

Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 18.10.2023

Saksnr: 86/23

Sakstype: Orientering

Saksid: 21/01326-17

Saksbehandler: Jon Anders Takvam

Arbeid med uønskede pasienthendelser ved Sykehuset i Vestfold

Vedlegg:

Vedlegg 1, Organisering av kvalitetsarbeid ved SiV

Hensikten med saken:

I plan for Pasientsikkerhet og kvalitet ved Sykehuset i Vestfold er visjonen en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste. Hver pasient og bruker skal alltid og overalt få god behandling uten å utsettes for skade. Registrering, behandling og oppfølging av uønskede hendelser er et sentralt og viktig prinsipp for å sikre en god og trygg helsetjeneste. Dernest skal dette bidra til å skape en felles kultur hos alle ansatte som stimulerer til kontinuerlig forbedringsarbeid på alle nivåer.

Hensikten med denne saken er å orientere om hvordan Sykehuset i Vestfold arbeider med uønskede pasienthendelser, omfang av hendelser, trender, læringsløyper, rutiner og resultater.

Forslag til vedtak:

1. Styret tar saken til orientering og ber om at kunnskap og erfaringer fra det kontinuerlige forbedringsarbeidet som benyttes på tvers i sykehuset, er med å sikre en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste for alle pasienter og brukere ved sykehuset.
2. Styret ber om halvårlig rapportering av arbeid med uønskede hendelser og kontinuerlig forbedring.

Tønsberg, 11. oktober 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Faktagrunnlag:

Sykehuset har organisert arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet slik (se vedlegg):

- Hovedkvalitetsutvalget (HKU) som overordnet strategisk rådgivende organ, med mandat for kvalitetsarbeid, internkontroll og pasientsikkerhet
- Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) er et underutvalg for HKU, som skal fremme kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen
- På klinikknivå har klinikk-sjef/divisjonsdirektør ansvaret for kvalitetsarbeidet i sin klinikk/divisjon
- Klinikkene har egne klinikkvise kvalitetsutvalg (KKU)

Uønskede pasienthendelser blir behandlet av nærmeste leder på seksjon- eller avdelingsnivå når en hendelse er registrert. Nærmeste leder planlegger og iverksetter tiltak for å forhindre gjentakelse av samme hendelse. I de tilfellene en pasient blir påført en skade som vurderes som moderat skade, betydelig skade eller dødsfall, blir pasienten og evt. pårørende, informert om hvordan hendelsen følges opp ved sykehuset, og videre om pasientens rettigheter. Når leder i samarbeid med de ansatte ser at aktuell hendelse har lærings- og overføringsverdi til andre enheter ved sykehuset, saksbehandles aktuell hendelse videre oppover i organisasjonen på klinikk- og sykehusnivå, først via klinikkens kvalitetsutvalg og deretter eventuelt i pasientsikkerhetsutvalget og/eller hovedkvalitetsutvalget.

En viktig funksjon for utvalgene er både å granske årsaker til hendelsen og påse at det planlegges og iverksettes adekvate tiltak, som reduserer risikoen og sannsynligheten for at tilsvarende hendelser gjentar seg. Hver sak behandles individuelt, men det ses også på sammenhenger og trender som sammenlignes med andre enheter for å sikre at mindre alvorlige hendelser også følges opp med klinikkovergripende tiltak på sykehusnivå ved behov.

Meldte pasienthendelser i perioden 2020 – 2023, fordelt på klinikknivå:

Klinikk / år	½ år i 2023	2022	2021	2020	Trend i 2023
Medisinsk klinikk	819	1856	1259	940	-13 %
Kirurgisk klinikk	444	871	932	1074	+ 2 %
KPA	282	527	529	454	+ 9 %
KFMR	74	159	122	126	- 7 %
Prehospital	62	105	98	62	+ 24 %
KMD	84	154	86	83	+ 8 %
Servicedivisjonen	7	25	24	9	-
Øvrige	14	0	1	6	-
Sum alle	1 786	3 697	3 051	2 754	- 3 %

Tabellen viser en trend med et økende antall meldte pasienthendelser i tidsperioden fra 2020 til 2022. Foreløpige tall for første halvår i 2023 viser imidlertid en svak nedgang på minus 3 % sammenlignet med 2022. Årsaken til nedgangen i 2023 ligger ved Medisinsk klinikk, som foreløpig har 13 % nedgang i antall meldinger. En nærmere gjennomgang av disse dataene, viser markant reduksjon i antall meldte pasienthendelser fra akuttsenteret. Så langt i 2023 er det 45 % færre meldte pasienthendelser.

