



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
55/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	1.6.2017
Saksansvarlig: Gøril Bertheussen		Saksbehandler: Leif Hovden

Orienteringssaker

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

Skriftlige orienteringer

1. Oppfølging av Sivilombudsmannens rapport ved PHRK
2. Ny rutine for melding og varsling av avvik

Muntlige orienteringer

3. Pasienthistorie
4. Presentasjon av status i prosjekt Kostnad per pasient (KPP)
5. Oppfølging av tilsynsrapport - traumemottak

Tromsø, 1.6.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør



Sak: **Oppfølging av sivilombudsmannens besøksrapport fra 2016**
Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Fra: Direktøren/ klinikkjef ved Psykisk helse- og rusklinikken v/ Siren Hoven
Møtedato: 1.6.2017

Bakgrunn

Sivilombudsmannen gjennomførte varslet besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) 26-28.04.16. Innholdet i besøksrapporten fra Sivilombudsmannen var blitt kjent gjennom media og andre kanaler allerede noen uker før den ble offisielt oversendt/publisert 29.8.2016.

Besøksrapporten gir til sammen 32 anbefalinger på 7 områder. Anbefalingene er todelt og har som målsetting å sikre at lovkrav og kravene i FN's konvensjon etterleves. Om lag to tredjedeler av anbefalingene omhandler ulike sider av lovmessige forhold, mens resterende tar for seg fysiske forhold, aktivisering og institusjonskultur. Utover anbefalingene omtaler rapporten en del forhold som Psykisk Helse- og rusklinikken ønsker å følge opp. Innholdet i rapporten er alvorlig og forstås som et uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart, å ta hensyn til pasientens perspektiv og opplevde erfaringer med i utformingen av virksomheten.

Psykisk helse- og rusklinikken har lagt ned betydelige ressurser i oppfølgingen av tiltak som svarer på anbefalingene. Arbeidet er krevende og omfatter en rekke dimensjoner ved tilbudet. Institusjonskultur og vektlegging av opplevelses-/erfaringsperspektivet er grunnleggende.

Gjennom handlingsplanen er konkrete tiltak knyttet til anbefalingene. Tiltakene har tilhørende ansvarsklargjøring med tidsfrister. I forhold til oppfølging av tiltakene er det lagt til rette for en oversiktlig fremstilling av framdrift som vil være løpende oppdatert for rapportering. Ansvarlig for koordinering av handlingsplanen rapporterer fortløpende til klinikkledelsen omkring status.

Formål

Hensikten med saken er å orientere styret om status for arbeidet med handlingsplanen i forhold til oppfølging etter Sivilombudsmannens besøksrapport.

Saksutredning

Det vises til selve besøksrapporten, saksfremlegg, referater fra ekstraordinært styremøte 23.8.2016 samt styremøter 15.9. og 5.10. s.å. samt 8.2.2017.

Medvirkning

Innholdet i handlingsplanen ble av tidsmessige årsaker ikke formelt drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjeneste i henhold til vanlig prosedyre. Ledelsen ved Psykisk helse- og

rusklinikken har senere gjennomført flere møter med ansatte. Besøksrapport og status for arbeidet er gjennomgått i KVAM utvalgets møter og på dialogmøte med de tillitsvalgte.

Vurdering

Arbeidet involverer store deler av Psykisk helse- og rusklinikken ledere, ansatte, erfaringskonsulenter, bruker/interesseorganisasjoner samt pasienter og pårørende. Det har vært god fremdrift i arbeidet og ca. 80% av underliggende tiltak i handlingsplanen vurderes å være i rute. Det vises til vedlagt statusrapport.

Konklusjon

Psykisk helse- og rusklinikken har prioritert arbeid med oppfølgingen av besøksrapportens anbefalinger og vil fortsette å prioritere det.

Direktøren foreslår at styret tar status for arbeidet med oppfølging av handlingsplanen etter Sivilombudsmannens besøksrapport til orientering.

Vedlegg:

- Handlingsplan etter Sivilombudsmannens rapport fra 2016

Status for handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger

Pr. 5/5-2017

3.1 Tiltak i forhold til tvangsmiddelbruk (Innsatsområde 1)

Anbefalinger: 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 og 28

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrister	Status
1. Arbeid omkring det som skjer i situasjonene hvor det blir brukt tvangsmidler.	1. Etablere arbeidsgruppe som skal se på det som skjer i og rundt situasjoner hvor det blir brukt tvangsmidler. Herunder å vurdere alternativer til tvang og bruk av lempelige midler.	Fagutviklings-enhet rus og psykiatri (FUE)	1.11.16 - 1.6.17	Arbeidet igangsatt. Ingvild Dahl leder en bredt sammensatt arbeidsgruppe. Gjennomfører litteraturgjennomgang, innhenter erfaringer fra andre steder. Dialog med og om mulig intervju pasienter og ansatte.
2. Systematisk opplæring i forståelse og mestring av aggresjon.	2a). Etablere FMA ressursgruppe bestående av bl.a. representanter fra sikkerhet og akuttpsykiatri.	FUE	1.11.16 - 1.11.17	Gruppen ble konstituert 28/10-16. Fire møter er gjennomført. Foreslått innkjøp av 4-5 nye beltesenger til utprøving.
	2b) Ressursgruppen vurdere innhold samt organisering av opplæring. Sørge for at opplæringen skjer med hjelp av interne og eksterne ressurser.	Ressursgruppe	Løpende	FMA kurs for Akuttpost Tromsø og PRE. 2 Terma kurs for Akuttpost Nord 12-15.12 med deltagere fra andre enheter. Trening i gymsal hver 14. d. ESPA ¹ kurs 16-19.1.17. Døgn 2 den 12/5 og Døgn den 1 19/5.
	2c) Anbefale hva slags instruktør-opplæring klinikken skal ha.	Ressursgruppe	1.3.17	Klinikkledelsen besluttet 24.2.17 hvordan FMA grunn- og instruktør-opplæring skal gjennomføres. Se eget notat. Invitasjon til instruktørkurs sendt ut 2/5-17.
3. Bestemmelser i Psykisk helsevernloven tematiseres til de vedtaksansvarlige på deres møter høsten 2016.	3a) Gjennomgås på vedtaksansvarlig-møtene høsten 2016.	FUE	1.9.16- 1.12.16	Gjennomgått som planlagt høsten 2016. Det bør vurderes hvorvidt deltagelse på (evt. noen av) disse møtene skal være obligatorisk.
	3b) Utforming av instruks og oppfølging i forhold til etterlevelse.	Klinikk sjef	31.12.16	Instruks gitt 1.1.17.
4. Systematisk opplæring av miljø-	4. Internundervisning ved alle enheter	FUE	1.1.17	Gjennomført to runder på akuttpost Nord

¹ ESPA: Egensikkerhet og prehospital aggresjonsforståelse i regi av psykiatriambulansen i Bergen.

<p>personalet i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften (sett i lys av SOM rapport).</p> <p><i>5. Systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</i></p>	<p>i akuttpsykiatrisk seksjon.</p>			<p>samt 1 runde på de andre akuttpostene og PRE. Tilbudt sikkerhet, døgnet samt alderspsykiatri. Lovendringer vedtatt av Stortinget 19.1.17. Ikrafttreden 1.7 og 1.9.17.</p>
	<p>5. Etablere arbeidsgruppe som får på plass systematisk bruk av ettersamtale med pasient.</p>	FUE	1.10.16 - 1.10.17	<p>5. Rutine, journalnotat og brosjyre til pasienter sendt ut 28.12.16, 30.12.16 og 4.3.17. Psykisk helsevernloven er vedtatt endret med krav om ettersamtale ved flere kapittel 4 vedtak (Lovvedtak 50 (2016-2017)).</p> <p>Dialog med Hdir om innholdet i prosedyre, brosjyre og journalnotat. Disse revideres på bakgrunn av tilbakemeldingene.</p>
	<p>Ettersamtale bør være eget notat i DIPS og ikke frase for at etterprøvbareheten skal være best mulig.</p>	FUE	-	<p>Journalnotat godkjent av journalkomiteen 20.1.17 og lagt inn i DIPS som tverrfaglig notat «ettersamtale ved bruk av tvang PS» 23.2.17.</p>
	<p>Internkontroll og internrevisjon for å sjekke etterlevelse og kvaliteten på journalnotater.</p> <p>Internrevisjonen handler utelukkende om kontroll i fht gjennomføringsgrad/etterlevelse. Det er i tillegg behov for forbedringsarbeid med utgangspunkt i pasientens opplevelse/vurdering.</p>	FUE	30.6.17	<p>Intern revisjon 3 måneder etter oppstart. Kontroll av antall notater i forhold til antall vedtak samt innholdet i notatene.</p> <p>Møte om internrevisjon med nødvendige avklaringer gjennomført 28.3.17. Revisjonsgruppen ledes av Kristin Johannessen. Revisjonen er planlagt gjennomført.</p>

3.2 Tiltak i forhold til lovgivning (Innsatsområde 2)

Anbefalinger: 13, 15, 26, 27, 29 og 30

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjelder presiseringer omkring lovgiving som ikke omhandler bruk av tvangsmidler.	Alle punkter i forhold til lovgiving tas opp på felles vedtaksansvarlig møtene høsten 2016.	FUE	1.12.16	Alle punkter er gjennomgått på vedtaksansvarligmøtene høsten 2016.
	Vedtaksansvarligmøtet skal se nærmere på det som omhandler forholdet mellom isolasjon og skjerming samt kortvarig fastholding og uttale seg om dette.	FUE		Belyst på seminar med Aslak Syse på kurs 9. mars 2017. Skriftlig og muntlig tilbakemelding gitt fra Syse.
	Vurdere behov for egen instruks med presiseringer av lovverket og evt. gi slik instruks.	Klinikksjef	1.12.16	Slik instruks ble gitt 1.1.17.
			1.1.17	Lovpresiseringer fra Hdir er sendt ut. Gjennomgått på legeres litteraturmøte. Vurdere om det er behov for ytterligere tydeliggjøringer.
	Nytt punkt! Opplæringsbehov i f.h.t. endringer i psykisk helsevernloven.	FUE	16.6.17	Streaming av informasjonsmøte fra HDir 16.6.17.
30.8.17			Fagdag med hovedfokus på samtykkekompetanse ultimo august. Fagdagen skal også få frem pasienters opplevelser av å være utsatt for tvang samt om mulig presentere systematisk kunnskap om alternativer til tvang.	

