

Årsrapport 2017

Meldeordningen for uønskede hendelser i
spesialisthelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Årsrapport 2017
 Meldeordningen for uønskede hendelser i
 spesialisthelsetjenesten

Utgitt: 05/2018

Publikasjonsnummer: IS-2729
 ISBN 978-82-8081-524-8

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling kvalitet og pasientsikkerhet
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

 Tlf.: 810 20 050
 Faks: 24 16 30 01
 www.helsedirektoratet.no

Kontaktperson: Eli Saastad

FORORD

Institusjoner i spesialisthelsetjenesten (heretter kalt virksomheter) har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om «betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade» [1]. Mottaker av slike meldinger er meldeordningen for uønskede tjenester i spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet, heretter kalt Meldeordningen.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes til læring som kan bidra til å forebygge at tilsvarende skjer igjen. For informasjon om organisering og drift vises til Meldeordningens første årsrapport [2].

Innmeldte hendelser blir vurdert med tanke på å identifisere risikomønstre som kommer inn under definisjonen på pasientsikkerhet: ***Vern mot unødig skade som følge av ytelse fra helsetjenesten eller mangel på ytelse*** [3].

Årsrapporten beskriver tallmessige oversikter over innmeldte hendelser fra virksomhetene (kapittel 1). Deretter følger Meldeordningens vurdering av innmeldte hendelser og noen av aktivitetene i Meldeordningen i 2017 (kapittel 2). Kapittel 3 inneholder oversikter over antall meldte hendelser kategorisert i ulike hendelsestyper samt alvorlighetsgrad for skade på pasient basert på innholdet i de mottatte meldingene. Rapporten inneholder ikke forbedringstiltak knyttet til de ulike hendelsestypene. Sammendrag av de publiserte læringsnotatene finnes i kapittel 4. I kapittel 5 presenteres noen tall fra Meldeordningens oppstart i 2012 til og med utgangen av 2017, blant annet antall innmeldte hendelser totalt, hendelsenes alvorlighetsgrad og meldingsbehandling i Helsedirektoratet. Noen av tallene fra årene 2012-2016 varierer med antall innmeldte hendelser som er presentert i tidligere årsrapporter. Dette skyldes at det foregår en kontinuerlig kvalitetssikring av mottatte meldinger, noe som medfører at noen hendelser har blitt ekskludert eller inkludert etter at ny informasjon er kommet til.

Det kan også forekomme forskjeller mellom registrerte innsendte meldinger fra virksomhetene og antall presentert i årsrapporten. Dette kan skyldes at noen av de mottatte meldingene ikke er inkludert i oversiktene fordi de ikke faller inn under kriteriene for meldepliktige hendelser, jfr beskrivelser i kapittel 1.1.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	5
Læringsnotater	5
Meldinger mottatt i 2017	5
Konsekvenser av uønskede hendelser	6
1. MOTTATTE MELDINGER	7
1.1 Antall meldinger	7
1.2 Meldepliktige virksomheter	7
1.3 Meldingsbehandling i virksomhetene	10
1.4 Innsendingstidspunkt i forhold til tidspunkt for hendelsen	11
2. MELDINGSBEHANDLING OG AKTIVITETER I MELDEORDNINGEN	13
2.1 Mottak og behandling av meldinger i Meldeordningen	13
2.2 Klassifisering	13
2.3 Hendelsens alvorlighetsgrad	14
2.4 Undervisning, foredrag og kurs	14
2.5 Varsling til Helsetilsynet	15
2.6 Samarbeid med andre organisasjoner	15
2.7 Utlevering av data og resultater til eksterne bestillere	15
3. HENDELSER INNMELDT I 2017	17
3.1 Alvorlighetsgrad	17
3.2 Hendelsestyper	18
3.2.1 Pasientadministrative forhold	18
3.2.2 Klinisk prosess/prosedyre	19
3.2.3 Dokumentasjon	19
3.2.4 Infeksjon	19
3.2.5 Legemidler	20
3.2.6 Blod og blodprodukter	20
3.2.7 Ernæring	20
3.2.8 Oksygen/gass/damp	21
3.2.9 Medisinsk utstyr	21
3.2.10 Atferd	21

3.2.11	Pasientuhell – fall	22
3.2.12	Infrastruktur/bygninger/inventar	22
3.2.13	Ressurser/organisatorisk ledelse	22
3.3	Konsekvenser av uønskede hendelser	22
4.	LÆRINGSNOTATER	23
4.1.1	Infeksjon etter injeksjon i øyet [4]	23
4.1.2	Uønskede hendelser ved radiologisk bildediagnostikk [5]	23
4.1.3	Bruk av MR-sjekkliste [6]	24
4.1.4	Administrasjon av kalium til infusjon [7]	24
4.1.5	Selv mord og selvmordsforsøk under innleggelse [8]	24
5.	UTVIKLING OVER TID	25
5.1	Antall hendelser innmeldt	25
5.2	Hendelsenes alvorlighetsgrad	26
5.3	Innmeldingstidspunkt fra virksomhetene	27
5.4	Meldingsmottak i Meldeordningen	27
6.	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	28
6.1	Registrering av avdelingstype og yrkesgruppe	28
6.2	Læringstilbakemeldinger	28
6.3	Innføring av NOKUP i ny saksbehandlingsløsning	28
7.	REFERANSER	29

SAMMENDRAG

Institusjoner i spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om «betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade». Mottaker av slike meldinger er meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet, heretter kalt Meldeordningen.

Meldeordningen mottok 10 126 meldinger i 2017, hvorav 9681 meldinger ble inkludert i analyse av hendelsestyper, alvorlighetsgrad og medvirkende faktorer. Dette utgjør i gjennomsnitt 807 meldinger per måned.

Det var registrert betydelig skade i 1041 hendelser (10,8 prosent), og 487 hendelser (5,0 prosent) omhandlet dødsfall. Av disse var det 178 selvmord. I 1930 hendelser (19,9 prosent) var det ikke registrert noen skade på pasienten. Meldingene er klassifisert av Meldeordningens saksbehandlere og er kun basert på informasjon i mottatte meldinger. Meldeordningen har ikke informasjon om konsekvensene for pasientene etter at hendelsene er meldt.

Læringsnotater

Meldeordningen publiserte fem læringsnotater i 2017 med følgende temaer:

- Infeksjon etter injeksjon i øyet [4]
- Uønskede hendelser ved radiologiske billediagnostikk [5]
- Bruk av MR-sjekklister [6]
- Administrasjon av kalium til infusjon [7]
- Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse [8]

Meldinger mottatt i 2017

- **Svikt i pasientadministrasjon** utgjorde 14,5 prosent av hendelsene (n=1400). I 141 hendelser ble skade på pasient vurdert til betydelig og i 56 hendelser døde pasienten. De alvorligste og hyppigst forekommende situasjonene var avvik ved respons på akutt situasjoner (n=364). Overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse eller internt på sykehus var også risikosituasjoner (n=317). Avvik ved innleggelse var beskrevet i 226 hendelser og svikt ved henvisningsrutiner var beskrevet i 211 hendelser.

- Avvik knyttet til **kliniske prosesser/prosedyrer** forekom i 43,8 prosent av hendelsene (n=4235). I denne kategorien var det 235 pasienter som døde, og i 712 hendelser var det betydelig pasientskade. Hyppigste avvik var at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt (n=2647) og/eller at behandling ble igangsatt for sent (n=1459) eller utført feilaktig (n=422). I 922 hendelser var det registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter (460 fikk forsinket diagnose og 476 fikk feil diagnose). Forsinket diagnose og mangelfull behandling var de kategoriene med størst andel alvorlige hendelser.
- Uønskede hendelser vedrørende **dokumentasjon** var beskrevet i 949 meldinger; 9,8 prosent av hendelsene. I 29 hendelser var det registrert betydelig skade, og i seks hendelser døde pasienten. Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet feil ved journalføring og at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig.
- I 1676 meldinger (17,3 prosent) var det registrert feil knyttet til **legemiddelhåndtering**. Betydelig pasientskade var registrert i 83 hendelser. I 14 hendelser ble det meldt at pasienten døde. 1146 hendelser omhandlet feil ved utdeling av legemidler på post. Feil ved ordinasjon var beskrevet i 363 hendelser, mens avvik ved istandgjøring/tilberedning forekom i 72 hendelser. Pasienter fikk legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens i 620 hendelser. I 327 hendelser ble forordnet legemiddel ikke gitt til pasienten, mens feil legemiddel ble gitt i 246 hendelser.
- Fall var beskrevet i 1330 meldinger (13,7 prosent). Hyppigst forekommende var at pasienten mistet balansen (n=425), falt fra seng (n=392) eller i forbindelse med toalettbesøk (n=262).

