



Statens helsetilsyn

MELDEREVYEN

ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ
RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

5. ÅRGANG 1998 NR. 1 ISSN 0804-6654 Bestillingsnr. IK-2438

PROSEDYRER - HVORFOR, HVORDAN ?

Gjennom de siste årene har det skjedd en bemerkelsesverdig innsats i norsk helsevesen.

Det er utarbeidet kvalitetshåndbøker, prosedyrepermer, og vi har kommet inn i et målrettet arbeid med et totalt gjennomgripende kvalitetssystem. Dette er arbeid som delvis er satt i gang lokalt, delvis er det en følge av at det forutsettes i lovverket at samtlige helseinstitusjoner gjennomfører internkontroll med alle sider av virksomheten (se også lov om statlig tilsyn med helsetjenesten).

Hvordan fungerer kvalitetsystemet i norske sykehus?

Kopierer man prosedyrer som andre har skrevet, eller skjer det en aktiv prosess med utviklingen av prosedyrer lokalt? For Statens helsetilsyn har det vært viktig å understreke at medarbeiderne på alle nivåer må medvirke i utviklingen av prosedyrer. Bare gjennom det får den enkelte medarbeider et eierforhold og blir bevisst sin egen bruk av prosedyrer, og de får et direkte forhold til hvorledes prosedyrene er bygd opp. Dette er avgjørende for at prosedyrene skal benyttes, og ikke bare stå bortgjemt i en perm.

Oppdateres prosedyrene?

Tar en hensyn til teknologiske fremskritt, nye medikamenter, og nye rutiner? Blir endringer og oppdateringer i prosedyrene gjort kjent på skikkelig vis i norske sykehus? Selv om det har skjedd mye og fortsatt skjer mye i positiv retning, er det dessverre grunn til å frykte at en enkelte steder har prosedyrer utelukkende for prosedyrene egen skyld, og ikke for bruk i praksis. Det er prisverdig at noen forsøker å evaluere hvor godt prosedyrene er gjort kjent og hvorvidt de følges. Larsen, Khoury og Urnes (1) har sett på oppfølging av prosedyre for antibiotikaproylaks ved keisersnitt ved Sentralsykehuset i Akershus De fant at

avdelingens prosedyre ble fulgt i 53 % av tilfellene. Det at en ikke fulgte prosedyren i 47 % tilfellene, kunne både ha sammenheng at prosedyren var lite kjent, at kriteriene som ble benyttet for å identifisere hvilke pasienter som skulle ha hvilken behandling var uklare eller ikke var tilpasset lokale forhold, eller det kunne være uttrykk for at den enkelte lege selv ville bestemme hva som var medisinsk riktig.

Uansett hva som er årsaken til at en i 47 % tilfellene ikke benyttet den gjeldende prosedyren, er funnene oppsiktsvekkende. Det er grunn til å regne med at situasjonen er omtrent tilsvarende ved en rekke andre norske sykehusavdelinger. Helsetilsynet vil gjerne gratulere legene i Sentralsykehuset i Akershus som ikke bare har undersøkt status, men også våget å fortelle omverden hvor langt en har igjen før kvalitetssystemet er reelt implementert i avdelingen. Statens helsetilsyn håper mange andre våger å ta utfordringen fra SIA og gjøre tilsvarende undersøkelser.

Den beste veien til et bedre fungerende kvalitetssystem er via interne gjennomganger av hvordan kvalitetssystemet fungerer i praksis. En slik gjennomgang, eller internrevisjon, gir grunnlag for målrettet og erfaringsbasert forbedring - slik at en kan gjøre tingene enda bedre.

1: Tidsskrift for Den norske lægeforening 1997; 117: 2762 - 4
Bjørn Magne Eggen

Fall hos gamle

Av Otto Christian Rø, Nasjonalt geriatriprogram

Store kostnader

I Norge er det ca 60.000 eldreulykker pr år, og 3/4-deler av disse skyldes fall. Estimerte kostnader er nær en halv milliard kroner pr år for det norske samfunn. Et lårhalsbrudd koster ca 200.000 kroner i sykehusbehandling når opptrening er inkludert (Skribeland 1997). I USA regner man med at på begynnelsen av 1990-tallet kostet lårhalsbrudd det amerikanske samfunn mellom 25 og 70 milliarder kroner pr år (Herndon 1997, Heaney 1993). I Danmark er det vist at hoftebrudd er den enkeltdiagnose som koster mest og krever flest liggedager i sykehus. Blant hjemmeboende i gruppen 65 år og over i Norge, regner en med at det er over 17.000 fall pr år som fører til kontakt med helsetjenesten, halvparten av disse er innleggelses i sykehus.

