



Helsetilsynet i Møre og Romsdal
Helsetilsynet i Nord-Trøndelag
Helsetilsynet i Sør-Trøndelag

Prosjektrapport:

Fallprosjektet i Helseregion Midt-Norge

Pilotprosjekt 2010

Rapporten er utarbeidet av Jorunn K. Uleberg, prosjektmedarbeider Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, under faglig veiledning av professor dr.med Olav Sletvold og dr.philos seniorforsker Jorunn L. Helbostad ved St. Olavs Hospital/NTNU.

Innhold

Innledning	3
Bakgrunn	3
Fallprosjektets målsetting	4
Organisering	4
Metode	5
Datainnsamling	5
Meldeskjema	6
Databearbeiding	6
Inklusjonskriterier	7
Resultat	7
Helseregion Midt-Norge 2008-2009	8
Helse Nord-Trøndelag HF.....	15
Helse Nordmøre og Romsdal HF	17
Helse Sunnmøre HF	19
St. Olavs Hospital HF	21
Diskusjon	23
Referanser.....	25

Vedlegg:

- Vedlegg 1: IK-2448 Statens helsetilsyn januar 2001, siste mindre endring mai 2005
- Vedlegg 2: IK-2448 Statens helsetilsyn revidert juni 2007
- Vedlegg 3: IK-2448 versjon 01.01
- Vedlegg 4 a: Registrering av avvik/uheldige hendelser og forbedringsområder, Helse Nordmøre og Romsdal HF, dato 01.10.2004,
- Vedlegg 4 b: Registrering av avvik, uheldige hendelser og forbedringsområder, Helse Nordmøre og Romsdal HF, dato 2.7.2007
- Vedlegg 5: EQS-skjema: Melding: Pasientskade/nesten-uhell på pasient, St. Olavs Hospital HF
- Vedlegg 6: IK-2448: lokal versjon – 2005. Helse Sunnmøre HF

Innledning

Fallprosjektet blir gjennomført i regi av Helsetilsynene i Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal (heretter benevnt Helsetilsynene i Helseregion Midt-Norge). Helsetilsynene i disse fylkene har de siste årene hatt et godt samarbeid omkring meldinger etter Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-3 og har i denne sammenheng sett at en stor andel av meldingene er knyttet til fall hos pasienter innlagt helseforetak i regionen.

På bakgrunn av dette har Helsetilsynene i Helseregion Midt-Norge satt i gang et prosjekt for å kartlegge forekomst, årsaker, konsekvenser og tiltak etter fallhendelser hos pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skal ta for seg alle aktuelle hendelser som har skjedd i perioden 2007 – 2009. Både meldinger som er meldt inn til Helsetilsynet i fylket etter Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-3 og hendelser som behandles internt i Helseforetakene inkluderes i prosjektet.

Prosjektet er et ledd i Helsetilsynets satsning på tilsyn med tjenesten til eldre for perioden 2009-2012. For året 2010 fikk det regionale samarbeidet tildelt 300 000 kr til et pilotprosjekt hvor hovedmålet var å samle inn all aktuelle data samt foreta en grovanalyse av meldinger om fallhendelser.

Prosjektrapporten omhandler den praktiske gjennomføringen av pilotprosjektet så langt, samt en presentasjon av foreløpige resultater.

Bakgrunn

Fall hos eldre forekommer ofte, både hos personer som er hjemmeboende, sykehjemsbeboere og hos eldre som er innlagt sykehus under akutt sykdom, utredning eller rehabilitering. Av hjemmeboende opplever nesten hver tredje eldre person over 65 år å falle i løpet av et år, mens over 50 % av sykehjemsbeboere har minst ett fall per år (1).

Rapportering av forekomst av fall i sykehus varierer i ulike studier. En studie fra et akuttisykehus i Melbourne, Australia 2002/2003 fant en fall-rate på 7,9 fall per 1000 liggedøgn (2), mens en større studie fra England og Wales fra 2007 viste gjennomsnittlig 4,8 fall per 1000 liggedøgn (3). Fra Norge foreligger tall fra Helsetilsynets meldesentral med oversikt over antall fall i spesialisthelsetjenesten som medfører alvorlig personskade eller død, men dette tallmaterialet sier ingenting om det totale antallet fallhendelser i sykehus.

Konsekvensene etter et fall kan være omfattende. I mange tilfeller medfører et fall i sykehus en skade som ofte betyr forlenget liggetid med omfattende utredning og behandling som kan innebære både røntgenundersøkelser og operative inngrep. Videre rehabilitering blir ofte forsinket på grunn av samtidig akutt sykdom, og det er større sjanse for at pasienten blir utskrevet til institusjon i stedet for til egen bolig.

Lengre liggetid i sykehus medfører økte kostnader som igjen har stor samfunnsøkonomisk betydning. En studie fra USA i 1995 viste at pasienter som

hadde falt i sykehus hadde en gjennomsnittlig liggetid som var 12 dager lengre enn for andre pasienter (4). Mange fall fører til hoftebrudd, og et enkelt lårhalsbrudd koster ifølge Skadeforebyggende forum (www.skafor.org) ca kr 300 000,- i behandling og rehabilitering.

Et fall kan også ha store konsekvenser for den enkelte pasient. For en eldre person som faller kan det føre til langvarig redusert funksjon i daglige aktiviteter og økt hjelpebehov. Mange får økt frykt for nye fall, noe som igjen fører til angst, lavere aktivitetsnivå og sosial isolasjon (5). I tillegg til økt funksjonssvikt etter et fall er også mortaliteten i tilknytning til fallskader svært høy hos eldre (1).

Pasientfall under innleggelse i spesialisthelsetjeneste er en av de hyppigst innrapporterte avviks hendelser til Helsetilsynet i Norge (6). I "Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001-2007" finner man at 17 % av alle meldinger som kommer inn er knyttet til fall, og over halvparten av disse gjelder forhold som kunne ha ført til betydelig personskaade. I Helseregion Midt-Norge var dette tallet enda høyere med en prosentandel på hele 28 % for året 2008. Nær 9 av 10 meldte hendelser knyttet til fall førte til betydelig pasientskaade eller død (7). Samtidig viser studier fra Australia at av alle uønskede hendelser innad i sykehus utgjør fallhendelser 38 %. Det er sannsynlig at antallet fallhendelser som meldes til Helsetilsynet i Norge viser et lavere tall enn det i realiteten er.

Fallprosjektets målsetting

Fallprosjektets hovedmål er å redusere forekomsten av fall og fallrelaterte skader innen spesialisthelsetjenesten i Helseregion Midt-Norge. Gjennom detaljert kartlegging av forekomst, årsak og årsakssammenheng av denne type hendelser ønsker vi å påvirke til kvalitetsforbedring på systemnivå og øke pasientsikkerheten. Dette er en av Helsetilsynets hovedoppgaver og skal ivaretas gjennom vår tilsynsfunksjon.

For fase 1, pilotstudien, er målet å kartlegge forekomst og årsak til fallhendelsene. For fase 2 av prosjektet ønsker vi å få en oversikt over hvilke tiltak som blir iverksatt, og konsekvenser av hendelsene i forhold til eventuell økt liggetid i sykehus, omfang av medisinske og kirurgiske tiltak, rehabilitering, omsorgsbehov og mortalitet etter skade. I fase 3 av prosjektet planlegger vi å involvere utvalgte kommuner for å kartlegge økonomiske konsekvenser av fall i sykehus, både for helseforetak og kommune, samt de langsiktige konsekvensene for pasienten selv.

Organisering

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe samt en prosjektmedarbeider som har jobbet med prosjektet i en 60 % stilling fra 23.august 2010.

