



MELDEREVYEN

ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ
RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

5. ÅRGANG 1998 NR. 3

ISSN 0804-6654

Bryr ikke sykehuseierne seg om avvik?

Gjennom 1998 har vi i Meldesentralen hatt en rekke nyttige møter med kvalitetsutvalgene og ledelsen i landets sykehus. Gjennom regionale møter har vi truffet mer enn 200 medarbeidere fra landets sykehus. Vårt inntrykk er at sykehusene er kommet meget ulikt langt i utviklingen og oppfølgingen av sine kvalitetssystemer. Dette innebærer igjen at enkelte sykehus er kommet meget godt igang for å kunne nå det målet som er stilt i Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling; et velfungerende og totalt kvalitets system innen utgangen av år 2000. Andre sykehus vil få store vanskeligheter med å oppfylle dette kravet som har vært lovfestet siden 1994, men som egentlig er lovfestet siden 1984 i form av krav om egenkontroll, som er et annet uttrykk for det samme. Vi går nå inn i 1999, det er i skrivende stund 25 måneder igjen til utgangen av år 2000 - dvs. til system for internkontroll skal være fullstendig på plass.

Et område å ta fatt på, og der det bør være mulig også å se konkrete resultater raskt, er i forhold til ventelister. Det foreligger i følge de siste ventelistetallene (pr. 21.08.98) dokumentert 12 551 avvik, i denne sammenhengen pasienter som har 'ventelistegaranti-brudd' (9 648 etter 'ny' ordning, og 2 903 etter 'gammel' ordning, som opphørte 30.06.97). Vi vet ikke i hvor stor grad bruddene er reelle, dvs. hvor mange av de 12 551 pasientene som faktisk har ventet lenger enn garanti-perioden, eller om tallene skyldes at ventelistene ikke er blitt sanert, altså kontrollert mot den faktiske behandlingen som har skjedd. Et paradoks: I samme tertial (perioden mai - august 1998) behandlet norske sykehus elektivt mer enn 171 000 pasienter uten garanti. Tilsvarende forholdstall mellom antall behandlede uten garanti og antall garantibrudd kan en finne for alle periodene som er gått etter at den første ventetidsforskriften kom i 1990. Dagens ventetidsforskrift sier i kortform at det er de sykeste pasientene som skal prioriteres, og at det er de pasientene det ikke er forsvarlig at venter mer enn tre måneder, som skal gis behandlingsgaranti. Helsetilsynet innser at man for en rasjonell drift må ha en blanding av mange pasientgrupper, men når tallene viser mer enn 12 000 garantibrudd og samtidig 171 000 elektivt behandlede ikke-garantipasienter, tyder dette dessverre på at de sykeste pasientene ikke prioriteres. Det er vanskelig å forstå at sykehuseierne, dvs. fylkeskommunene ved fylkespolitikere og fylkesrådmenn, fortsatt kan akseptere de mange garantibruddene uten å gjennomføre tiltak som korrigerer situasjonen.

En tydelig synliggjøring av at sykehusene tar avvik på alvor, vil være om også statistikken, altså ventelisterapportene, viser at de sykeste får behandling først.

Bjørn Magne Eggen

GOD JUL OG GODT NYTT ÅR!

Meldesentralen i Statens helsetilsyn takker for nyttige diskusjoner og møter i løpet av 1998 og ser frem til fruktbare kontakter også neste år.

Er øregangstermometer pålitelige nok?

Øregangstermometre er bekvemme for pasienter og medfører en betydelige forenkling av arbeidsrutiner for personalet. Derfor har mange valgt disse termometrene som erstatning for kvikksølvstermometrene. Samtidig har mange stilt spørsmål ved påliteligheten ved denne måle-metoden.

På grunn av de ulike erfaringene tok Statens helsetilsyn opp dette emnet i et brev til sykehusene for vel ett år siden. Siden diskusjonen om metoder for måling av kroppstemperatur fortsatt pågår mange steder, vil vi her gjenta noen av våre kommentarer og anbefalinger.

Den absolutte referansen for fysiologiske temperaturmålinger er kjernetemperaturen, målt i nedre øsofagus, urinblære, eller ved pulmonalarterieprobe. I de fleste situasjoner vil det være et mål som (stabilt) samsvarer med kjernetemperaturen man er ute etter. Tilgjengelige organtemperaturmålinger i praktisk bruk er munnhule, rektum, axille og hudoverflate, samt øregang. Oral- og hudoverflatemåling har i Norge vært lite brukt klinisk, i det disse regnes som variable og situasjonspåvirkelige. Det vanlige har vært å måle rektaltemperaturen med kvikksølvstermometer.

