

**Sykehuset Innlandet HF**  
**Styremøte 23.02.17**

**SAK NR 017 – 2017**  
**ORIENTERING OM ARBEIDET MED PASIENTSKADER OG UØNSKEDE**  
**HENDELSER**

Forslag til

**VEDTAK:**

Styret tar informasjonen om status for arbeidet med uønskede hendelser og videre arbeid med de alvorligste sakene i Sykehuset Innlandet til orientering.

Brumunddal, 16. februar 2017

Alice Beathe Andersgaard  
administrerende direktør

## Bakgrunn

Kravet til helsepersonells plikt til melding om betydelig skade på pasient eller forhold som kunne ført til betydelig skade er hjemlet i Helsepersonellovens § 38, og foretakenes plikter når det gjelder melding er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3.3 og § 3.3 A.

**§ 3-3. Meldeplikt til Helsedirektoratet** (Meldeordningen) har som formål å forbedre pasientsikkerheten, avklare årsaker til hendelser og forebygge at tilsvarende skjer igjen. Helseinstitusjon skal sende melding til Meldeordningen om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen og om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingene sendes via foretakenes hendelseshåndteringssystem.

Helsedirektoratet behandler meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten. Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal Helsedirektoratet varsle Statens helsetilsyn.

**§3.3.a Varsel til Statens helsetilsyn** om alvorlige hendelser gjøres direkte fra avdelingen ved dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Ved vurderingen av om det skal varsles, skal det legges vekt på

- om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå
- om det er uklart hva som har skjedd og
- om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell

Varslingen til Helsetilsynet skal gjøres for å sikre tilsynsmessig oppfølging av de mest alvorlige hendelsene, og gjøres parallelt med normale rutiner for registrering i hendelseshåndteringssystemet. Statens Helsetilsyn avgjør hvorvidt det er grunnlag for at de selv rykker ut, om saken overlates til Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging eller om foretaket selv bes om å gjennomgå hendelsen som ledd i intern avvikshåndtering.

Styret i Sykehuset Innlandet har tidligere definert områder innen kvalitet og pasientsikkerhet det er viktig å følge spesielt med på (sak 48-2014: Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014 - 2017). I denne saken gis en orientering om arbeidet med og oppfølging av pasientskader og uønskede hendelser. Dette er også tidligere er fulgt opp i sak 094 – 2014 og sak 081- 2015.

## Saksframstilling

### Status

Etter styresaken i november 2014 ble det gjennomført flere tiltak for å forbedre arbeidet med uønskede hendelser på systemnivå:

- Overordnet prosedyre ble revidert, med veiledninger både for ansatte og ledere.
- En kort beskrivelse av ansattes rettigheter og plikter ved uønskede hendelser ble inkludert i «pasientsikkerhetsboken» som brukes ved tavlemøter.
- Uønskede hendelser har vært tema på introduksjonsdagene for nyansatte og i lederopplæringsprogrammet for basisledelse i Sykehuset Innlandet.

- Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå (SIKPU) har gjennomført presentasjon av en eller flere konkrete hendelser på hvert møte for erfaringsdeling og læring på tvers.
- Flere av divisjonenes kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg har etablert rutiner for systematisk gjennomgang av uønskede hendelser i divisjonen.
- Kvalitetsnettverket i Sykehuset Innlandet har fokus på meldepliktige hendelser, revisjoner og tilsyn.
- Det har vært gjennomført ulike analyser av dødsfall for å finne forbedringspunkter i pasientforløpene.
- Kongsvinger har innført å invitere pasienter m/pårørende som har vært usatt for en uønsket hendelse til en samtale så raskt som mulig etter hendelsen, for at pasienten skal få formidlet sin opplevelse.

Videre oppfølging av arbeidet med uønskede hendelser ble presentert for styret i november 2015, hvor flere nye tiltak ble identifisert. Punktene er angitt i tabellen under med, med oppdatert status for hvert punkt pr. januar 2017:

Tiltak	Status pr januar 2017	Kommentar
Innføring av nytt forbedringssystem som erstatning for TQM Helse		Innføres fra 1. mars 2017.
Det bør utvikles e-læringskurs for kontinuerlig opplæring av ansatte og ledere etter innføringen av systemet.		Er publisert i Læringsportalen i tilknytning til lansering av nytt system, både for ansatte og ledere.
Kunnskap om kontinuerlig forbedring må styrkes, og bør inngå i opplæringen av ledere på alle nivåer.		Tatt inn i opplæringsprogrammet for nivå-4-ledere, og i introduksjonsdagen for nyansatte.
Prinsipp for melding til Kunnskapssenteret/Helsetilsynet: Ved uenighet om en hendelse er meldepliktig skal ledere medvirke til at den alltid meldes. Da flyttes vurderingen over til Kunnskapssenteret/Helsetilsynet.		Fortsatt behov for å avklare forståelsen av vurderingene som skal ligge til grunn for 3.3.a-meldinger hos avdelingssjefer/-overleger.
Det må jobbes med en løsning for å kvalitetssikre den interne prosessen for 3.3.a-meldinger, og få dokumentert varslet til Helsetilsynet i samme system som til Kunnskapssenteret.		Ikke etablert noen enhetlig overordnet prosess for arbeidsflyt og informasjonsflyt.
Meldinger til Kunnskapssenteret sjekkes for å fange opp spesielle hendelser og risikoområder.		3.3.-meldingene blir vurdert i sentral fagstab, som tar kontakt med gjeldende avdelingssjef for ny vurdering av om hendelsen skal oppgraderes til en 3.3.a-melding. I
En ny modul for revisjoner og tilsyn tas i bruk for planlegging, dokumentasjon og oppfølging, slik at bl.a. ansvar for oppfølging blir tydelig.		Nye moduler er under utvikling i Kvalitetssystemet, og skal innføres i 2017.

