



# MELDEREVYEN

## ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

3. ÅRGANG 1996 NR. 1

ISSN 0804-6654 • Bestillingsnr. IK-2438

### *Evaluering av kvalitetsutvalgene*

En større evaluering av aktivitetene i kvalitetsutvalgene ble utført tidlig i 1995 gjennom et spørreskjema sendt fra fylkeslegene. På vårt oppdrag er alle svarene gjennomgått. Resultatene er utgitt i en egen rapport til kvalitetsutvalgene og de oppsummeres også kort i dette nummer av Melderevyen. Forøvrig leser vi i et av de siste numrene av Tidsskrift for den norske lægeforening (nr 7, 1996) i en lederartikkel av overlege Flaatten ved Haukeland sykehus at (sitat): «Det er liten tvil om at en intern registrering av feil og avvik, eksempelvis i regi av sykehusets kvalitetsutvalg, vil gi verdifull informasjon om ulike sider ved pasientbehandlingen i avdelingene. En slik registrering kan gi en god pekepinn på hvor kvalitetsforbedrende innsats bør settes inn.» Han tar i artikkelen sterkt til orde for verdien av systematiske observasjoner av feil og avvik, og uttaler at en «.. nå ser konturene av et nytt meldesystem hvor sykehusets kvalitetsutvalg står sentralt.»

Dette er helt i råd med Meldesentralens filosofi, - at kvalitetsutvikling neppe kan finne sted uten at det lokale kvalitetsutvalget tar fatt i og bearbeider egne hendelser. I vårt standard meldeskjema (IK-2448) er det lagt opp til at kvalitetsutvalget skal merke av sin oppfatning av bakgrunnen for hendelsen og rapportere hvilke eventuelle konsekvenser de har trukket. Dette feltet i meldeskjemaet gir Meldesentralen et «kikkhull» inn i kvalitetsutvalgenes arbeid, idet graden av egen aktivitet i forhold til meldingene her kommer fram. I økende grad vil vi etterhvert legge vekt på hva kvalitetsutvalgene gjør for å følge opp hendelser og gi tilbakemeldinger i form av statistikker slik at institusjonene kan sammenlikne seg med hverandre. I dette nummer av Melderevyen gis en liten oppsummering av hvordan kvalitetsutvalgene forholder seg m.h.t å anta en årsakssammenheng ved en hendelse eller kartlegge bakgrunnen for den. For ca 60% av meldingene gis det nå ingen reell vurdering av hendelsen fra kvalitetsutvalgenes side! Selv om mange av meldingene av naturlige grunner omtaler det man må kalle «hendelige» uhell, sitter en med en mistanke om at potensialet for å utnytte innholdet av meldingene i kvalitetsfremmende hensikt ikke er godt nok utnyttet. Vi skal komme mer tilbake til dette i fremtiden!

I den kontinuerlige dialogen Meldesentralen har med sykehusenes kvalitetsutvalg får vi nå stadig flere indikasjoner på at systematisk registrering av avvikshendelser, slik som vi legger opp til, gjør at en ved institusjonene blir nysgjerrig på hva alle enkelthendelsene hos dem selv egentlig betyr, hva det reelle omfanget er, hvordan de kan forhindres, m.m. Mange har derfor igangsatt egne registreringer av feil og svikt som ikke omfattes av det meldesystemet som myndighetene har lagt opp til med etableringen av Meldesentralen. Dette kan eksempelvis dreie seg om infeksjoner, brutte tidsavtaler mht behandlinger eller undersøkelser, eller annet som ikke nødvendigvis påfører pasienten stort mer enn ulemper eller unødige liggedager, men som allikevel har stor relevans for kvaliteten av prosessene rundt diagnostikk og behandling. Vi minner igjen om at det viktigste ved kvalitetsutvalgenes opprettelse ikke er å «betjene» Meldesentralen, men å bruke hendelsene internt. Meldesentralen kan kun være en «motor» i denne prosessen.