Ny organisering av akuttsenteret høsten 2021 ved innflytting i nye lokaler, medførte en rekke nye endringer i pasientflyten ved sykehuset. En av følgene var betydelig økt antall meldte pasienthendelser. Fagdirektør besluttet derav i 2022 at det skulle etableres et tverrfaglig kvalitetsråd i akuttsenteret. Utvalget ledes av kvalitetsavdelingen og består av

fagansvarlige fra alle involverte klinikker i akuttsenteret, og sikrer en raskere behandling og oppfølging av meldte pasienthendelser og tilsynsrapporter fra Helsetilsynet og Statsforvalteren på et lavest mulig nivå, der hendelsene skjedde. Dette er et ledd i handlingsplanen for akuttsenteret som også har andre tiltak for å sikre kvalitativt god drift.

Nærmeste leder kategoriserer alle meldte hendelser i forhold til hvilken konsekvens hendelsen hadde for pasienten (se tabell) øverst neste side). Ved denne vurderingen gjør leder også en vurdering av eksternt meldeplikt til melde.no. Melde.no gir nærmere informasjon om hva som er melde- eller varslingspliktig ved registrering av uønskede pasienthendelser.

Konsekvens for pasient, meldte hendelser i perioden 2020 – 2023:

<i>Konsekvens for pasient (tidligere alvorlighetsgrad)</i>	<i>Antall meldte hendelser første halvår 2023</i>	<i>Antall meldte hendelser i 2022</i>	<i>Antall meldte hendelser i 2021</i>	<i>Antall meldte hendelser i 2020</i>
Dødsfall	26	67	49	41
Betydelig skade	54	119	82	96
Moderat/mindre alvorlig skade	773	1 740	1 780	1 631
Ingen skade/forslag til bedret kvalitet	677	1 771	1 107	972

Antall meldte hendelser så langt i 2023 viser en svak nedgang, der konsekvens for pasient er betydelig skade eller dødsfall. Men foreløpig er det mange av de meldte hendelsene fra 2023 som ennå ikke er ferdig behandlet og vurdert av leder ifht. konsekvens for pasient og eventuelle eksterne meldeplikter (se tabell nedenfor).

Erfaringsvis blir de meldte hendelser som har betydelig konsekvens for pasienten, raskt fulgt opp med saksbehandling av leder og videre oppfølging med iverksettelse av strakstiltak og en vurdering av eksterne meldeplikter, kort tid etter at den er blitt registrert.

Eksterne meldeplikter, 2022 og 2023:

<i>Meldt til:</i>	<i>Antall 2023 (1/2 år)</i>	<i>Antall 2022</i>
Statens Helsetilsyn	11	22
Politiet	2	7
Datatilsynet	1	2
DSA	0	3
Barnevernet	0	4
RELIS	1	1
Hemovigilans	0	6
<i>Samlet antall</i>	15	45

Erfaringer viser at meldekulturen ved sykehuset er direkte påvirket av hvordan og hvor raskt en leder følger opp en meldt hendelse. Kulturen for at ansatte melder nye uønskede pasienthendelser på et senere tidspunkt påvirkes også av i hvilken grad det iverksettes konkrete tiltak for å forebygge nye tilsvarende hendelser. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for pasienthendelser følges derfor opp via rapporteringer i råd og utvalg. På sykehusnivå er det en total nedgang i samlet tid fra registrering til lukking av hendelsen i perioden 2020 – 2023.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for pasienthendelser:

År:	Gjennomsnittlig behandlingstid, antall dager:
Hittil i 2023	68,0
2022	72,6
2021	83,7
2020	84,0

Sykehuset vil fremover vurdere ytterligere tiltak for å redusere saksbehandlingstid for meldte meldte pasienthendelser.

Iverksettelse og oppfølging av tiltak i oppfølgingen av enhver meldt hendelse er grunnleggende for å skape forbedring. Det reduserer også sannsynlighet og konsekvens for gjentakelse av en ny tilsvarende hendelse. Endring støttes av at Statsforvalteren har endret praksis til å også omfatte tilsyn av iverksatte tiltak og effekten av disse. I leders saksbehandling av hendelser i meldingssystemet, er det derfor fra høsten 2023 lagt inn nye krav om dokumentasjon for hvilke planlagte og iverksatte tiltak som er gjennomført. Tidligere manglet dette feltet i leders behandling og slik informasjon ble da kun notert sporadisk i valgfritt kommentarfelt i meldingssystemet. Dette resulterte i at dokumentasjonen, og tilbakemeldingen til blant annet melder av hendelsen, ofte var mangelfull eller lite opplysende om hvordan meldingen ble fulgt opp.

