønskede hendelser ved fødsler	67	72	96	78	147	85	122	104	155	178
andel meldinger om uønskede hendelser ved fødsler	4 %	5 %	5 %	4 %	7 %	5 %	6 %	8 %	8 %	8 %

Tabell 11. Antall og andel meldinger om legemiddelfeil, fall og uønskede hendelser ved fødsler, alle skadegrader og unaturlig dødsfall. 2001–2010

	Antall meldinger 2001–2010	Andel meldinger 2001–2010
<b>Meldinger om legemiddelfeil</b>		
alle skadegrader	4 031	100 %
unaturlig dødsfall	104	3 %
<b>Meldinger om fall</b>		
alle skadegrader	2 840	100 %
unaturlig dødsfall	65	2 %
<b>Meldinger om uønskede hendelser ved fødsler</b>		
alle typer skader	1 104	100 %
barnet døde/interuterin fosterdød	210	19 %
moren døde	14	1 %
både moren og barnet døde	3	0 %
barnet ble skadet	218	20 %
moren ble skadet	463	42 %
både moren og barnet ble skadet	49	4 %
verken moren eller barnet ble skadet	147	13 %

Tabell 12. Antall meldinger fordelt på Helsetilsynet i fylket. 2001–2010

Fylke	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Østfold	255	228	249	277	401	172	167	46	130	111
Oslo og Akershus	466	418	397	441	450	605	582	301	560	634
Hedmark	19	58	26	16	75	63	36	20	69	47
Oppland	73	15	26	24	77	27	50	43	58	84
Buskerud	142	130	203	111	92	115	107	62	90	129
Vestfold	26	40	69	104	79	52	169	34	144	108
Telemark	15	32	97	27	94	81	112	50	118	65
Aust-Agder	101	98	86	48	17	43	52	57	65	84
Vest-Agder	54	40	122	65	44	62	124	114	150	202
Rogaland	96	55	40	54	30	28	87	51	81	85
Hordaland	144	160	188	264	160	238	168	66	111	86
Sogn og Fjordane	18	12	17	22	10	10	13	14	29	62
Møre og Romsdal	60	34	78	15	52	24	48	34	57	84
Sør-Trøndelag	21	88	229	274	132	73	114	108	83	59
Nord-Trøndelag	35	11	98	78	84	89	46	76	130	205
Nordland	42	33	86	64	119	58	44	92	73	74
Troms	71	60	62	56	114	92	103	98	86	121
Finnmark	5	2	0	20	23	22	17	20	25	24
<b>Hele landet</b>	<b>1 643</b>	<b>1 514</b>	<b>2 073</b>	<b>1 960</b>	<b>2 053</b>	<b>1 854</b>	<b>2 039</b>	<b>1 286</b>	<b>2 059</b>	<b>2 264</b>

Tabell 13. Antall og andel meldinger – håndtering av meldingene i Helsetilsynet i fylkene. 2001–2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Antall meldinger totalt</b>	<b>1 643</b>	<b>1 514</b>	<b>2 073</b>	<b>1 960</b>	<b>2 053</b>	<b>1 854</b>	<b>2 039</b>	<b>1 286</b>	<b>2 059</b>	<b>2 264</b>
Ingen tilbakemelding til virksomhet								5	7	5
Melding tas til orientering								1 028	1 573	1 780
Oppretting av tilsynssak	1	0	2	32	60	63	62	80	178	171
Særskilt veiledning								82	246	255
Ikke registrert								91	55	53
<b>Andel meldinger</b>										
Ingen tilbakemelding til virksomhet								0 %	0 %	0 %
Melding tas til orientering								80 %	76 %	79 %
Oppretting av tilsynssak	0 %	0 %	0 %	2 %	3 %	3 %	3 %	6 %	9 %	8 %
Særskilt veiledning								6 %	12 %	11 %
Ikke registrert								7 %	3 %	2 %



## Dieđihanguovddáš – jahkeraporta 2010

### Dearvvašvuodageahču Raportta 7/2011 čoahtkáigeassu

Dát raporta válldahallá diedáhusaid sávakeahtes dáhpáhusaid birra mat leat dáhpáhuvván divššohasaiguin dan botta go leat divššus specialistadearvvašvuod abálvalusas, ja mat leat diedihuvvon geahčoeiseválddiide jagis 2010.