*Hroar Piene*

## Evaluering av kvalitetsutvalgene i Norge - perioden 01.01.94 - 15.02.95

En evalueringsrapport utarbeidet av kvalitetskoordinator Ada Schreiner, Rikshospitalet, etter oppdrag fra Statens helsetilsyn. Dette utdraget viser hovedkonklusjonene i rapporten.

Hensikten med evalueringen av kvalitetsutvalgenes arbeid i 1994 og til og med 15. februar 1995, var å foreta en første gjennomgang for å se om kvalitetsutvalgene var opprettet i henhold til lovverket og om de fungerte etter intensjonen fra Statens helsetilsyn. Utgangspunktet for evalueringen var et skjema som var fylt ut av de enkelte kvalitetsutvalg og sendt til vedkommende fylkeslege.

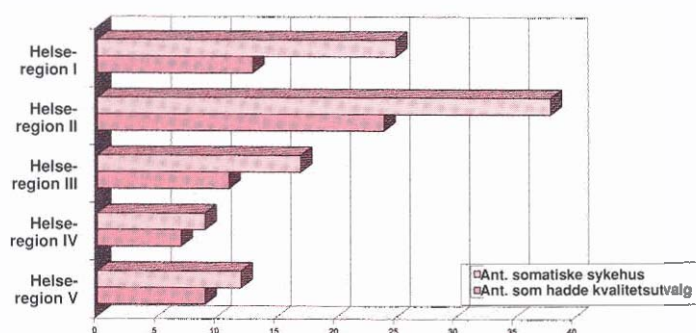
Evalueringen gir en pekepinn og en «temperaturmåling» av situasjonen våren 1995 etter vel et års funksjonstid for kvalitetsutvalgene

De statistiske beregningene er begrenset til landets somatiske og psykiatriske sykehus. I henhold til oversikt mottatt fra Statens helsetilsyn er dette totalt 118 sykehus (102 somatiske og 16 psykiatriske).

Totalt hadde 69 av 118 mulige sykehus (somatiske og psykiatriske) opprettet kvalitetsutvalg. Dette tilsvarer 58,5%.

Antall sykehus (somatiske og psykiatriske) med kvalitetsutvalg er 69. I beregningene er 69 sykehus satt lik 100%. Kvalitetsutvalg: Vel 2/3 (66,7 %) av sykehusene har avvirket det tidligere skadeutvalget og har innlemmet disse oppgavene i kvalitetsutvalget. Kvalitetsutvalg og skadeutvalg: 16 sykehus (23,2 %) har både skadeutvalg og kvalitetsutvalg, syv sykehus (10,1 %) har ikke svart på spørsmålet.

### Somatiske sykehus som hadde opprettet kvalitetsutvalg



Antall møter i kvalitetsutvalgene varierte fra 1 til 46. Gjennomsnittlig blir dette 6,6 årlige møter for de 69 sykehusene. De 69 sykehusene behandlet fra 1 til 223 saker (gjennomsnitt 140,6 saker). Det store antall saker fra enkelte sykehus skyldes i hovedsak meldesaker (skade-/klagesaker). Flertallet av kvalitetsutvalgene har oppgitt at de har behandlet mellom 20 og 40 saker for 1994 t.o.m. februar 1995.

### Generelle erfaringer med virksomheten i kvalitetsutvalgene

Trender fra svarene er:

- 32 (46,4 %) prioriterer/mener kvalitetsutvalgets funksjon fører til «Bedring av melderutinene»
- 18 (26,1 %) mener det er «For tidlig å svare»
- 16 (23,2 %) mener kvalitetsutvalgene fremmer «Bevisstgjøring»
- 15 (21,7 %) prioriterer arbeidet med «Dokumentasjon, prosedyrer»
- 11 (15,9 %) prioriterer arbeidet med «Systematisering»
- 6 ( 8,7 %) mener at kvalitetsutvalgenes funksjon har ført til «Økt forståelse i ledelsen»