Meldingssystemet er fra september 2023 også forbedret slik at det nå er mulig å få gode datauttrekk med oversikt over iverksatte tiltak, til læring og ved evt. tilsyn, interne revisjoner etc.

For å iverksette skadebegrensende tiltak for å forhindre at nye hendelser opptrer og gir ny pasientskade, ble det i 2022 obligatorisk for leder å gjøre en enkel risikovurdering i meldingssystemet etter at planlagte tiltak er gjennomført. Leder vurderer sannsynligheten for at samme type hendelse gjentar seg, og om hvilken konsekvens dette da vil kunne medføre.

Fare for gjentakelse, konsekvens for pasient:

Fargekode	Antall ½ år i 2023	Antall 2022
Grønn	452	835
Gul	1 050	2 650
Rød	28	86

Hendelser med høy konsekvens og stor fare for gjentakelse er i hovedsak hendelser meldt fra Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Dette er ofte hendelser knyttet til suicidforsøk ved poliklinisk behandling. Mange av disse pasientene har en høy fare for

gjentakelse med alvorlig konsekvens, selv om forebyggende tiltak blir iverksatt på individnivå og ofte i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.

Pasientskader meldt til Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. De behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten.

NPE utbetalte på landsbasis i 2022 totalt 1 116 millioner kroner, mot 1 061 millioner kroner i 2021. Totale antall søknader på landsbasis var fortsatt noe økende i 2022 med 6 641 søknader, mot 6 550 søknader i 2021.

Sykehuset i Vestfold HF mottok i 2022 totalt 112 erstatningssøknader som ble vurdert nærmere av NPE, hvorav 39 søknader fikk medhold. Antall saker med medhold er nærmest uendret fra 2021. Antall saker som ble avvist i 2022 er ikke oppgitt fra NPE.

Tabellen nedenfor viser en oversikt over behandlede NPE saker for Sykehuset i Vestfold HF de tre siste årene (*):

År	Medhold	Avslag	Avvist/Henlagt
2020	31 (18,5%)	114 (68,2%)	22 (13,1%)
2021	40 (25,6%)	85 (54,4%)	31 (19,8%)
2022	39	73	Ikke oppgitt fra NPE

(* Data/tall hentet fra NPE

NPE utbetalte i 2022 20,9 mill. kroner i erstatning til pasienter som var undersøkt/behandlet ved sykehuset. Fra og med 2022 er det ikke lenger betalt inn en egenandel fra sykehuset til NPE (1).

Nedenfor følger en oversikt over utbetalte erstatninger og sykehusets egenandel for årene 2020 og 2021:

År	Erstatning	Egenandel, SiV HF
2020	32 815 787	1 464 312
2021	13 437 970	1 906 176
2022	20 902 372	(1)

(* Data/tall hentet fra NPE.

Saksgang ved alle erstatningssaker er at seksjonsleder ved aktuell(e) fagseksjon(er) i SiV får anledning til å gi en saksuttalelse, i tillegg til at etterspurt journaldokumentasjon blir oversendt, før endelig behandling og vedtak fattes av NPE. Fagavdelingen v/ Kvalitetsseksjonen koordinerer de sakene som er klinikkovergripende, før en samlet saksuttalelse oversendes NPE.

I oversikten over saker fra NPE er det også gitt en oversikt over årsaker til svikt i behandling/utredning. For årene 2020, 2021 og 2022 ser dette slik ut:

Årsak til svikt i diagnostikk	2022	2021	2020
Feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse		2	4
Funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning	4	4	3

Ikke rekvirert prøve/undersøkelse	3	2	1
Burde vært henvist/henvist tidligere		1	
Feil/feil utført undersøkelse/prøve	1		
Totalt	8	9	8

Kommentar til svikt i diagnostikk:

Her er det *funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning* og ikke rekvirert prøve/undersøkelse som utgjør de fleste årsakene til svikt i diagnostikk for året 2022. Det er små endringer fra tidligere år.