Konsekvenser av uønskede hendelser

I tillegg til konsekvenser for pasienter som ble rammet, inkluderes her også konsekvenser for virksomheten og på øvrige pasienter. Blant de 6070 hendelsene (62,7 prosent) som inneholdt tilstrekkelig informasjon til at klassifikasjon av dette var mulig, var fordelingen som følger:

- Behov for ekstra undersøkelser/tester for involvert pasient (n=4036)
- Behov for ekstra helsepersonell (n=3213)
- Forstyrret arbeidsflyt eller forsinkelse i behandling av andre pasienter (n=3106)
- Behov for ekstra utstyr (n=1850)
- Involvert pasient måtte flyttes til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå (n=1395)
- Forlenget liggetid for involvert pasient (n=1015)

Dette viser at uønskede hendelser har store menneskelige og økonomiske konsekvenser på ulike nivåer og områder; for den involverte pasienten, andre pasienters behandlingsforløp og med ekstra belastning for virksomheten.

1. MOTTATTE MELDINGER

Meldeordningen mottok 10 126 meldinger fra meldepliktige virksomheter i 2017. Av disse var det 445 meldinger som ikke var meldepliktige. De resterende 9 681 ble inkludert i videre analyser. Dette utgjør i gjennomsnitt 807 meldinger per måned.

1.1 Antall meldinger

Totalt mottok Meldeordningen 10 126 meldinger i 2017. Blant disse var det 445 meldinger som ikke ble inkludert i videre analyser fordi disse ikke var meldepliktige. Dette var meldinger som:

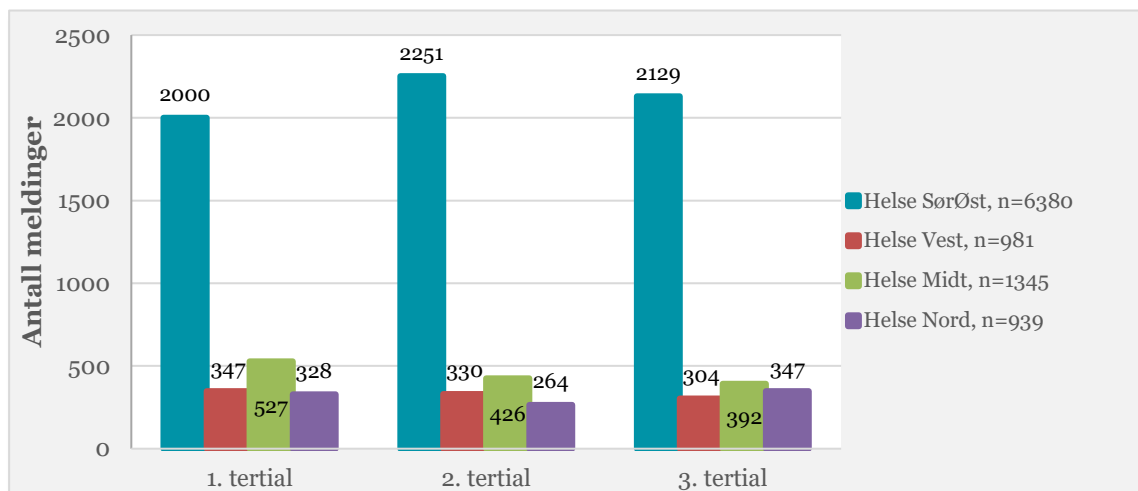
- var sendt fra virksomhet som ikke reguleres av spesialisthelsetjenesteloven, som for eksempel sykehusapotekene og enkelte spesialistsenter uten døgkontinuerlig drift, kommunehelsetjenesten eller pasient/pårørende (n=177)
- beskrev hendelse som ikke hadde direkte sammenheng med pasientbehandlingen (n=240).
- beskrev HMS-avvik (n=46). Dette var hendelser med konsekvens/mulig konsekvens for ansatte, men som i disse tilfellene ikke hadde konsekvens for pasienter

Det gjenstod 9 681 meldinger som ble inkludert i analyse av resultater for 2017. Dette utgjør i gjennomsnitt 807 meldinger per måned.

1.2 Meldepliktige virksomheter

Meldeordningen mottok meldinger fra 55 meldepliktige virksomheter.

Antall meldinger per virksomhet varierte fra én til 1720 meldinger og fordelte seg mellom de regionale foretakene (RHFene) som vist i figur 1. De private virksomhetene er her inkludert i den helseregionen de har avtale med. I tillegg kom 36 meldinger fra private virksomheter som ikke har avtale med et regionalt foretak eller er en del av Fritt behandlingsvalg-ordningen. Disse er ikke inkludert i figur 1.



Figur 1: Tertialvis fordeling av innsendte meldinger per RHF. N=9 645

Antall meldinger sier noe om en virksomhets rapportering av uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser. Antall meldinger kan ikke brukes til å si noe om kvaliteten ved forskjellige virksomheter siden antall uønskede hendelser også påvirkes av virksomhetens størrelse, type, pasientgrunnlag og behandlingsnivå.

Hensikten med Meldeordningen er læring, ikke telling og måling, men for oversiktens skyld, presenteres antall innsendte meldinger fra meldepliktige virksomheter i tabell 1.

Tabell 1: Innsending av meldinger fra meldepliktige virksomheter. N=9 681

Virksomhet	Antall	Prosent totalt
Helse Sør-Øst RHF	6380	65,9
Oslo universitetssykehus HF	1720	17,8
Sørlandet sykehus HF	1140	11,8
Vestre Viken HF	899	9,3
Sykehuset i Vestfold HF	575	5,9
Sykehuset Innlandet HF	453	4,7
Sykehuset Telemark HF	341	3,5
Lovisenberg Diakonale Sykehus	334	3,5
Diakonhjemmet sykehuset	299	3,1
Sykehuset Østfold HF	275	2,8
Akershus universitetssykehus HF	258	2,7
Martina Hansens Hospital	28	0,3
Feiringklinikken	15	0,2
Glittreklinikken	10	0,1
Sunnaas sykehus HF	8	0,1
Virksomheter som har sendt fem eller færre meldinger	25	0,2
Helse Vest RHF	981	10,1
Helse Stavanger HF	351	3,6
Helse Bergen HF	305	3,2
Helse Fonna HF	139	1,4
Haraldsplass Diakonale sykehus	87	0,9
Helse Førde HF	74	0,8
Rehabilitering Vest	17	0,2
Virksomheter som har sendt fem eller færre meldinger	8	0,1
Helse Midt RHF	1345	13,9
Helse Møre og Romsdal HF	751	7,8
St. Olavs hospital HF	464	4,8
Helse Nord-Trøndelag HF	128	1,3
Virksomheter som har sendt fem eller færre meldinger	2	0,0
Helse Nord RHF	939	9,7
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	506	5,2
Finnmarkssykehuset HF	169	1,7
Nordlandssykehuset HF	161	1,7
Helgelandssykehuset HF	84	0,9
Helse Nord RHF (HF ikke spesifisert)	15	0,2
Virksomheter som har sendt fem eller færre meldinger	4	0,0
Andre virksomheter – private, ideelle og andre	36	0,4
Volvat Medisinske Senter	13	0,1
Tyrili	6	0,1
Virksomheter som har sendt fem eller færre meldinger	17	0,2

1.3 Meldingsbehandling i virksomhetene

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven ligger meldeplikten om uønskede pasienthendelser på virksomhetene [1]. Innmelding skjer på ulike måter; ved at meldingen går direkte fra den som oppdager hendelsen (primærmelder) til Meldeordningen eller ved at primærmelders leder eller kvalitetsavdeling vurderer hvorvidt meldingen skal sendes eller ikke. Tilsvarende varierer det hvordan tilbakemeldinger fra Meldeordningen behandles internt i virksomhetene. Som hovedregel sendes tilbakemelding fra Meldeordningen om enkelthendelser direkte til saken i virksomhetens avvikssystem slik at den er tilgjengelig for melder og andre med tilgang til saken.

Siden informasjonen er basert på kategoriene i virksomhetens avvikssystem, kommer noe informasjon til Meldeordningen i en ikke-standardisert form. Dette gjelder blant annet melderens yrke/rolle. Blant de 7 247 meldingene der dette var oppgitt (74,9 prosent), fordelte dette seg som vist i tabell 2.