Aktuelle alternativer når en nå av miljøhensyn har forlatt bruk av kvikksølvstermometre er:

- Elektroniske kontakt-(termistor-) termometre (rektalmåling)
- Strålingstermometere dvs. øregangstermometere (infrarød tympanisk termometri)

Elektroniske kontaktermometre må regnes som like nøyaktige som kvikksølvtermometere, og gir god registrering av rektaltemperatur, forutsatt at tilsvarende kontakttid anvendes.

Når det gjelder strålingstermometre for måling av trommehinnetemperatur, vil forskjellige feilkilder som man ikke har ved kontaktmåling av rektaltemperatur gjøre seg gjeldende. For det første forekommer fysiologisk variasjon av temperaturen i øret over korte perioder, og mellom sidene. Størrelsen på denne variasjonen er vanskelig å fastlegge, men har vært anslått å befinne seg i størrelsesorden $\pm 0,2$ °C. For det andre viser metoden betydelig variasjon i måleresultat forårsaket av forhold omkring bruk og brukerfeil. Erfaringene med ulike termometre av denne kategorien viser at metoden slik den er tilgjengelig i dag stiller høyere krav til riktig bruk og vedlikeholds-rutiner enn andre aktuelle metoder.

Feilkilder utgjøres av apparattemperatur, smuss på linsen, batterisvekkelse, feilvinkling av proben i øregangen, samt ørevoks. Selv under forhold der feil som skyldes dårlig vedlikehold og uerfarne brukere er eliminert, viser målinger med denne metoden til dels betydelig avvik fra referanse rektaltemperatur. En rekke undersøkelser er publisert, herunder to norske undersøkelser 1), 2). Metodens klare fortrinn er dens enkle gjennomføring.

Med bakgrunn i ovenstående vil Statens helsetilsyn fremme nedenstående anbefalinger.

Rektalmåling med elektronisk kontaktermometer må regnes som fullgod erstatning for kvikksølvtermometre. Øregangstermometre har til nå vist seg ikke å gi tilsvarende pålitelige målinger.

I situasjoner der en nøyaktig måling av kroppstemperatur er klinisk avgjørende anbefales at målingen gjøres med rektal elektronisk kontaktermometri.

Statens helsetilsyn anbefaler at sykehusene gjennomgår sine prosedyrer for måling av kroppstemperatur, herunder aktuelle indikasjoner og metode for rutinemessig måling ved fravær av klinisk mistanke om feber, samt kontrollmåling

- 1). Fremstad et.al. Infrarød tympanisk tonometri. Tidskr Nor Lægeforen 1993 (21);113:2708-10
- 2). Petersen N, Hauge HN Infrarød tympanisk termometri. Tidskr Nor Lægeforen 1997 (28);117:4083-6

23. desember 1997 Håkon Haugtomt

Kvalitetsutvalgets utfordring

Noen av kvalitetsutvalgenes oppgave er i følge «Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning», IK-07/94, blant annet å

- bidra til at det skapes en kultur blant de ansatte som gjør at avvikshendelser brukes aktivt for å forebygge kvalitetssvikt.
- iverksette tiltak som medfører at avvikshendelser blir meldt fra om, og at de følges opp lokalt på en måte som medfører endringer til det bedre, - både for pasientene, det enkelte helsepersonell og institusjonen som helhet.
- bidra til og stimulere de enkelte avdelinger til å iverksette interne tiltak som kan medføre kvalitetsbedring på de oppgaver som utføres og de tjenester som gis uavhengig av forekomst av avvikshendelser.
- gi råd og veiledning til de enkelte avdelinger og grupper av helsepersonell som iverksetter lokale kvalitetssikringstiltak som et ledd i deres internkontroll.
- sørge for å få løpende informasjon om de tiltak som iverksettes lokalt, samt hvilke erfaringer som høstes av tiltakene

Altfor mange kvalitetsutvalg tar fremdeles meldingene til etterretning og sender de samme meldingene til Meldesentralen uten at det kommer fram om man har sett på årsaker til hendelsene, eller satt iverk tiltak. Et eksempel på dette kan være en eldre, urolig pasient, som stadig holdt på å falle ut av senga, men som det gikk flere dager før noen hentet sengehest til og da først etter at han hadde falt ut av senga og man mistenkte at han hadde pådratt seg lårhalsbrudd.

Beskrivelse av årsaker til hendelsen og hvilke tiltak som er iverksatt er nå et av Meldesentralens viktigste arbeidsområder overfor kvalitetsutvalgene. Dette fremgår blant annet av den reviderte teksten i

«Retningslinjer for hvor melding skal sendes IK-2453.» «Meldesentralen i Statens helsetilsyn skal ha kopi av meldingen med kvalitetsutvalgets vurdering av hendelsen, inklusive opplysning om bruk av hendelsen for kvalitetsforbedring, når saken er behandlet i kvalitetsutvalget». Vi oppfordrer med dette kvalitetsutvalgene til å gå dypere inn i de opplysningene som avdekkes i kjølvannet av en avvikshendelse for å kunne bruke dette fornuftig i kvalitetsforbedringsarbeidet, jf IK-07/94.