### Konklusjon

- Generelt hadde sykehusene har kommet relativt dårlig i gang med arbeidet i sine kvalitetsutvalg.
- Vel en firedel (ca. 25 %) fungerer fremdeles som et skadeutvalg. Dette kommer i tillegg til de 16 sykehusene (23,2 %) som har valgt å ha både kvalitetsutvalg og skadeutvalg.
- Kvalitetsutvalgene har vært for kort tid i funksjon til at en evaluering kan gi noen sikre holdepunkter om kvalitetsutvalgene fungerer etter intensjonen gitt i retningslinjene fra Statens helsetilsyn av 4. februar 1994 (IK-7/94).
- Evalueringen indikerer at et 2/3 av de somatiske sykehusene har opprettet kvalitetsutvalg, og at de er i startfasen med arbeidet i sine kvalitetsutvalg. Mindre enn 1/3 av de psykiatriske sykehusene har opprettet kvalitetsutvalg.
- Et flertall (71 %) av respondentene ser nytten av et kvalitetsutvalg og ønsker at ordningen skal fortsette.
- Det anbefales at det foretas en ny evaluering i første halvår av 1996 etter 2 års funksjon i kvalitetsutvalgene.

Rapporten IK-2525 er sendt alle landets sykehus v/kvalitetsutvalget. Vi kan dessverre ikke etterkomme ønsker om flere eksemplarer.

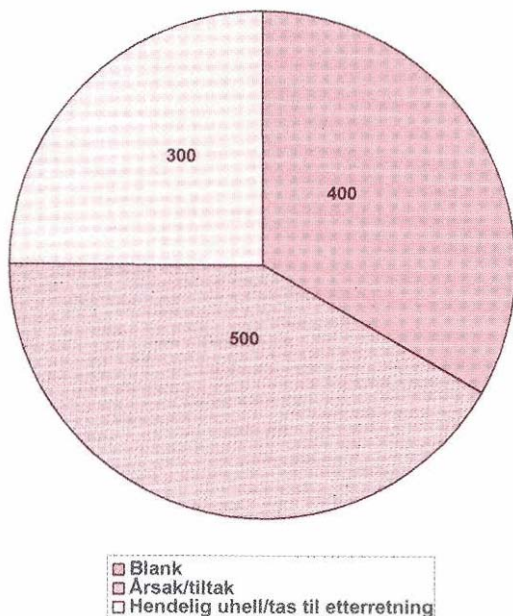
### Hva mener kvalitetsutvalgene om hendelser i egen institusjon?

Nederst på meldeskjemaets side 2, er det et fritekstfelt der man ber kvalitetsutvalgene om å gjøre tilføyelser vedrørende sannsynlig årsak til hendelsen og tiltak for å unngå gjentakelse.

I tidsrommet 1. august 1995 til 1. mars 1996 ble det registrert ca. 1200 meldinger i Meldesentralen. I omtrent en tredjedel, ca. 400, av disse meldingene, var fritekstfeltet helt uten kommentar. I de resterende meldingene var det ca. 500 som hadde kommentert med årsak og/eller forbedrende tiltak. De øvrige 300 hadde kommentarer der hendelsen enten er beskrevet på ny eller der hendelsen ble karakterisert som hendelig uhell eller at man tok hendelsen til etterretning. Noen bruker også feltet til å kommentere hvorvidt melder har fylt ut skjema slik det er ønskelig. Dette at meldeskjema er fullstendig og korrekt utfyllt er en viktig

oppgave for kvalitetsutvalgene som bør påses før meldingen sendes Meldesentralen. Det nevnte felt er ikke beregnet på slike nedtegnelser. Det er beregnet på forhold knyttet til hendelsen.

