

Saksfremlegg

Saksgang

Styre	Møtedato
Styret i Sykehuset Telemark HF	22. mai 2024

Type sak (sett kryss)							
Beslutning	<input checked="" type="checkbox"/>	Etterretning	<input type="checkbox"/>	Orientering	<input type="checkbox"/>	Tema	<input type="checkbox"/>

Sak: 039-2024

Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2023

Hensikten med saken

Saken gjør rede for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser ved Sykehuset Telemark i 2023, og sykehusets systematiske forbedringsarbeid for å redusere risikoen for pasientskader.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser til etterretning og gir sin tilslutning til sykehusets systematiske forbedringsarbeid for å redusere risikoen for pasientskader.

Skien, 13. mai 2024

Tom Helge Rønning
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Sykehusets styre får hvert år en redegjørelse for utviklingen i alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser og hvordan de følges opp for å redusere risikoen for pasientskader.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Varsler om alvorlige pasienthendelser

Formålet med varselordningen av alvorlige pasienthendelser (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a) til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), er å identifisere alvorlige pasienthendelser raskt, slik at de kan rettes opp i og bidra til god pasientsikkerhet.

Faktaboks: Varsel om alvorlige hendelser (§ 3-3a)

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a

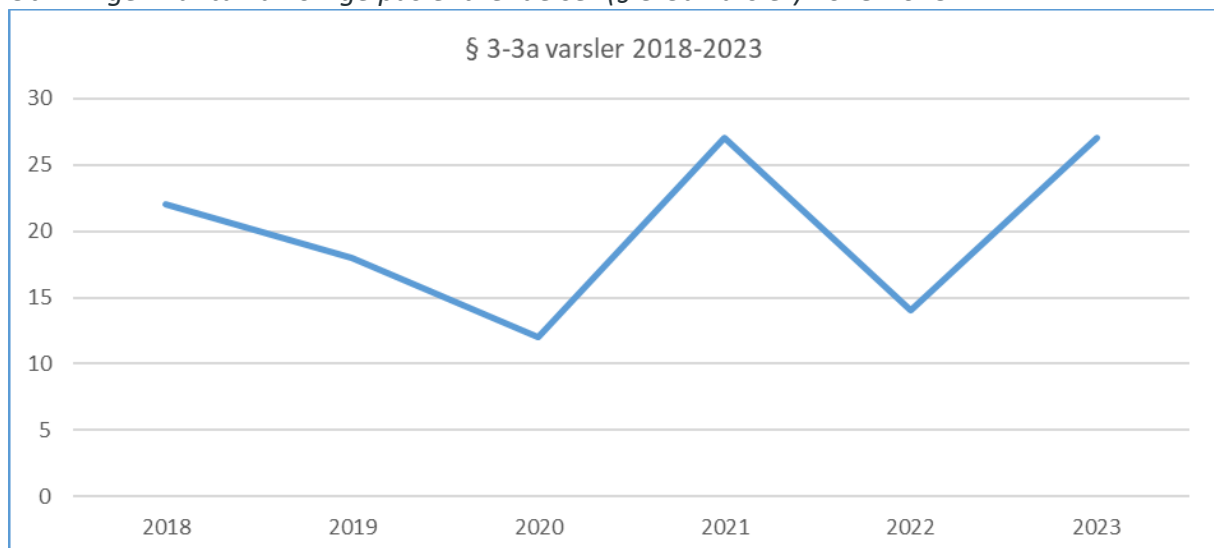
En virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Ukom om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Det er ikke varslingsplikt for hendelser som kunne ha medført dødsfall eller svært alvorlig skade

Varselet skal registreres elektronisk via meldeportalen www.melde.no. Veiledning for pålogging ([bankID / elektronisk ID](#)) og utfylling av varsler er tilgjengelig i portalen.

Fra 1. juli 2019 ble varslingsplikten også gjeldende for gjelder for [kommunale tjenester](#), [tannhelsetjeneste og private tjenester](#) (helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a). [Pasienter, brukere og pårørende](#) fikk samtidig rett til å varsle Helsetilsynet om alvorlige forhold. (Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6)

Utviklingen i antall alvorlige pasienthendelser (§ 3-3a varsler) 2018-2023



Tabellen over viser utviklingen i antall alvorlige pasienthendelser som er varslet som § 3-3a-saker i tidsrommet 2018-2023.