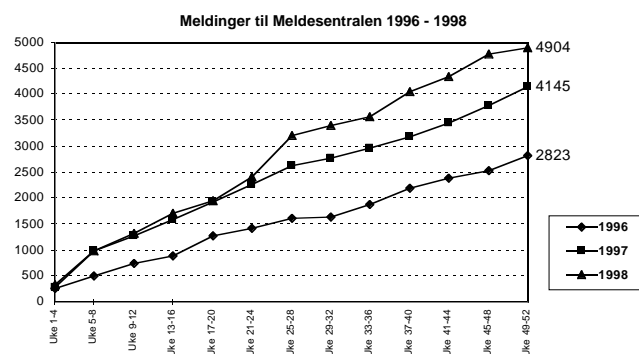
Noen kvalitetsutvalg har forsøkt å strukturere behandlingen av saker og utfylling av blankettens side to på følgende måte, her vist ved eksempelet fall.

- **Hendelse:** Falt ut av senga, kutt i panna, lårhalsbrudd venstre side.
- **Følge:** Betydelig skade på pasient.
- **Utløsende årsak:** Urolig pasient, manglende sengehyster, høy seng.
- **Tiltak for pasienten:** Operasjon, nagle, sengehyster
- **Andre relevante opplysninger:** Urolig pasient, nylig ankommet avd. sengehyster ikke vurdert.
- **Konklusjon, helhetsbedømmelse:** Urolig pasient som faller ut av senga og pådrar seg lårhalsbrudd, avdelingen har gjennomgått og endret sine prosedyrer mht. vurdering av behov for sengehest.
- **Meldingen gjelder i følge kvalitetsutvalget:** Fall og betydelig skade på pasient. Meldt fylkeslegen jf sykehusloven § 18a.

Tove Farstad

Økning i meldinger til Meldesentralen

Antall meldinger til Meldesentralen øker stadig. I de første 11 månedene av 1998 var økningen på 15 % i forhold til hele 1997 (se figur).



Antall meldinger om dødsfall og betydelig skade på pasient viser tallmessig en liten økning, mens hendelser som har ført til liten eller ingen skade øker betraktelig. Det vil være mye å vinne dersom sykehusene griper fatt i disse meldingene på en hensiktsmessig måte. En måte å heve kvaliteten på er å fjerne de verste årsakene til svikt, uhell og skade. Det er derfor viktig at kvalitetsutvalgene i større grad bruker de meldingene de mottar lokalt, til å komme igang med en systematisk gjennomgang av årsakene til avvik og uhell.

Tove Farstad

En av mange. En å lære av.....?

Tema: Rutiner for kontroll av pasientidentitet.

Case:

Det var ordinert en pose SAG til pasient med blodtype 0 rh +. Blodposen ble rutinemessig kontrollert av to sykepleiere (spl. nr. 1 og 2) med sammenligning av pasientens blodark, blodpose og følgeseddel. En annen sykepleier ved avdelingen (spl. nr. 3) ble deretter bedt om å koble opp og starte transfusjonen.

Manglende kontroll av pasientens identitet i forhold til blodpose/følgeseddel, medførte at sykepleier nr. 3 administrerte blodtransfusjonen til feil pasient. Denne pasienten hadde blodtype A rh +.

Under rutinemessig runde i avdelingen en halv time etter transfusjonsstart oppdaget en sykepleier at transfusjonen var gitt til feil pasient. Ca. halvparten av blodet var da gått inn. Transfusjonen ble umiddelbart stanset og blodbanken ble kontaktet.

Meldingen:

Meldingen er gitt av involvert sykepleier. Hendelsen er kategorisert som «Forhold som kan føre til skade/uhell».

Kvalitetsutvalgets vurdering:

Kvalitetsutvalget vurderte hendelsen som menneskelig svikt idet avdelingens rutiner for administrering av blodprodukter ikke er fulgt. Kvalitetsutvalget ber avdelingen gjennomgå og innskjerpe avdelingens rutiner.

Meldesentralens kommentarer:

Hendelsen har flere fellestrekk med andre avvikshendelser med forbyttning av pasient. Dette gjelder spesielt avvikshendelser knyttet til administrering av legemidler, men også røntgenundersøkelser og kirurgisk behandling. Et fellestrekk ved flere liknende hendelser er at mange sykehus ser ut til å ha etablert adekvate kontrollrutiner i forhold til klargjøring/tillaging av legemidler og blodprodukter, men at svikten skjer i siste ledd, dvs. kontroll av pasientidentitet mot ordinert legemiddel.