	<p>Seminar/kurs med Aslak Syse rundt bestillinger i forhold til juridiske problemstillinger.</p> <p>Pasient- og brukerombudet skal gjennomføre kurs om pasienter og pårørende rettigheter for ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken.</p>	<p>FUE</p> <p>FUE</p> <p>FUE</p> <p>FUE</p>	<p>30.8.17</p> <p>19.1.17</p> <p>9.3.17</p> <p>30.11.17</p>	<p>Internopplæring i poster/seksjoner.</p> <p>Grunnkurs i helserett gjennomført med 55 deltagere.</p> <p>Seminar om menneskerettigheter og endringer i psykisk helsevernloven med 100 deltagere + 7 VK studio.</p> <p>Kurs gjennomført i Narvik 23.3.17 med 40 deltagere (fulltegnet).</p> <p>Kurs i Tromsø 30.5.17. Sendes på video konferanse/S4B. Annonisert medio april</p> <p>Kurs i Harstad uke 21.9.17.</p> <p>Vurdere behov i resterende SPHR etter at kursene i Tromsø og Harstad er gjennomført.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3 Tiltak i forhold til identifisert utfordring beskrevet som skillet mellom personale på personale dag og natt (Innsatsområde 3)

Anbefalinger: 31 og 32.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Redusere skillet mellom personale dag-natt som påpekt (rapportens s. 37). Oppfølging av konkrete forslag. Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.	Eablering av arbeidsgruppe bestående av tillitsvalgte, vernetjeneste og ledelse med mandat å foreslå konkrete forslag m.h.t. endringer i skillet mellom personalet på dag og natt.	Avdelingsleder Psykiatrisk avdeling med bistand fra Personal- og organisasjon	1.11.16 Vår 2017	Rapport avlevert 30.9.16. 3 drøftingsmøter med tillitsvalgte samt ekstraordinært møte i KVAM utvalget er gjennomført. Klinikkledelsen besluttet 19.10.16 alternativ 1 som gir innslag av inntil 10% dag/aften i nattstillinger ved psykiatrisk avdeling. Iverksettelse i.h.t. gjeldende regelverk og avtaler i UNN. Det er opplyst om til dels stor misnøye med ordningen. Oppfølging med deltagelse på nattevaktmøter. Fagrådgiver og seksjonsleder bistår enhetslederne med oppfølging. Har deltatt på møtene 6 og 9/3-2017.

3.4 Tiltak i forhold til Akuttpost nord (Innsatsområde 4)

Anbefaling: 2, 3, 4, 5, 28 og 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akutt psykiatrisk seksjon.	Vurdere om de generelle tiltakene i handlingsplanen er tilfredsstillende også for Akuttpost nord	Klinikkjef	1.1.17	Fortløpende vurdering. Det vurderes at de iverksatte tiltakene samlet sett har fungert godt. Etisk refleksjon, kursing (undervisning og fagdager) samt den jobben som konstituert enhetsleder har gjort har hatt stor betydning.
Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes ved akuttpost Nord (anbefaling 31)	Etablere arbeidsgruppe på Akuttpost nord som vurderer behov for interne tiltak	FUE/Avd. leder Psyk. avdeling	15.11.16	Konstituert 23.1.17. 4 deltagere fra dag og 2 fra natt samt overlege. 3 møter gjennomført. Gruppen deltok på Syse kurset 9.3.17. Møtte pasienter som har vært innlagt på posten 2.5.17.
	Arrangere postseminar 1. halvår 2017 som tar utgangspunkt i besøksrapport, handlingsplan, føringer om utvikling samt arbeidsgruppens anbefalinger.	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/ seksjonsleder	1.6.17 – Forskyves	KVAM har gitt tilsagn på 61.500,- i velferdsmidler. Seminar utsatt til høsten 2017 pga. kalenderplan og behov for planlegging av innhold. Involvering av nytilsatt enhetsleder.
	Gjennomføre Terma kurs for Akuttpost Nord. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og akutt- postene får to plasser hver på kurset. Kurset evalueres via questback samt dialog.	FUE	1.1.17	Gjennomført som planlagt 12.12 – 15.12.16 for fast miljøpersonale.
			30.5.17	Opplæring av ekstravakter. Invitert til FMA undervisning på nyansatt kurs 4.4.17. Noen få deltok her.
				Planlagt ettermiddagsundervisning.

	Systematisk bruk av etisk refleksjon rundt egen virksomhet igangsettes.	FUE/Avd. leder	1.11.16-01.6-18	Dag Erik Hagerup er veileder. Evaluering og konsolidering av erfaringer hver 3. måned. Neste 16.5-17.
	Systematisk undervisning i Psykisk helsevernloven sett i lys av Sivilombudsmannens rapport.	FUE	1.11.16	Tilbakemeldinger fra arbeidsgruppen tilsier at personalet er meget godt fornøyd med tilbudet. 2 runder er gjennomført.
	Undervisning i helsepersonell loven og pasient- og brukerrettighetsloven.	FUE	1.3.17	2 runder med undervisning om Helsepersonelloven er gjennomført. PBRL planlagt. Undervisning om brukermedvirkning er gjennomført. Kurs om pasienter og pårørendes rettigheter 30.5-17 i regi av PBO. Anmeldt besøk fra Kontrollkommisjonen 24.5-17.

3.5 Tiltak i forhold til ledelse (Innsatsområde 5)

Anbefalinger: 31 og 32

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Lederoppgavene sett i lys av de foreliggende oppgaver og utfordringer er gitt, og vil også fremover bli gitt særskilt oppmerksomhet.	1. Samtaler med aktuelle ledere i akutt - psykiatrisk seksjon. Viktige tema er behov for lederstøtte, kompetanseheving samt motivasjon for- og oppfølging av de prioriterte utfordringene	Avd. leder Psykiatrisk avdeling/Personal- og organisasjonsavdelingen	1.11.16	Samtalene er gjennomført. Det er tilsatt ny seksjonsleder ved akuttpsykiatrisk seksjon og ny enhetsleder ved akuttpost Nord.
Det prioriterte endringsarbeidet må gjenspeiles hos ledere på alle nivå.	2. Utarbeide sjekkliste for nødvendig kompetanse for ledere i Psykisk helse- og rusklinikken. Sjekklisten bygger på UNN sitt reviderte lederutviklingsprogram og interne definerte kompetansebehov	Personal- og organisasjon	15.4.17 - endret	Se eget notat fra personalsjef. Rådgivere fra Stabscenteret og/eller KVALUT kan bistå i dette arbeidet. Kobles mot det nye lederutviklingsprogrammet.
	3. Nærmeste leder foretar kartlegging av kompetansebehov ut fra samtaler med sine ledere ² .	Aktuelle ledere	15.6.17 - endret	I akuttpsykiatrisk seksjon har dette vært tematisert vinteren 2017. Følges videre opp.
	4. Når kartleggingen av kompetansebehov er gjennomført kan klinikkledelsen prioritere hva som skal gis av kompetanse-tilbud, hvem som skal ha tilbud og rekkefølge i opplærings- og utviklings-tilbudene.	Klinikksjef	15.9.17 - endret	Dialog med personalsjef medio mars. 5.5.17: Mottatt diverse info fra personalsjef inkl. sjekkliste.

² Det vil si klinikksjef kartlegger kompetansebehovene hos avdelingslederne, avdelingslederne kartlegger kompetansebehovet hos seksjonslederne osv. I dette møtet kan leder og overordnet leder sammen kunne definere hva som er nødvendig å fylle på av kompetanse og læring for å utføre lederjobben på en tilfredsstillende måte.

	5. Gruppeveiledning med enhetslederne i akuttpsykiatrisk seksjon hver 14. dag.	Avdelings/seksjonsleder	1.12.16	Veiledningen er gjennomført som planlagt.
	Ledersamling for avdelings og seksjonsledelse ved psykiatrisk avdeling 27.1-16.	Avdelingsleder	27.1.17	Samlingen ble gjennomført som planlagt. Programmet laget i samarbeid med kvalitetsavdelingen og Personal- og organisasjonsavdelingen. Beslutning om fast månedlig utvidet lederteammøte.