Det settes ned en gruppe med utgangspunkt i divisjonenes kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg, arbeidsutvalgs-/sekretærfunksjoner for å fastlegge hvilke hendelser som bør utløse en årsaksanalyse, og hvordan analysene bør gjøres.		Utsatt på grunn av kapasitetsutfordringer.
Årsaksanalyser skal presenteres både i aktuell divisjon og i SIPKU. Medlemmer i SIKPU har ansvar for å bringe kunnskap fra årsaksanalyser tilbake til egen divisjon.		Gjennomføres lokalt, men det er foreløpig ikke laget retningslinjer på foretaksnivå.
Ved 3.3.a-meldinger bør kommunikasjonsavdelingen involveres på et tidlig tidspunkt for å være i forkant av henvendelser fra presse og media.		Intern arbeidsflyt og informasjon er ikke på plass.
Aggregerte data over uønskede hendelser skal publiseres på SI HF sine hjemmesider x 4/år. Eksempler på hendelser, analyse og læring skal publiseres x 2/år.		System for dette er avtalt i tilknytning til lansering av ny nettsider i november 2016. Og flere § 3.3.meldinger er publiserte. Men fortsatt diskusjoner om antall og innhold for å ivareta taushetsplikt.

### Videre arbeid

I løpet av det siste året har antallet §3.3-meldinger fra Sykehuset Innlandet økt med 20 %, mens det fortsatt er en del ugjort når det gjelder §3.3.a-meldingene til Statens Helsetilsyn. Det gjenspeiles i at det fortsatt forekommer at Sykehuset Innlandet mottar tilsynssaker fra Fylkesmannen som viser at meldeplikten ikke er overholdt og at Pasient- og brukerombudet henvender seg om saker som Sykehuset Innlandet skulle ha vist større grad av proaktivitet for via internt forbedringsarbeid.

Problemstillingen er tatt opp i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå (SIKPU) og med Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet, og det er prioritert følgende tiltak for å forsterke arbeidet med oppfølging og læring av alvorlige hendelser:

Alvorlige hendelser, §3.3.a-meldinger, skal tas opp i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå (SIKPU), med status for enkelthendelser meldt som §3.3.a og oversikt over løpende hendelser både for §3.3. og §3.3.a., for å kunne følge med på utviklingen og identifisering av eventuelle mønstre. Arbeidet med hendelser i divisjonenes kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (DKPU) skal også formidles i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget på foretaksnivå (SIKPU).

Videre iverksettes følgende konkrete tiltak for håndtering av §3.3.a-hendelser, som skal inngå i videre arbeid med å gjennomføre tiltaksom er besluttet tidligere:

- Etablere en løsning for å kople meldingen til Statens helsetilsyn til pasient-ID, for å kunne følge og kvalitetssikre videre saksgang samtidig med at personvernet ivaretas.
- Utarbeide en «Huskeliste for arbeidsflyt og informasjon ved 3.3.a.-hendelser».
- En alvorlig hendelse er sjelden, og det vil være viktig for de som blir berørt å ha noe å støtte seg til ved oppfølging av pasient og pårørende, andre pasienter og involvert helsepersonell.

## **Administrerende direktørs vurdering**

Sykehuset Innlandet er en stor organisasjon med mange meldte uønskede hendelser. Når det skjer en alvorlig hendelse har vi en særskilt forpliktelse overfor pasienter og pårørende og involvert helsepersonell om å lære av hendelsen og sørge for at noe lignende ikke skal skje igjen.

Det foregår mye godt forbedringsarbeid i daglig drift med å følge opp hendelsene og forbedre systemene, noe oppfølgingen av tidligere styresaker viser. For å utvikle Sykehuset Innlandet videre som en lærende organisasjon er det viktig å håndtere de alvorligste hendelsene på en systematisk måte. Dette skal gjøres ved å kvalitetssikre arbeidsflyten og informasjonsflyten for hver enkelt hendelse, og ved å vurdere hendelsene i et systemperspektiv for å kunne gjenkjenne eventuelle mønstre som grunnlag for kontinuerlig forbedring.