Antall saker har økt i 2023 (27) og er tilbake på samme nivå som under pandemien i 2021 (27). Det er vanskelig å si noe sikkert om hva som forårsaker utviklingen, tallene er små og

antallet saker har variert fra år til år. Samtidig er antallet meldte uønskede hendelser generelt økende.

Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP)

§ 3-3a sakene er klassifisert og analysert i henhold til [Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser \(NOKUP\)](#). Klassifiseringen omfatter sted for hendelsen, hendelsestype, medvirkende faktorer/årsaker, forebyggbarhet, faktisk konsekvens for pasient, hyppighet for uønsket hendelser og mulig konsekvens ved gjentakelse. Se vedlagte presentasjon. *Datagrunnlaget for § 3-3a sakene er hentet fra forbedringssystemet EQS og saks- og arkivsystemet Public 360. Flere av sakene er fremdeles under oppfølging og det kan komme etterregistreringer som fører til at datagrunnlaget vil endre seg.*

Tilsynsmyndighetenes oppfølging

Helsetilsynet har oversendt alle § 3-3a sakene til Statsforvalteren. Ingen av sakene er fulgt opp av Helsetilsynet selv eller Ukom.

Statsforvalterens behandling av § 3-3a saker i 2023 (27)

Oversendelse til virksomheten	Tilsynssak - virksomheten følger opp og rapporterer	Tilsynssak - Statsforvalteren utreder og avgjør
18	5	4

Tabellen over viser Statsforvalterens behandling av § 3-3a saker i 2023

De fleste § 3-3a sakene (18) ble avsluttet av Statsforvalteren ved oversendelse til virksomheten for oppfølging. Statsforvalteren har ikke åpnet tilsyn i noen av sakene som gjelder selvmordsforsøk eller selvmord.

I de resterende sakene ble det åpnet tilsyn, enten ved at sykehuset selv har fulgt opp og rapportert (5) eller at Statsforvalteren har utredet og avgjort (4). Sykehuset har selv ansvaret for å lære av egne hendelser, kartlegge risikofaktorer, risikoområder og arbeide med kontinuerlig forbedring.

I to av de fire sakene som Statsforvalteren selv har utredet og avgjort, var konklusjonen at behandlingen ikke var forsvarlig.

Hendelsesanalyser

I Sykehuset Telemark skal som hovedregel § 3-3a saker følges opp med hendelsesanalyser. Hendelsesanalysene utføres på oppdrag fra en eller flere klinikkjefer eller stabsdirektører.

Faktaboks: Analysepoolen ved Sykehuset Telemark

Analysepoolen består av ledere og medarbeidere innenfor rekke fag og spesialiteter:

Alle har gjennomført kurs i hendelsesanalyser og pasientsikkerhet i regi av Helsedirektoratet.

Analysepoolen koordineres av kvalitetssjef som oppretter analyseteam på oppdrag fra klinikkjefer og stabsdirektører. Analyseteamene suppleres med ytterligere kompetanse etter behov.

