



Statens helsetilsyn

MELDEREVYEN

ERFARINGSFORMIDLING BASERT PÅ
RAPPORTERTE HENDELSER FRA HELSETJENESTEN

5. ÅRGANG 1998 NR. 2 ISSN 0804-6654 Bestillingsnr. IK-2438

Uten avvikshåndtering intet kvalitetssystem

Vi undrer oss: Hvordan fungerer egentlig kvalitetssystemene i norsk helsevesen generelt og i sykehusene spesielt? Hvorfor er det så store forskjeller? Narrer vi oss selv når vi sier at vi er på rett veg og tror det er mulig å nå målet i Nasjonal strategi for kvalitet i helsevesenet (1); alle som yter helsetjenester skal ha velfungerende kvalitetssystem innen utgangen av år 2000, dvs. om 21/2 år!

Meldingene sendt Meldesentralen forteller om svært ulike meldepraksis. Forskjellene er minst like store i den interne behandlingen før kvalitetsutvalgene sender meldingene videre (2). Det er sikkert mange årsaker til dette - men en viktig grunn er trolig en manglende definisjon av **hva som er avvikshendelse**. Når det ikke er fastsatt hvilket kvalitetsmål som skal nås eller hvilken standard som er minimumsstandard, er det ikke mulig å definere hva som er avvik fra dette. Noen standarder føler vi intuitivt at må oppfylles, som å operere på riktig side, ta prøve av riktig person, gi medikament til den dette er forordnet til, og gi korrekt medikament. Flere presentasjoner i dette nummeret av Melderevyen (3) viser likevel at det stadig skjer avvikshendelser også i forhold til slike absolutte minimumsstandarder, og sikkert mange flere enn de som meldes til oss, avvikshendelser som kan innebære en fare for den enkelte pasienten, og som i alle fall fører til merarbeid og til at oppgaver må gjøres om igjen. Så lenge det meldes fra om slike avvikshendelser, er det i alle fall mulighet for forbedring, for å sikre mot gjentagelse. Hva kan avdelingsledelsen og kvalitetsutvalgene gjøre? Enhver melding om avvikshendelse bør behandles som verdifull kunnskap og som et insitament til ytterligere forbedring. Skjer ikke dette, eller er det andre grunner til at samme type feil gjentar seg og gjentar seg? Vi vil særlig gi ros til Sentralsjukehuset i Rogaland (4), som langsiktig og systematisk har arbeidet for en bedre meldekultur, nettopp for kvalitetsforbedring. Erfaringene derfra er at dette arbeidet gir resultater men samtidig forutsetter vilje til å satse på

kvalitetssikring, at kvalitetsarbeid koster og må gis tid. Men det å rette gjentakelser av gamle feil både koster og tar tid - i tillegg til de belastningene som pasientene blir utsatt for, og all irritasjonen vi kjenner når vi må rette andres feil.

Det er snart sommer, som betyr ferie, varme og sol (håper vi) - men som også betyr vikarer, liten bemanning, større tempo og mer belastning for dem som ikke har fri. En liten påminning; har dere sjekket at avdelingens rutiner for opplæring og introduksjon av nytilsatte og vikarer er oppdatert? Er oppgavene for å gjennomføre introduksjonen og den nødvendige opplæringen fordelt? Et velfungerende kvalitetssystem sikrer også at medarbeiderne kjenner oppgavene og arbeidsstedet sitt. Det skal kanskje ikke mye ekstra til - for å unngå kvalitetssvikt pga. manglende kunnskap om lokale forhold.

Referanser:

- 1: Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (februar 95) Sosial og helsedepartementet og Statens helsetilsyn; IK-nr. 2482: 1995
- 2: «elle. melde.. deg fortelle... Årsmelding fra Meldesentralen 1996», IK-nr. 2581: 1997
- 3: Se «en av mange, en å lære av» - s. 4 i dette nummeret av Melderevyen
- 4: Stølsnes K. Tre års erfaring med avviksregistrering. Melderevyen nr 2/98.