Styringsgruppa består av følgende medlemmer:

Styringsgruppe	
Ragnar Hermstad	Fylkeslege Sør-Trøndelag
Marit Dypdal Kverkild	Fylkeslege Nord-Trøndelag
Christian Bjelke	Fylkeslege Møre- og Romsdal
Henrik A. Sandbu	Konstituert direktør for helsefag, forskning og utdanning, Helse Midt-Norge RHF

Prosjektgruppa består av følgende medlemmer:

Prosjektgruppe	
Ingrid Karin Hegvold	Seniorrådgiver Helsetilsynet Sør-Trøndelag
Inger Williams	Ass. Fylkeslege Helsetilsynet Sør-Trøndelag
Åse Hansen	Rådgiver Helsetilsynet Møre og Romsdal
Torgeir Skevik	Seksjonsleder helse, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Jorunn L. Helbostad	Fysioterapeut dr.philos seniorforsker, NTNU
Olav Sletvold	Seksjonsleder, professor, dr.med. St. Olavs Hospital/NTNU
Jorunn K. Uleberg	Prosjektmedarbeider, ergoterapeut

Prosjektgruppa har hatt 3 møter i løpet av høsten 2010.

Det er også fra Helseforetakene oppnevnt følgende kontaktpersoner som bistår i arbeidet:

Kontaktpersoner fra Helseforetakene	
St. Olavs Hospital HF	Helge Haarstad, Medisinsk fagsjef
Helse Nord-Trøndelag HF	Tor Ivar Stamnes, Kvalitetssjef
Helse Nordmøre og Romsdal HF	Anne Mittet Dahl, Rådgiver
Helse Sunnmøre HF	Arne Hellevik, Kvalitetskoordinator

Metode

Prosjektet er gjennomført som en retrospektiv deskriptiv studie med innsamling av pasientdata i tidsperioden 1.1.2007 – 31.12.2009.

Datainnsamling

Datamaterialet ble innsamlet gjennom to ulike metoder. Med tilgang til Helsetilsynets meldesentral på den interne nettsiden www.Losen.no ble alle aktuelle avviksmeldinger knyttet til fallhendelser identifisert og hentet ut. Denne utgaven av meldesentralen, som benevnes som ny-meldesentral ble opprettet i 2008. I den "gamle" meldesentralen ligger meldinger fra årene 2001-2007. Seniorrådgiver ved Statens Helsetilsyn og kontaktperson for Meldesentralen Linda Grytten bisto med å finne saksnummer på aktuelle avviksmeldinger som omhandler fall.

I tillegg ble Helseforetakene via Helsetilsynet pålagt å sende inn kopi av alle meldinger om fall for perioden 2007-2009, både de som var meldt til Helsetilsynet og de som var behandlet internt. Frist for denne innsendelsen ble

satt til 1.oktober 2010. Helseforetakene skulle også oppnevne en kontaktperson som prosjektmedarbeider kunne benytte seg av i arbeidet med innhenting av data og videre i prosjektet.

Pr 1. oktober 2010 var det kommet inn data fra St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Datamaterialet fra Helse Sunnmøre HF ble innhentet i januar 2011.

Meldeskjema

Uønskede hendelser meldes til Helsetilsynet på skjema IK 2448. Dette skjemaet benyttes også i stor grad ved interne meldinger av uønskede hendelser i helseforetakene. I datamaterialet finner vi skjema IK 2448 benyttet i tre ulike reviderte utgaver. I første halvdel av 2007 ble hovedsaklig skjema *IK-2448 Statens helsetilsyn januar 2001, siste mindre endring mai 2005* (Vedlegg 1) benyttet, mens det i 2007 kom en nyere utgave av skjemaet, *IK-2448 Statens helsetilsyn revidert juni 2007*, (Vedlegg 2) som er benyttet på majoriteten av meldingene. Meldeskjemaene i nyere meldesentral er identiske med denne siste utgaven.

I tillegg har enkelte institusjoner benyttet en enda tidligere utgave av skjemaet IK-2448, *IK-2448 versjon 01.01* (Vedlegg 3).

I Helse Nordmøre og Romsdal HF har kvalitetsgruppen utarbeidet et eget skjema for registrering av avvik/uheldige hendelser og forbedringsområder. To ulike reviderte utgaver av dette skjemaet (Vedlegg 4a og b) samt skjema IK-2448 benyttes til meldingsregistrering i helseforetaket.

St. Olavs Hospital HF har siden 1/3-2009 benyttet sykehusets elektroniske kvalitetssystem, EQS, for melding av uønskede hendelser. Meldeskjemaene i EQS (Vedlegg 5) er utarbeidet etter mal fra siste reviderte utgave av Helsetilsynets meldeskjema IK-2448. Før 1/3-09 ble det for avviksmelding i helseforetaket hovedsakelig benyttet sist reviderte utgave av skjema IK-2448 i papirformat.

Helse Sunnmøre har i årene 2007 til 2009 benyttet seg av en lokal versjon av skjema *IK-2448 Statens helsetilsyn januar 2001, siste mindre endring mai 2005* (vedlegg 6). Fra Helseforetaket gikk over til elektronisk meldeordning i juni 2009 har de benyttet siste utgave av skjema IK-2448 (Vedlegg 2) for melding av uønskede hendelser.

Databearbeiding

I arbeidet med å utforme databasen ble det tatt utgangspunkt i innsendte meldinger på skjema *IK-2448 Statens helsetilsyn revidert 2007*. De 80 første skjemaene ble gjennomgått for å kategorisere og beskrive presise variabler og undervariabler på de ulike fritekst-feltene i skjemaet.

Materialet er statistisk bearbeidet med SPSS PASW Statistics 18. Data presenteres som oppsummering av hendelser i antall og prosent.

Fallrate er beregnet ut fra formelen presentert av Morse (8) hvor pasient fallrate er hyppighet av pasientfall under sykehusinnleggelse per 1000 liggedøgn.

$$\text{Pasient fallrate} = \frac{\text{Antall fall}}{\text{Antall pasientliggedøgn}} \times 1000$$

Antall liggedøgn per år for hvert helseforetak er basert på tall innsendt av kontaktpersoner ved de ulike helseforetakene.

Inklusjonskriterier

Den teoretiske definisjonen av fall som er benyttet i dette prosjektet er: "en hendelse der pasienten ufrivillig havner på et lavere nivå, uavhengig om skade er oppstått" (9). Definisjonen inkluderer også fall som skyldes besvimelse eller akutt hjerneslag, samt hendelser der pasienten ble funnet på gulvet. Alle fallhendelser som var dokumentert i avviksmeldinger, enten internt eller som en § 3-3 melding, ble i første omgang inkludert. Enkelte meldinger ble ekskludert etter følgende kriterier:

- Polikliniske pasienter, uansett om fallet medførte innleggelse eller ikke. Dette gjaldt 5 hendelser.
- Pasienter som var utskrevet, men falt på vei til drosje, bil etc. Dette gjaldt 3 hendelser.
- Suicid. Hendelser der pasienten var i psykisk ubalanse og falt/hoppet ut av vindu. Dette gjaldt 2 hendelser.
- Fall i rus-omsorgen. Dette gjaldt 1 melding.
- Fall hos spedbarn under forløsning. Dette gjaldt 1 melding.

Totalt 12 meldinger ble ekskludert ut fra disse kriteriene.

Resultat

Pr 20.januar 2011 har det kommet inn totalt 1028 avviksmeldinger som omhandler fallhendelser i spesialisthelsetjenesten i Helseregion Midt-Norge for årene 2007-2009.