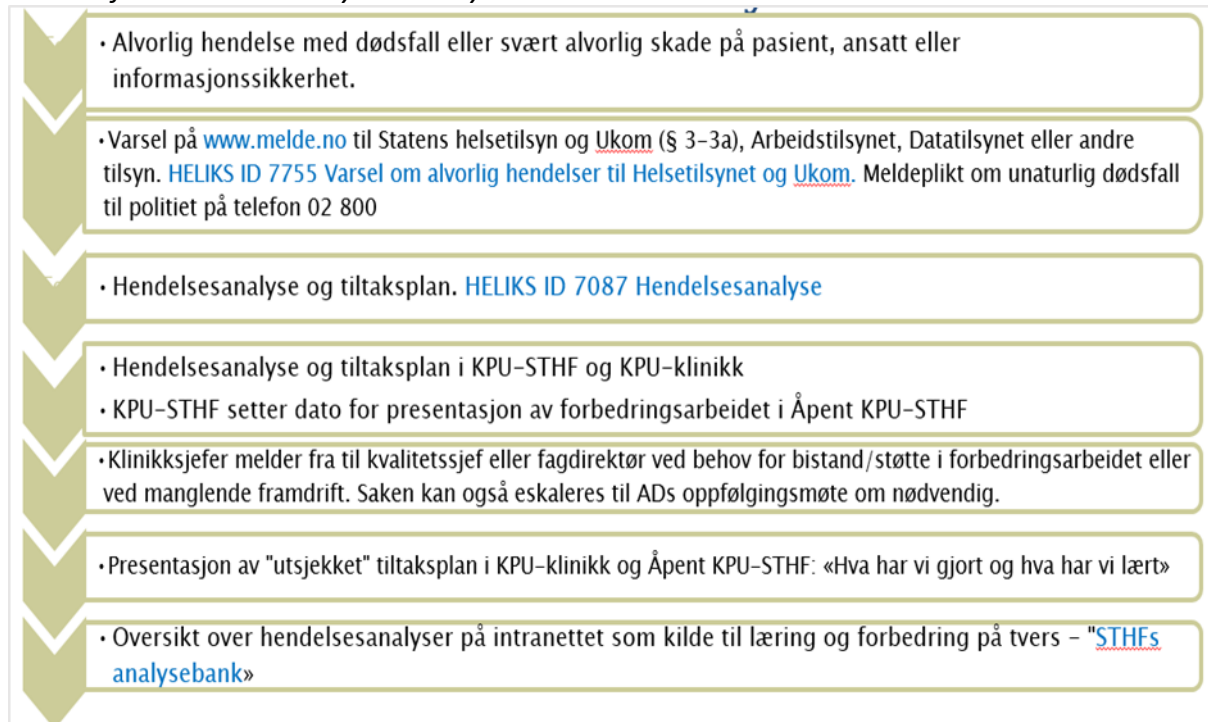
En hendelsesanalyse har som mål å besvare; hva har skjedd, hvorfor skjedde det og hvordan unngå at det skjer igjen.

Sykehusets analysepool gjennomfører hendelsesanalyser i de mest komplekse sakene, der som oftest flere klinikker og noen ganger også eksterne samarbeidspartnere er involvert.

KPR har opparbeidet spesialkompetanse i hendelsesanalyser og gjennomganger ved selvmordsforsøk og selvmord.

Det skal også gjennomføres hendelsesanalyser etter alvorlige HMS-hendelser og alvorlige personvernbrudd. Pasienthendelser, HMS-hendelser og personvernbrudd gjelder som regel forhold som påvirker hverandre og må derfor sees i sammenheng.

Prosess for hendelsesanalyser ved Sykehuset Telemark



Bildet over viser prosess for hendelsesanalyser ved Sykehuset Telemark.

Deltakerne i en hendelsesanalyse er de sentrale aktører som har vært involvert i hendelsen; pasienter og pårørende, medarbeidere og ledere.

De fleste hendelsesanalysene gjennomføres som felles analysemøter kombinert med intervjuer med pasient og pårørende. Der det er hensiktsmessig gjennomføres det enklere og mindre ressurskrevende «tabletop-analyser».

Proessen for hendelsesanalyser evalueres hvert år i administrerende direktørs ledergruppe.

Hendelsesanalyser 2023

Det er gjennomført 17 hendelsesanalyser i 2023. 15 av hendelsesanalysene gjaldt § 3-3a saker. 7 av disse ble gjennomført i regi av KPR og gjaldt selvmord og selvmordsforsøk. De resterende sakene ble gjennomført med ressurser fra sykehusets felles analysepool.

Tre av analysene er gjennomført som felles hendelsesanalyser i samarbeid med kommuner i Telemark og Sykehuset i Vestfold (AMK).

Hendelsesanalyser og hendelsestyper 2023

Hendelsestyper (§ 3-3a saker)	Hendelsesanalyser (15)
2.1 Pasientadministrasjon	
2.1.1 Ekstern henvisning	1
2.2 Diagnostikk/utredning	
2.2.1 Klinisk vurdering	1
2.3 Behandling og pleie	
2.3.8.1 Fosterovervåkning	1
2.3.8.8 Skulderdystoci	1
2.4 Fall og uhell	
2.4.1.99 Annet - fall	1
2.5 Dokumentasjon/informasjon	
2.5.4 Registrering av kritisk informasjon	1
2.7 Legemidler	
2.7.1.2 Feil legemiddel/legemiddelform	1
2.7.1.9 Overføring av informasjon, inklusive samstemming	1
2.9 Pasientadferd	
2.9.3 Selvmordsforsøk	1
2.9.4 Selvmord	6

Tabellen over viser hendelsesanalyser i § 3-3a saker klassifisert med hendelsestyper (NOKUP)

I tillegg er det gjennomført hendelsesanalyser i to hendelser, som ikke er varslet som § 3-3a saker. Den ene saken gjaldt svikt i samhandling mellom MED og KPR om vurdering av pasientens omsorgsbehov etter utskriving. Dette er en klagesak som ble fulgt opp som tilsynssak. Statsforvalteren konkluderte med at oppfølgingen av hendelsen var i samsvar med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Den andre saken gjaldt strømstans.