Kvalitetsutvalgenes tilføyelser



Det er ikke sikkert at disse tallene gir et riktig uttrykk for hva kvalitetsutvalgene faktisk gjør for å forebygge avvikshendelser. En forklaring kan være at man ikke helt har «kommet i gang.» I så fall kan det være naturlig å rette oppmerksomheten mot denne rubrikken i meldeskjemaet. Av IK - 7/94 om «Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning», fremgår:

«Kvalitetsutvalgene skal bidra til at det skapes en kultur blant de ansatte som gjør at avvikshendelser brukes aktivt for å forebygge kvalitetssvikt. Kvalitetsutvalget skal 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.»

Kvalitetsutvalgenes egne vurderinger og oppfølging av hendelser i egen institusjon er nøkkelpunkter i kvalitetsutviklingen. Det er de som er nærmest til å se de riktige sammenhengene mellom årsaker til hendelsen og mulige forbedrende tiltak. Det påhviler kvalitetsutvalgene et særlig ansvar for dette.

*Turid Heiberg*

## Gjenglemte kompresser

Etter nyttår har vi mottatt meldinger om gjenglemte kompresser etter operative inngrep. I kjølvannet følger infeksjoner som ikke responderer på behandling før årsaken er fjernet, hvilket vil si ved nytt inngrep. I mellomtiden

bidrar det til atskillig besvær for pasienten i form av smerter og funksjonsnedsettelse. En slik hendelse er heller ikke særlig positiv for sykehusets drift. Både medisiner, ekstra inngrep, og forskjøvet operasjonsprogram er dyrt.

Et aspekt ved problemet ligger i å telle. Er dette så «simpelt» at man ikke tar det høytidelig nok? Det er feiltellingsmuligheter både ved innpakking og utpakking av kompresser og ved inngrepets avslutning. Meldingene er en påminnelse om å verdsette og følge gode tellerutiner.

*Turid Heiberg*

## Vedrørende meldinger om unaturlige dødsfall til Meldesentralen i Statens helsetilsyn.

Etter omtale i media er det nødvendig med en presisering av innholdet i Meldesentralens datamateriale vedrørende unaturlige dødsfall.

I følge legelovens § 41 skal alle «unaturlige dødsfall» meldes til politiet. Med «unaturlig dødsfall» forstås:

1. Drap eller annen legemskrenkelse;
2. Selvmord eller selvvoldt skade;
3. Ulykke som forlis, brann, skred, lynnedslag, drukning, fall, trafikkulykke o.l.;
4. Yrkesulykke eller yrkesskade;
5. Feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade;
6. Ukjent årsak når døden er inntrått plutselig og uventet;
7. Misbruk av narkotika;
8. Dødsfall i fengsel eller under sivil eller militær tjeneste;
9. Funn av ukjent lik.

De hendelser som registreres i Meldesentralen er de som kommer inn under punkt 2, 5 og 6.

Meldesentralen fikk i 1995 melding om 49 unaturlige dødsfall hvorav 16 gjaldt selvmord i somatiske eller psykiatriske sykehus. Syv av meldingene gjaldt hendelser hvor utstyr hadde vært involvert, og fire av hendelsene gjaldt bruk/feil bruk av legemidler. Endoskopier, mini-invasive prosedyrer og kateteriseringer var koplet til åtte dødsfall i den samme perioden. Videre medførte fall fire dødsfall på grunn av skader disse pasientene ble påført.

Av de i alt 49 meldte dødsfallene var det kun i tre tilfeller at dødsfallet i følge kvalitetsutvalgets vurdering skyldtes menneskelig svikt. Det fremkom videre at kvalitetsutvalget i tre av tilfellene anslo systemsvikt for å være årsak til hendelsen, dvs. dårlige eller manglende rutiner.

Meldeplikten ved «unaturlig dødsfall», foreligger når legen har grunn til å anta at dødsfallet kan ha en unaturlig årsak. En konsekvens av dette er at det meldes fra om langt flere dødsfall som unaturlige enn de som faktisk har en unaturlig årsak. Det vil derfor ikke være slik at de meldte unaturlige dødsfall i norske sykehus har noen klar sammenheng med klanderverdige eller kritikkverdige forhold i helsetjenesten.