Det mangler komplett datamateriale fra St. Olavs Hospital HF for 2007 da de av ukjente årsaker ikke kunne spore opp disse meldingene. Fra St. Olavs Hospital HF har vi for året 2007 kun 20 meldinger registrert i meldesentralen, samt 3 meldinger som er behandlet internt i Helseforetaket. Samtidig viser en intern oversikt for St Olavs Hospital HF at det i 2007 var 219 meldinger om pasientskader, uhell og nesten-uhell, og av disse var hele 149 knyttet til fallhendelser.

Dersom vi tar med meldingene fra St. Olavs Hospital HF for 2007 vil dette gi et uriktig bilde både av det totale antall meldinger om fallhendelser per år og forholdet mellom de ulike helseforetakene. På bakgrunn av dette velger vi derfor å utelate alle meldinger for St. Olavs Hospital HF for 2007.

Etter ekskludering av meldinger etter tidligere nevnte kriterier og meldinger fra St. Olavs Hospital HF for 2007, sitter vi igjen med til sammen 993 inkluderte fallhendelser (N=993) for hele perioden. For året 2007 er det 185 fallhendelser fordelt på Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

For en mest mulig oversiktlig framstilling av resultatene velger vi å analysere materialet samlet kun for årene 2008 og 2009 (N=808). Deretter presenterer vi en oversikt for det enkelte Helseforetak for alle tre årene. For St. Olavs Hospital HF blir data kun presentert for årene 2008 og 2009.

Helseregion Midt-Norge 2008-2009

Fordeling av meldinger

Av det totale antallet avviksmeldinger (N=808) er kun 10 % meldt inn til Helsetilsynet, mens resten blir behandlet internt i kvalitetsutvalgene i helseforetakene (tabell 1).

Tabell 1: Antall meldinger totalt og andel meldt til helsetilsynet fordelt på Helseforetak og årstall.

Helseforetak	Årstall	Meldt Helsetilsynet	Ikke meldt Helsetilsynet	Totalt
Helse Nord Trøndelag HF	2007	7	15	22
	2008	10	16	26
	2009	6	20	26
	Totalt:	23	51	74
Helse Nordmøre og Romsdal HF	2007	3	26	29
	2008	2	23	25
	2009	3	15	18
	Totalt:	8	64	72
Helse Sunnmøre HF	2007	1	133	134
	2008	5	98	103
	2009	4	73	77
	Totalt:	10	304	314
St. Olavs Hospital HF	2007			
	2008	30	152	182
	2009	17	334	351
	Totalt:	47	486	533
Totalt:	2007			
	2008	47	289	336
	2009	30	442	472
	Totalt:	77	731	808
		(10 %)	(90 %)	

Meldefrekvens per år viser en økning av totalt antall meldte fallhendelser fra 2008 til 2009. I 2008 ble det meldt om 336 fallhendelser, mens antallet økte til 472 meldinger i 2009.

St. Olavs Hospital HF har den største økningen av antall fallmeldinger fra 2008 til 2009. Helse Nord-Trøndelag HF har en svak økning over hele 3-års-perioden, mens Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF har en nedgang i samme periode (Fig. 1).

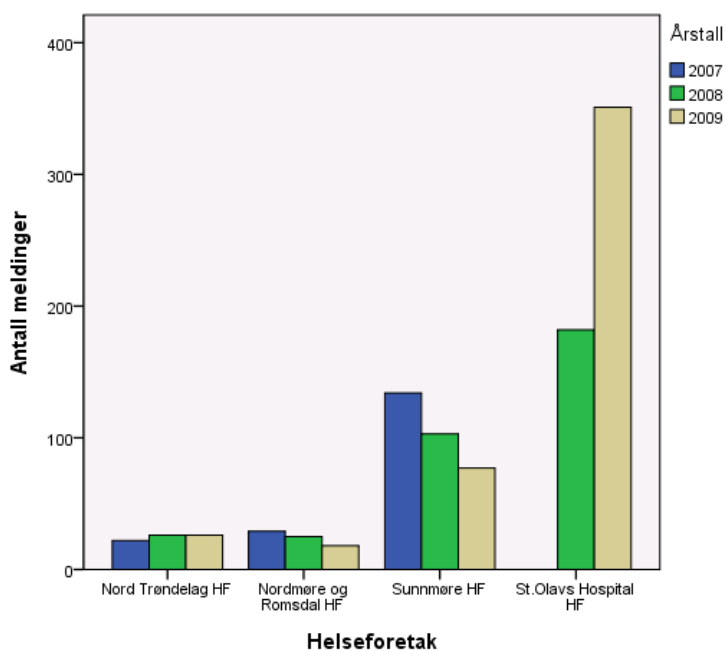


Fig.1: Antall meldinger per år fordelt på helseforetak. (N=679)

Meldingene (N=808) kommer fra 17 ulike helseinstitusjoner. De største sykehusene melder om flest hendelser. Meldinger fra St. Olavs Hospital på Øya utgjør 60 % av alle meldinger. Ålesund har 14 %, Volda 8 %, Levanger 5 % av meldingene, St. Olavs Hospital på Orkanger 4 %, Molde 3 %, og Kristiansund og Namsos har hver 1 % av meldingene. Det er også meldt inn fallhendelser fra 3 psykiatriske sykehusavdelinger, 5 ulike rehabiliteringssentre og ett distriktsmedisinsk senter.

Syttiseks prosent av de meldte fallhendelsene skjer i medisinsk avdeling, mens 10 % av fallhendelsene skjer i kirurgisk avdeling (tabell 2).

Tabell 2: Fordeling av fallhendelser i forhold til ulike avdelinger 2008 – 2009 (n=808).

Helseforetak: Avdeling:	Helse Nord- Trøndelag HF	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Helse Sunnmøre HF	St Olavs Hospital HF	Totalt	
					antall	%
Medisinsk avd. (inkl. geriatri)	26	26	123	440	615	76
Kirurgisk avd. (inkl. ortopedi)	5	9	25	42	81	10
Rehabilitering	17	3	2	12	34	4
Nevrologisk avdeling	0	0	7	15	22	3
Psykiatri	3	4	7	6	20	2
Gynekologi – fødeavd.	0	0	2	8	10	1,5
Akuttmottak – intensiv – overvåkingen	0	0	2	6	8	1
Annet: (Revm., ØNH, med.serv. avd., anestesi – operasjonsavd.)	1	1	2	4	8	1
Ukjent	0	0	10	0	10	1,5
Totalt:	52	43	180	533	808	

Alder og kjønn

Det var mulig å beregne alderen hos pasientene på fall-tidspunktet i 796 av de 808 meldingene for 2008 og 2009. Det var vesentlig flere fallhendelser hos pasientene i aldersgruppene over 75 år, med ganske lik fordeling av hendelsene for de mellom 75 og 84 år og de over 84 år. Men ser en på de meldingene sendt Helsetilsynene gjelder en større andel av disse meldingene fallhendelser hos eldre over 85 år (tabell 3).

Tabell 3: Fallhendelsene fordelt på alderskohorter.

Alderskohort	Antall meldinger	Prosent	Antall meldinger meldt Helsetilsynet jmf § 3-3	Prosent
Under 18	3	0,5	0	0
18 – 64 år	116	14,5	7	9
65 – 74 år	140	17,5	18	23
75 – 84 år	283	35,5	23	30
Over 85 år	254	32	29	38
Totalt:	796		77	

For årene 2008 og 2009 er det registrert flere fallhendelser blant menn (53 %) enn hos kvinner (47 %). Andelen av fallhendelser som meldes til Helsetilsynet i henhold til § 3-3 er likevel betydelig høyere blant kvinner enn menn. Av 77

meldte hendelser omhandler 51 kvinner, mens de resterende 26 er fallhendelser hos menn (fig.2).