Årsak til svikt i behandling	2022	2021	2020
Ikke indikasjon for operasjon/behandling		3	1
Burde vært operert/operert tidligere	2	2	2
Feil behandlingsteknikk/metode	9	9	5
Feil utstyr eller feilplassering av utstyr		3	2
Mangelfull/manglende kontroll etter behandling	1	3	1
Mangelfull sikring, overvåkning, tilsyn	3		3
Mangelfull/manglende/feil medisinerings	2	3	3
Ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse	5	6	2
Mangelfull journalføring		2	1
Kommunikasjonssvikt/mangelfull informasjon	1		1
Ikke behandlet på riktig sted på kroppen	1		
Annet	2		
Totalt	26	31	21

Kommentar til svikt i behandling: Her utgjør feil behandlingsteknikk/metode og ufullstendig /ikke igangsatt behandling/undersøkelse med henholdsvis 9 og 5 saker i 2022 flertallet av årsakene, som i tidligere år.

Tall fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) viser nærmest et uendret antall saker med medhold fra 2021 (40 saker) til 2022 (39 saker). Fra året 2022 er sykehuset egenandel i enkeltsaker frafalt. Det ble utbetalt totalt 20 902 372 kroner i total erstatning for pasienter utredet og behandlet ved Sykehuset i Vestfold HF i 2022. *Men merk her kommentaren fra NPE om at utbetalt erstatning for 2022 ofte er knyttet til andre saker enn de som fikk medhold i 2022. Dette skyldes at det kan ta noe tid å beregne og utbetale erstatningsbeløpet.*

Kontinuerlig forbedring

Sykehuset i Vestfold jobber kontinuerlig med forbedringer etter uønskede hendelser, samt med system og kultur for dette arbeidet.

I mars i år publiserte Norsk pasientskadeerstatning, NPE og Statens undersøkelses kommisjon, UKOM rapporter som har undersøkt praksis for å melde pasientskader, meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser. Rapportene har blitt behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget og i de klinikkvise kvalitetsutvalgene og skal saksbehandles i Hovedkvalitetsutvalget den 24.10.23.

NPE har i rapporten [«Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus»](#), funnet at kun 32 prosent av pasientskadene ved Sykehuset i Vestfold som har fått utbetalt erstatning, er registrert i sykehusets meldingssystem.

Hvis få pasientskader blir meldt, blir det også vanskelig å oppnå lokale forbedringer og dermed redusere pasientskader. Rapporten viser at det er særlig fagområdene ortopedi og psykiatri der det er minst samsvar.

UKOM har i rapporten, [«Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser»](#), påpekt at begrepet «påregnelig risiko» tolkes ulikt og kan bli stående i veien for læringspotensialet ved en hendelse. Ukom ser at det kan være ulik oppfatning av om en alvorlig hendelse er en forventet komplikasjon eller en pasientskade, og at dette påvirker kommunikasjonen.

Behovet for tid og ressurser i dette arbeidet for ledere og lederstøtter har økt betydelig gjennom flere år, noe som også blir synliggjort som en hemmer for god saksbehandling og oppfølging av uønskede hendelser. UKOM peker også på viktigheten av å øke forbedringskompetansen i de kliniske miljøene og oppfordrer helseforetakene til å styrke arbeidet med å tilby forbedringsutdanning til ledere og medarbeidere.

SiV har siden 2019 prioritert opplæring i forbedringsarbeid med tre opplæringstilbud for LIS 2/3, SiV forbedringsutdanning og Ytre Oslofjord forbedringsutdanning i samarbeid med Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold. Over 100 forbedringsarbeider er gjennomført. I 2024 er det også planlagt et eget opplæringstilbud som retter seg mot ledere. Høsten 2023 er det også igangsatt opplæring i saksbehandling i meldingssystemet for ledere og lederstøtter.

Som en del av forbedringskulturen i SiV har flere enheter innført «et positivt avvikssystem», [#Råbra](#), for å også forsterke og lære av hendelser som går bra.

Adm. direktørs vurderinger:

Melding av uønskede hendelser med en god meldekultur er vesentlig for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet. En effektiv saksbehandling og gode tilbakemeldinger/læring til melder og de ulike kliniske miljø er nødvendig for å gjennomføre forbedringer som følge av meldte avvik. Læringsløyper må være kortest mulig for effektiv læring. Sistnevnte kan i SiVs struktur være utfordrende å få tilfredsstillende til. Samtidig er det viktig at toppledelsen får god oversikt over meldte alvorlige hendelser med stort læringspotensial. Det er derfor iverksatt et arbeid for å etablere kortere læringsløyper for økt læring, samt gi toppledelsen økt innsikt i uønskede hendelser.