*Tove Farstad*



Returadresse:  
 Statens helsetilsyn  
 Postboks 8128 Dep., 0032 Oslo

## NOTISER

### «Brev til redaksjonen»

Vi gir spalteplass til våre lesere under tittelen «Brev til redaksjonen». Du oppfordres herved til å sende oss ditt bidrag.

*Fra Arcus Produkter AS, Avdeling for teknisk og medisinsk sprit har vi mottatt følgende melding:*

«Hånddesinfeksjonssprit med glycerol» kan nå leveres på 1000 ml flaske. Vi har dispensere til 1000 ml og dose-ringspumpe til 250 ml.

Ordretelefoner: 22975569 - 22975729 (Oslo)  
 55926451 (Bergen) og 73513020 (Trondheim)

### Vedrørende infusjonspumper

*Fra Produkt- og Elektrisitetstilsynet, v/Ingunn Næss har vi fått følgende:*

Når det brukes infusjonspumpe er det viktig for pasien-  
 tens sikkerhet at:

- Sikkerhetsfunksjoner er innebygget i pumpen, for ek-  
 sempel alarmer.
- Korrekt utstyr velges, for eksempel bruksområde: stort  
 volum/høy infusjonshastighet (2 liter og 1000 ml/t)  
 versus små volum/lav infusjonshastighet (50 ml og  
 2 ml/t).
- Rutiner på avdelingen for bruk og vedlikehold følges.

Foruten å gi korrekt volum ved valgt infusjonshastighet,  
 må personalet reagere korrekt på alarmsituasjoner og infu-  
 sjonsstedet må kontrolleres under en infusjon for å unngå  
 ekstravasale infusjoner.

Når det brukes infusjonspumper med dråpesnor kan det  
 skje en ukontrollert infusjon dersom dråpekammeret med  
 dråpesnor henger skjevt. Dråpesnoren teller dråper som  
 faller ned i kammeret. Dråpene passerer et «optisk øye».  
 Synsfeltet til det optiske øyet er ikke så vidt at det kan re-  
 gistrere dråper som faller ned nær veggen i dråpekamme-  
 ret. Dette vil skje dersom dråpekammeret og dråpesnoren  
 henger skjevt. Normalt vil en slik situasjon medføre at in-  
 fusjonspumpen gir varsel, men i bestemte situasjoner kan  
 dråpesnoren registrere enkelte dråper mens andre ikke blir  
 registrert. Dette vil ikke utløse alarm og feil infusjonsvo-  
 lum kan bli resultatet.

Produkt- og Elektrisitetstilsynet har ved flere anledninger  
 erfart at det er viktig at infusjonssettet ligger korrekt i  
 pumpehuset. Nøyaktigheten til en pumpe er bestemt av  
 den indre diameteren til infusjonssettet. På grunn av at  
 trykket fra pressplaten ikke er homogent over hele peri-  
 staltikkområdet kan man få infundert et større volum enn  
 innstilt dersom slangen ikke ligger korrekt.

Når det finnes rester av infusjonsvæske i pumpemekanis-  
 men, vil dette føre til mindre bevegelighet i mekanismen  
 og dette kan igjen føre til en for rask infusjon.

### Til våre lesere!

Antall meldinger til Meldesentralen øker stadig og utgjør  
 nå drøyt 60 meldinger per uke. Dersom denne tendensen  
 varer ved vil vi for inneværende år få ca. 3000 meldinger.  
 Dette er en gledelig tendens som vitner om en stadig bed-  
 re meldekultur.

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

*Redaksjonen avsluttet: Mars 1996.*

Redaksjonen består av:

Redaktør: HROAR PIENE  
 Medansvarlig: TOVE FARSTAD  
 TURID HEIBERG

Trykk: Haakon Arnesen a. s