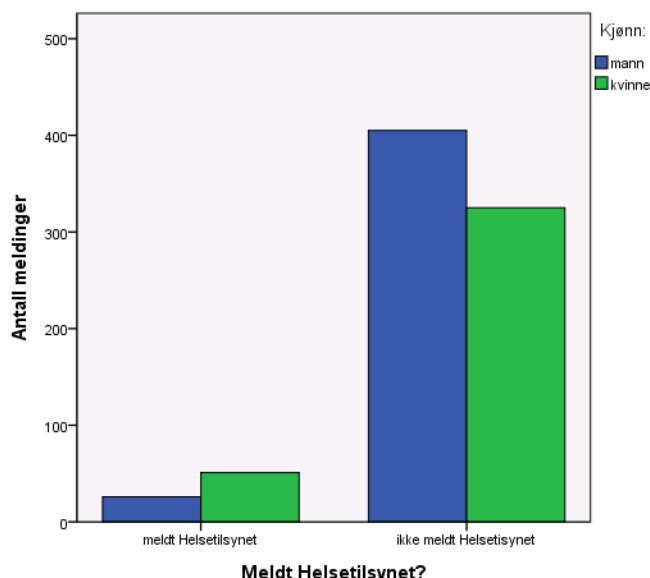


Fig. 2: Andel meldinger til Helsetilsynet med kjønnsfordeling

Fallsted

Hele 76 % av fallhendelsene skjer på pasientrommet, 11 % skjer på WC/baderom i tilknytning til pasientrommet eller i avdelingen, mens 7 % av hendelsene skjer i korridoren (tabell 4). Gruppen "annet" omfatter hendelser som har skjedd i trapp, behandlingsrom, treningsområder både innendørs og ute, spisesal og oppholdsrom ved institusjonen, samt der hendelsen har oppstått i forbindelse med at pasienten har hatt seng plassert på korridor (7 hendelser).

Tabell 4: Oversikt over fallsted.

Lokalisasjon	Antall meldinger	Prosent
Pasientrom	618	76
WC/bad	89	11
Korridor	53	7
Annet	48	6
Totalt:	808	

Tidspunkt på døgnet

Av meldingene for 2008 og 2009 hadde vi informasjon om falltidspunkt på døgnet for 791 hendelser. Blant disse skjedde opp mot halvparten av fallhendelsene (45 %) om natten mellom klokka 23:00 og 06:59.

Fallrate

Både Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF har en fallrate som synker i løpet av 3-årsperioden, mens fallraten i Helse Nord-Trøndelag HF stiger svakt i samme periode (fig. 3). St. Olavs Hospital HF har en betydelig økning i fallraten fra 2008 til 2009 og i 2009 har de en langt høyere rapporteringsfrekvens enn de øvrige helseforetakene.

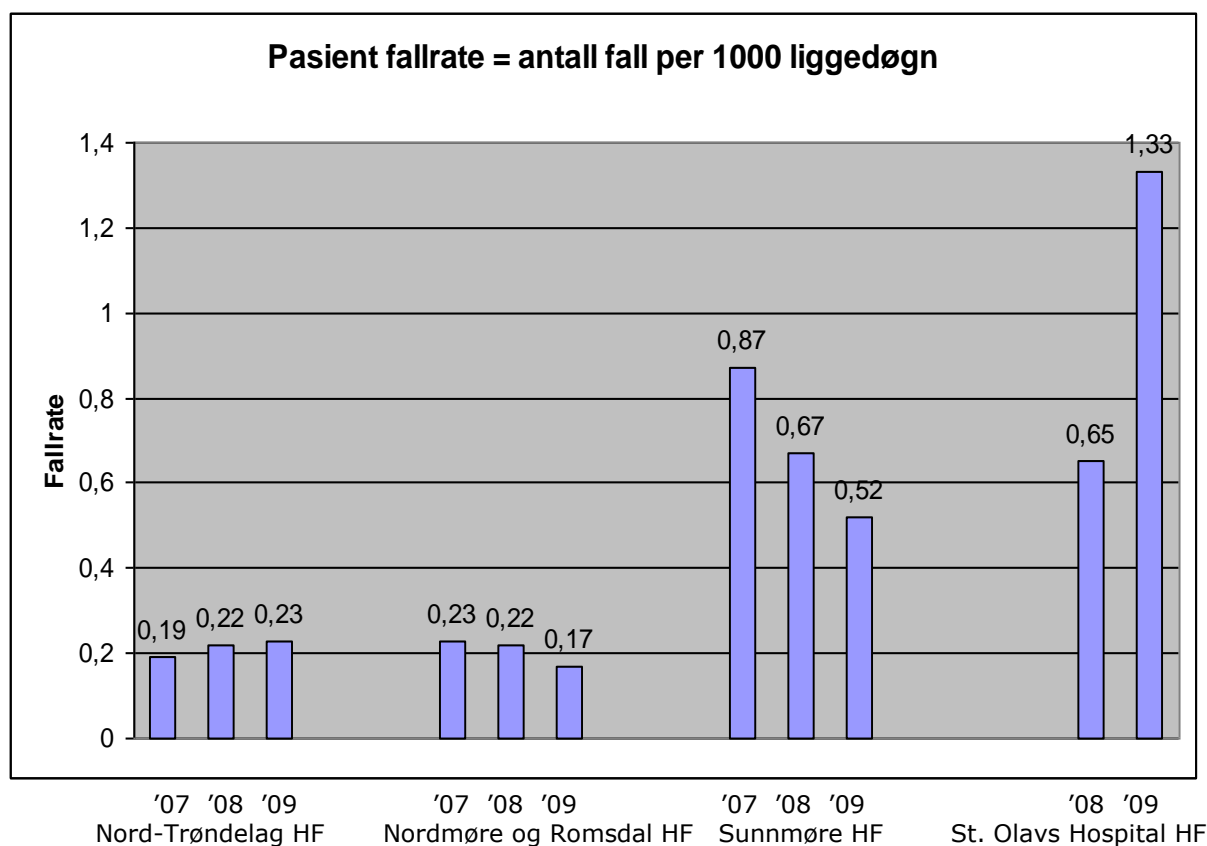


Fig.3: Oversikt over fallrate i helseforetakene i perioden 2007-2009

Skadeomfang

I 423 fallhendelser (52 %) av det totale antallet på 808 meldinger opplyses det om at fallet har ført til skade. Skadene varierer fra at pasienten er lettere forslått til alvorlige bruddskader og hjerneblødninger. I de resterende 385 meldingene medførte ikke fallet skade, eller informasjon om skade fremkommer ikke.

Det er opplyst om bruddskade i 73 meldinger, 14 av disse er ikke meldt videre til Helsetilsynet (tabell 5).

Tabell 5: Oversikt over bruddskader og om hendelsen er meldt Helsetilsynet jmf §3-3.

Type brudd	Meldt helsetilsynet	Ikke meldt helsetilsynet	Totalt
Lårhalsbrudd	32	0	32
Femurbrudd	5	0	5
Brudd nedre lumbalcolumna, bekkenbrudd	5	3	8
Andre brudd u.ex. (knebrudd, ankelbrudd etc)	3	1	4
Brudd på hjerneskinne, cervicalcolumna, ansiktsknokler	3	2	5
Brudd thoracalcolumna, ribbensbrudd	2	1	3
Underarmsbrudd	1	1	2
Overarmsbrudd	3	2	5
Andre brudd o.ex.	5	4	9
Totalt:	59	14	73

Av totalt 105 kuttskader er 15 meldt videre, mens resterende 90 meldinger er behandlet internt (tabell 6).