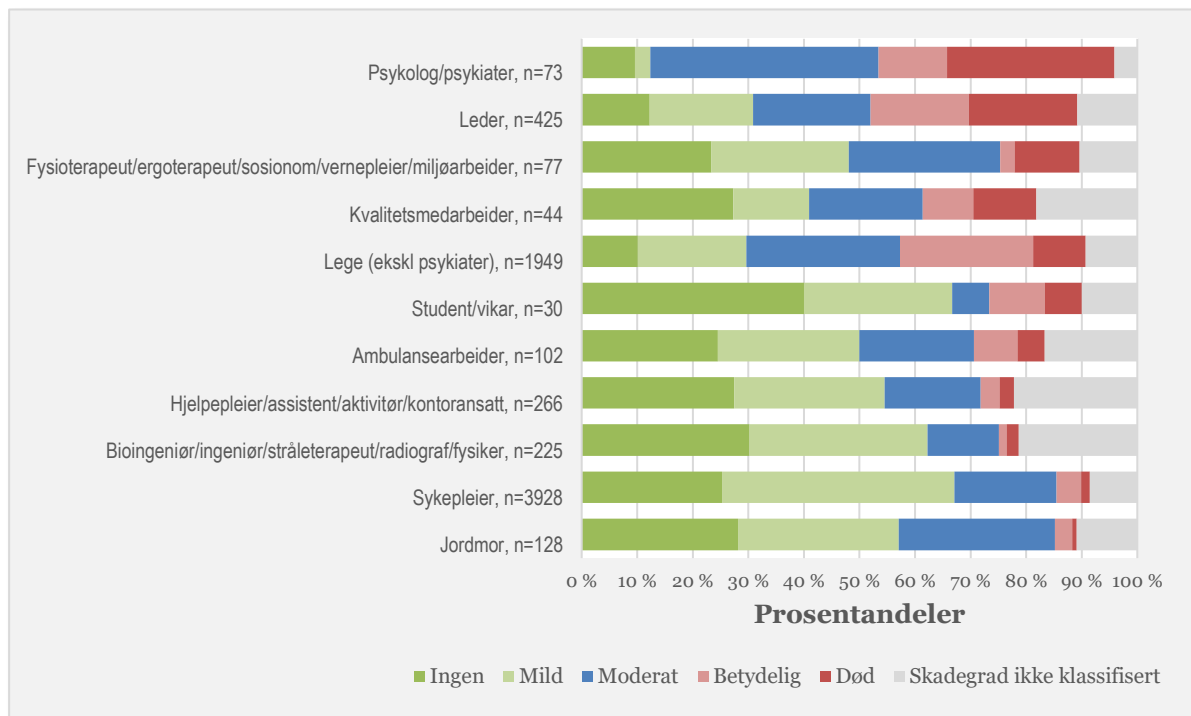
Tabell 2: Innsending av meldinger fra ulike yrkesgrupper. N=7 247

Yrkesgruppe	Antall	Prosent*
Sykepleier	3928	54,2
Lege (ekskl. psykiater)	1949	26,9
Leder (kan være fra ulike yrkesgrupper)	425	5,9
Sekretær	153	2,1
Jordmor	128	1,8
Hjelpepleier/assistent/aktivitør	113	1,6
Ambulansearbeider/paramedic	102	1,4
Bioingeniør/ingeniør	89	1,2
Radiograf	88	1,2
Psykolog/psykiater	73	1,0
Kvalitetsmedarbeider (kan være fra ulike yrkesgrupper)	44	0,6
Vernepleier	39	0,5
Miljøterapeut	28	0,4
Sosionom/familieterapeut	22	0,3
Fysioterapeut	15	0,2
Student/elev/lærling	15	0,2
Vikar (kan være fra ulike yrkesgrupper)	15	0,2
Ernæringsfysiolog	10	0,1
Stråleterapeut/medisinsk fysiker	9	0,1
Farmasøyt	5	0,1
Annet (ergoterapeut, barnevernspedagog, logoped, forsker, verneombud)	13	0,2

*Prosent av meldinger der yrkesrolle var beskrevet

Som tabell 2 viser, var 81,1 prosent av meldingene der yrke var kjent, sendt av sykepleier eller lege.

Figur 2 viser fordelingen mellom yrkesgruppene med hensyn til alvorlighetsgrad på de innsendte meldingene. Noen av yrkeskategoriene som har rapportert få meldinger, er her slått sammen i relevante grupper.



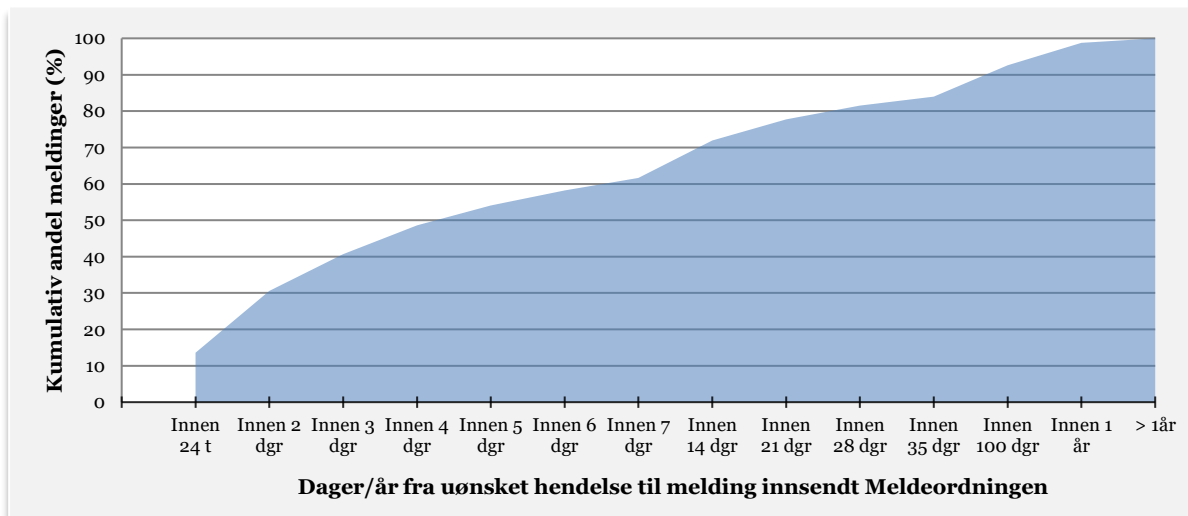
Figur 2. Yrkeskategori og hendelsenes alvorlighetsgrad, prosentvis fordeling innen hver gruppe. N=7 247

Andelen alvorlige hendelser var størst blant meldinger sendt fra ledere og psykologer/psykiatere. Den store andelen alvorlige hendelser fra psykologer/psykiatere skyldes at dette var meldinger om selvmord og selvmordsforsøk.

1.4 Innsendingstidspunkt i forhold til tidspunkt for hendelsen

I henhold til § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven skal institusjon som faller inn under denne loven «straks» sende meldinger om uønskede hendelser til Meldeordningen [1]. Med dette menes «senest 24 timer etter at det meldepliktige forholdet ble kjent» [9]. Meldeordningen har ikke opplysninger om tidspunkt for når hendelsen ble oppdaget, bare om tidspunkt for hendelsen. Noen hendelser oppdages nødvendigvis først på et langt senere tidspunkt enn da hendelsen fant sted, for eksempel hendelser knyttet til diagnostisering og prøvesvar.

Halvparten av alle meldinger ble sendt inn innen 4,4 dager. Fjorten prosent av meldingene ble sendt innen 24 timer, 41 prosent innen tre dager og 78 prosent av alle meldinger var mottatt innen 21 dager etter hendelsen. Gruppert fordeling over tid fra hendestidspunkt til tidspunkt for innsending av melding er vist i figur 3.



Figur 3: Andel meldinger innsendt innen ulike tidsintervaller. N=9 681

Innsendingstidspunkt påvirkes blant annet av lokale arbeidsprosesser for innsending, som beskrevet i forrige kapittel. Når hendelser meldes til Meldeordningen via primærmelders leder eller kvalitetsmedarbeider, medfører det forlenget tid fra hendelsestidspunkt til innmelding.

2. MELDINGSBEHANDLING OG AKTIVITETER I MELDEORDNINGEN

Alle meldinger mottatt i 2017 er klassifisert i Meldeordningen. Revidert standard for informasjonsflyt mellom meldepliktige virksomheter og Meldeordningen er utarbeidet i 2017. Ny standard vil kunne forenkle og standardisere informasjonsflyten.

2.1 Mottak og behandling av meldinger i Meldeordningen

Meldinger behandles i flere delprosesser (nærmere beskrevet i Årsrapport 2013) [2]:

- 1) Førstegangsvurdering og fordeling til saksbehandler
- 2) Saksbehandler vurderer, klassifiserer og gir tilbakemelding til virksomheten
- 3) Analyse av aggregerte data

Helsedirektoratet utarbeidet i 2017 revidert standard for informasjonsflyt mellom meldepliktige virksomheter og Meldeordningen. Ny standard vil bli publisert i 2018. Den nye standarden vil forenkle informasjonsoverføringen og gjøre forenkling mulig med flere automatiserte løsninger for påfyll av informasjon og klassifikasjonskoder.

Helsedirektoratet har i store deler av 2017 hatt et prosjekt for å utvikle ny saksbehandlingsløsning for Meldeordningen. Ny saksbehandlingsløsning tas i bruk i første tertial 2018.

2.2 Klassifisering

Alle meldinger klassifiseres som utgangspunkt for aggregerte analyser og faglige tilbakemeldinger i form av blant annet læringsnotater og presentasjoner/foredrag. Hendelsene klassifiseres av Meldeordningens saksbehandlere etter en modifisert versjon av WHO's *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*, heretter kalt WHO-klassifikasjonen [2, 10].

Meldeordningens behov for forenkling er sammenfallende med internasjonale erfaringer; ingen land bruker WHO-klassifikasjonen i full versjon. Det er også framkommet et behov for og ønske om at klassifikasjonen standardiseres nasjonalt og internasjonalt. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Meldeordningen vært ansvarlig for å utvikle et nasjonalt kodeverk for uønskede pasienthendelser. En foreløpig versjon ble publisert i 2015 [11].