Bjørn Magne Eggen

Postadresse:

Meldesentralen
Statens helsetilsyn
Postboks 8128 DEP, 0032 OSLO
Telefaks: (47) 22 24 89 88
Telefon: (47) 22 24 89 41/43

Avviksregistrering i en intensivavdeling

Ragnhild Hunskaar og Hans Flaatten,
Haukeland sykehus

Formål

Anestesi og Intensivavdelingen ved Haukeland sykehus har lenge vært opptatt av avvikshendelser, og hva vi kan lære av disse. Det ble derfor ved seksjon for intensivmedisin i perioden oktober 1995 til oktober 1996 registrert alle typer avvik ved avdelingen (Se Melderevyn nr. 1 1997). Denne avviksregistreringen viste at feil forekommer regelmessig. Avdelingens ledelse ønsket derfor en utvidet avviksmelding som rutine i avdelingen. Denne skulle gi opplysning om hvor mange avvik som gjøres og på hvilke områder. På denne måten kan vi få en pekepinn om hvor kvalitetsforbedrende tiltak best kan settes inn. Avviksmelding er også et potensiale for læring. Dette er viktig for å øke pasientens sikkerhet, og vil være av stor betydning for personalet, idet avvik eller en feil kan være en betydelig belastning for den enkelte medarbeider.

Gjennomføring

Sykepleierne ved seksjonen ble i mindre grupper informert om hensikten med registreringen og hvordan den skulle gjennomføres. Legene deltok også i avviksregistreringen og ble orientert av avdelingsoverlegen. Alle små og store avvik ble meldt uavhengig av om avviket ga konsekvenser for pasienten eller ikke. Avvik er her definert som: «*En ikke ønsket hendelse hos en pasient, som ikke er planlagt eller ledd i en naturlig sykdomsprosess*». Melding på eget skjema ble utført anonymt av den som oppdaget avviket.

De anonyme avviksmeldingene erstatter ikke de eksisterende eksterne meldeplikter, men erfaring viser at mange avvik ikke kommer inn under kriteriene for ekstern avviksmelding. Det ble utviklet en database i Filemaker Pro 3.0, hvor informasjon fra skjemaene fortløpende ble registrert.

Resultater

Det er frem til 31.01.98 registrert 221 avviksmeldinger. Melder var i 196 tilfeller sykepleier, i 20 tilfeller lege, 2 er meldt av andre og 3 ikke avkrysset for melder. En viktig grunn til forskjellen i meldefrekvens blant leger og sykepleiere er trolig at en har valgt å informere sykepleierne i mindre grupper. Den gruppevise gjennomgangen gir større rom for spørsmål, diskusjon og oppklaring, og gir en større forståelse for prosjektet

Døgnfordelingen viser at det er en lav rapportering om natten, hvor aktiviteten er mindre, videre en økning utover formiddagen med økt aktivitet rundt pasienten. Det ser ut til å være topper i forbindelse med kvelds- og nattevaktsskift. De fleste avvik oppsto i forbindelse med medikamenthåndtering (86 avvik, 38,9%).

Medikamenthåndtering	Antall
Feil medikament	20
Feil dose	33
Feil konsentrasjon	6
Feil administrasjon	13
Annet	14

Avvik ved bruk av infusjonsvæsker utgjorde 32 avvik (14,5%).

Infusjonsvæsker	Antall
Feil infusjon	9
Feil konsentrasjon	6
Feil mengde	7
Feil administrasjon	7
Annet	3

Av andre avvikshendelser var 32 relatert til prosedyrer, 25 til teknisk utstyr og 46 til andre avvik. I 151 (68,3%) av avvikshendelsene ble det ikke observert forandring /konsekvens hos pasienten, mens 52 avvik medførte intervensjon uten konsekvens for pasienten, 6 avvik gav forbigående eller permanent skade og 2 avvik var knyttet til at pasienten døde.

Plan for erfaringsoverføring

Data er ment brukt internt. Rapport til avdelingens personale er skrevet. Jevnlig tilbakemelding til personalet er viktig for læring og for motivasjon til avviksmelding. Prosjektet er presentert eksternt i flere fagfora for sykepleiere og skal publiseres i tidsskrift. Dataprogrammet som er brukt i avviksregistreringen skal gjøres fritt tilgjengelig.