3.6 Tiltak i forhold til pasienthendelser (Innsatsområde 6)

Anbefalinger: 10, 11 og 12

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
<p>Utarbeide delplan i forhold til pasienthendelser. To områder er avgrenset for spesiell oppfølging:</p> <p>1. Melding av pasienthendelser</p> <p>2. Lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser.</p> <p>Dialog med tilsynsmyndighet, kontrollkommisjon og Pasient- og brukerombud.</p>	<p>Utarbeide forslag til delplan for lederstøtte i arbeid med avviksmeldinger, pasientskader og uønskede hendelser. Herunder systematisk opplæring i bruk av Docmap. Superbrukere må også benyttes her.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.10.16	<p>Delplan utarbeidet innen fristen. Planen ble revidert ultimo januar. Første kurs om å lære av uønskede hendelser ble gjennomført 30.11.16. Ledelsen i psykiatrisk avdeling gjennomførte kurset 29.3.17.</p> <p>Kurset legges i kalenderplan for enhetene i akuttpsykiatrisk seksjon høsten 2017.</p>
	<p>Utarbeide retningslinje for uønskede hendelser. Denne skal tydeliggjøre og eksemplifisere hva som skal meldes hvor.</p>	FUE/ Kvalitetsavdelingen	1.12.16	<p>Retningslinjen godkjent av klinikkledelsen 26.1.17. Det avklares at den samsvarer med UNN retningslinjen..</p>
	<p>Dialog med kontrollkommisjonen om hvordan rapporteringen om avvik og pasientskader skal foregå.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 9.11.16. Avtalt fast årlig møte fremover.</p>
	<p>Dialog med Fylkesmannen om at årlig samarbeidsmøte skal ha besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 24.10.16. Oppfølgingsmøte høsten 2017.</p>
	<p>Dialog med Pasient- og brukerombudet om samarbeidsmøte med besøksrapporten som tema.</p>	Klinikksjef	1.11.16	<p>Gjennomført møte 21.10.16. Avtalt å ha videre dialog om samarbeid.</p>

3.7 Institusjonskultur som grunnlag for ivaretagelse av pasientperspektivet (Innsatsområde 7)

Anbefaling: 9, 21, 31

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Sørge for at informasjonsmaterieell med klageinformasjon utdeles rutinemessig som forutsetning for å oppfylle pasientrettigheter og ivareta rettssikkerheten.	Sørge for at slik informasjon alltid forefinnes. Biblioteket sørger for å bestille og lagre slike brosjyrer mm.	FUE	1.10.16	Informasjonsmøte for brukere og pårørende og organisasjoner 19.9.16. Skriv med klageinformasjon og plakater til oppslag er utarbeidet og distribuert.
Prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes.	Informasjon om klagerett og tilhørende skjema lagt på UNN's internett.	Stab	1.10.17	Gjennomført
Gjennomgang av samarbeidet med bruker/interesseorganisasjonene og Bikuben.	Vurdere å etablere faste dialogmøter med bruker/interesseorganisasjoner, pårørende og brukere.	Klinikkjef	1.1.17	Brukermedvirkningsforum etablert i psykiatrisk avdeling høsten 2016. Dette punktet må sees i lys av oppdragsdokument 2017 som stiller krav om gjennomføring av slike lederforankrede møter.
Vurdere videre behov for erfaringskonsulenter.	Opprette 50% stilling som erfaringskonsulent ved psykiatrisk avdeling.	Klinikkjef	1.12.16	Astrid Weber ble ansatt i stillingen 1.1.17.
	Vurdere videre tilførsel.	Klinikkjef	01.4.17	Vurdere ytterligere behov.
Vurdere gjennomføring av systematisk innhenting av brukererfaringer.	Systematiske tilfredshets/brukerundersøkelser.	FUE	01.4.17	Løsninger og teknologi må avklares. Vemund Myrbakk følger opp.
Systematisk bruk av etisk refleksjon.	Arbeid pågår i samarbeid med senter for medisinsk etikk, UIO	Seksjonsledere/FUE	15.9.16 – 31.12.17	Påbegynt. Inkluderer KEK og prestetjenesten. Innen 1.3 skal alle enheter i psykiatrisk avdeling være i gang. Statusevaluering 1.10.17. En rekke enheter er i gang eller i ferd med å starte opp.

Sikre delaktighet i egen behandling	Pasienter skal tas aktivt med i behandlingsplanlegging og utforming av egen behandlingsplan.	Klinikksjef	30.1.17	Avklare rammer og forutsetninger. Sees bl.a. i sammenheng med arbeidsgruppe aktivitet. Dette er et stort og omfattende punkt som omfatter andre innsatsområder og tiltakspunkter.
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.8 Tiltak i forhold til fysiske forhold og aktivisering (Innsatsområde 8)

Anbefalinger: 1, 3, 4 og 5

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
Gjennomgang av bygg 1 og 2 som må skje i tett samarbeid med aktuelle enheter i byggene.	Oppfølging av konkrete forslag til bygningsmessige tiltak.	DES/klinikksjef	1.12.16	Notat til direktør med beskrivelse av kostnader ferdigstilt 12.12. Møte 3.1-17 med konkretisering av fremdrift. Det er tatt beslutning i f.h.t. rokade.
Forbedring og bredde i miljøterapeutiske tiltak.	Aktivitet skal sees som en del av og grunnlag for det terapeutiske arbeidet. Pasientens behandlingsplan skal inneholde informasjon om aktiviteter.	FUE	1.6.17	Skal sees i relasjon til underliggende tiltak slik som arbeidsgruppe aktivitet mv.
	Videreutvikle undervisningstilbudet i miljøterapi.	FUE	1.6.17	Legge plan for undervisning i miljøterapi (omfang og tematikk).
Gjennomgang av muligheter for aktiviteter og aktivitetstilbudet.	Etablere arbeidsgruppe som ser på videreutvikling av aktivitetstilbudet og har økt fokus på aktivitet.	Klinikksjef/ Kulturavdelingen	1.12.16 – 30.6.17	Bredt sammensatt arbeidsgruppe. 4 møter samt befaringer er gjennomført. Gjennomført møte med fagutviklerne. Møte med pasienter/brukere, bruker- og interesseorganisasjoner avholdt 9.3-17. Møter med legegruppen, ergoterapeuter er planlagt. Astrid Weber leder gruppen.
	Forskningsprosjekt om implementering av psykoseveilederen gir implementeringsstøtte i f.h.t. fysisk helse/aktivitet.	Forskningsprosjekt	Prosjektperiode 2016-18	Medlemmer fra arbeidsgruppe aktivitet deltok på samlingen 27.1.17.

3.9 Indikator for monitorering av tvungent psykisk helsevern (Innsatsområde 9)

Dette er bestilling fra styret.

Tiltak i forhold til anbefaling	Konkretisering	Ansvar	Tidsfrist	Status
§ 4-8a Vedtak om bruk av mekanisk tvang brukes som indikator. Det vil si å følge antall § 4-8a vedtak måned for måned.	Se notat med vedrørende mulige indikatorer for tvang i psykisk helsevern.	Klinikksjef	1.12.16	Se eget notat om indikatorer.
Evalueres etter 6 måneder, med eventuell endring av indikatorvalg ved behov				
Utvikle indikatorsystemet til internt bruk	Videreutvikle LIS til å kunne benyttes til tettere monitorering av tvungent psykisk helsevern, eventuelt utvikle eget internt målekort.	Klinikksjef	1.12.16	Forslag til indikatorark/system vedrørende utvalgte variabler er under utarbeidelse.
	Se dette i sammenheng med utvikling av kvalitetsregister for psykisk helse/psykiatri/tvang. Helse-Bergen ønsker samarbeid omkring et slikt register.			Rapport med diverse tvangstall er sendt ut til lederne i klinikken 3.2.17. Behov for diskusjon og forståelse for hvordan tallene tas ut i virksomheten og kan brukes. SH har tatt initiativ til slikt møte.
				Internt møte 24.3.17 for å avklare videre arbeidsprosess.
				Møte med Helse-Bergen 21.4.17.



Sak: **Ny rutine for melding og varsling av avvik - orientering**
 Til: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
 Fra: Direktøren
 Møte: 1.6.2017

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjente i sak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid* en overordnet plan for utvikling av et gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring. Etablering av et nytt og bedre system for håndtering av avvik er ett av 12 punkter i satsingens gjennomføringsplan.

Melding og varsling av avvik, analyse av årsakene til avvikene, og kvalitetsforbedring gjennom læring fra avvik, står sentralt også i ny *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Nåværende prosedyrer for melding og varsling av pasienthendelser er nedfelt i DocMap-prosedyrene PR10631 *Behandling av melding om pasientskade* (vedlegg 1) og RL2016 *Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten*, §3.3a (vedlegg 2). Disse prosedyrene ble siste oppdatert i henholdsvis juni 2015 og mars 2016.

PR10631 slår fast at følgende skal meldes etter spesialisthelsetjenestens § 3-3 til den nasjonale meldeordningen, via det interne avvikssystemet DocMap:

1. Forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient
2. Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer
3. Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient – herunder død
4. Dødsfall eller betydelig skade som er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko

RL2016 slår fast at alvorlige pasienthendelser i tillegg skal varsel uten opphold til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Alvorlig hendelse er i prosedyren definert som dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Kartlegging av melde- og varslingspraksis i UNN

Styresak 23/2017 *Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2016* viste at antall meldte avvik i UNN er nesten tredoblet i løpet av de fire siste årene, fra 989 i 1. tertial 2012 til 2838 i 3. tertial 2016. UNN har likevel ved flere tilsyn fått kritikk fra Helsetilsynet for manglende melding og varsling av avvik og alvorlige pasienthendelser, og Pasientsikkerhetsutvalget (PSU) har observert alvorlige hendelser med pasientskader som ikke er meldt også etter at gjeldende prosedyrer ble innført i 2015/2016.

PSU har for å belyse dette nærmere gått igjennom til sammen 22 vedtak fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) fra 2015 og 2016 der pasienten fikk medhold. Av disse var bare 5 (23 %) meldt som pasienthendelser i DocMap. Dette er en kjent utfordring hos NPE. En tilsvarende publisert gjennomgang ved St Olavs hospital av pasientskader som inntraff fra 2009 til 2012, viste at 20% av medholdssakene i NPE var meldt internt (vedlegg 3).

Kvalut arbeider i tillegg med en gjennomgang av samtlige saker som er varslet etter §3-3a i 2016. Denne gjennomgangen viser at av 16 av 17 saker var meldt internt og varslet til



Helsetilsynet. Én sak var varslet av Helsetilsynet selv på bakgrunn av informasjon som kom frem gjennom et annet hendelsesbasert tilsyn.