Noen endringer ble gjort på bakgrunn av erfaringer ved helsevirksomheter som hadde tatt i bruk det nye klassifikasjonssystemet og etter en reliabilitetstest utført internt i Meldeordningen. Deretter ble Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) publisert i Volven i oktober 2017 (kode 7221) [12].

2.3 Hendelsens alvorlighetsgrad

Meldeplikten gjelder for «uønskede hendelser som har ført til betydelig personskaade eller som kunne ført til betydelig personskaade» [1]. Alvorlighetsgrad for skade på pasient klassifiseres etter WHO-klassifikasjonen i fem kategorier: *None*, *Mild*, *Moderate*, *Severe* og *Death*. Disse er oversatt til norsk og definert som beskrevet i tabell 3. Ved klassifisering av alvorlighetsgrad skal det ligge til grunn at skadens omfang, varighet og behandlingssimplikasjoner skal være knyttet til den uønskede hendelsen. Det vil alltid være et element av skjønn i klassifiseringen.

Tabell 3. Kategorier og definisjoner av hendelsens alvorlighetsgrad

Kategori	Definisjon
Ingen	Ingen observerbar skade eller nesten-uhell
Mild	Forbigående negativ helseeffekt eller skade som ikke krever omfattende behandling
Moderat	Skade som krever omfattende behandlingstiltak
Betydelig	Skade som krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, som medfører reoperasjon eller overflytning til intensiv-overvåkning, forlenget sykehusopphold eller varig funksjonstap
Død	Dødsfall som antas å ha en sammenheng med den uønskede hendelsen

Klassifisering av hendelsens alvorlighetsgrad er basert på informasjon i mottatte meldinger. Meldeordningen har ikke opplysninger om pasientens tilstand utover informasjonen i meldingene fra virksomhetene.

2.4 Undervisning, foredrag og kurs

Meldeordningen har som mål å tilby undervisning om Meldeordningen, pasientsikkerhet og læringspotensial som identifiseres gjennom mottatte meldinger. Dette omfatter gjennomføring av undervisningsoppdrag og bidrag til å avdekke behov for opplæring.

Meldeordningen har arrangert tre todagers kurs i *Hendelsesanalyse og pasientsikkerhet* og ett todagers kurs i *Når skaden er skjedd – kommunikasjonstrening for ledere*. Ansatte har hatt undervisning og foredrag nasjonalt og internasjonalt, inklusive undervisning for leger i spesialisering, for studenter i helseledelse, sykepleie og i paramedic-utdanning samt for ansatte i ulike helseutdanninger.

Meldeordningen er medarrangør av den årlige *Pasientsikkerhetskonferansen*. Denne ble i 2017 ble arrangert på Gardermoen i samarbeid mellom Pasientsikkerhetsprogrammet og Meldeordningen. Konferansen hadde ca 1150 deltagere fra spesialist- og kommunehelsetjenesten.

2.5 Varsling til Helsetilsynet

Dersom meldingen gjelder betydelig pasientskade eller død der utfallet var uventet i forhold til påregnelig risiko, ber vi melder vurdere om de bør varsle Helsetilsynet. Ved mistanke om alvorlig systemsvikt som utgjør stor fare for at pasienter vil bli påført betydelig skade i fremtiden, skal Meldeordningen varsle Helsetilsynet etter bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 femte ledd [1]. Meldinger til Meldeordningen kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Meldeordningen har jevnlig identifisert meldinger som diskuteres internt med tanke på om Helsetilsynet skal varsles. Tolv hendelser har vært diskutert med fylkeslege eller fagdirektører for involverte helseforetak. Meldeordningen har god dialog med Helsetilsynet der prinsipielle spørsmål drøftes.

2.6 Samarbeid med andre organisasjoner

Meldeordningen har hatt samarbeid med en rekke organisasjoner og etater, som for eksempel Norsk pasientskadeerstatning, Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk inklusive Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS), Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, Giftinformasjonen og Den norske legeförening. Internasjonalt har Meldeordningen deltatt i arbeid i WHO (Patient Safety and Quality Improvement Unit).

2.7 Utlevering av data og resultater til eksterne bestillere

Vi ønsker å bidra til at data og resultater anvendes av fagmiljøet utenfor selve Meldeordningen. Meldeordningen har levert oppsummerte resultater eller datafiler til disse fagmiljøene:

Tabell 4: Eksterne bestillinger – fra hvem og hva

Bestiller	Tema
Helsetilsynet	Dødsfall under innsetting av hofteproteser
Helsetilsynet	Tonsillectomi
Tvangslovutvalget, Helse og omsorgsdepartementet	Bruk av tvang i psykisk helsevern
Pasient- og brukerombudet, Sør-Trøndelag	Hendelser innmeldt fra St Olavs hospital
Konsernrevisor i Helse Sør-Øst	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Universitetet i Oslo, farmasøytisk institutt	Legemidler innmeldt i 2016. Datagrunnlag for to masteroppgaver
Oslo universitetssykehus	Endotrakeal intubasjon
Nord universitet	Leiring på operasjonsbord
Standard Norge	Om sterilisering av utstyr eller feil bruk av utstyr
Helsedirektoratet, avdeling medisinsk utstyr og legemidler	Om hendelser med en spesiell type nett som anvendes ved brokkoperasjoner
Bergens Tidende	Feil administrasjon intrathecale og intravenøse legemidler
Sørlandet sykehus	Pneumothorax etter nedleggelse av ernæringssonde
Helsetilsynet	Utlokaliserte pasienter (pasienter på "feil" avdeling)

Meldeordningen skal ikke motta personidentifiserbar informasjon fra virksomhetene, men i noen få meldinger er navn på helsepersonell skrevet i hendelsesbeskrivelsene. Alle personnavn blir slettet ved mottak i Meldeordningen. Dersom Meldeordningen gir ut datafiler, foretar vi en ekstra kvalitetskontroll ved at filene gjennomgås en ekstra gang for å fjerne navn på helsepersonell.

Ved sammenstilling av flere variabler, kan det teoretisk være mulig å identifisere enkelthendelser. Derfor gir vi aldri ut informasjon vedrørende hendelsestidspunkt, hendelsessted, virksomhet, melders yrkesrolle og pasientens fødselsår og kjønn; disse variablene slettes før utlevering av filer.

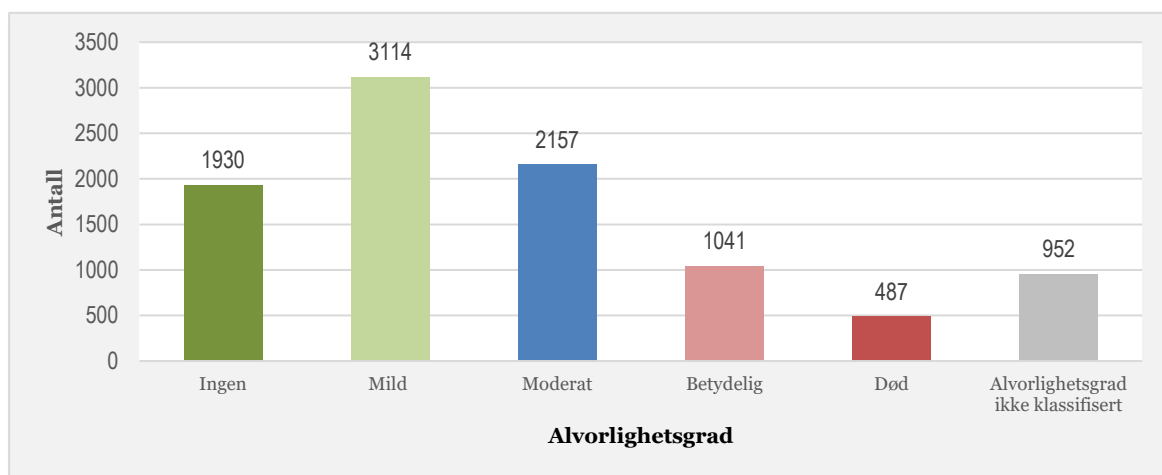
3. HENDELSER INNMELDT I 2017

Meldeordningen mottok totalt 9 681 meldepliktige meldinger i 2017. Det kan synes å være en svak nedgang i antall meldinger det siste året. Betydelig skade eller død var registrert i 1 528 hendelser (16 prosent).

Som beskrevet i kapittel 1 var det 9 681 hendelser som ble inkludert i analyse av hendelsestyper, alvorlighetsgrad og medvirkende faktorer. Meldingene er klassifisert av Meldeordningens saksbehandlere.

3.1 Alvorlighetsgrad

Figur 4 viser fordeling av hendelsens alvorlighetsgrad for pasient basert på opplysninger i meldingene. I 9,8 prosent av hendelsene har vi ikke klassifisert alvorlighetsgrad; enten fordi det var for lite opplysninger i meldingen eller fordi skadens omfang ikke var kjent ved innmeldingstidspunkt.



