

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 10.11.2008
Sakhandsamar: Ingvill Skogseth
Saka gjeld: **Meldesentralen - oppsummeringsrapport 2001-2007**

Arkivsak

2008/83/025

Styresak 131/08 O

Styremøte 12.12. 2008

Bakgrunn

I serien Rapport frå Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetenestene. Rapport 05/2008 er ein oppsummeringsrapport 2001-2007. Denne rapporten presenterer informasjon om meldingar som blei registrert i 2001-2007. I tillegg er det gjort ei avgrensa samanlikning med meldingar til den danske pasienttryggleiksbasen.

Rapporten er tilgjengeleg i elektronisk versjon på Helsetilsynet si website: www.helsetilsynet.no.

Etter § 3-3 i spesialisthelsetenestelova har verksemdar i spesialisthelsetenesta plikt til å gi melding til Helsetilsynet i fylket om hendingar som har ført til, eller kunne ha ført til, betydeleg personskade eller fare for betydeleg personskade på pasient. Desse lovpålagte meldingane blir registrerte i ein nasjonal database, Meldesentralen.

Kommentarar

Frå 2001 til 2007 blei det registrert 13 136 meldingar om uønska hendingar i spesialisthelsetenesta. Ei av ti meldingar (10 prosent) gjeld unaturleg dødsfall.

Det er stor variasjon i meldefrekvensen, målt etter talet på meldingar per 10 000 døgnopphald, både mellom dei regionale helseføretaka og mellom helseføretaka.

Helse Sør-Øst RHF har den høgaste meldefrekvensen – 14 meldingar per 10 000 døgnopphald. Helse Vest RHF har den lågaste meldefrekvensen – 8 meldingar per 10 000 døgnopphald.

Helse Fonna HF, Helse Førde HF og Helse Stavanger HF er mellom dei som har lågaste meldefrekvens: høvesvis: 7, 5 og 5 meldingar per 10 000 døgnopphald. Helse Bergen HF har 13 meldingar per 10 000 døgnopphald.

27 prosent av alle meldingane gjeld hendingar som har med lækjemiddel å gjere.

17 prosent av alle meldingane gjeld hendingar som har skjedd i samband med psykiatrisk behandling.

17 prosent av alle meldingane gjeld hendingar som har skjedd i samband med fall.

Den danske pasienttryggleiksbasen (DPSD) skal ha meldingar om alle utilsikta hendingar som har ført til skade på pasienten, eller som har ført til risiko for skade, uavhengig av kor alvorleg skade det er snakk om. Det er i 2007 registrert ti gonger så mange meldingar i danske DPSD som i den norske Meldesentralen. Derimot er det i Meldesentralen registrert dobbelt så mange meldingar som i DPSD om unaturlege dødsfall. Ulik terskel og forståing for kva som skal meldast, kan vere ei av årsakene til denne forskjellen.

Helsetilsynet si vurdering er at dei helseinstitusjonane som melder flest uønska hendingar ikkje nødvendigvis er dei institusjonane kor flest hendingar faktisk skjer, men at mange meldingar er eit uttrykk for ein god meldekultur og eit kvalitetsarbeid som fungerer.

Helse Vest RHF legg til grunn at helseføretaka vurderer årsakene til dei forskjellane som er påpeika i denne rapporten, og gjennomgår sin eigen praksis med sikte på å forbetre meldekulturen og sikre at meldeplikta blir oppfylt. Forventninga til tenestene er at dei skal klårgjera kvifor hendinga har skjedd og førebyggja at dei skjer igjen.

Kunnskap om formålet med meldeordninga og motivasjonen hos helsepersonell for å melda, kan vera grunnar til at talet på meldingar er så skiftande.

Leiarar i helsetenesta må medverka til at helsepersonell får informasjon om formålet med eksterne meldeordningar og med intern rapportering og behandling av uønska hendingar. Melding om hendingar som har ført til, eller kunne ha ført til, betydeleg personskade eller fare for betydeleg personskade på pasient vil inngå i samla avvikkssystem

Vi viser også til styresaka; **Vidareføring og styrking av kvalitetssatsinga i Helse Vest 2009-2013**, om tiltak/felles regionale initiativ mht pasientsikkerhet.

Prioriterte tiltak innanfor pasienttryggleik er:

"Komplikasjonsmøte" ("Morbidity and Mortality-Meetings"): For å understøtte oppbygging av ein kultur for openheit og læring knytt til uønskete hendingar, skal det vere rutine å halde møte på ulike einingar for å drøfte uønskete hendingar. Dette inkluderar årsaksanalysar og risiko- og sårbarheitsanalysar. Det er behov for å utarbeide eit rammeverk til hjelp for å gjennomføre slike møte. Det finst internasjonalt utvikla gode hjelpemiddel som kan brukast (m.a. kjerneårsaksanalysar, strukturerte journalundersøkingar), men desse må likevel tilpassast regionale og lokale formål.

Måling og forbetring av pasienttryggleikskultur: Kulturen er viktig for korleis arbeidet med pasienttryggleik blir prioritert og gjennomført i pasientbehandlinga. Det er utvikla ulike måleinstrument (spørjeskjema) som måler tryggleikskulturen og gir eit bilde av korleis dei tilsette opplever prioriteringa av pasienttryggleik. Det er vidare utvikla hjelpemiddel for å arbeide med forbetring av tryggleikskulturen. Tilpassing og bruk av slike hjelpemiddel i arbeidet må vurderast nærmare.

Avviksrapportering: Det er under implementering eit felles elektronisk system for registrering av uønskete hendingar i Helse Vest (Synergi). Systemet sett fokus på systemfeil, ikkje personfeil, og er ei viktig kjelde til kvalitetsforbetring ved å gi leiinga oversikt over risiko og viktigaste risikoreduserande tiltak i verksemda.

Det er vidare under utvikling ulike typar standardrapportar for å utnytte meldingane som kunnskapsbase i forbetringsarbeidet. Rapportane skal understøtte behov på ulike nivå. Implementeringa av rapporteringssystemet vil følgjast opp og bruken vidareutviklast.

Forslag til vedtak

Saka blir tatt til orientering