Vurderinger

Selv om antall meldte avvik har økt betydelig, er det fortsatt mistanke om betydelig svikt i meldekulturen, særlig når det gjelder pasientskader. PSU er blitt kjent med tradisjon for at pasientskader håndteres på interne komplikasjonsmøter, ved samtale mellom de involverte og registrering i kvalitetsregistre, men uten melding i avviksmeldingssystemet. Slik praksis ivaretar delvis intensjonen om læring av avvik og forebygging av nye hendelser internt i den enkelte enhet, men ikke behovet for læring på tvers mellom organisatoriske enheter. Lovkravene om melding og varsling oppfylles ikke og det er risiko for at det også forekommer svikt i informasjonen pasient og pårørende, eller i hvert fall i dokumentasjonen av denne.

Det foreligger tilbakemeldinger fra fagmiljøene om at meldeplikten, slik denne er definert i PR10631, er tydelig definert. Forståelsen av varslingsplikten etter §3-3a er imidlertid mer krevende siden en alvorlig hendelse er definert som «dødsfall eller betydelig skade på pasienten hvor *utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko*». Vurderingen av hva som er *påregnelig risiko* åpner for betydelig bruk av skjønn og inkonsistent forståelse av lovkravet.

PSU har som følge av dette foreslått en ny prosedyre som definerer alvorlige og dermed varslingspliktige pasienthendelser betydelig videre (vedlegg 4). Forslaget tar ikke inn begrepet påregnelig risiko, og beskriver isteden at alle avdelinger skal ha skriftlige rutiner som presiserer nærmere hva som skal meldes og varsles. Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser er definert slik:

Alvorlig og utilsiktet hendelse som har oppstått ved helsehjelp eller ved mangel på helsehjelp, og som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Avdelinger skal ha skriftlige rutiner som presiserer hva som skal meldes og varsles.

Kvalitetsutvalget har behandlet forslaget til ny prosedyre og anbefalt at den innføres. Forslaget er nå på høring i klinikkene før endelig beslutning hos direktøren. Det er også utarbeidet forslag til implementeringsplan som beskriver hvordan fagmiljøene skal følges opp når endelig versjon av prosedyren innføres.

Varslingspliktige hendelser etter §3-3a skal behandles i styret. Det innført en fast rutine for at dette gjøres som muntlig orientering. Kvalut arbeider med forslag til et system som vil kunne gi både direktørens ledergruppe og styret en fortløpende og samlet oversikt over § 3-3a-varslene. Intensjonen med dette er å identifisere alvorlige avvik som gjentar seg så tidlig som mulig, for å oppnå læring og utvikling av risikoreduserende tiltak tidligere og mer effektivt. Det vil til neste styremøte bli vurdert om det er hensiktsmessig å innarbeide denne oversikten i den faste styresaken som oppsummerer ikke-hendelsesbaserte tilsyn.

Pasientsikkerhetsprogrammet anbefaler regelmessig gjennomgang av de siste 50 dødsfall ved sykehusene som en metode for å blant annet identifisere avvik som skulle vært meldt eller varslet. Akershus universitetssykehus har siden 2009 praktisert et alternativt system der alle dødsfall i sykehuset overvåkes systematisk. Patologene står for overvåkingen siden disse er en «nøytral» legegruppe utenfor klinisk virksomhet, med øvelse i å vurdere dødsårsaker. Kvalut arbeider med å vurdere hvordan dette kan gjøres i UNN, og kommer til å fremme et forslag til neste møte i Kvalitetsutvalget. Dette forventes å bidra til ytterligere bedring av meldekulturen.



Konklusjon

Antall meldte og varslede pasienthendelser i UNN har økt betydelig de siste årene, men det er dokumentert eksempler på at meldekulturen fortsatt ikke er god nok. Det er derfor behov for å revidere gjeldende prosedyre og innføre en fortløpende og rullerende oversikt over alle §3-3a varslinger. Fortløpende overvåking av medholdssaker i NPE og dødsfall i sykehuset vurderes også innført som metoder for å identifisere avvik som skulle vært meldt og varslet.

Vedlegg

1. PR 10631 Behandling av melding om pasientskade
2. RL2016 Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, § 3-3a
3. Smeby SS, Johnsen R, Marhaug G. Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital. *Int J Qual Healthcare* 2015; 27: 486-91.
4. Forslag til ny prosedyre: Håndtering av pasienter, pårørende og helsepersonell, og varsling ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt varsling.

Ansvar

Den som observerer:

1. **Forhold som kunne ført til betydelig skade på pasient.** Hendelser som gjelder fall med ubetydelig eller ingen skade skal også meldes (se [RL2426](#)).
2. **Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer** er pliktig til å melde. Melder har også plikt til å varsle ansvarshavende lege eller sykepleier
3. **Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient – herunder død.** Skaden anses betydelig dersom den er av en slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt (se [RL2426](#)).
4. **Dødsfall eller betydelig skade som er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko** skal meldes til varsel@helsetilsynet.no av klinikkssjef eller dens stedfortreder snarest eller til senest dagen etter hendelsen (se [RL2016](#)).
5. **Ved uventet dødsfall** varsles politiet av ansvarlig lege. Avdelingsleder har det overordnede ansvar for meldingen. (Se [RL0773](#))

Melding om pasientskade eller mulig pasientskade

- Skjema i Docmap brukes, utfylling av skjemaet dokumenteres i pasientens journal.
- Den som erfarer hendelsen fyller ut **Pasienthendelsesskjemaet**, vurderer om hendelsen skal meldes til Kunnskapscenteret og sender det til "Nærmeste leder". Det er den oppdagende avdelingen som skal fylle ut skjemaet, og sørge for videre saksgang til angjeldende avdelinger. Det er viktig å få klart frem hva som skjedde, hvor det skjedde, hvilken følge det hadde for pasienten og hva som ble gjort for å begrense skaden. Er hendelsen relatert til medisinsk behandling redegjøres også for indikasjonen for behandlingen. Gjelder det suicid bes det om en utførlig redegjørelse (gjærne utskrift av journalnotat) i et vedlegg.
[Intern veileder til melde pasienthendelse/avvik](#)
- Leder fyller ut **sin del av meldingen**. Her påføres årsaksanalyse (er det en enkeltperson som har gjort en feil eller foreligger det svikt i rutiner/systemet), hvilke tiltak som ble iverksatt for at liknende ikke skjer igjen (der dette er relevant), og konklusjon om årsaksforhold og tiltak.
- Andre meldinger som kan komme i tillegg til pasienthendelsesskjema:
 - skal skade som skyldes [Feil ved elektromedisinsk utstyr](#) meldes på eget skjema.
 - Melding om bivirkninger (skjema i DIPS)
 - Stålevernnavvik eget skjema i Docmap §19 strålevernforskriften
 - Transfusjonsreaksjoner [eget skjema i Docmap](#)

- [Alvorlige uønskede hendelser ved håndtering av celle og vev](#)

Saksbehandling av Pasienthendelseskjema

- Dersom det velges av melder eller leder overføres meldingen automatisk til Kunnskapssenteret for analyse.
- Avdelingen ferdigbehandler saken og sender til saksbehandler i KA (ferdig utfylt i meldingen) som sørger for behandling i PSU ([FB0651](#))
- PSU Gjennomgår pasienthendelser som er sendt til kunnskapssenteret

Bakgrunn

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 omhandler meldeplikt til Kunnskapssenteret ved uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten hvor hovedmålet er ”...å avklare hvorfor et uhell eller nestenuhell skjedde, for så å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen, slik at pasienter dermed ikke risikerer å bli utsatt for skade.”

Hensikt

Sikre tilfredsstillende og ensartet behandling av pasientskademeldinger.

Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn.

Forholdet til melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

Når varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser sendes, erstatter den ikke melding om betydelig personskade på pasient, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Det betyr at hendelse også må meldes i avvikssystemet i Docmap der pasienthendelseskjema skal brukes.

Definisjon av alvorlig hendelse

Med alvorlig hendelse menes i denne sammenheng dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Frist for varsling

Helseforetakene skal umiddelbart varsle Statens helsetilsyn. Med umiddelbar varsling menes snarest og senest innen påfølgende dag, uavhengig av om dette er en virkedag.

Vurdering

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

Hvem varsler?

Av retningslinjene til Helsetilsynet fremgår det at den enkelte virksomhet må, på bakgrunn av sin organisering, bestemme hvem som har ansvar for å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser.

Helse Nord RHF har på denne bakgrunn avgjort at ved Finnmarkssykehuset HF, UNN HF og Nordlandssykehuset HF er det Klinikksjef eller dennes stedfortreder som har ansvar for at det blir varslet om hendelsen.

Helgelandssykehuset HF bruker pr. i dag ikke begrepet Klinikksjef, og ved Helgelandssykehuset er det derfor avdelingsdirektør (for hhv. Mosjøen, Rana, Sandnessjøen) eller dennes stedfortreder som har ansvar for at det blir varslet om hendelsen.

Ved Sykehusapotek Nord HF er det apotekerne ved henholdsvis Sykehusapoteket i Bodø, Sykehusapoteket i Harstad og Sykehusapoteket i Tromsø, eller dennes stedfortreder, som har ansvar for at det blir varslet om hendelsen.

Direktør i aktuelt helseforetak orienterer styret i eget helseforetak. Fagdirektør Helse Nord RHF orienterer styret i Helse Nord RHF.

Hvor skal varsel sendes?

Varslingen skjer ved at helseforetaket sender en e-post til varsel@helsetilsynet.no i Statens helsetilsyn.