Fall er vanlig blant gamle

Forekomsten av fall er usikker idet bare en mindre andel av fall blir kjent for helsevesenet. En amerikansk prospektiv studie (Berg 1997) viste at blant hjemmeboende i aldersgruppen 60-88 år falt 52% i løpet av ett år, i gjennomsnitt nær to ganger. En annen amerikansk undersøkelse (Vellas 1997) viser at 71% falt i løpet av en 3-årsperiode, og 22% skadet seg under fallet. Blant hjemmeboende i alderen 65 år og over viser en kanadisk studie (O'Loughlin 1993) 467 fall pr 1.000 personer pr år og en norsk studie (Kopjar 1995) 25 fallskader pr 1.000 personer pr år. Andre tall viser at 30-40% av eldre 65 år og over faller hvert år, og hvert tiende fall fører til bruddskade. Motsatt viser det seg at ca 95% av alle hoftebrudd skyldes fall. En finsk epidemiologisk 2-årig oppfølgingsstudie viser forekomsten av fall og bruddskader i aldersgruppen 70 år og over (Luukinen 1995). Pr 1.000 hjemmeboende var det 42 større skader og 12 bruddskader blant menn og 65 større skader og 33 bruddskader blant kvinner pr år. Pr 1.000 institusjonaliserte var det 122 større skader og 41 bruddskader blant menn og 131 større skader og 58 bruddskader blant kvinner pr år. I de fleste studier er det en økende fallforekomst blant eldre (Ytterstad 1996) utover det som følger av økning i antall eldre i befolkningen.

Risikofaktorer for fall

Høy alder er en risikofaktor for fall, og alder over 73 år er en statistisk signifikant risikofaktor i en studie i aldersgruppen over 60 år (Vellas 1997). Blant hjemmeboende i gruppen 65 år og over er anemi og hjerneslag risikofaktor mens sykehistorie med

høyt blodtrykk gir nedsatt falltendens (Herndon 1997). Demens (O'Keefe 1996) eller forvirringstilstander (Capezuti 1996) er forbundet med økt falltendens. Kognitiv svikt, flere kroniske lidelser, balanse og gangvansker, lav «body mass index» (Tinetti 1995), svimmelhet og hyppig fysisk aktivitet (O'Loughlin 1993), dårlig syn og inaktivitet (Lord 1993) er kjente risikofaktorer. Tidligere fall fører til frykt for fall (Vellas 1997), dette påvirker balanse og gangmønster og øker sjansen for nytt fall. Bruk av beroligende medisiner øker falltendensen (Ineke Neutel 1996), men i sykehjem kan riktig bruk av beroligende og antidepressiv medikasjon redusere falltendensen gjennom mer avslappet gangmønster (Nygaard 1998). Det er utviklet metoder til å identifisere høyrisikogrubbene. Endret gangmønster med kort variabel skrittbredde (Maki 1997), stor svaitendens (Baloe 1995), nedsatt balanse på ett ben (Vellas 1997) eller stort blodtrykksfall etter fødeinntak (Aronow 1997) er forbundet med høy risiko for fall.

Skademekanismer og forebyggelse

Endogene faktorer omfatter individuelle helseforhold som hormonstatus, ernæringstilstand, fysisk aktivitet, alkoholinntak, røyking og bruk av legemidler. Eksogene faktorer omfatter gangflatens beskaffenhet, støtteinnretninger, belysning og utforming av de fysiske omgivelser generelt. Blant eldre regner man at ca 1/4-del til 1/2-del av fallene skyldes eksogene faktorer (Ytterstad 1996).

Forebyggende tiltak kan rettes inn for å hindre at gamle mennesker faller eller redusere skadevirkningene av fallet.