Deataleamos gávnaheamit leat:

- 2264 diedáhusa registrerejuvvojedje Dieđihanguovddášii 2010:s – eambo go goassege ovdal.
- Eahpelunddolaš jápmimiid registrerejuvvon diedáhusaid lohku lea dadistaga lassánan maŋemus jagiid, muhto čájehuvvo ahte lohku lea njie-djan 21 proseanttas 2009:s 16 prosentii 2010:s.
- Lea leamaš positiiva ovdáneapmi divššohasaid ja oapmahaččaid logus geat ožžot dieđu dáhpáhusa birra.
- Dearvvašvuodadoaimmahagaid gaskkas leat stuora erohusat das man ollu dat dieđihit, nu maddái dearvvašvuodadoaimmahagaid siskobealde jagis jahkái ja regiovnnaid gaska.
- Guoktelogi proseantta diedáhusain jagis 2010 bohte psykalaš dearvvašvuodasuodjalusas. Njealljelogi proseantta dain diedáhusain ledje eahpelunddolaš jápmimat.

- Diedáhusaid lohku mat gusket iežas dagahan jápmimii – iešsorbmen, vejolaš iešsorbmen dahje badjelmeari dálkkas- dahje gárihuhttinávdnasiid váldin – leat dadistaga lassánan.

Golbmanuppelohkái proseantta buot diedáhusain mat registrerejuvvojedje 2010:s guske dálkkasboasttuvuoda dáhpáhusaide, logi proseantta ledje dáhpáhusat gahččama oktavuodas ja gávccii proseantta guoskkai dáhpáhusaide riegádahttimiid oktavuodas.

# Annual Report 2010 for MedEvent (Meldesentralen – the Reporting System for Adverse Events in Specialized Health Services)

## Summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 7/2011

In this report, we describe reports of adverse events that patients have experienced while receiving treatment from specialized health services and that have been reported to the supervision authorities in 2010:

- 2264 reports were registered in MedEvent i 2010 – more than for any previous year.
  - The proportion of reports of incidents that have resulted in unnatural death has steadily increased over the last few years, but went down from 21 per cent in 2009 to 16 per cent in 2010.
  - There has been a positive development in the proportion of patients and relatives who were informed about the incident.
  - There is large variation in reporting rates from different health trusts and regional health authorities.
  - Twenty-two per cent of reports registered in 2010 were from mental health services. Forty per cent of these were reports of unnatural death.
  - The number of reports of unnatural death related to damage that patients had inflicted on themselves – suicide, possible suicide and overdoses – has steadily increased.
- Thirteen per cent of all reports registered in 2010 were related to use of medication, ten per cent were related to falls and eight per cent were about events related to births.

# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2010

**1/2010** Tannhelsetjenesten – med særlig blikk på offentlige tannhelsetjenester til prioriterte grupper

**2/2010** Det vil helst gå bra... Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

**3/2010** Distriktpsikiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktpsikiatriske senter

**4/2010** Risikobildet av norsk kreftbehandling

**5/2010** Meldesentralen – årsrapport 2008–2009

**6/2010** Geir Godager og Sverre Grepperud: Har leger realistiske oppfatninger om tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner?

**7/2010** Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Utgivelser 2011

**1/2011** Meldesentralen – meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern

**2/2011** Nytt syn på gammel aktivitet. Tilsyn 2010 med verksemder som er godkjende for å handtere hornhinner m.m. til bruk på menneske i Noreg: Gjennomføring og erfaringar

**3/2011** Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinnar og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga

**4/2011** Kommuner bryter loven ved henvendelser om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2010 med sosiale tjenester i Nav

**5/2011** Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

**6/2011** Fylkesmennenes behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven kap. 4 – raskere behandling når Fylkesmannen selv slutfører saksbehandlingen

**7/2011** Meldesentralen – årsrapport 2010

## Tilsynsmeldinger

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

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

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

Serien utgis av Statens helsetilsyn.  
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 7/2011

### Meldesentralen – årsrapport 2010

Denne rapporten beskriver meldinger om uønskede hendelser som har skjedd med pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten, og som har vært rapportert til tilsynsmyndigheten i 2010.

De viktigste funnene:

- 2264 meldinger ble registrert i Meldesentralen i 2010 – flere enn noe tidligere år.
- Andelen registrerte meldinger som gjelder unaturlig dødsfall har stadig økt de siste årene, men viser en nedgang fra 21 prosent i 2009 til 16 prosent i 2010.
- Det har vært en positiv utvikling i andelen pasienter og pårørende som blir informert om hendelsen.
- Det er stor variasjon i meldefrekvens mellom helseforetak, innen helseforetak fra år til år og mellom regioner.
- Tjue prosent av meldingene registrert i 2010 kom fra psykisk helsevern. Førti prosent av disse var meldinger om unaturlige dødsfall.
- Antall meldinger som gjelder dødsfall på grunn av selvpåførte skader – selvmord, mulig selvmord eller overdose – har stadig økt.
- Tretten prosent av alle meldinger som ble registrert i 2010 gjaldt hendelser knyttet til legemiddelfeil, ti prosent gjaldt hendelser som skjedde i forbindelse med fall og åtte prosent gjaldt hendelser som skjedde i forbindelse med fødsler.