Kopi av varselet skal sendes direktør og medisinsk fagsjef i aktuelt helseforetak, og fagdirektør ved Helse Nord RHF.

I tillegg skal styreleder i aktuelt helseforetak og styreleder i Helse Nord RHF umiddelbart orienteres om den alvorlige hendelsen.

Hvilke opplysninger skal varselet inneholde?

I e-posten til Helsetilsynet skal det *kun* oppgis navn på helseforetaket og kontaktperson med direkte telefonnummer.

Av hensyn til ivaretagelsen av taushetsplikten skal *ikke* meldingen inneholde informasjon om hendelsen. Statens helsetilsyn vil kontakte kontaktpersonen for å få informasjon om hendelsen første virkedag etter at varselet er mottatt. Det er derfor viktig at *kontaktpersonen er tilgjengelig på telefon*.

Statens helsetilsyn vil på grunnlag av informasjon om hendelsen vurdere om tilsynsmyndigheten skal rykke ut. De innhentede opplysningene vil bli lagt til grunn i den tilsynsmessige vurderingen av hendelsen.

Dokumentasjon

Helseforetaket skal sørge for at hendelsen umiddelbart beskrives og dokumenteres i pasientjournalen. Informasjon om det som gjøres av interne gjennomganger og oppfølging skal også dokumenteres fortløpende.

Helsetilsynet har forslag til informasjon til pasienter og pårørende

[Informasjon til pasienter og pårørende etter varsel om alvorlig hendelse](#)

Article

Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital

SUSANNE SKJERVOLD SMEBY¹, ROAR JOHNSEN²,
and GUDMUND MARHAUG³

¹Faculty of Medicine, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, ²Department of Public Health and General Practice, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, and ³Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Address reprint requests to: Susanne Skjervold Smeby, NTNU, Faculty of Medicine, Box 8905, 7491 Trondheim, Norway. Tel: +47-97-64-16-91; E-mail: susannsm@stud.ntnu.no

Accepted 9 September 2015

Abstract

Objective: Primarily, to describe to what extent patient injury, compensated by a national system of patient compensation, was reported in the mandatory incident-reporting system and documented in the patient's medical records. Secondly, to investigate whether there is documentation of patient disclosure of the injury and documentation that the patient was informed of his or her right to apply for economic compensation.

Design: A retrospective study of administrative data and patient records.

Setting: Trondheim University Hospital, Norway.

Participants: Patients receiving financial compensation for patient injuries that occurred between the 1 March 2009 and the 31 December 2012.

Intervention: None.

Main Outcome Measures: Documentation of injury, type of injury and consequence for the patient. Patient disclosure in medical records. Prevalence of incident reports.

Results: 20.4% of all compensated patient injuries and 26.3% of serious compensated patient injuries, defined as death or a disability of >15%, had been reported. The injury was documented in the patient's medical records in 90.7% of cases, but as an adverse event causing patient injury in only 3.4%. Documentation about patient disclosure was missing in 32.1% of cases, and giving information of his or her legal right to claim compensation was documented in 21.6% of cases.

Conclusion: Underreporting and nondisclosure of patient injuries remain a problem, despite a mandatory reporting system. Helping physicians and surgeons recognize adverse events, reporting them and discussing them with patients should be a priority for hospitals and medical schools.

Key words: safety management, patient injury, incident reporting systems, patient disclosure

Introduction

Adverse events occur too frequently in health care. A systematic review on in-hospital adverse events from 2008 found an overall incidence of 9.2%, with 43.5% of events being classified as preventable [1]. Although more than half of the patients experienced no or minor disability, 7.4% of events contributed to death. Surgery and medication-related events were most common. Recent studies have shown similar results [2–4]. A longitudinal retrospective patient record review study that compared rates of adverse events in 2004 and 2008 found an increase in adverse events, which suggests that patient injury is a persistent problem and may be hard to influence [5].

Since the introduction of the Norwegian Specialised Health Services Act in 1999, health trusts, hospitals and businesses that provide specialized health care are obliged to report all medical errors that resulted in, or could potentially have resulted in, patient injury to the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services [6]. This is a non-punitive learning system, and reporting is done through the hospital's internal electronic reporting system. According to the same law, serious adverse events must also be reported to the Norwegian Board of Health Supervision. The Patient's Rights Act, implemented in 1999, states that all health personnel are obliged to inform the patient of any adverse event or serious complication and must be made aware of their right to apply for compensation for patient injury through the Norwegian System of Patient Compensation (NPE) [7]. The NPE is a government agency under the Norwegian Ministry of Health and Care Services that handles compensation claims from patients who have sustained injury in the Norwegian health services, both public and private health care [8]. To be entitled to compensation, the injury must be a result of failure in the diagnosis, treatment or follow-up provided. Compensation can also be awarded if the injury is particularly severe or unexpected, even without a failure in the health care provided. However, this only accounts for 2% of the cases where the patient receives compensation [9]. The intention is for the compensation to cover increased costs or loss of earnings as a result of the injury but can also be awarded to compensate for reduced quality of life [10].

Underreporting of adverse events by health professionals is well documented [3, 11–13]. Christiaans-Dingelhoff and co-workers found that only 2% of adverse events found by patient record review had been reported by health care professionals in an incident reporting system [3]. Similarly, Sari and co-workers found that 5% of adverse events identified by patient record review were reported [11]. A Swedish study on malpractice claims from patients found that only 20% of severe adverse events had been reported [12].

The purpose of a mandatory electronic incident reporting system is to provide information for learning and quality and safety improvement. This requires a high compliance with the system among healthcare professionals. The aim of our study was to describe a hospital's documentation of adverse events that cause patient injury:

- To what extent were compensated patient injuries reported in the electronic incident reporting system and documented in the patient's medical records?
- Is there documentation of patient disclosure of the adverse event?
- Is there documentation that the patient was informed of his or her right to apply for economic compensation?

The terms error, harm and adverse event are in this study defined according to the National Quality Forum (Table 1), and the term patient injury is used equivalently to patient harm [14].

Table 1 Terms and definitions [14]

Term	Definition
Error	The failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim (commission). The definition also includes failure of an unplanned action that should have been completed (omission).
Harm	Any physical or psychological injury or damage to the health of a person, including both temporary and permanent injury.
Adverse event	An event that results in unintended injury to the patient by an act of commission or omission rather than by the underlying disease or condition of the patient.

Table 2 Index for Categorizing Medication Error developed by NCC MERP [15]

Category	Description
A	Circumstances or events that have the capacity to cause error
B	An error occurred but the error did not reach the patient
C	An error occurred that reached the patient but did not cause patient harm
D	An error occurred that reached the patient and required monitoring to confirm that it resulted in no harm to the patient and/or intervention to preclude harm
E	An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required intervention
F	An error occurred that may have contributed to or resulted in temporary harm to the patient and required initial or prolonged hospitalization
G	An error occurred that may have contributed to or resulted in permanent patient harm
H	An error occurred that required intervention to necessary to sustain life
I	An error occurred that may have contributed to or resulted in the patient's death

Methods

Study setting

The study took place at Trondheim University Hospital/St. Olav's Hospital Trust in Sør-Trøndelag County in Norway. The trust provides tertiary care for 670 000 people; it is the primary hospital for 290 000 and treated 207 071 inpatients, corresponding to 970 753 inpatient days, in the study period from 1 March 2009 to 31 December 2012. The trust performs ~30 000 operations yearly. An electronic incident reporting system replaced the paper version on 1 March 2009.

Study sample

During the study period, 523 claims connected to health care given at Trondheim University Hospital were made to the NPE. Fifty claims were rejected by the NPE without evaluation for formal reasons. In 298 cases, compensation was declined and in 175 cases (33%), compensation was granted. Eight hospital patient files were insufficient for analysis. The study sample thus consisted of 167 patients who were awarded economic compensation from the NPE because of injury while receiving health care (Fig. 1).

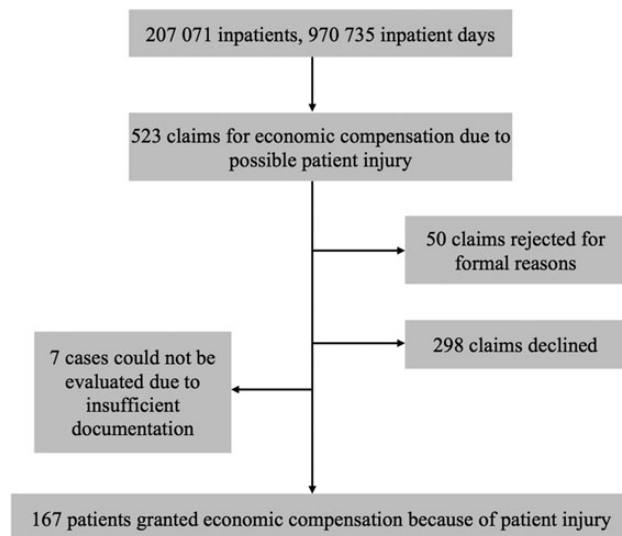


Figure 1 Claims for economic compensation from the Norwegian System of Patient Compensation for possible patient injury at Trondheim University Hospital, Norway, between 1 March 2009 and 31 December 2012.

Data sources

The data from the NPE made it possible to access additional data sources:

1. *Expert medical reports* written by physicians or surgeons who are independent, impartial, specialized in the given medical field and appointed by the NPE. The reports were used to identify medical specialty, type of patient injury and consequence of the injury.
2. *Mandatory electronic incident reporting system* was used to note whether health professionals had reported the patient injury.
3. *Electronic medical records* were reviewed from date of injury to present day and used to answer four questions:
 - (a) Is the patient injury documented in the patient's medical records?
 - (b) If the injury is documented, is it described as an adverse event or is it described as a foreseeable complication or attributed to the nature of the disease?
 - (c) Is patient disclosure of the injury documented? Patients were categorized into three groups: informed, not informed and patients with self-identified injury.
 - (d) Is there documentation that the patient has been informed of his or her right to apply for patient injury compensation?
4. *The hospital's administrative system* provided information on the number of inpatients, inpatient days and performed operations during the study period.