Primærforebyggende tiltak for å hindre fall blant de yngste og friskeste eldre, har størst effekt ved å påvirke eksogene faktorer gjennom tilrettelegging av de fysiske omgivelser (Ytterstad 1996). Blant de eldste og sykeste gamle med mindre aksjonsradius er det viktigere å påvirke endogene faktorer. Dette omfatter kontroll med kroniske tilstander som hjerte- og lungelidelser, anemi, hjerneslag, hypertensjon, diabetes, urgeinkontinens, prostatalidelse og sansesvikt, forsvarlig legemiddelbruk og god ernæring.

Bruk av tekniske hjelpemidler kan øke mobiliteten. Bruk av riktig skotøy forebygger fall (Lord 1996). Gjentatte nattlige fall kan skyldes forstyrret REM-søvn, og problemet kan løses ved bruk av sovemiddel av benzodiazepintypen (Morfis 1997). Ved engstelse og redsel for fall kan forsiktig bruk av beroligende legemidler være til hjelp i noen tilfeller. Bruk av legemidler som nedsetter blodtrykket skal benyttes ved forsiktighet ved fare for

fall.

Sekundærprofylaktiske tiltak for å hindre bruddskade etter fall er vesentlig rettet mot å motvirke økt osteoporose. Riktig ernæring med tilstrekkelig kalkinnhold og vitamin-D-tilskudd er viktig for å motvirke bentap og styrke muskelkraften. Fosamax reduserer treårs absolutt risiko for lårhalsbrudd med ca 1% hos kvinner med osteoporose og tidligere virvelbrudd (Skribeland 1997).

Intervensjonsprogram gjennom en rekke samfunnsmedisinske strategier samtidig har vist seg å redusere bruddskader etter fall i befolkningen 65 år og over i størrelsesorden 11% over en 8-årsperiode (Ytterstad 1996). Blant hjemmeboende kvinner på 65-79 år var reduksjonen 29%, men i sykehjem økte bruddskadene med 15%. Blant kvinner på 80 år og over økte bruddskadene hele 58%, til tross for forebyggende tiltak i de aktuelle kommunene.

Anbefalt litteratur:

Ytterstad B, The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 551-558

The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Dan Med Bull* 1987; 34 (Suppl 4):1-24

Feilmedisinering

Av Knut E. Schrøder, direktør, Regionsykehuset i Tromsø

I forbindelse med møte i kvalitetsutvalget ved Regionsykehuset i Tromsø 4. september 1997 diskuterte vi Melderevyen. I den forbindelse vil vi gjerne ta opp to ting:

1. Feilmedisinering - toppen av et isfjell?

Ved Østfold Sentralsykehus har man fra 1991-95 rapportert 114 feilmedisineringer, noe som høyst sannsynlig er en underrapportering. Imidlertid er det grunn til å stille spørsmålet "Hva med den feilmedisinering som skjer i hjemmet når den enkelte pasient er hjemme?" Burde det ikke være slik at man setter inn mer tid og krefter i å lage rutiner som gjør at pasientene hjemme er i stand til å medisinere seg selv riktig? Tross alt er det jo slik at den befolkning og de norske pasientene stort sett tilbringer sin tid utenfor sykehus.

Med andre ord; burde man sette inn mere ressurser på opplysning om hvordan man skal medisinere seg selv riktig hjemme, og kanskje ikke fokusere så mye på et lite antall feilmedisineringer på sykehus?

Dette betyr ikke at man skal la være å snakke om feilmedisinering på sykehus, spesielt de som gir alvorlige bivirkninger.

2. Uhell knyttet til bruk av medisinsk utstyr i sykehus

Her kan vi ikke se at det er oppgitt noen tall i det hele tatt, men man snakker om at man har mottatt meldinger og dette ikke utgjør noe stort antall. Hvor stort antall dreier dette seg om, hvor stort antall meldinger og hvor stort antall komplikasjoner? Bruker vi ressursene riktig i denne saken? Fokuserer vi på feil målgruppe?

Svar fra Meldesentralen

Av Bjørn Jamtli

Som resultat av de lovhjemlede meldeplikter og kvalitetsutvalgenes arbeide med avvikshendelser, mottok Helsetilsynets Meldesentral for 1996, i alt 3315 avviksmeldinger fra norske sykehus. Nest etter fallskader utgjorde avvikshendelser med legemidler den største enkeltgruppen av avvikshendelser. Selv om det store flertall av avvikshendelser med legemidler ikke medførte alvorlige eller varige skader på pasienter er mange

forbundet med stort risikopotensiale (for eksempel perorale medikamenter som administreres intravenøst).