Tabell 6: Oversikt over kuttskader og om hendelsen er meldt Helsetilsynet jmf § 3-3.

Type kutt	Meldt helsetilsynet	Ikke meldt helsetilsynet	Totalt
Kutt som må sys / stripses	11	43	54
Kutt som ikke må sys	4	32	36
Uspesifiserte kutt	0	15	15
Totalt	15	90	105

Hvordan skjer fallhendelsen?

De fleste hendelsene oppstår ved at pasienten faller mens han/hun forflytter seg mellom seng og stol, er på vei inn eller ut av seng, eller faller ut av seng (35 %) (Tabell 7). Mange pasienter klatrer over sengehesten også når den er oppslått, og de faller da i gulvet. Nyere sykehussenger har to-delt sengehest, og denne har en del pasienter greid å klatre/krype mellom. For flere hendelser meldes det at man velger å ikke bruke sengehest da dette medfører større fare for pasienten. Man velger heller å slå ned sengehesten og senke senga til laveste høyde.

Tabell 7: Oversikt over aktivitetstype ved falltidspunktet.

Type aktivitet ved falltidspunkt	Antall hendelser	Prosent
Forflytning inn/ut av seng Forflytning mellom seng og stol Fall fra seng	280	35
Forflytning til / fra wc	176	22
Fall under gange Fall fra stående Pasienten skled	151	19
Forflytning opp eller ned av stol Fall fra sittende (inkl. fall fra toalettet)	103	12,5
Ukjent hendelsesforløp Annet	95	12
Trening / fysisk aktivitet	3	0,5
Totalt:	808	

Mange fallhendelser skjer også i forbindelse med toalett behov. 22 % av fallhendelsene skjer når pasienten forflytter seg til eller fra toalettet.

Hvorfor

For å få en oversikt over hvorfor fallhendelsene skjer, har vi prøvd å finne ulike årsaksforhold som er nevnt i fritekstfeltene i meldeskjemaene. De ulike årsaksforholdene er delt inn i mentale/kognitive faktorer, mobilitetsfaktorer og omgivelsesfaktorer, og disse tre faktorene er igjen delt inn i ulike underpunkt. I tillegg har vi registrert om fallhendelsen skjedde fordi pasienten ikke ba om hjelp, samt om hendelsen ble betraktet som et **hendelig uhell** fra melder og avdelingsledelsens side. En fallhendelse kan ha flere årsaksforhold.

I 45 % av alle avviksmeldingene (362 av 808) er det bemerket at pasienten har en mental/kognitiv faktor som har vært direkte årsak til eller medvirket til fallhendelsen. Pasienten har i disse tilfellene hatt en klar demensdiagnose, hatt akutt delirium under innleggelsen, vært medisin- rus eller alkoholpåvirket, eller av melder beskrevet som desorientert, forvirret, uklar eller urolig.

Ulike mobilitetsfaktorer er en av årsakene til fallhendelsene i hele 65 % av alle hendelsene. I 40 % av alle avviksmeldingene kommer det fram at pasienten er ustø eller har dårlig gangfunksjon og at dette er en av årsakene til fallhendelsen.

I 29 % av fallhendelsene beskrives omgivelsesfaktor som en av, eller hovedårsaken til fallet.

I 12 % av disse hendelsene faller pasienten fordi det mangler sengehest, eller han prøver å klatre over sengehesten og faller i gulvet. I 7 % av hendelsene faller pasientene fordi de går uten sko, går i sokkelesten, eller går i dårlige sko uten god nok støtte (glatte tøfler, høye hæler).

I 26 % av meldingene har en av årsakene til fallet vært at pasienten ikke har ventet på hjelp eller ringt om hjelp selv om han/hun har fått beskjed og informasjon om dette på forhånd.

Så mye som 41 % av fallhendelsene blir betraktet som hendelig uhell.

Tiltak

I de siste utgavene av meldeskjema IK-2448 blir melder bedt om å komme med *forslag til tiltak for å hindre liknende hendelser*. Av tiltak som ofte blir foreslått er: fysisk følge ved gange, feste ringesnor til pasientens skjorte/klær, økt tilsyn, fastvakt, montere sengehest, be pasienten ringe om hjelp, økt bemanning, bedre skotøy for pasienten, senke høyden på seng, nattlys, matte foran seng på natt og plassere pasienten på rom nærmere arbeidsstasjonen. I 30 % av meldingene blir tiltaket "økt tilsyn" foreslått for å hindre gjentagelse.

Helse Nord-Trøndelag HF

I perioden 2007 - 2009 har Helse Nord-Trøndelag HF hatt 74 avviksmeldinger som omhandlet fallhendelser hvorav 31 % er meldt til Helsetilsynet. Resten er behandlet internt (tabell 8).

Tabell 8: Oversikt over antall meldinger fra Helse Nord-Trøndelag HF fordelt på år og § 3-3 meldinger.

	2007	2008	2009	Totalt (%)
Meldt Helsetilsynet	7	10	6	23 (31)
Ikke meldt Helsetilsynet	15	16	20	51 (69)
Totalt:	22	26	26	74

Sykehuset Levanger melder om de fleste fallhendelsene med 57 av 74 meldinger (77 %). Ved Sykehuset Namsos er det meldt om 15 fallhendelser (20 %), mens det er en melding fra Stjørdal DPS og en fra Bjørnang rehabiliteringscenter.

Vel 51 % av fallhendelsene skjer i medisinsk avdeling, mens 23 % skjer i rehabiliteringsavdelinger. De fleste meldingene fra rehabiliteringsavdelinger er fra Sykehuset Levanger. Kirurgiske og psykiatriske avdelinger leverer ca 10 % av meldingene hver (fig. 4).

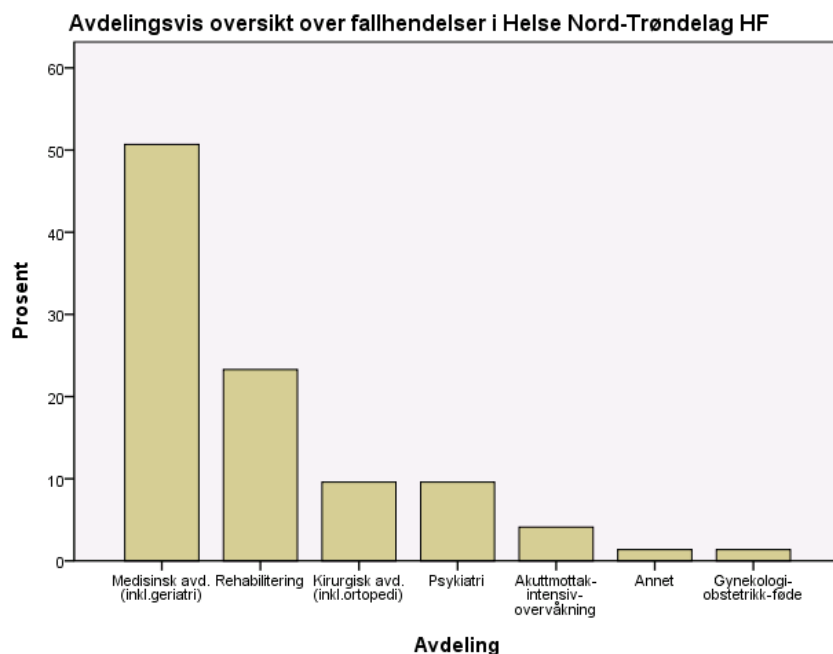


Fig.4: Avdelingsvis oversikt over fallhendelser.

Alder og kjønn

Hoveddelen (84 %) av de innsendte meldingene gjelder pasienter i aldersgruppa over 65 år. Av disse er 35 % mellom 75 og 84 år, og 25 % er eldre enn 85 år.