Tilskudd

Prosjektet er støttet med kr 100.000 fra Statens helsetilsyn v/ Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, og kr 25.000 fra Utviklingsavdelingen på sykehuset.

Kontaktperson

Prosjektleder Hans Flaatten Anestesi og intensivavdelingen,
Haukeland Sykehus N - 5021 Bergen
telefon 55972740, faks 55072742, e-mail: flatten@online.no

Revisjon av Meldeblanketten

Meldesentralen vil i løpet av våren 1998 påbegynne et arbeid med å revidere Meldeblanketten for melding om skade, uhell og nestenuhell i helsetjenesten, IK-2448. Kvalitetsutvalgene vil bli bedt om å komme med innspill og forslag til forbedringer og endringer av eksisterende blankett. Videre vil vi nedsette en arbeidsgruppe som skal bistå Helsetilsynet med å bearbeide innkomne forslag og utforme endelig blankett. Den reviderte blanketten ventes å foreligge i løpet av våren 1999 og skal da være obligatorisk ved melding om skade, uhell og nestenuhell i spesialisthelsetjenesten. I dette arbeidet vil vi også se på mulighetene for å sende meldinger elektronisk, noe som vil være en naturlig del av IT-satsingen i helsetjenesten.

Tre års erfaring med avviksregistrering

Kåre Stølsnes Sentralsjukehuset i Rogaland

Sentralsjukehuset i Rogaland har fra 1995 systematisk registrert skademeldinger vedrørende pasienter og utstyr. Vi har brukt standard meldeskjema fra Statens Helsetilsyn (IK-2448). Våre erfaringer så langt kan vi sammenfatte i fire ledd:

Innkjøringsfase

Ved starten av kvalitetsarbeidet tok vi utgangspunkt i:

- Lage et Basisdokument for kvalitetsutviklingsarbeidet
- Implementere HMS i kvalitetssystemet på nivå I og II
- Få opplæring og gi opplæring/veiledning
- Tilrettelegge vår håndbokserie på papir og IT
- Prioritering av satsingsområder

Vi aksepterte at vi ikke kunne gjøre alt på en gang.

Vi valgte derfor ut en del prioriterte satsingsområder:

- Etablering av kvalitetsutvalg
- Dyktiggjøring av kvalitetsutvalg
- Ett dokument for avvik
- Avviksregistrering
- Støtte og veiledning til avdelingene
- Produksjon av håndbokserie
- Kvalitetsforbedring / erfaringsoverføring

For å lette arbeidet fikk vi laget et access-program både for registrering av personskader (ansatte), pasient- og utstyrskader, og for å få en god oversikt over situasjonen og evt. for trender. I innkjøringsfasen merket vi en viss reservasjon mot å melde avvik. Vi ble stadig møtt med spørsmålet: Er det nødvendig å registrere dette? Hva kan denne registreringen hjelpe oss med? Dette er et byråkratisk papirarbeid som har lite for seg! Viktigheten av registrering av disse avvikene ble tatt opp på introduksjonskurset for nyansatte, oversykepleiermøtene, avdelingsoverlegemøtene og i direktørens møter med avdelingsledelsen. Virkelig fart i registreringen skjedde på grunnlag av to forhold: Sjefslegen understrekte viktigheten av denne registreringen, og en tilleggsregistrering av fallskader i tre måneder høsten 1996. Etter den tid har det vært jevn tilsig av avviksmeldinger.

Vekst i meldingene

Antall skader på pasienter og utstyr har steget fra 177 (1995) til 594 (1997). Dette tolker vi ikke som en reell økning, men som resultat av at meldekulturen har blitt bedre. Det er tre forhold