Data collection

Based on information in the expert medical reports, the 167 patient injuries were classified into medical specialty and type of injury (listed in Tables 3–6). In addition, the consequence of the adverse event was classified using the Index for Categorizing Medication Errors developed in the USA by the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) as shown in Table 2 [15]. Even if this classification system is designed primarily for medication errors, it was found useful in this study. The index classifies the error into nine categories (A–I) according to severity of the

outcome. Categories E, F, G, H and I of the index describe errors that resulted in patient injury. Within Category G (error that may have contributed to or resulted in permanent patient injury), we decided to distinguish between patients with disability below and above 15%. Degree of disability was assessed by the independent medical experts based on detailed recommendations given by the Norwegian National Insurance Act of 1997 [16]. This cut-off was chosen because an injury, which leads to at least 15% disability, is the NPE's definition of significant injury and is required in order to be granted compensation for reduced quality of life. We have therefore decided to define serious consequences of the event as death or a disability $\geq 15\%$.

Ethics and approvals

Before its start, this study was approved as a quality improvement project by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (2014/339/REK Midt) and approved by the health trust's CEO, the privacy ombudsman and the safety representatives for the staff.

Data analysis

SPSS21 was used for data analysis. Missing values did not exclude the patient from the study, only from those analyses for which the patient had missing data. The patients were grouped according to demographics, medical specialty, type of injury, consequence of injury and documentation of the event and disclosure in the medical records. Descriptive statistics were used to present the data.

Results

Patients

The study sample consisted of 167 patients treated at Trondheim University Hospital with a date of injury between 1 March 2009 and 31 December 2012. Fifty-three patients were awarded compensation after injury in 2009, 46 in 2010, 51 in 2011 and 17 in 2012. The mean patient age at the time of injury was 52.5 years (range, 0–86 years), with seven patients below 20 years of age; 93 (55.7%) were female and 74 (44.3%) were male. Table 3 presents the distribution of medical specialties and degree of injury. The largest groups by medical specialty were orthopaedics (47.6%), obstetrics and gynaecology (8.4%) and gastrointestinal surgery (7.8%), which accounted for almost 65% of all injuries granted compensation.

In 40 cases (24.1%), the error resulted in temporary injury. Of these, 2 cases required intervention but did not lead to prolonged hospitalization (Category E), 32 cases required prolonged hospitalization (Category F) and 6 cases required intervention to sustain life (Category H). In 111 cases (67.9%), the injury was permanent (Category G). Of these, 68 patients had a disability of $\geq 15\%$. The error contributed to or resulted in death (Category I) in 15 patients (9.0%). Information on disability was unavailable in one case, and the patient is therefore excluded from results relating to degree of disability, so that the total number of patients in Tables 3 and 4 is 166.

Type of injury

Table 4 presents the distribution of the type of injury and degree of injury. Surgical adverse events were most common, accounting for 47.3% of the total. These were subdivided into postoperative infections (30 cases [18.0%]), perioperative organ injury (13 cases [7.8%]), surgical nerve injury (nine cases [5.4%]) and other surgical injury (27 cases [16.2%]). Of the 30 cases of postoperative infections,

Table 3 Frequency of patient injury, distribution of medical specialties and degree of injury

Specialty	Patient injuries <i>n</i> (%)	Temporary harm <i>n</i>	Disabilities <15% <i>n</i>	Disabilities ≥15% <i>n</i>	Deaths <i>n</i>	Operations in study period <i>n</i>	Injuries per 1000 operations
Orthopaedics	79 (47.6%)	17	30	30	2	33 146	2.38
Obstetrics and gynaecology	14 (8.4%)	6	0	5	3	11 451	1.22
Gastrointestinal surgery	13 (7.8%)	5	3	4	1	28 588	0.45
Neurosurgery	10 (6.0%)	2	2	6	0	5417	1.84
Anaesthesiology and intensive care	7 (4.2%)	3	2	1	1	n.a.	n.a.
Oncology	6 (3.6%)	1	1	2	2	n.a.	n.a.
Neurology	5 (3.0%)	1	1	3	0	n.a.	n.a.
Other	32 (19.2%)	5	4	17	6	n.a.	n.a.
Sum	166	40 (24.1%)	43 (25.9%)	68 (41.0%)	15 (9.0%)	n.a.	n.a.

Table 4 Frequency of type of injury, distribution of type of injury and degree of injury

Type of injury	Patient injuries <i>n</i> (%)	Temporary harm <i>n</i>	Disabilities <15% <i>n</i>	Disabilities ≥15% <i>n</i>	Deaths <i>n</i>
Delayed diagnosis	38 (22.8%)	9	11	13	5
Postoperative infection	29 (17.5%)	6	5	16	2
Other surgical injury	27 (16.3%)	8	10	9	0
Drug related injury	15 (9.0%)	3	8	2	
Perioperative organ injury	13 (7.8%)	2	4	1	
Perioperative nerve injury	9 (5.4%)	1	4	4	0
Obstetric injury	4 (2.4%)	0	0	1	3
Other	31 (18.7%)	8	8	13	2
Sum	166	40 (24.1%)	43 (25.9%)	68 (41.0%)	15 (9.0%)

Table 5 Number of incident reports by medical specialty

Specialty	Patient injuries <i>n</i>	Incident reports <i>n</i>
Orthopaedics	77	1 (1.3%)
Obstetrics and gynaecology	14	8 (57.1%)
Gastroenterological surgery	13	4 (30.8%)
Neurosurgery	10	4 (40.0%)
Anaesthesiology and intensive care	6	4 (66.7%)
Oncology	6	2 (33.3%)
Neurology	5	1 (20.0%)
Other	31	9 (29.0%)
Sum	162	33 (20.4%)

Table 6 Number of incident reports by type of injury

Type of injury	Patient injuries <i>n</i>	Incident reports <i>n</i>
Delayed diagnosis	37	10 (27.0%)
Postoperative infection	29	1 (3.4%)
Other surgical injury	27	3 (11.1%)
Drug related injury	14	6 (42.9%)
Perioperative organ injury	13	3 (23.1%)
Perioperative nerve injury	9	2 (22.2%)
Obstetric injury	4	3 (75.0%)
Other	29	5 (17.2%)
Sum	162	33 (20.4%)

21 concerned joint infections or prosthetic joint infections. In 38 cases (22.8%), delayed diagnosis was the cause of injury, where 33 cases concerned delayed primary diagnosis and five cases concerned delayed diagnosis of postoperative complications.

Incident reporting

Information about incident reporting and documentation in medical records were unavailable in five cases because the patient was transferred to another hospital trust before the injury was diagnosed, so that the total number of patients in Tables 5 and 6 is 162. Of these, 33 (20.4%) had been reported, 8 in 2009, 7 in 2010, 9 in 2011 and 9 in 2012. Of the 80 patients who suffered serious consequences of the injury (death or a disability of ≥15%), 21 (26.3%) had been reported.

Table 5 presents frequency of incident reporting by medical specialty based on the NPE injuries. Most specialties had reported ~30% of their patient injuries. Obstetrics and gynaecology and anaesthesiology and intensive care had reported ~60% of their patient injuries, in contrast to orthopaedics, where only 1.3% of patient injuries were found reported.

Table 6 presents distribution of injury type and incident reporting. Most types of injury had been reported in ~25% of cases. Of injury types with more than one case, obstetric injuries had been reported most often with three of four cases reported. In contrast, only one of the 29 cases (3.4%) of postoperative infection and none of the cases of thrombosis, bleeding or patient misidentification were found reported.

Documentation in medical records

In the 162 cases where we had access to the patient's medical records, the event had been described in 147 cases (90.7%). Of these, five (3.4%) were described as patient harm, whereas the rest were described as a foreseeable complication to the procedure or treatment or were attributed to the nature of the disease. Of the 15 cases where the event was not documented, 9 concerned delayed diagnosis.

Disclosure to patients

Patient disclosure of the event was documented in the patient's medical records in 89 cases (54.9%). In another 21 cases (13.0%), the injury was patient-identified, and we would therefore not expect patient disclosure to be documented. In the remaining 52 cases (32.1%), there was no documentation of patient disclosure. Of the most common medical specialties, neurosurgery (100%) and oncology (83.3%) had most commonly informed their patients about the injury.

In 35 cases (21.6%), it was documented that the patient had been informed of his or her right to apply for compensation through the NPE. Neurosurgeons had informed their patients about the NPE on more occasions (60%), whereas orthopaedic surgeons and oncologists the least (below 20%).

Discussion

This study shows that one in five patient injuries that qualified for financial compensation was also reported by health personnel in the incident reporting system. Of those who suffered serious consequences of the injury (death or disability $\geq 15\%$), one out of four was reported. The most common types of injury were due to surgical and diagnostic errors. Orthopaedics had the most patient injuries, particularly when comparing the number of procedures performed with other surgical specialties. They had by far the fewest number of incident reports, with only one report per 77 injuries.