Det er en større andel menn (54 %) som faller enn kvinner (46 %). Andelen av fallhendelser som meldes inn til Helsetilsynet jmf § 3-3 er derimot høyere hos kvinner enn hos menn (15 kvinner og 8 menn). Dette gjenspeiler samme trend som for hele helseregionen.

Tidspunkt

I motsetning til hele Helseregion Midt-Norge hvor man fant flere fallhendelser på natt enn på dag, skjer de fleste rapportert fallhendelsene på dagen i Helse Nord-Trøndelag HF. 38 % faller i tidsperioden mellom klokka 07.00 og 15.00, mens kun 25 % faller mellom 23.00 og 07.00.

Fallsted

58 % av pasientene faller på pasientrommet, mens 19 % av fallhendelsene skjer på wc/bad (tabell 9).

Tabell 9: Oversikt over fallsted.

Lokalisasjon	Antall meldinger	Prosent
Pasientrom	43	58
Wc/bad	14	19
Spisesal/oppholdsrom ved institusjon	5	7
Treningsfasiliteter (basseng, gymsal, tr.område ute)	4	5
Annet: (trapp, undersøkelserom, korridor-seng, garderobe, utendørs)	8	11
Totalt:	74	

Skadeomfang

Det er meldt om skade i 55 av de 74 fall-meldingene fra Helse Nord-Trøndelag HF (74 %). I 16 meldinger er det meldt om bruddskade og alle disse er meldt til Helsetilsynet (Tabell 10).

Tabell 10: Bruddskader

Type brudd	Meldt helsetilsynet	Ikke meldt helsetilsynet	Totalt
Lårhalsbrudd	4	0	4
Femurbrudd	2	0	2
Brudd nedre lumbalcolumna, bekkenbrudd	3	0	3
Brudd på hjerneskinne, cervicalcolumna, ansiktsknokler	2	0	2
Underarmsbrudd	2	0	2
Andre brudd o. ex.	3	0	3
Totalt:	16	0	16

Helse Nordmøre og Romsdal HF

I perioden 2007 - 2009 har helseforetaket meldt om 72 fallhendelser hvor 11 % er meldt inn til Helsetilsynet, de resterende, 89 % er behandlet internt (Tabell 11).

Tabell 11: Oversikt over meldinger fra Helse Nordmøre og Romsdal HF fordelt på årstall og § 3-3 meldinger.

	2007	2008	2009	Totalt (%)
Meldt Helsetilsynet	3	2	3	8 (11)
Ikke meldt Helsetilsynet	26	23	15	64 (89)
Totalt:	29	25	18	72

Molde sykehus og Kristiansund sykehus står for de fleste meldinger med henholdsvis 53 og 22 %. De siste 16 % av meldingene kommer fra Molde sykehus avdeling for voksenpsykiatri, Aure Rehabiliteringssenter og Nordlandet psykiatriske senter.

Også for Helse Nordmøre og Romsdal HF er det slik at medisinsk avdeling melder om flest fallhendelser med 44 % av meldingene, mens kirurgisk avdeling står for 35 %. De resterende meldingene fordeler seg mellom psykiatrisk avdeling, rehabiliteringsavdeling, øre-nese-hals avdelingen og nevrologisk avdeling (fig. 5).

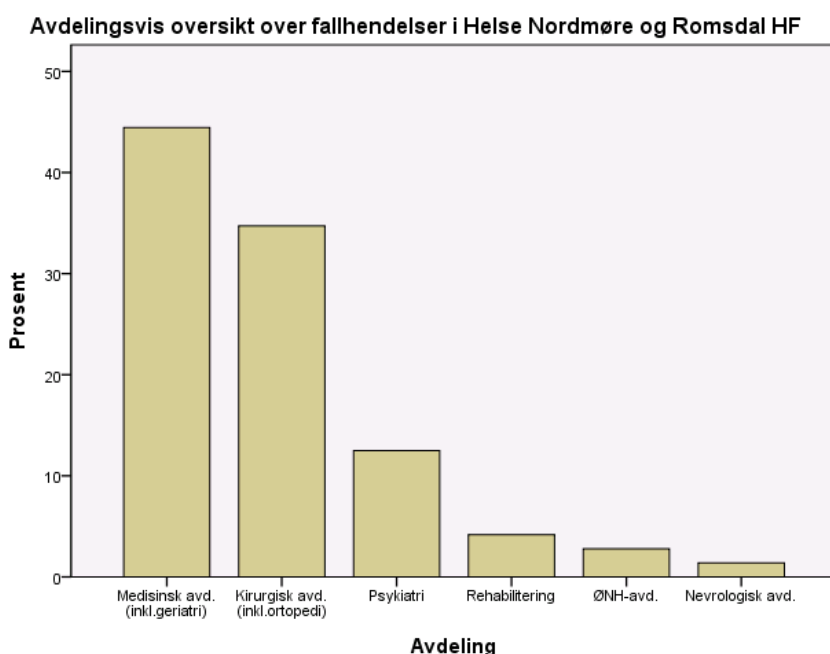


Fig. 5: Avdelingsvis oversikt over fallhendelser.

Alder og kjønn

De fleste fallhendelsene (37 %) skjer hos pasienter i aldersgruppa 75 – 84 år. Og som for helseregionen for øvrig rapporteres det om flere fallhendelser blant menn – 53 %, enn blant kvinner – 47 %. Av 8 hendelser meldt inn til Helsetilsynet, omhandlet 5 meldinger kvinner mens 3 omhandlet menn.

Tidspunkt

For Helse Nordmøre og Romsdal HF var det kun opplyst tidspunkt for fallhendelsen i 54 av de 72 meldingene. Disse meldingene fordeler seg relativt jevnt med 19 fallhendelser på dagen mellom 07.00 og 14.59, 20 fallhendelser på natt mellom 23.00 og 06.59, mens det var noen færre hendelser på kvelden (15) fra klokka 15.00 til 23.00.

Fallsted

De fleste pasientene faller på pasientrommet (67 %), mens 14 % faller på WC/bad (tabell 12).

Tabell 12: Oversikt over fallsted.

Lokalisasjon	Antall meldinger	Prosent
Pasientrom	48	67
WC/bad	10	14
Korridor	4	6
Spisesal/oppholdsrom ved institusjon	3	4
Annet: (trapp, undersøkelserom, korridor-seng, treningsfasiliteter, garderobe, utendørs)	7	9
Totalt:	72	

Skadeomfang

Alle de 72 meldingene fra Helse Nordmøre og Romsdal HF har registrert hvorvidt skade er oppstått eller ikke. Det er meldt om bruddskade i 15 meldinger, men av disse er kun 6 meldt Helsetilsynet i henhold til § 3-3 (tabell 13).

Tabell 13: Oversikt over bruddskader.

Type brudd	Meldt helsetilsynet	Ikke meldt helsetilsynet	Totalt
Lårhalsbrudd	4	0	4
Femurbrudd	1	0	1
Brudd nedre lumbalcolumna, bekkenbrudd	0	2	2
Brudd på hjerneskalle, cervicalcolumna, ansiktsknokler	1	1	2
Overarmsbrudd	0	2	2
Andre brudd o. ex.	0	4	4
Totalt:	6	9	15

Helse Sunnmøre HF

I perioden 2007 – 2009 har Helse Sunnmøre hatt 314 avviksmeldinger omhandlende fallhendelser hvor 3 % er meldt inn til Helsetilsynet. De resterende meldingene er behandlet internt (tabell 14).

Tabell 14: Oversikt over meldinger fra Helse Sunnmøre HF fordelt på årstall og § 3-3 meldinger.