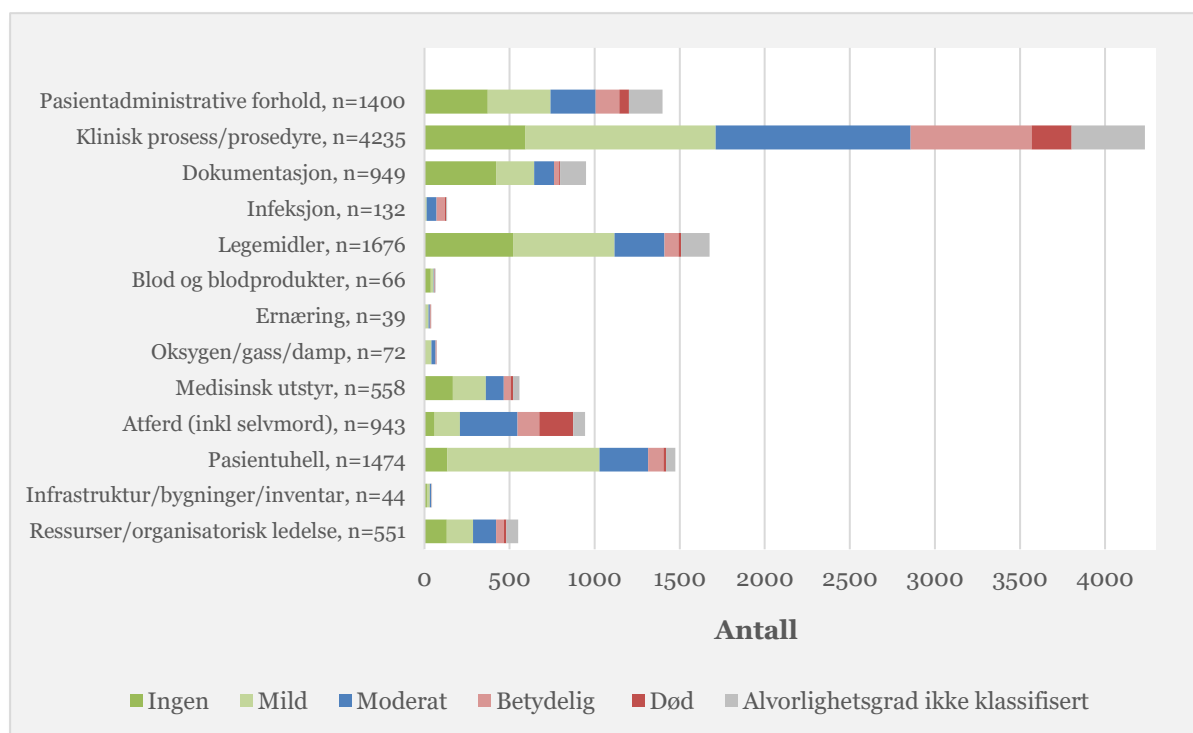
Figur 4: Hendelsens alvorlighetsgrad. N=9 681

Som figur 4 viser, var det registrert betydelig skade i 1041 hendelser (10,8 prosent) og dødsfall i 487 hendelser (5,0 prosent). Alle innmeldte hendelser vurderes i et læringsperspektiv; ikke bare de som medførte betydelig personskade, men også de hendelsene som kunne ha medført betydelig personskade.

3.2 Hendelsestyper

Hendelsene klassifisert som beskrevet i kapittel 2.2, fordelt seg i ulike hendelsestyper som vist i figur 5.

Hendelsene er i gjennomsnitt klassifisert i 1,3 hendelsestyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.



Figur 5: Alvorlighetsgrad i de ulike hendelsestypene. N=9 681

Som figur 5 viser, var hendelser relatert til *Kliniske prosesser/prosedyrer* hyppigst forekommende, deretter følger kategoriene *Legemidler*, *Pasientuhell* og *Pasientadministrative forhold*.

I det følgende presenteres noen av underkategoriene i de ulike hovedkategoriene, i samme rekkefølge som i WHO-klassifikasjonen.

3.2.1 Pasientadministrative forhold

Hendelser som omhandlet pasientadministrative forhold utgjorde 14,5 prosent av hendelsene totalt (n=1400). I 141 hendelser ble skade på pasient vurdert til betydelig. I 56 hendelser døde pasienten.

Avvik som forekom hyppigst omhandlet:

- Respons på akutt situasjoner (n=364)
- Overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse eller internt på sykehus (n=317)
- Innleggelse (n=226)
- Henvvisning (n=211)

3.2.2 Klinisk prosess/prosedyre

I 4 235 hendelser (43,8 prosent) var det beskrevet avvik knyttet til kliniske prosesser eller prosedyrer.

Hyppigste avvik var knyttet til at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt (n=2647) og/eller at behandling ble igangsatt for sent (n=1459) eller utført feilaktig (n=422). I 922 hendelser var det registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter (460 fikk forsinket diagnose og 476 fikk feil diagnose).

I denne kategorien var det 235 pasienter som døde. I 712 hendelser var det betydelig pasientskade. Forsinket diagnose og feil behandling var de kategoriene med størst andel alvorlige hendelser.

3.2.3 Dokumentasjon

Uønskede hendelser vedrørende dokumentasjon var beskrevet i 949 meldinger; 9,8 prosent av hendelsene. I 29 hendelser var det registrert betydelig skade, og i seks hendelser døde pasienten.

Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet feil ved journalføring og at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig. Disse avvikene fordelte seg på følgende områder (ikke gjensidig utelukkende kategorier):

- Feil ved kurveføring (n=451)
- Manglende informasjon i dokument (n=449)
- Nødvendige dokumenter ikke tilgjengelig under pasientbehandling (n= 276)
- Mangler ved resultatbeskrivelser av prøver og tester (n=156)
- Anvendt dokument for feil pasient (n=123)
- Forsinket tilgang til dokumenter (n=115)

3.2.4 Infeksjon

Meldeordningen mottok 132 meldinger om hendelser knyttet til infeksjon. Dette utgjorde 1,4 prosent av innmeldte hendelser. I 49 hendelser var det beskrevet betydelig skade, og i 7 hendelser døde pasienten.

Blant disse var det 101 bakterielle infeksjoner, tre var virale, to var soppinfeksjon, mens de øvrige ikke er klassifisert med hensyn til type organisme eller dette var ukjent.

Infeksjonstypene fordelte seg slik (ikke gjensidig utelukkende kategorier):

- Infeksjon i operasjonssår (n=39)
- Infeksjon i intravaskulær¹ kanyle (n=30)
- Blodforgiftning (n=14)
- Infisert protese/implantat (n=26)
- Abscess (n=6)
- Bløtvevsinfeksjon (n=15)
- Urinveisinfeksjon (n=3)
- Lungebetennelse (n=2)

¹ I blodkar

3.2.5 Legemidler

I 1676 meldinger (17,3 prosent) var det registrert feil knyttet til legemiddelhåndtering. Betydelig pasientskade var registrert i 83 hendelser. I 14 hendelser ble det meldt at pasienten døde.

1146 hendelser omhandlet feil ved utdeling av legemidler på post. Feil ved ordinasjon var beskrevet i 363 hendelser, mens avvik ved istandgjøring/tilberedning forekom i 72 hendelser. Pasienter fikk legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens i 620 hendelser. I 327 hendelser ble forordnet legemiddel ikke gitt til pasienten, mens feil legemiddel ble gitt i 246 hendelser.

Meldeordningen har publisert flere læringsnotater om legemiddelhendelser siden 2012 [13-19]. Disse notatene er fremdeles relevante.

3.2.6 Blod og blodprodukter

I 66 meldinger var avviket knyttet til blod og blodprodukter, inkludert blodgivning; 0,7 prosent av hendelsene. Blant disse var det to dødsfall og to hendelser med betydelig skade.

Flest hendelser gjaldt erytrocytter/trombocytter² (n=40). I tillegg var det fire hendelser som gjaldt albumin/plasmaproteiner og tre hendelser som involverte koagulasjonsfaktorer. Hendelsene skjedde i forbindelse med:

- Utlevering fra blodbank (n=29)
- Gjennomføring av transfusjon (n=23)
- Blod gitt til feil pasient (n=14)
- Bivirkning (n=11)
- Pretransfusjonstesting (n=9)
- Ordinasjon (n=8)

Hesledirektoratet har også ansvar for et eget meldesystem for blod og blodprodukter, Hemovigilansmeldeordningen [20]. Her meldes blodgiver- og transfusjonskomplikasjoner uavhengig om de var innenfor normal risiko. De fleste meldingene kommer fra blodbanker eller via blodbanker [21, 22]. Meldeordningen mottar meldinger både direkte fra kliniske avdelinger og fra blodbanker. Disse to meldeordningene supplerer hverandre fordi klinikere til en viss grad melder andre problemer enn det blodbankene melder til Hemovigilansmeldeordningen.

3.2.7 Ernæring

I 39 meldinger var det beskrevet avvik knyttet til ernæring (0,4 prosent). Et såpass lite antall i denne kategorien kan skyldes at noen av disse hendelsene omhandler legemiddelrelaterte problemer, og derfor er klassifisert i kategorien legemiddelhendelser. Tre hendelser var assosiert med betydelig skade. Det var ikke meldt om dødsfall i denne kategorien.

² Erytrocytter: røde blodceller, trombocytter: blodplater.