Meldesentralens funksjon i forhold til det utøvende helsevesen er å analysere og bearbeide avviksmeldinger på en slik måte at resultatene er anvendbare i helsevesenets kvalitetsutviklingsarbeide. Bidrag til dette arbeidet har blant annet vært temaartikler i Melderevyen, foredrag/abstracts, bevilgning av økonomiske midler gjennom Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i Helsevesenet til videre undersøkelse av årsaker til avvikshendelser med legemidler i sykehus, med mere. Helsetilsynet deler Deres oppfatning av at feilmedisinering i hjemmene er lite fokusert og utgjør et betydelig potensiale for kvalitetsforbedring i helsevesenet. På grunnlag av det antall meldinger vi mottar, meldingenes innhold og Helsetilsynets øvrige kjennskap til spesialisthelsetjenesten, mener vi likevel å ha belegg for at det også ved sykehusene er et betydelig potensiale for kvalitetsforbedring, og at avvik relatert til håndtering av legemidler i så måte ikke er noe unntak.

Statens helsetilsyn viser forøvrig til de foreliggende lovutkastene fra Sosial- og helsedepartementet. Ved å understreke plikten til internkontroll i tjenestelovene, samt innføre krav om behandlingsplan og om råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, vil kvalitetsarbeid på tvers av forvaltningsnivåene bli gitt en formell status.

Helsetilsynets avdeling for apotek og legemidler utøver forøvrig et betydelig tilsyns- og kvalitetsforbedrende arbeide overfor flere andre sider ved helsetjenestene. Det kan her nevnes legers og legers medhjelpers opplæring og motivering av pasienter, legemiddelbrukerens tilgang på skriftlig materiale, informasjon og brukerveiledning ved apotek, og faglige krav som legges til grunn ved utlevering av legemidler fra apotek.

Ut fra det begrensede antall avvik som er registrert med medisinsk utstyr i 1996, (til sammen 292 tilfeller), kan man hevde at det kvalitativt vil være viktigere å fokusere på andre områder. Helsetilsynets engasjement og arbeid med meldinger om avvik med medisinsk utstyr, må sees i lys av at vi gjennom lov og forskrift om medisinsk utstyr er pålagt å være nasjonal meldeinstans for avvikshendelser med medisinsk utstyr.

Videre er det klart at også dette området har et betydelig potensiale for kvalitetsforbedring, dels fordi utstyrssvikt knyttet til en produksjonsserie (batch) raskt kan få konsekvenser for mange sykehus og pasienter, og dels fordi man gjennom sentral registrering og analyse kan gjøre funn som er av betydning for

helsetjenestens fokus på kvalitetsforbedrende tiltak. Et eksempel på dette er Meldesentralens dokumentasjon av at brukerfeil som følge av manglende brukeropplæring synes å være en mer frekvent årsak til avvik, enn feil ved selve utstyret. Raske og redegjørende meldinger til en nasjonal koordinerende instans synes derfor fortsatt å være viktig, spesielt i lys av Norges tilknytning til det europeiske marked gjennom EØS, ordningen med CE-merking av utstyr, og avvikling av nasjonale kontrollinstanser som Nemnda for medisinsk engangsutstyr.

Statens helsetilsyn finner på grunnlag av ovennevnte at det ikke vil være hensiktsmessig å fjerne fokus fra de omtalte grupper av avvikshendelser.

Helsetilsynet ønsker å stimulere det utøvende helsevesen til selv å analysere og vurdere sin virksomhet på en slik måte at pasientskader, forlenget sykehusopphold og unødvendige inngrep og undersøkelser som følge av system- og/eller individsvikt, i fremtiden kan begrenses ytterligere.

Statens helsetilsyn takker for henvendelsen, som bidrar til at også Helsetilsynet setter søkelys på og går gjennom egne prioriteringer og rutiner.

(Trykket etter avtale med Knut E. Schrøder)

NOTISER

Bruk av modifisert medisinsk utstyr

Meldesentralen har fått en melding om bruk av modifisert medisinsk utstyr som forårsaket to alvorlige situasjoner.