	2007	2008	2009	Totalt (%)
Meldt Helsetilsynet	1	5	4	10 (3)
Ikke meldt Helsetilsynet	133	98	73	304 (97)
Totalt:	134	103	77	314

Ålesund Sykehus og Volda Sykehus melder om flest fallhendelser med henholdsvis 51 % og 48 % av totalt antall meldinger fra Helse Sunnmøre HF. Mork rehabiliteringssenter og Muritunet Rehabiliteringssenter har begge en melding hver, mens 1 melding har ingen presisering av hverken sykehus eller avdeling.

Medisinsk avdeling melder om de fleste fallhendelsene med opptil 75 % av alle meldingene. Kirurgisk avdeling har 17 % av meldingene (fig. 6).

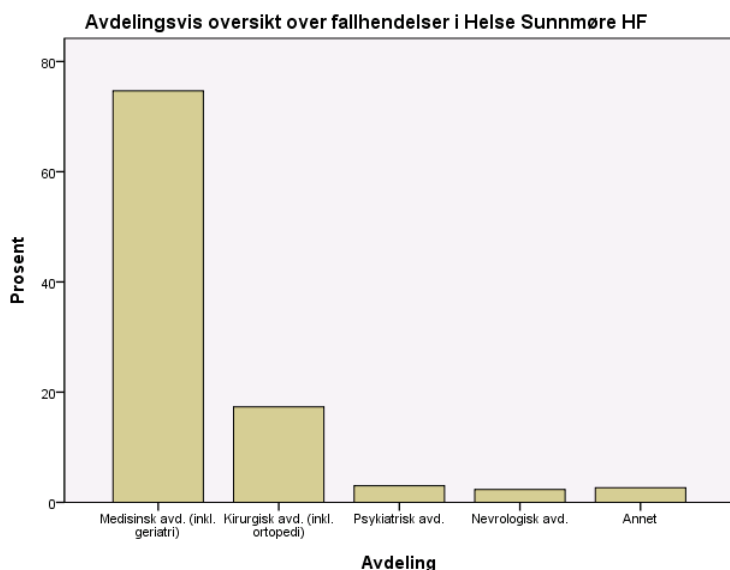


Fig.6: Avdelingsvis oversikt over fallhendelsene.

Alder og kjønn

De aller fleste fallhendelsene (86 %) skjer hos pasienter som er over 65 år, og en stor andel av disse er over 85 år (33 %).

Som i de andre helseforetakene er det også meldt om flere fallhendelser hos menn enn hos kvinner. Hele 62 % av fallmeldingene omhandler menn.

Tidspunkt

42 % av fallhendelsene skjer mellom klokka 23.00 og 07.00 om natten. De resterende fallhendelsene er jevnt fordelt mellom dagtid og kveld.

Fallsted

De fleste pasientene faller på pasientrommet (76 %), mens 15 % av hendelsene skjer på wc/bad (tabell 15).

Tabell 15: Oversikt over fallsted

Lokalisasjon	Antall meldinger	Prosent
Pasientrom	238	76
WC/bad	46	15
Korridor	10	3
Spisesal/oppholdsrom ved institusjon	10	3
Annet: (trapp, undersøkelserom, korridor-seng, treningsfasiliteter)	10	3
Totalt:	314	

Skadeomfang

I nær halvparten av fallhendelsene (49 %) er det oppstått en eller annen form for skade etter fallet som er beskrevet i meldeskjemaet. En finner 13 bruddskader hvor 8 er meldt inn til Helsetilsynet (tabell 16).

Tabell 16: Oversikt over bruddskader.

Type brudd	Meldt helsetilsynet	Ikke meldt helsetilsynet	Totalt
Lårhalsbrudd	3	1	4
Brudd på Thoracalcolumna og ribbeinsbrudd	0	2	2
Underarmsbrudd	1	0	1
Overarmsbrudd	2	0	2
Andre brudd o. ex.	2	2	4
Totalt:	8	5	13

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har i årene 2008 og 2009 hatt 533 fallmeldinger hvorav 9 % er meldt Helsetilsynet (tabell 17).

Tabell 17: Oversikt over meldinger fra St Olavs Hospital HF, fordelt på årstall og § 3-3 meldinger.

	2007	2008	2009	Totalt (%)
Meldt Helsetilsynet		30	17	47 (9)
Ikke meldt Helsetilsynet		152	334	486 (91)
Totalt:		182	351	533

Hele 98 % av meldingene kommer fra St. Olavs Hospital (inkludert Orkdal Sykehus). Røros rehabiliteringssenter har 4 meldinger, psykisk helsevern avdeling Østmarka har 4 meldinger, mens Fosen DMS og Nidaros DPS har meldt om en hendelse hver.

Storparten av meldingene (83 %) kommer fra medisinsk avdeling, mens 8 % av hendelsene er meldt fra Kirurgisk avdeling (fig. 7).

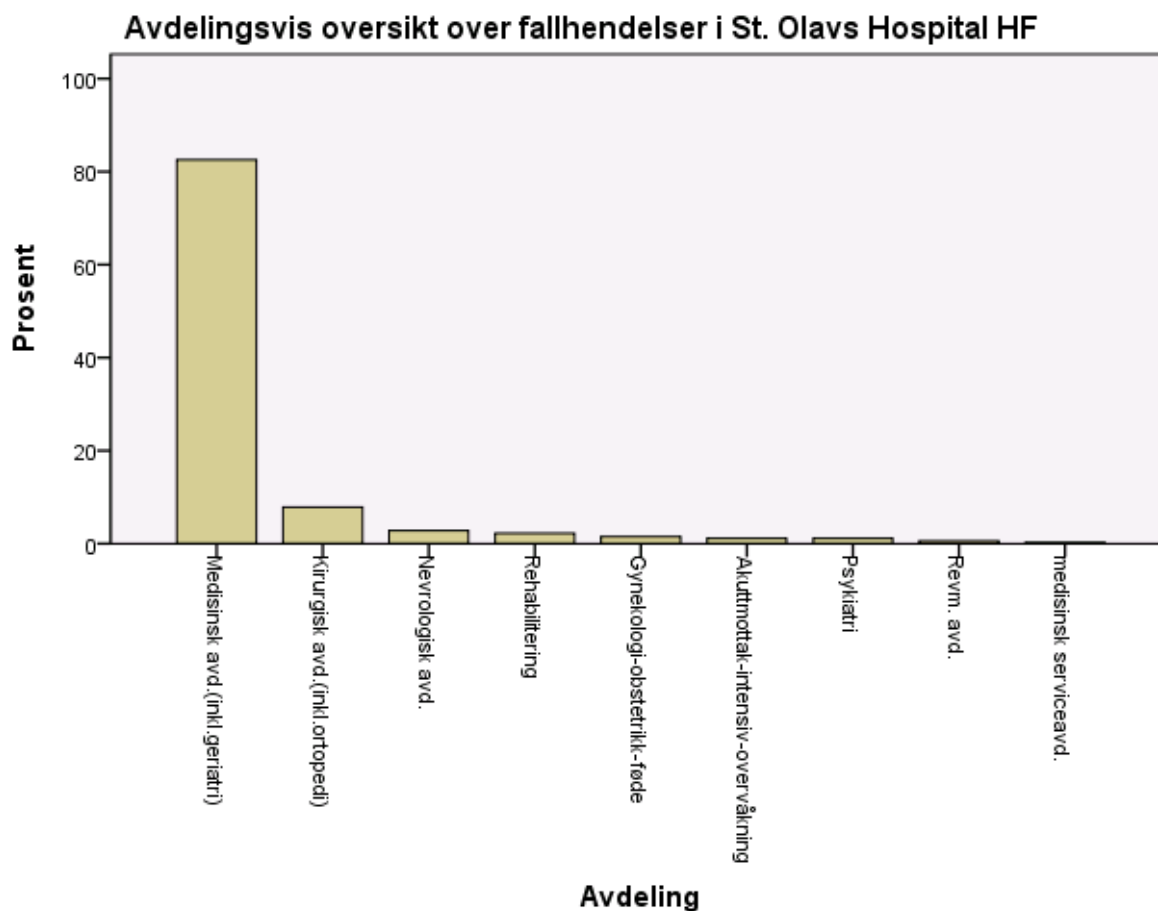


Fig.7: Avdelingsvis oversikt over fallhendelsene.