3.2.8 Oksygen/gass/damp

I alt 72 meldinger beskrev hendelser relatert til oksygen/gass/damp (0,7 prosent). En forklaring på at det var få meldinger i denne kategorien, er at disse hendelsene ofte også involverer bruk av medisinsk utstyr. Derfor kan noen av disse hendelsene være inkludert i kategorien medisinsk utstyr.

I denne kategorien var det tre hendelser der pasienten fikk betydelig skade. Tre pasienter døde.

3.2.9 Medisinsk utstyr

Meldeordningen mottok 558 meldinger om hendelser (5,8 prosent) som involverte medisinsk utstyr. Tretten pasienter døde, og i 41 hendelser var det registrert betydelig skade.

Det var følgende hovedområder for uønskede hendelser:

- Feil ved apparatur/utstyr (n=230)
- Brukerfeil (n=169)
- Feil ved koblinger (n=101)
- Mangel på relevant utstyr (n=77)

3.2.10 Atferd

WHO-klassifikasjonens hovedkategori *Atferd* har kategorier for både helsepersonell og pasienter, med identiske underkategorier. Underkategoriene i WHO-klassifikasjonens originalversjon og i en norsk oversettelse som er gjort internt i Meldeordningen, er beskrevet i Årsrapport 2013 (2).

Hendelsene klassifiseres uavhengig av type avdeling/behandlingssted for hendelsen og pasientens diagnose. Det skiller ikke mellom somatisk og psykisk helsevesen. I det følgende presenteres kategoriene atferd for henholdsvis helsepersonell og pasient.

3.2.10.1 Helsepersonells atferd

Meldeordningen mottok 44 hendelser der det var beskrevet uønsket atferd av helsepersonell. Som i tidligere år, skjedde mange av disse hendelsene i akuttsituasjoner i mottaks- eller intensivavdelinger eller ved tilkalling i hastesituasjoner generelt. Underkategoriene med flest hendelser var:

- Samarbeidsproblemer: 24 hendelser
- Hensynsløs/upassende atferd: 11 hendelser

Det var altså svært få meldinger om uønskede hendelser knyttet til helsepersonells atferd. Dette kan skyldes at det er få slike hendelser eller at slike hendelser meldes som HMS-avvik.

3.2.10.2 Pasientatferd – inklusive selvmord

I alt 662 hendelser (6,8 prosent) ble klassifisert i en av kategoriene som omhandler pasienters atferd. Av disse var det 178 meldinger om selvmord. Selvmord begått inntil én måned etter siste kontakt med spesialisthelsetjenesten er meldepliktige; det inngår derfor også noen slike hendelser i dette tallet. Meldeordningen har publisert et læringsnotat som omhandler selvmord og selvmordsforsøk som skjedde under innleggelse døgnet i psykisk helsevern [8].

3.2.11 Pasientuhell – fall

De fleste hendelser i kategorien pasientuhell omhandlet fall. Totalt var det meldt 1330 hendelser med fall (13,7 prosent); ni dødsfall og 83 saker med betydelig skade. Hendelsene med fall fordelte seg i følgende kategorier (flere valgmuligheter per hendelse):

- Pasienten mistet balansen (n=425)
- Fall fra seng (n=392)
- Fall i forbindelse med toalettbesøk (n=262)
- Pasienten skled (n=172)
- Fall fra behandlingsbenk/operasjonsbord (n=88)
- Pasienten falt sammen/kollapset (n=141)
- Fall fra stol (n=116)
- Pasienten snublet (n=36)
- Pasienten ble båret av noen (n=21)
- Annet (nyfødtseng, bære, trapp) (n=73)

3.2.12 Infrastruktur/bygninger/inventar

Førtifire hendelser var knyttet til infrastruktur, bygninger eller inventar (0,5 prosent). Ingen hendelser medførte dødsfall, mens to hendelser var assosiert med betydelig skade. Hendelser i denne kategorien inkluderer for eksempel lokaler, utstyr og kommunikasjonssystemer. Kommunikasjonssystemer har også sammenheng med dokumentasjonssystemer, så noen av disse hendelsestypene er sammenfallende i tematikk med kategorien *Dokumentasjon/informasjon*.

3.2.13 Ressurser/organisatorisk ledelse

I 624 hendelser (6,4 prosent) var det beskrevet avvik som gjaldt tilgang på ressurser og organisering. I 45 hendelser var det registrert betydelig skade, og det var 16 dødsfall. Det største risikoområdet var mangel på menneskelige ressurser (n=331). Dette gjaldt både mangel på personell i seg selv og mangel på personell med adekvat kompetanse.

3.3 Konsekvenser av uønskede hendelser

I tillegg til konsekvenser for pasienter som ble rammet, inkluderes her også konsekvenser for organisasjonen og på øvrige pasienter. De 6070 hendelsene (62,7 prosent) som inneholdt tilstrekkelig informasjon til å klassifiseres, fordelte seg slik (én og samme sak kan klassifiseres i flere kategorier her):

- Behov for ekstra undersøkelser/tester for involvert pasient (n=4036)
- Behov for ekstra helsepersonell (n=3213)
- Forstyrret arbeidsflyt eller forsinkelse i behandling av andre pasienters (n=3106)
- Behov for ekstra utstyr (n=1850)
- Involvert pasient måtte flyttes til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå (n=1395)
- Forlenget liggetid for involvert pasient (n=1015)

Dette viser at uønskede hendelser har store menneskelige og økonomiske konsekvenser på ulike nivåer og områder; for den involverte pasienten, andre pasienters behandlingsforløp og for virksomheten.

4. LÆRINGSNOTATER

Meldeordningen publiserte i 2017 fem læringsnotater med stor tematisk bredde.

Analyse av aggregerte data danner utgangspunkt for faglige tilbakemeldinger i form av for eksempel læringsnotater til bruk lokalt og regionalt. Meldeordningen publiserte i 2017 fem læringsnotater med stor variasjon i tematikk. Tema for læringsnotater er basert på en vurdering av hvorvidt det synes å være muligheter for læring og forbedring på systemnivå og på bakgrunn av om det er behov for å løfte fram spesielle risikoområder på systemnivå.

Et kort sammendrag av disse notatene presenteres under. For detaljer, se fullversjon av publikasjonene.

4.1.1 Infeksjon etter injeksjon i øyet [4]

Infeksjon i øyet etter injeksjoner i øyet er en sjelden, men alvorlig komplikasjon. De 17 innmeldte hendelsene som gjaldt dette, omhandlet beskrivelser av mulig kontaminering ved opptrekk av bruksklart legemiddel. Basert på risikoforholdene som var beskrevet i de mottatte meldingene og en konsensusbasert, internasjonal ekspertuttalelse, presenterte vi noen infeksjonsforebyggende tiltak som kan være nyttige innspill ved gjennomgang av lokale prosedyrer.

I kravene til legemiddelhåndtering i legemiddelforskriften og i Helsedirektoratets rundskriv til denne forskriften er det gitt anvisning på hvordan forskriften skal forstås og anvendes; enhver virksomhetsleder i helsevesenet er pålagt å etablere og oppdatere skriftlige prosedyrer for legemiddelhåndtering. Dette innebærer blant annet prosedyrer for risikovurdering, evaluering, kontroll og avvikshåndtering. Prosedyrene skal gjøres kjent i virksomheten.

Tverrfaglig enighet og etterlevelse av prosedyrer kan bidra til økt pasientsikkerhet ved injeksjoner i øyet.

4.1.2 Uønskede hendelser ved radiologisk bildediagnostikk [5]

Radiologiske undersøkelser danner grunnlag for diagnostisk avklaring og beslutninger om behandling. Over fire år mottok Meldeordningen 203 meldinger om uønskede hendelser tilknyttet tolkning og beskrivelse av radiologiske bildeundersøkelser.

Forsinket granskning, mangelfull informasjonsflyt ved endret bildebeskrivelse og stort arbeidspress blant radiologer medvirket til forsinket diagnostikk og behandling. Etablering av rutiner som sikrer at beskrivelser kommer fram til rett lege innen nødvendig tid, kan bidra til økt pasientsikkerhet.

4.1.3 Bruk av MR-sjekkliste [6]

Sjekklisten som skal følge MR-rekvisisjoner skal kartlegge implantater, utstyr og andre forhold hos pasienten som kan påvirke planlegging og gjennomføring av MR-undersøkelse. Korrekt utfylte MR-sjekkliste bidrar til å forebygge skade i vev og på implantater og utstyr.

Meldeordningen har jevnlig fått meldinger om mangelfulle eller feilaktige opplysninger i MR-sjekkliste. Basert på disse meldingene har vi beskrevet sjekklistens betydning for en sikker MR-undersøkelse og for god utnyttelse av MR-kapasiteten. MR-sjekkliste bør ha en tydelig beskrivelse av hvilken informasjon som er nødvendig. Korrekt utfylte sjekkliste bidrar til sikre og effektive MR-undersøkelser og bedre ressursutnyttelse.