som peker seg ut: Det er sterk økning i fallskader fra 74 (1995) til 451 (1997). I takt med denne økningen er det også jevn økning i antall "Betydelig skade på pasient" p.g.a. fall, med i alt 18 bruddskader i 1997. På tross av gode rutiner for legemiddelhåndtering, er det feil i administrasjonen av medikamenter, i 64 tilfeller i 1997. I relasjon til 33.833 inneliggende pasienter i samme tidsrom er dette et lite antall. Det gir likevel en pekepinn om å være oppmerksom på forholdet. Det er en liten stigning av utstyrsfeil fra 18 (1995) til 21 (1997). Totalt sett er det et lite antall, men det forteller om et problem som mange sykehus sliter med: Manglende midler til mer regelmessig utskiftning av utstyr. Dersom utstyret med feil er utstyr som vi bare har ett sett av, skaper det store problemer om vi ikke har avtale om back up fra utstyrsleverandøren. I tillegg peker to forhold seg ut: Høyeste rapportering fordelt på hele døgnet, er kl. 08 - kl. 12 og kl. 02 - kl. 04, dvs. når det er flest ansatte, og færrest ansatte på arbeid. Kvalitetsutvalget konkluderer med at de fleste avvikene kan føres tilbake til mangelfulle sikkerhetstiltak, prosedyre/rutinesvikt, doseberegningsfeil, medikament som ikke var ordinert eller mangelfull kontroll før bruk.

Fra registrering til kvalitetsforbedring

Med ca. 600 avviksmeldinger i året har vi et godt grunnlag for å danne et bilde av trenden i avvikene. Men registrering i seg selv har liten verdi dersom den ikke blir brukt til mer enn selve meldingen og registreringen. Dersom vi stopper her, har vi bare oppfylt kravet om å melde avvik, men ikke gjort noe med selve avviket. Aktuelle spørsmål kan være: Hva gjør vi for å hindre tilsvarende avvik? Er arbeidet organisert slik at kvalitetsforbedring er en naturlig del. Bruker vi avviksregistrering som et middel for å få en god samvittighet? Vi ser det som viktig at budskapet om kvalitetsforbedring må ut i klinikken til de som står pasienten nær, slik at det blir vanlig å tenke aktuell kvalitetsforbedring samtidig som meldingen blir skrevet. Vår erfaring til nå er at svært få meldere har forslag til kvalitetsforbedring, for 1998 er dette en stor utfordring.

Hva vil vi videre?

Meldeskjemaet bør evalueres; svarer det til hensikten eller er det nødvendig med justeringer. Det kan f.eks. nevnes at ca. 83 % av meldingene i 1997 ble kategorisert som "Mangelfulle sikkerhetstiltak" når vi skulle angi forhold som antas å ha bidratt til uhellet. Hva som er sannsynlig årsak og evt. tiltak for å unngå gjentakelse, bør gis av melder og ikke som tilføyelse av kvalitetsutvalget. Tidligere hadde vi eget skadeutvalg. Det har vi valgt å legge ned. Kvalitetsutvalget er heller ikke alltid egnet til å

diskutere den enkelte skade. Vi har oppfordret avdelingene til å ha "mini-kvalitetsutvalg", der meldte avvik innen egen avdeling blir diskutert mer grundig og der avdelingens forslag til kvalitetsforbedring blir fokusert. Kvalitetsutvalget er bedre egnet til å diskutere trender i avvikene og legge forholdene til rette for at avdelingene kan arbeide videre med forbedring. I 1997 hadde vi 189 registrerte tilfeller av "Forhold som kan føre til skade/uhell", dvs. nestenuhell. Det norske Veritas sin definisjon på slike uhell er: "En uønsket hendelse som under litt andre forhold kunne ha resultert i skade på personer, materiell eller miljø, eller ført til produksjonstap". Disse uhellene er et viktig område. Våre nestenuhell refererer seg til selve pasienten, det er ingen meldinger om nestenuhell ved bruk av medisinsk utstyr. Vi har grunn for å tro at det er betydelig underreportering. I 1998 vil vi se på dette forholdet generelt og spesielt på nestenuhell med medisinsk utstyr. Etter tre år med registrering av avviksmeldinger for personskader og utstyrskader, vet vi at vi er flinke til å registrere disse meldingene, og til å gi beskjed til de instanser som skal ha melding. Vi er mindre flinke til å utnytte meldingene for konkret kvalitetsforbedring. Det har likevel satt i gang en prosess, slik at det nå tenkes mer på kvalitet generelt. Kvalitetsutviklingsarbeid er spennende og nyttig for pasienter, ansatte og institusjoner. Det er ikke en tilleggsoppgave, men en naturlig del av arbeidet. Ledelsen må synliggjøre at kvalitetsutviklingsarbeidet er viktig og at en er bevisst at alle er delaktige i dette arbeidet. Vi er mange yrkesgrupper / profesjoner, det gir et spennende utgangspunkt for kvalitetsutviklingsarbeidet. Vi har en unik mulighet til å få i gang en prosess fra teori til praksis med fokus på tverrfaglighet, og ikke parallellkjøring mellom de ulike yrkesgruppene. Vi kan utfylle og utvikle hverandre på dette området.