With only one in five compensated injuries reported, underreporting remains a problem. These numbers are comparable with a similar study done in Sweden, which found that one in five severe, patient-reported injuries were reported by health personnel [12]. A report from the Czech Republic documented the discrepancies between the presence of adverse event reporting systems and the actual use of these systems [17]. The most common types of adverse events in the present study were diagnostic and surgical errors, both largely a result of medical care given by physicians and surgeons. Underreporting of adverse events by physicians and surgeons, compared with nurses, is well documented and contributes to several weaknesses concerning incident reporting systems [18–21]. As Christiaans-Dingelhoff and co-workers pointed out, incident reports are largely made by nurses and therefore probably mainly concern nursing care, whereas adverse events that lead to patient injury often concern care given by physicians and surgeons [3]. Such participation bias can lead to incorrect prioritization of patient safety work because the frequency of reports from nurses gives an impression that some errors are more of a problem than others [21]. As argued by Öhrn and co-workers and Christiaans-Dingelhoff and co-workers, it is likely that physicians and surgeons often perceive injuries as foreseeable complications, rather than adverse events, and that they are therefore to be expected [3, 12]. A study on factors influencing incident reporting in surgical care found that surgical complications were not generally perceived to be reportable incidents [22]. In this study, through review of the patients' medical records, we found that the error was described as a patient injury in only 5 of 147 cases (3.4%), whereas the rest were

described as a foreseeable complication or were attributed to the nature of the disease. Postoperative infections were severely underreported with only one report among the 29 postoperative infections (3.4%).

Patient safety culture varies between countries and hospitals; first of all in dimensions of non-punitive response to error, feedback and communication about error, communication openness, learning from adverse events and management support [23]. The same elements could probably also influence to which degree adverse event reporting systems are used.

Barriers to incident reporting include lack of knowledge of what to report, lack of feedback, time constraint and the presence of a 'blame culture' [18, 24, 25]. Waring argues that cultural barriers to incident reporting go beyond the problems of a 'blame culture' and consist of other deep-seated cultural attributes [25]. These include a perceived inevitability of error and anxiety about a growing bureaucracy for monitoring and evaluating performance. When working with improving safety, one should not only focus on removing blame but recognize the complex professional culture in medicine that inhibits reporting [25].

Our study showed that patient disclosure lacked in >30% of cases, and information about the patient's right to apply for compensation lacked in almost 80% of cases. Other studies also suggest that patient disclosure is rare [26–28]. In a study of patients who had an iatrogenic event as the cause of intensive care unit admission, Lehmann and co-workers found that patient disclosure about the reason for admission was documented in only 5% of cases [27]. Physicians and surgeons may have informed their patients without documenting the conversation, but the low rate of documentation indicates that physicians and surgeons either have problems identifying adverse events or choose not to disclose errors to patients. There are several reasons for nondisclosure, including uncertainty about how to talk about errors, thinking the patient would not want to know, fear of upsetting the patient and fear of potential consequences, such as being reported by the patient or a lawsuit [29–31].

Complete disclosure is important for patient centred care, supports patient autonomy and informed decision-making. Patients who experience adverse events rate their quality of care at levels similar to patients who do not experience adverse events, if the hospital disclosed the event [32]. Disclosure is important for patients who may be entitled to economic compensation because without information, they may not know that an error caused the injury [30]. Patients and families are strongly in favour of disclosure about errors that have affected them [33]. Openness around errors may reduce the risk of punitive actions with patients being less likely to report the physician or file a lawsuit when informed of the error [34]. It is therefore interesting that physicians and surgeons list the fear of potential consequences as a barrier to disclosure. In addition to talking to patients about errors, physicians and surgeons should also discuss them with colleagues. This is not only important to understand what went wrong and therefore essential in improving safety but may lighten the impact that patient injury has on physicians' professional and private lives [35].

The strength of this study is that an independent party has identified and verified the degree of injury. However, the numbers of injuries identified this way only reflect the number of claims, not the real number of adverse events or patient injuries in the period, which is a limitation. Our data have a higher proportion of severe injuries (permanent injury and death) compared with those found by retrospective review of medical records [4, 5]. For example, Baines and co-workers found that 13.4% of adverse events led to permanent disability or death, compared with 75.9% of our cases [5]. However, our finding that surgical injuries were most common is consistent with data

found by medical record reviews [4, 5]. A weakness of our study could be that the patient records do not necessarily reflect the real communication between the hospital and the patient when it comes to disclosure. However, only what is documented can be used as measurements in future quality improvement.

Conclusion

Although Norway has a mandatory reporting system, which most importantly is a system for learning and improvement unconnected to sanctions, underreporting remains a problem. Only one in four patient-identified injuries qualifying for economic compensation was reported. In addition, documentation of patient disclosure is far from complete. Helping physicians and surgeons recognize adverse events and injuries, reporting them and the importance of discussing them with patients should be a priority for hospitals and medical schools.

Acknowledgement

Sølvi Flåte at the Norwegian System of Patient Injury Compensation has been very helpful providing all necessary data from their database.

References

- de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM *et al.* The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, 2008;17:216–23.
- Soop M, Fryksmark U, Koster M *et al.* The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21:285–91.
- Christiaans-Dingelhoff I, Smits M, Zwaan L *et al.* To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? *BMC Health Serv Res* 2011;11:49.
- Sousa P, Uva AS, Serranheira F *et al.* Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res* 2014;14:311.
- Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC *et al.* Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Qual Saf* 2013;22:290–8.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. [Specialised Health Services Act], 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven> (15 December 2014, date last accessed).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter [Patient's Rights Act], 1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker> (15 December 2014, date last accessed).
- The Norwegian System of Patient Compensation. The history of the patient injury compensation scheme, 2012. <http://www.npe.no/en/About-NPE/Organisation/The-history-of-the-patient-injury-compensation-scheme/> (9 November 2014, date last accessed).
- The Norwegian System of Patient Compensation. [The Norwegian System of patient compensation's statistics for regional health authorities 2013], 2013. http://www.npe.no/Documents/Rapporter/rhf_rapport_2013_ferdig_utenside1.pdf (9 November 2014, date last accessed).
- The Norwegian System of Patient Compensation. What is required to receive compensation? 2012. <http://www.npe.no/en/Patient/Apply-compensation/What-is-required-to-receive-compensation/> (9 November 2014, date last accessed).
- Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A *et al.* Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ* 2007;334:79.
- Ohrn A, Elfstrom J, Liedgren C *et al.* Reporting of sentinel events in Swedish hospitals: a comparison of severe adverse events reported by patients and providers. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2011;37:495–501.
- de Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM *et al.* A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS One* 2012;7:e31125.
- National Quality Forum. NQF patient safety terms and definitions, 2009. https://www.qualityforum.org/Topics/Safety_Definitions.aspx (4 July 2015, date last accessed).
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors Algorithm, 2001. www.nccmerp.org/sites/default/files/algorColor2001-06-12.pdf (9 December 2014, date last accessed).
- Forskrift om menerstatning ved yrkesskade [Regulation on compensation for occupational injury], 1997 https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1997-04-21-373/kapittel_2 (30 July 2015, date last accessed).
- Heib Z, Vychytil P, Marx D. Adverse event reporting in Czech long-term care facilities. *Int J Qual Health Care* 2013;25:151–6.
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ *et al.* Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006;15:39–43.
- Milch CE, Salem DN, Pauker SG *et al.* Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. *J Gen Intern Med* 2006;21:165–70.
- Nuckols TK, Bell DS, Liu H *et al.* Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Qual Saf Health Care* 2007;16:164–8.
- Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *J Patient Saf* 2010;6:247–50.
- Kreckler S, Catchpole K, McCulloch P *et al.* Factors influencing incident reporting in surgical care. *Qual Saf Health Care* 2009;18:116–20.
- Wagner C, Smits M, Sorra J *et al.* Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care* 2013;25:213–21.
- Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ *et al.* Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004;181:36–9.
- Waring JJ. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med* 2005;60:1927–35.
- Wu AW, Folkman S, McPhee SJ *et al.* Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991;265:2089–94.
- Lehmann LS, Puopolo AL, Shaykevich S *et al.* Iatrogenic events resulting in intensive care admission: frequency, cause, and disclosure to patients and institutions. *Am J Med* 2005;118:409–13.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT *et al.* Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)*, 2005;Suppl Web Exclusives:p. W5–509–25. <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/11/28/hlthaff.w5.509.citation>.
- Victoroff MS. The right intentions: errors and accountability. *J Fam Pract* 1997;45:38–9.
- Souter KJ, Gallagher TH. The disclosure of unanticipated outcomes of care and medical errors: what does this mean for anesthesiologists? *Anesth Analg* 2012;114:615–21.
- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G *et al.* Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res* 2013;2:e32.
- Weissman JS, Lopez L, Schneider EC *et al.* The association of hospital quality ratings with adverse events. *Int J Qual Health Care*, 2014;26:129–35.
- Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1690–7.
- Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med* 1996;156:2565–9.
- Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005;14:13–7.

1 Hensikt

Å gi kortfattet oversikt over:

- Håndtering av pasienter, pårørende og involverte helsepersonell ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.
- Korrekt varsling av alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.

2 Omfang

2.1 Hvem prosedyren gjelder

Helsepersonell og ledere involvert ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.

2.2 Definisjon av alvorlig og utilsiktet pasienthendelse

Alvorlig og utilsiktet hendelse som har oppstått ved helsehjelp eller ved mangel på helsehjelp, og som krever ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Avdelinger skal ha skriftlige rutiner som presiserer nærmere hva som skal meldes og varsles.

3 Arbeidsbeskrivelse

Arbeidsbeskrivelsen beskriver hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. Ansvar kan verken deles eller delegeres. Utføringen av oppgavene kan delegeres, men ansvaret er uendret.

3.1 Involvert helsepersonells ansvar

- Iverksette tiltak for å korrigere hendelsen umiddelbart.
- Kontakte ansvarlig lege og bakvakt der pasienten har tilhørighet umiddelbart, dersom vedkommende ikke allerede er involvert.

Viser også til [gjeldende rutiner ved UNN for dødsfall hos pasient](#).