Vurderinger

Psykologisk trygghet og meldekultur

En god meldekultur forutsetter et arbeidsmiljø med psykologisk trygghet, der det er trygt å melde fra, uten frykt for sanksjoner. Psykologisk trygghet innebærer et arbeidsmiljø med åpenhet og trygghet til å si fra om både det som går bra og dårlig; at det å trygt å melde fra om risiko, uønskede hendelser og forbedringsforslag som grunnlag for læring og forbedring.

Økningen i antall § 3-3a saker sammenstilt med at antallet registrerte hendelser generelt er økende, kan tyde på en positiv utvikling i meldekulturen.

§ 3-3a saker og NOKUP

Klassifiseringen med Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) gir detaljert informasjon om § 3-3a sakene i 2023. Siden antallet saker er lite, begrenser muligheten for se trender og trekke konklusjoner. Det bemerkes likevel at over halvparten av sakene vurderes som forebyggbare og dermed gir et godt grunnlag for forbedringsarbeid.

Hendelsesanalyser

Hendelsesanalysene har blitt en sentral del av sykehusets forbedringsarbeid. De belyser hendelsesforløpet og fokuserer på svikt, risikoområder og forbedringstiltak på systemnivå – uten sanksjoner mot enkeltindivider. Dette er avgjørende for psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet. Pasienter og pårørende ønsker å delta i de fleste analysene. Deres bidrag er av stor betydning for å belyse hendelsene og for forbedringsarbeidet. Analysene bidrar til å gi aktørene i hendelsen et eierskap til vurderingene og tiltakene i forbedringsarbeidet

Risikogrupper

Grupper med funksjonssvikt, herunder eldre, barn, personer med utviklingshemming, kommunikasjonsvansker, rusproblemer eller psykiske lidelser, er særskilt utsatt ved uønskede pasienthendelser. Disse utgjør risikogrupper og er ofte avhengig av at sterke pårørende eller andre støttepersoner taler deres sak.

Helsepersonell må ha spesielt fokus på å forebygge, avdekke og følge opp pasienthendelser i disse risikogruppene.

Risikoområder

Hendelsesanalysene avdekker en rekke risikoområder, spesielt nevnes:

- Overganger; fra døgn- til dagbehandling og mellom seksjoner/virksomheter
- Fragmenterte behandlingsforløp - mange seksjoner og behandlere involvert
- Uklar ansvars- og oppgavefordeling
- Mangelfull opplæring/kompetanse
- Manglende etterlevelse av prosedyrer
- Mangelfull journalføring
- «Diagnostisk overskygging» - spesielt utsatt er psykisk syke pasienter med akutt somatisk sykdom
- Svikt i kommunikasjon/samhandling mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasient/pårørende

Det er ikke mulig å fjerne all risiko for pasientskader, men tilgjengelig kunnskap om risikofaktorer og hvordan pasientskader kan forebygges, må brukes aktivt for å forbedre pasientsikkerheten.

Forbedringsarbeid

Alvorlige hendelser og hendelsesanalyser følges opp med forbedringstiltak som skal redusere risikoen for pasientskader. Risikoområder- og grupper gis særskilt oppmerksomhet. Forbedringsarbeidet etter hendelsesanalyser (hva har vi gjort og hva har vi lært) følges opp i sykehusets Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF / KPU-klinikk).

3. Administrerende direktørs anbefaling

Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en integrert del av sykehusets virksomhetsstyring. Ledelsen i klinikkene arbeider systematisk med å sikre at alvorlige

pasienthendelser blir varslet og fulgt opp. Det gjennomføres hendelsesanalyser og iverksettes forbedringstiltak for å redusere risikoen for pasientskader

Sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-STHF/KPU-klinikk) følger systematisk opp alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser for å sikre at tiltakene har effekt og bidrar til forbedring og læring på tvers i sykehuset.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar redegjørelsen for alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser til etterretning og gir sin tilslutning til sykehusets systematiske forbedringsarbeid for å redusere risikoen for pasientskader.

Vedlegg:

- Alvorlige pasienthendelser og hendelsesanalyser 2023 – § 3-3a saker med NOKUP