Kvaliteten på MR-sjekkliste vil kunne forbedres ved at henviser:

- fyller ut sjekkliste sammen med pasienten
- bruker journalopplysninger for nøyaktige opplysninger om utstyr/implantater
- kjenner til sjekklistens betydning

4.1.4 Administrasjon av kalium til infusjon [7]

Pasienter har fått alvorlige skader på grunn av feil håndtering av kalium til infusjon. Innmeldte hendelser omhandlet følgende typer hendelser:

- Ved oppstart: Forsinkelse på grunn av uklar/mangelfull informasjon og samhandling
- Fremplukking: Feil legemiddel ble gitt på grunn av at preparater ble forvekslet
- Tilberedning: Feil ved fortykning og/eller merking av bruksklar kalium
- infusjonshastighet: Pasienter fikk for store doser kalium på grunn av feil innstilling av infusjonspumpe eller at infusjonen ble gitt uten pumpe
- Infusjonssted: kaliuminfusjon ble gitt subkutant istedenfor intravenøst eller i perifer istedenfor i sentral vene

Det anbefales gode rutiner og systemer for oppbevaring og håndtering, tilberedning, ordinasjon, overvåking av infusjonen og trening av personalet.

4.1.5 Selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse [8]

I 2015 og 2016 fikk Meldeordningen melding om 58 pasienter som døde av selvmord mens de var innlagt i døgnenhet i psykisk helsevern. Som forbedringstiltak på systemnivå, har vi foreslått lokal gjennomgang av tiltakene foreslått i nasjonale retningslinjer:

- Enhetens fysiske forhold – redusere pasientenes muligheter til å utføre selvmordsforsøk
- Lovverk og retningslinjer for å skape felles forståelse og korrekt anvendelse i klinisk praksis
- Rutiner for informasjonsflyt for å ivareta kontinuitet i oppfølgingen
- Tilgang på kompetent helsepersonell

Å implementere nasjonale retningslinjer i lokale rutiner er en del av virksomhetens plikt til internkontroll. Implementering handler både om å oppdatere virksomhetens egne rutiner og å sikre at praksisen i virksomheten endres. Gjennomføring av forbedringstiltakene kan bidra til at selvmordstruede mennesker får best mulig observasjon, behandling og sikkerhet under innleggelse i psykisk helsevern.

5. UTVIKLING OVER TID

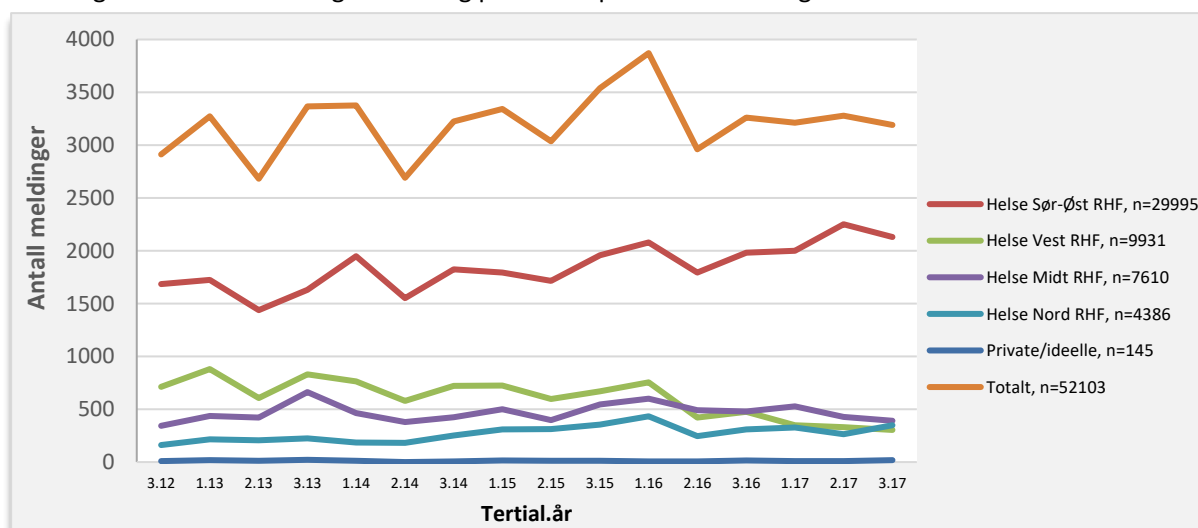
Antall innmeldte hendelser var svakt økende fra oppstart i 2012 til utgangen av 2016, men har gått noe ned i 2017. Rundt fem prosent av hendelsene omhandlet dødsfall. Varighet fra hendelse til innmelding gikk ned fra 2012 til 2013, men har deretter økt noe.

5.1 Antall hendelser innmeldt

Fra oppstart 1.7.2012 til utgangen av 2016 har Meldeordningen mottatt 52 103 meldinger fra meldepliktige virksomheter. Disse fordeler seg slik:

- 2012 (fra og med 1.7.): 3821 meldinger
- 2013: 9 355 meldinger
- 2014: 9 303 meldinger
- 2015: 9 922 meldinger
- 2016: 10 094 meldinger
- 2017: 9 681 meldinger

Fordeling av mottatte meldinger totalt og per tertial per RHF er vist i figur 6³.



Figur 6: Mottatte meldinger totalt og per tertial 1.9.2012-31.12.2017 per RHF. N=52 103

³ Inkluderer hendelser fra 1.9.2012 for å kunne sammenligne tertialer

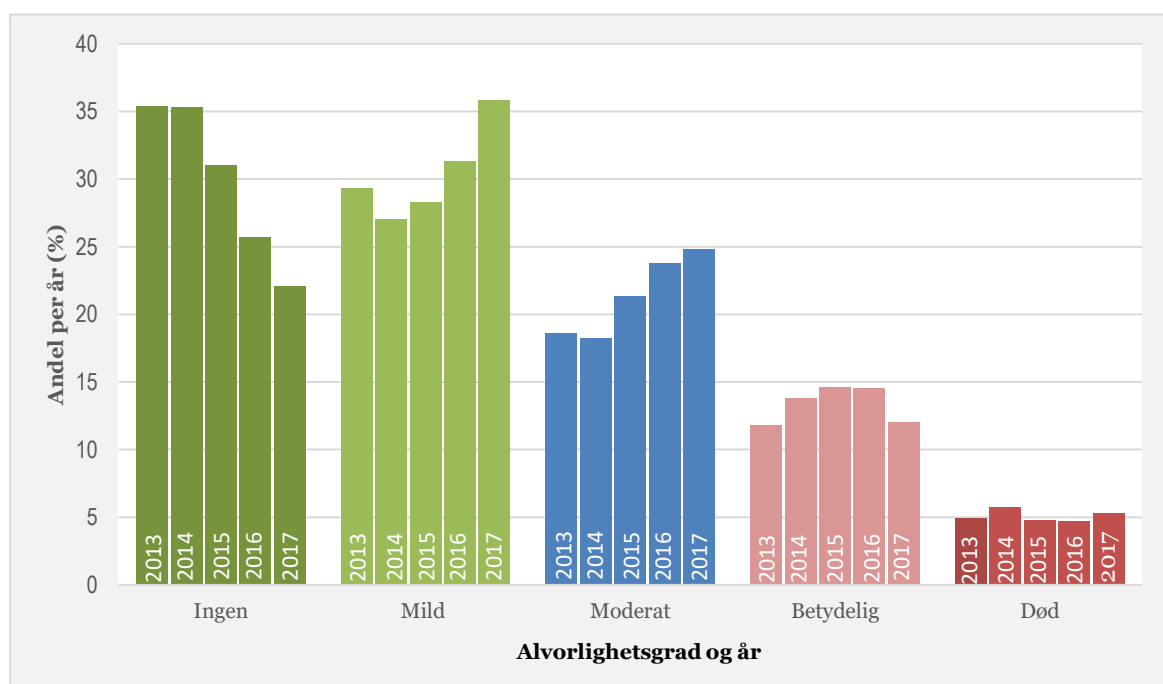
Private eller ideelle virksomheter som har driftsavtale med et regionalt foretak er klassifisert med sine respektive RHF-er. De som ikke har slik avtale, er inkludert i kategorien *Private/ideelle*. Det synes å være en svak nedgang i antall innsendte meldinger, særlig fra Helse Vest RHF.

5.2 Hendelsenes alvorlighetsgrad

Totalt blant de hendelsene i perioden 2013-2017 som er klassifisert med tanke på hendelsens konsekvens for pasientens tilstand og behandlingsomgang (n=43 805), var det:

- 2 267 dødsfall (5,2 prosent)
- 5 776 hendelser der pasienten fikk betydelig skade eller økt behandlingsintensitet (13,2 prosent)
- 9 412 hendelser med moderat skade/konsekvens (21,5 prosent)
- 13 145 hendelser med mild skade/konsekvens (30,0 prosent)
- 13 205 hendelser der det ikke var noen observerbar skade på pasient (30,1 prosent)

Som figur 7 viser, har den største endringen i disse årene vært at det er en økning i gruppen hendelser med alvorlighetsgrad mild og en nedgang i andel meldte hendelser som ikke hadde noen konsekvens for pasienten. For lettere å kunne sammenligne tidsperioder, har vi her bare inkludert de årene der Meldeordningen har vært i drift i hele kalenderår (2013-2017).