3.2 Bakvakts ansvar

Ansvaret for oppgavene under er tillagt bakvakt. I enkelte fagområder kan det være naturlig at ansvaret gis andre, f.eks. ansvarsvakt i psykiatrien, overlege på sengepost, mellomvakt, etc. Dette skal i så fall presiseres i avdelingens egne skriftlige rutiner.

- Samle behandlingsteamet snarest for å gå gjennom det som skjedde.
- Dokumentere ved å journalføre klokkeslett, hva som hendte og hvem som var til stede.
- Informere pasient og pårørende. Se pkt 3.2.1 og pkt 3.2.2 i tekst under.
- Melde hendelsen og snarest informere nærmeste leder, senest neste virkedag. Se 3.2.3 i tekst under.

3.2.1 Informasjon til pasient

Dette kan gjøres ved at bakvakt informerer selv eller ved at bakvakt delegerer oppgaven til annet helsepersonell.

Vis at du bryr deg, uttrykk beklagelse. Pasient skal snarest informeres om at vedkommende har blitt påført en skade eller en alvorlig komplikasjon. Dette innebærer at det gis:

- Informasjon om skaden
- Hva som gjøres for å rette opp/lindre skaden
- Hvordan pasienten eller brukeren skal forholde seg videre.

Pasienten skal få informasjon om årsaken til hendelsen dersom dette er klart eller informeres om hva UNN vil gjøre for å kartlegge årsaksforholdene nærmere.

Pasienten skal informeres om mulighet til:

- Bistand og råd fra Pasient- og brukerombudet (tlf. 77 75 10 00)
- Søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning (www.npe.no)
- Anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd (www.fylkesmannen.no/troms eller www.fylkesmannen.no/nordland)

Informasjon bør gis så tidlig som mulig ut fra pasientens eller nærmeste pårørendes forutsetninger og tilpasses situasjonen. Dersom informasjon utelates eller tenkes gitt på et senere tidspunkt, bør årsaken til dette dokumenteres i pasientjournalen. Informasjonen kan gis ved møte, muntlig eller skriftlig. Hvilken informasjon som er gitt skal dokumenteres i journal.

Helsepersonell har lovpålagt plikt til å gi pasienter og pårørende informasjon. Dette fremgår av [Helsepersonelloven § 10](#) og [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#). Se også Helsedirektoratets veileder [«Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner»](#).

3.2.2 Informasjon til pårørende

Dette kan gjøres ved at bakvakt informerer selv eller ved at bakvakt delegerer oppgaven til annet helsepersonell.

Dersom pasienten samtykker skal nærmeste pårørende informeres om den aktuelle hendelsen. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse skal pårørende informeres på samme måte som pasienten. Dersom en pasient dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette, jf [Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-3](#). Se også [informasjonsskriv](#) fra Helsedirektoratet.

Ved dødsfall [varsles pårørende snarest, se egen prosedyre](#): «Uventet dødsfall bør ikke meldes på telefon. Legen har det formelle ansvaret for varsling ved uventede dødsfall, men lokal prest skal brukes med personlig fremmøte. Telefonnummer til lokal prest fås hos vakthavende sykehusprest (kontaktes via sentralbordet).»

3.2.3 Melding og varsling av hendelsen

Alvorlige pasienthendelser som medførte eller kunne ført til betydelig skade på pasienter

- Meldes internt ved å fylle ut [Pasienthendelsesskjema](#).
- Alle alvorlige og utilsiktede pasienthendelser som har medført eller kunne ha ført til betydelig skade skal videresendes Helsedirektoratet. Dette gjøres ved å svare ja på spørsmålet «Skal meldingen sendes til Helsedirektoratet (iht Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3)?» i Pasienthendelsesskjemaet.

Alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasienten

- Meldes som beskrevet over (selv om den i tillegg meldes som 3-3a)
- Avdelingsleder og klinikkjef informeres umiddelbart og senest neste virkedag. Det er klinikkjefs plikt å melde hendelsen til Helsetilsynet umiddelbart. Se [egen prosedyre for melding etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a](#).

Enkelte hendelser skal meldes andre instanser i tillegg til melding som beskrevet over:

Unaturlig dødsfall (dødsfall som er plutselige, uventede eller forårsaket av feil, forsømmelse, uhell)

- Politiet varsles umiddelbart (tlf 02800), jf. [Helsepersonelloven §36](#).

Medikamentbivirkninger

- Meldes Regional legemiddelinformasjonscenter (www.relis.no), jf. [Legemiddelforskriften §10-11](#).

Ulykke eller selvmord hos pasient innlagt i psykiatrisk institusjon

- Kopi av melding til politiet sendes [Kontrollkommisjonen](#).

Dødsfall eller uønsket hendelse i forbindelse med blodtransfusjon

- Meldes hemovigilanssystemet (<http://www.hemovigilans.no>), jf [Blodforskriften §3-5](#)

Relatert til uttak og bruk av humane celler, vev og organer hos donor eller pasient

- Meldes nasjonalt meldingsregister for celler og vev på www.cellerogvev.no, jf [Forskrift om håndtering av humane celler og vev §52](#)

Feil på elektromedisinsk utstyr, inkludert ulykker og unormale hendelser ved medisinsk strålebruk

- Se [egen prosedyre](#). Ved feil på medisinsk-teknisk utstyr skal dette stå urørt.

3.3 Nærmeste leders ansvar

Ansvar for oppfølging av pasient og pårørende tilligger moderavdeling. Ansvar for oppfølging av personell ligger i linjeledelsen. For pasientforløp som krysser klinikkgrenser bør det samarbeides etter [mønster beskrevet i Traumemanualen](#).

3.3.1 Håndtering av melding om hendelsen og informasjon

Nærmeste leder er ansvarlig for at informasjon til pasient og pårørende er gitt. Nærmeste leder [behandler avviksmeldingen](#) i det interne kvalitetssystemet.

3.3.2 Kontakt med pårørende

Nærmeste leder oppfordres til å ta kontakt med pasient/pårørende. Vis at du bryr deg og uttrykk beklagelse.

Informer om:

- Videre saksgang og at hendelsen behandles i det interne avvikssystemet for å finne ut hvordan vi kan forebygge lignende hendelser i fremtiden.
- Hendelsen er rapportert til Helsetilsynet og dersom politiet er varslet.
- Mulighet til å søke erstatning i NPE (www.npe.no)
- Muligheten for bistand og råd fra Pasient- og brukerombudet (tlf. 77 75 10 00).

Avtal gjerne tidspunkt for møte med pårørende. Pårørende bør få en kontaktperson de kan henvende seg til. Pasient og pårørende skal følges med avtalte mellomrom frem til dette ikke lenger er hensiktsmessig

3.3.3 Ivaretagelse av helsepersonell

Ansvar for oppfølging av personell ligger i linjeledelsen. Nærmeste leder i linje plikter å følge opp ansatte etter hendelsen. Oppfølgingen skal innbefatte gjennomgang av hendelsen, støtte til ansatte, samt identifisering av eventuelle bakenforliggende faktorer som kan tilskrives systemet. Det forutsettes at alle avdelinger har gode standardiserte, skriftlige rutiner på dette. Ved behov for medisinsk eller psykiatrisk oppfølging utover kollegastøtte bør involvert helsepersonell oppfordres til å kontakte fastlege.

Bedriftshelsetjenesten har poliklinikk som kan være aktuell for ansatte som har vært involvert i alvorlige hendelser som har gjort følelsesmessig sterkt inntrykk eller andre arbeidsrelaterte alvorlige hendelser. Prestetjenesten kan også hjelpe ansatte ved behov for samtaler etter alvorlige hendelser.

3.3.4 Sikre at hendelsen er gjenstand for læring

Nærmeste leder er ansvarlig for at hendelsen tas opp i førstkommende komplikasjonsmøte for å sikre læring og å gi kollegial støtte til involvert helsepersonell. Dersom hendelsen involverer helsepersonell fra flere fagområder kan disse inviteres. Det journalføres at hendelsen ble lagt frem anonymisert i komplikasjonsmøte.

Nærmeste leder orienterer ledelsen ved andre involverte avdelinger.

Nærmeste leder vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere.

3.4 Klinikksjefs ansvar

Klinikksjef plikter til å melde alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasient til Helsetilsynet så snart som mulig, se [egen prosedyre for melding etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a](#).

- Send epost til varsel@helsetilsynet.no
- Eposten skal inneholde teksten «Vi har hatt en alvorlig hendelse ved UNN HF», samt navn på kontaktperson med direkte telefonnummer og fagområde.
- Kopi av epost sendes
Administrerende direktør ved UNN

Medisinsk fagsjef ved UNN
Fagdirektør i Helse Nord.

Klinikkssjef vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere, f.eks. hendelsesanalyse.

3.5 Pasientsikkerhetsutvalget og Medisinsk fagsjefs ansvar

Pasientsikkerhetsutvalgets mandat og arbeidsform er beskrevet i [FB0651](#). Medisinsk fagsjef vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere og sikre at hendelsen er gjenstand for læring på tvers i organisasjonen.

3.6 Annet

Rutiner for saksbehandling av pasientskadesaker er beskrevet i [PR16991](#).

4 Eksterne referanser

- Blodforskriften. F04.02.2005 nr. 80
- Forskrift om håndtering av humane celler og vev. F07.12.2015 nr. 1430
- Helsepersonelloven L02.07.1999 nr. 64
- Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2012
- Legemiddelforskriften. F11.11.2016 nr. 1310
- Pasient- og brukerrettighetsloven L02.07.1999 nr. 63
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2015
- Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner. IS-2213 Helsedirektoratet 2015
- Spesialisthelsetjenesteloven L02.07.1999 nr. 61
- Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. Rundskriv IS-5/2013
- Veileder til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 – meldeplikt til Helsedirektoratet. IS-1997