Det ble under anestesi brukt bairs (koaksialt system) med en ventilkobling som det var boret hull i, dermed fikk pasienten ikke tilstrekkelig friskgass under operasjonen. Denne koblingsbiten ble for ti år siden modifisert til en improvisert enveisventil, noe som kanskje var en nødvendig improvisasjon da. Den gangen ble den hjemmesnekrede behørig merket og lagt til side og sannsynligvis har den vært gjemt og glemt...inntil den dukker opp under en anestesi flere år senere, nå uten merking, skrubbet vekk ved grundig mekanisk rengjøring, og feiltatt for å være en ordinær kobling blant alle de andre koblingene i skuffen.

Heldigvis gikk det bra denne gangen. Årvåkenhet og gode rutiner hos anestesipersonalet under inngrepet hindret alvorlige følger for pasienten. Vedkommende anesthesiavdeling har nå innført kontroll av friskgassflow og -tetthet som del av en standard prosedyre før innledning av anestesi. Hadde avdelingen innarbeidet standard rutiner for kontroll av anesthesiapparatene ville situasjonen vært unngått og personalet sluppet påkjenningen ved å ha en dårlig oksygenert pasient på bordet uten å kjenne årsaken. Denne gangen slapp de heldigvis med skrekken.

Vi kan også tilføye en generell advarsel mot å "fikse på" medisinsk utstyr. Det vil da alltid være en mulighet for at uinnvidde benytter seg av utstyret senere og misforståelser oppstår. Som i ovenfornevnte tilfelle, så er det en risiko for at merkingen etter en viss tid faller av og man har i verst tenkelige fall plutselig en dramatisk situasjon i hendene. Dette gjelder også bruk av uoriginale deler til diverse medisinsk-teknisk utstyr. Fra England (MDA) rapporteres brannskader og -tilløp pga bruk av ikke kompatible koblinger og ledninger til det elektriske utstyret, eller generatorer til diatermi. Det er ingen grunn til å tro at situasjonen i Norge er forskjellig fra den engelske.

Lotte Hernæs

Advarsel: Elektriske senger med kontrollpanel kan settes i utilsiktet bevegelse

Det har dessverre forekommet uhell og endog dødsfall i forbindelse med at elektrisk drevne sykesenger er blitt satt i ukontrollert bevegelse uten at betjeningen har vært tilstede. Dette

skyldes at møbler eller andre faste gjenstander av forskjellige årsaker er blitt presset inn mot tastene i kontrollpanelet. Problemet er særlig alvorlig på senger med kontrollpanel som er helt ubeskyttet og som kan henges tilfeldig på sengekanten eller på andre fremspring. På kontrollpanel der tastene er skjermet av deksler, beskyttelseskanter o.a. er risikoen for at noe skal kunne bli presset utilsiktet mot tastene vesentlig redusert.

Statens helsetilsyn og Produkt- og Elektrisitetstilsynet anbefaler at betjeningen på pleieinstitusjoner og i private hjem blir orientert om den risikoen som kan oppstå ved at gjenstander eller møbler utilsiktet trykkes mot kontrollpanelene på elektriske pasientsenger.

Erik Fønstelien Produkt- og Elektrisitetstilsynet

Til våre lesere! Antall meldinger til Meldesentralen øker stadig og utgjør nå drøyt 80 meldinger per uke, det vil si i overkant av 4000 meldinger pr. år. Dette er en gledelig tendens som vitner om en stadig bedre meldekultur. Vi ser likevel at antall meldinger hvor medisinsk utstyr har vært involvert, er synkende. Vi vil derfor benytte anledningen til å minne om at det er meldeplikt for disse hendelsene. Se "Skade, uhell og nestenuhell i helsetjenesten, retningslinjer for hvor melding skal sendes. IK-2453". *Tove Farstad*

Statens helsetilsyn på internett Vi minner om at Helsetilsynet nå har hjemmesider der en finner aktuell informasjon, blant annet Årsrapport fra Meldesentralen ("elle. melde..deg fortelle..") og Melderevyen. Adressen er: [http:// www. helsetilsynet.no/](http://www.helsetilsynet.no/)

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: Januar 1998.

Redaksjonen består av:
Redaktør: BJØRN MAGNE EGGEN
Medansvarlig: TOVE FARSTAD
BJØRN JAMTLI
LOTTE HERNÆS