NOTISER

En av mange. En å lære av.....?

Støv i vindingene

Å ha støv på hjernen er ikke nødvendigvis en negativ ting, det er det derimot å ha støv i elektrisk og elektronisk apparatur. Et velkjent problem etterhvert for Meldesentralen og for Produkt- og Elektrisitetstilsynet er varmgang i apparater med derpå følgende funksjonsforstyrrelser og -utfall. Det er rapportert om «elektronisk asystoli» hos ubesværet pasient, mens diagnosen var støvtrombe i scopet. Brannvesenet oppfordrer til rens av TV og at apparatene må slås av når de ikke er i bruk pga brannfaren. Dette er parallelt til de apparatene som brukes i alle somatiske sykehus, for overvåkning av kritisk syke pasienter. Disse må også renses.

Vi har et annet miljø enn hjemmemiljøet i sykehuset, det utvikles mer støv fra emballasje og engangsutstyr fordi mye er papirprodukter. Papir gir fra seg mer partikler enn f. eks. tekstiler og dette stiller høyere krav til ventilasjonsanlegg, daglig, mekanisk rengjøring av hele miljøet og hyppig rensing av elektrisk/elektronisk utstyr. Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å sikre at pasientene overvåkes med utstyr som kan stoles på. Vaktmester (ansvarlig for ventilasjonsanlegg), renholdere og sykepleiere vil være sentrale i sikringen. Forebyggende vedlikehold må omfatte også nødvendig rengjøring, inklusive innvendig støvsuging.

Lotte Hernæs

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 diverse nr. av Melderevyen. Adressen er: [http:// www. helsetilsynet.no/](http://www.helsetilsynet.no/), se under «trykksaker»

Forebygging av lårhalsbrudd

Gjennom bl.a. informasjon til eldre og opplæring av ansatte i eldreomsorgen Stovner bydel i Oslo, har man redusert forekomsten av lårhalsbrudd blandt innbyggerne fra 30 pr. 1000 innb. i 1990 til 16 pr. 1000 innb. i 1996. *Referanse:* Steihaug S, Nafstad P, Vikse R, Beier RM, Tangen T. Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo, Stovner bydel. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1, 1998;118:37-9.

Bjørn Jamtli

Problemer med medisinsk utstyr med tilsetning av klorheksidin?

US Food and Drug Administration (FDA) ber leger og produsenter av medisinsk utstyr i om å være oppmerksom på eventuelle alvorlige, allergiske reaksjoner ved bruk av medisinsk utstyr med innhold av klorheksidin.

I Japan er det meldt om 13 tilfeller av anafylaktisk sjokk ved bruk av sentralt venekateter innsatt med stoffet, hvorav ett med dødelig utgang. Det er også rapportert om alvorlige allergiske reaksjoner ved urinveiskatetre, bandasjer og geleer fra en rekke land.

FDA har sendt ut forespørsel om man har mottatt tilsvarende meldinger i andre land. Vi ber om at eventuelle hendelser hvor utstyr med klorheksidin er involvert meldes oss, kfr. meldeblankett IK-2448 eller IK-2528.

Guri Haustveit

OBS OBS

Ved bestilling av flere eksemplarer eller endring av adresse/ nye abonnenter: Kun skriftlig henvendelse til: Meldesentralen, Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep. 0032 Oslo, eller pr. telefaks nr: 22 24 89 88.

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: April 1998.

Redaksjonen består av:

Redaktør: BJØRN MAGNE EGGEN

Medansvarlig: TOVE FARSTAD

BJØRN JAMTLI

LOTTE HERNÆS