Figur 7: Alvorlighetsgrad i årene 2013-2017 – andeler per år i hver kategori alvorlighetsgrad (n=43 805)

5.3 Innmeldingstidspunkt fra virksomhetene

Ifølge spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 skal melding om uønsket hendelse sendes «straks» [1]. Dette er definert som «senest 24 timer etter at det meldepliktige forholdet ble kjent» [9]. Tabell 5 viser at 11-18 prosent ble sendt innen 24 timer, mens i overkant av 40 prosent ble sendt innen tre døgn.

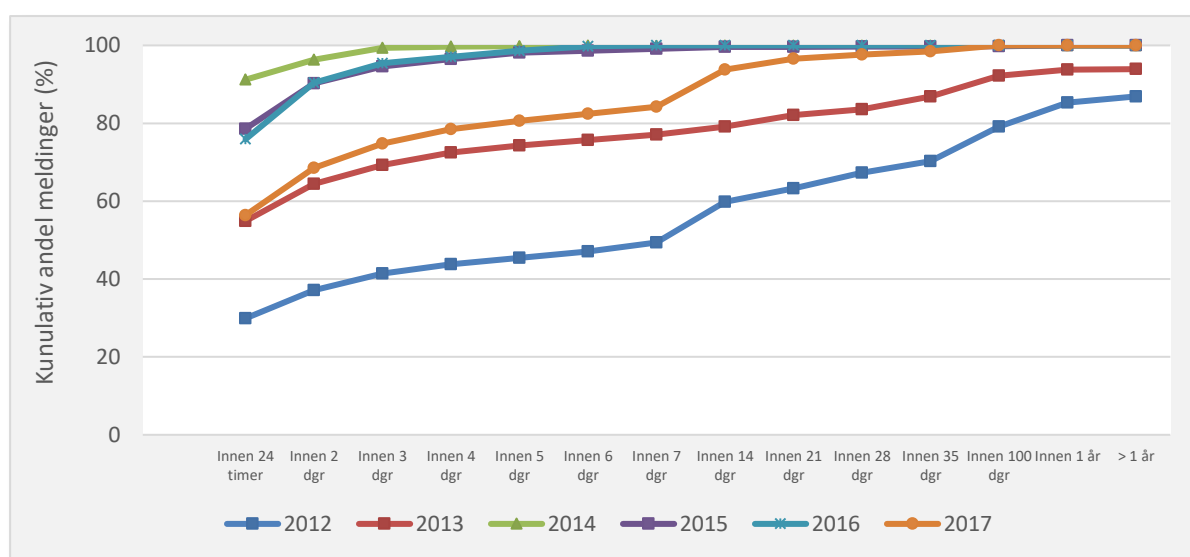
Tabell 5: Tid fra hendelse til innsending fordelt på år

År	Andel innmeldt innen 24 timer (%)	Andel innmeldt i løpet av 3 døgn (%)	Median antall dager
2012	11	40	4,5
2013	15	44	3,6
2014	18	45	3,6
2015	18	45	3,7
2016	16	43	4,3
2017	14	41	4,4

Median tid fra hendelse til innmelding gikk ned fra 2012 til 2013, men har deretter vist en svak økning.

5.4 Meldingsmottak i Meldeordningen

Meldeordningen har som mål å lese meldingene i løpet av første arbeidsdag etter mottak. De første årene gikk det stadig kortere tid fra melding ble mottatt til den ble lest i Meldeordningen (figur 8). I 2015 og 2016 var det en noe lavere andel som ble lest innen de første dagene enn det var i 2014. I 2017 var det igjen en redusert andel som ble lest innen den første uken. Dette skyldes en nedgang i antall saksbehandlere og en endring av rutiner for fordeling av saker til saksbehandlerne. I 2015 og 2016 ble sakene lest og fordelt til saksbehandler av noen få ansatte i Meldeordningen, mens i april 2017 ble dette endret til at saksbehandlerne selv henter de sakene de skal behandle.



Figur 8: Andel meldinger vurdert i Meldeordningen innen ulike tidsintervaller 2012-2017

6. AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Det er fortsatt behov for standardisering av registrering av avdelingstype og yrkesgruppe. Publisering av læringsnotater er et satsningsområde.

6.1 Registrering av avdelingstype og yrkesgruppe

Siden oppstart av Meldeordningen har det vært behov for å standardisere registrering av avdelingstype og helsepersonellkategorier ved virksomhetene for å kunne gjøre mer presise og detaljerte analyser av hendelsene. Når revidert informasjonsstandard er implementert, vil Meldeordningen kunne analysere hendelsessted og melderens yrkesgruppe mer presist og konsistent.

6.2 Læringstilbakemeldinger

Hendelsestypene i denne rapporten er presentert med antall i de ulike kategoriene i WHO-klassifikasjonen. Meldeordningen vil fortsette med å anvende dette materialet til lærings- og kvalitetsfremmende tilbakemeldinger til virksomhetene, fortrinnsvis i form av læringsnotater basert på aggregerte data.

6.3 Innføring av NOKUP i ny saksbehandlingsløsning

Som nevnt i kapittel 1, ble nasjonalt kodeverk for uønskede pasienthendelser publisert i 2017. NOKUP implementeres i ny saksbehandlingsløsning for Meldeordningen i 2018. Dette vil gjøre det mulig å motta virksomhetenes koder på de innmeldte hendelsene.

7. REFERANSER

1. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.*
2. Saastad, E., Ø. Flesland, and A.K. Lindahl. *Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.* 2014 [cited 13.3.2017]; <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2013-for-meldeordningen-for-uonskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>.
3. Saunes, I.S., et al. *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet.* 2010 3.4.2017]; <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/Kartlegging+av+begrepet+pasientsikkerhet.9269.cms>.
4. *Infeksjon etter injeksjon i øyet.* 2017 [cited 16.4.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/infeksjon-etter-injeksjon-i-oyet>.
5. *Uønskede hendelser ved radiologisk bildediagnostikk.* 2017 [cited 16.4.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-ved-radiologisk-bilediagnostikk>.
6. *Bruk av MR-sjekkliste.* 2017 [16.4.2017]; <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1351/Læringsnotat%20MR-sjekkliste.pdf>.
7. *Administrasjon av kalium til infusjon.* 2017 [cited 10.4.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/administrasjon-av-kalium-til-infusjon>.
8. *Selvmed og selvmordsforsøk under innleggelse.* 2017 [cited 2017 23.11.]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/selvmed-og-selvmedsforsok-under-innleggelse>.
9. Helsedirektoratet. *Veileder til spesialisthelsetjenesteloven §3-3 : meldeplikt til Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* Veileder IS-1997 2012 August 2016 [cited 5.4.2017]; <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-spesialisthelsetjenesteloven-3-3-meldeplikt-til-nasjonalt-kunnskapscenter-for-helsetjenesten>.
10. World Health Organization. *Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: version 1.1. : technical report January 2009.* WHO/IER/PSP/2010.2 2009 [10.5.2015]; http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf.
11. Saastad E, et al. *Felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskede hendelser - sluttrapport.* 2015 [3.3.2017]; Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/felles-nasjonalt-klassifikasjonssystem-for-uonskede-hendelser-sluttrapport>.
12. *Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser.* 2017 [cited 20.11.2017];: <https://volven.no/>.
13. Klem, K., et al. *Uønskede hendelser med metotreksat - kan de forebygges?* 2015 [13.3.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-med-metotreksat-i-sykehus-kan-de-forebygges>.
14. Saastad, E. *Parenteral ernæring - en kompleks behandling.* 2015 [10.3.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/parenteral-ernering-en-kompleks-behandling>.
15. Saastad, E., et al. *Forveksling av legemidler.* 2013 [13.3.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forveksling-av-legemidler>.
16. Lindahl, A.K. *Uønskede hendelser ved tromboseprofylakse eller antikoagulasjonsbehandling.* 2013 2.3.2017]; Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-ved-tromboseprofylakse-eller-antikoagulasjonsbehandling>.
17. *Legemiddel eller blod til feil pasient.* 2016 [15.3.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddel-eller-blod-til-feil-pasient>.
18. *Pasienter fikk feil insulindose.* 2016 [15.3.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/pasienter-fikk-feil-insulindose>.
19. *Tilberedning av legemidler til barn.* 2016 [15.3.2017]; <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilberedning-av-legemidler-til-barn>.

20. *Meld uønsket hendelse - blodgivning og blodtransfusjon.*
<https://helsedirektoratet.no/transfusjonsmedisin/meld-uonsket-hendelse-blodgivning-og-blodtransfusjon>.
21. Steinsvåg, C., A. Espinosa, and Ø. Flesland, *Eight years with haemovigilance in Norway: what have we learnt?* Transfusion and Apheresis Science, 2013. **49**(3): p. 5.
22. Steinsvåg, C.T., E. Espinosa, and Ø. Flesland. *Overvåking av blod i Norge - Troll. Rapport fra de ti første meldeår 2004-13.* 2016 [2.4.2017]; <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1202/IS-2477%20Overvåking%20av%20blod%20i%20Norge%20-%20Troll%20-%20tiårsrapport%202004-13.pdf>



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 81 02 00 50

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no