I dette konkrete tilfellet fikk feiladministreringen av blod ingen konsekvens for pasienten idet både blodtype (A) og rhesusfaktor (+) var forlikelig med pasientens egen blodtype og rhesusfaktor (0 rh +). Hvis blodtype eller rhesusfaktor i blodproduktet eller hos pasienten hadde vært annerledes for eksempel omvendt, dvs. at pasientens blodtype hadde vært 0 rh + og blodproduktet hadde vært A rh +, kunne hendelsen derimot fått svært alvorlige konsekvenser for pasienten.

En «betydelig skade på pasient» vil være både de hendelser som gir en alvorlig skade og hendelser som kunne ha gitt en alvorlig skade selv om dette unngås ved at man korrigerer i tide eller på annen måte begrenser skaden. Bedømming av alvorlighetsgrad bør skje ut fra pasientens situasjon, dvs. om dette var en alvorlig hendelse for pasienten. Meldesentralen vurderer at hendelsen er å betrakte som en betydelig skade i henhold til sykehusloven § 18a, og at den derfor er meldepliktig til Fylkeslegen.

Bjørn Jamtli



Returadresse:
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep.; 0032 Oslo

Tillatelse nr.
159000/500

NOTISER

Meldesentralen ønsker hjelp til nytenkning

Meldesentralen ble opprettet høsten 1993 og har således lagt de 5 første årene bak seg. Bakgrunnen for opprettelsen var at en ønsket å samle data fra avvikshendelser ved landets sykehus og bearbeide og tilbakemelde erfaringer slik at dette kan brukes i arbeidet med kvalitetsutvikling.

Mye har endret seg ved sykehusene i disse årene og Meldesentralen har også opplevd en betydelig utvikling. Antall meldte saker har økt fra år til år, og i 1998 har vi mottatt nærmere 5000 meldinger.

Samtidig ser vi at det er betydelige forskjeller på sykehusene, noen melder mye og noen melder lite, - og det er også stor forskjell på sykehusene i forhold til meldingenes alvorlighetsgrad. Selv om kravet er at alle sykehusene snart skal ha sine internkontroll- og kvalitetssystemer på plass, kan en spørre seg om hvor gode systemer man egentlig har for avviksbehandling?

Man kan også spørre seg om hvor godt meldeordningen totalt sett fungerer og om Meldesentralen har hatt den ønskede virkning på sykehusenes kvalitetsarbeid. Internt i Meldesentralen vil vi i tiden framover prøve å besvare disse spørsmålene og nøye vurdere hvor vi står og hvor vi går. Den økende datamengde, nye lovforslag og den generelle utvikling gjør det nødvendig at vi må tenke nytt og kanskje gjøre endringer ved meldeordningen.

For at sykehusene og kvalitetsutvalgene skal få komme med innspill til denne tenkeprosessen, sender vi nå ut et spørreskjema hvor kvalitetsutvalgenes erfaringer kan bli belyst. Dersom det er noen som sitter og

brenner med gode idéer og konstruktive tanker om meldeordningen og Meldesentralen, bør de snarest formidle disse meningene til kvalitetsutvalget eller ta kontakt direkte med Meldesentralen.

Noe av det vi vil se nærmere på er:

- samspillet med sykehusene
- tilliten til meldeordningen og Meldesentralen
- om alle meldinger skal videresendes til Meldesentralen
- effektivisering av meldesystemet, IT-verktøy
- forbedret meldeblankett
- læringseffekten ved meldeordningen

En slik nytenkningsprosess vil ta tid. Hvilke endringer som skal gjennomføres vet vi ikke i dag, men etter planen vil vi begynne å iverksette eventuelle endringer i siste halvdel av 1999.

Roar Prydz Christensen

Regionvise møter med kvalitetsutvalg

Meldesentralen har i 1998 arrangert møter med kvalitetsutvalgene og fylkeslegene i alle helseregionene. Totalt ble det arrangert seks møter hvor vi møtte 204 representanter fra 93 sykehus. Et sentralt tema var kvalitetsutvalgenes arbeid og rutiner med hensyn til avvikshåndtering og bruk av hendelser for å bedre kvaliteten på tjenestene ved sykehusene.

Vi takker for mange nyttige tilbakemeldinger! Erfaringer og synspunkter vil bli tatt med i forbindelse med revisjon av meldeblankett og meldesystemer.

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: Desember 1998.



Statens helsetilsyn

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

Melderevyens redaksjonen består av:
Redaktør: Bjørn Magne Eggen
Medansvarlige: Tove Farstad
Bjørn Jamtli
Roar Prydz Christensen
Karoline Olsen Eggen