Alder og kjønn

Hele 70 % av meldingene omhandler pasienter over 75 år, mens 15 % gjelder pasienter mellom 65 og 74 år og 14 % omhandler pasienter i aldersgruppen 19-64 år. Av meldinger sendt Helsetilsynet jmf § 3-3 omhandler 45 % pasienter over 85 år.

52 % av meldingene gjelder fallhendelser hos menn, mens 48 % gjelder kvinner. Andelen fallhendelser som meldes Helsetilsynet er større for kvinner (66 %) enn for menn (34 %).

Tidspunkt

Ved St. Olavs Hospital HF skjer de fleste fallhendelsene (48 %) mellom kl 23.00 og 07.00.

Fallsted

Hele 79 % av fallhendelsene skjer på pasientens rom. Mens 9 % skjer når pasienten oppholder seg på toalettet eller badet (tabell 18).

Tabell 18: Oversikt over fallsted.

Lokalisasjon	Antall meldinger	Prosent
Pasientrom	419	79
WC/bad	50	9
Korridor	43	8
Annet: (trapp, korridor-seng, treningsfasiliteter, garderobe, utendørs, spisesal/oppholdsrom ved institusjon)	20	4
Totalt:	532 (1 melding hadde ingen opplysninger om sted)	

Skadeomfang

I 49 % av meldingene fra St. Olavs Hospital HF er det registrert en skade som følge av fallhendelsen. I 44 hendelser har det oppstått bruddskader. 37 av disse hendelsene er meldt til Helsetilsynet, mens 7 hendelser er behandlet internt i Helseforetaket (tabell 19).

Tabell 19: Oversikt over bruddskader.

Type brudd	Meldt helsetilsynet	Ikke meldt helsetilsynet	Totalt
Lårhalsbrudd	23	0	23
Femurbrudd	4	0	4
Brudd nedre lumbalcolumna, bekkenbrudd	2	2	4
Andre brudd u.ex.	2	1	3
Brudd på hjerneskalle, cervicalcolumna, ansiktsknokler	0	1	1
Brudd i thoracalcolumna, ribbeinsbrudd	2	0	2
Overarmsbrudd	1	1	2
Underarmsbrudd	0	1	1
Andre brudd o.ex.	3	1	4
Totalt:	37	7	44

Diskusjon

Hensikten med denne pilotstudien var å kartlegge alle fallhendelser i spesialisthelsetjenesten for perioden 2007 – 2009. Dette har vi i stor grad fått til, men mangler fortsatt komplette data fra St. Olavs Hospital HF for 2007.

Så langt er det gjort mange interessante funn. Et av de mest interessante er at det meldes om flere fallhendelser hos menn enn hos kvinner og dette synes å være generelt for alle helseforetakene. Samtidig viser det seg at blant meldingene som sendes inn til Helsetilsynet jmfør § 3-3 om betydelig personskade, er kvinnene i overtall. Dette er forenlig med at kvinner oftere pådrar seg alvorligere skade i forbindelse med en fallhendelse.

I forhold til fallrelaterte skader viser analyser av datamaterialet at 19 % av bruddskadene og 86 % av kuttskadene som blir sydd eller stripset ikke meldes Helsetilsynet. I følge Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 skal hendelser som har ført til betydelig personskade meldes inn til Helsetilsynet i fylket. Det vil selvsagt være en vurderingssak hvorvidt et kutt er betydelig personskade eller ikke, men det er grunnlag for å si at bruddskader nok bør kategoriseres under betydelig skade.

Resultatene viser også at beregnet fallrate viser store forskjeller mellom de ulike Helseforetakene. Helse Nordmøre og Romsdal HF har en fallrate på 0,17 i 2009, mens St. Olavs Hospital HF er oppe på hele 1,33. Sammenlignet med internasjonale studier er til og med verdien fra St Olavs Hospital HF svært lav sammenlignet med henholdsvis 4,8 og 7,9 fall per 1000 liggedøgn i britiske og australske sykehus (2,3). Ut fra dette kan man konkludere med at det enten er svært trygt å være innlagt i sykehus her i Helseregion Midt, eller at de store forskjellene skyldes betydelig underrapportering av fallhendelser og ulik meldekultur.

St. Olavs Hospital HF har en fallrate som øker med 50 % fra 2008 til 2009. Bakgrunnen for dette er sannsynligvis ikke en tilsvarende økning i antall fall, men at flere av fallhendelsene faktisk blir meldt, sammenlignet med året før. Det skal nevnes at St. Olavs Hospital HF i 2009 har hatt et sterkere fokus på melding av uønskede hendelser.

Studien viser bruk av ulike meldeskjema for melding av uønskede hendelser. Det er dessuten ulik praksis på utfylling av skjemaene. For meldinger sendt Helsetilsynet jmfør § 3-3 er det krav om at disse meldes på skjema IK-2448, og med svært få unntak blir dette skjemaet benyttet her. For interne meldinger er det opp til hvert enkelt helseforetak å avgjøre hvilket skjema for avviksmelding som skal benyttes. Helse Sunnmøre startet opp med elektronisk avviksmelding medio juni 2009 og benytter nå skjema IK-2448. I perioden før dette benyttet Helseforetaket et eget skjema hvor det ikke var avsatt punkt hvor melder har anledning til å registrere "forslag til tiltak for å forhindre liknende hendelser". Det ville sikkert styrket både pasientsikkerheten og læringsutbyttet av en enhetlig gjennomgang av avvikshendelser om samme skjema ble benyttet ved alle typer fallhendelser og i alle Helseforetak.

Erfaringen fra arbeidet med datainnsamlingen viser tydelig at skjemaene tolkes forskjellig fra melder til melder. I tillegg vitner den varierende meldefrekvensen mellom ulike helseforetak, institusjoner og avdelinger om at meldekulturen er

ulik. Det synes å være et behov for tydeligere retningslinjer for hvilke hendelser som skal meldes samt hvordan dette skal meldes.


Pilotstudien har tydelig vist at det kan være nyttig å sammenligne både helseforetak, ulike sykehus og enkelte avdelinger når fallhendelser innad i spesialisthelsetjenesten skal kartlegges. Det vil helt sikkert være forskjeller i fallforekomst fra foretak til foretak, noe som dels kan skyldes forskjellig praksis og pasientsammensetning. De betydelige variasjonene som vi har funnet i denne studien må likevel forklares på andre måter.

Som ledd i et 3-årig prosjekt planlegges en dybdestudie med gjennomgang av pasientjournaler for et utvalg meldinger med henblikk på diagnoser, risikofaktorer for fall, forlenget liggetid, sen-komplikasjoner og overlevelse første år etter hendelsen. Dybdestudien er planlagt gjennomført i 2011. I 2012 er det planlagt å gjennomføre en nærmere kartlegging av konsekvensene av fall i sykehus for hele tiltakskjeden fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Referanser


1. Falltendens hos gamle. Renate Pettersen, Tidsskr Nor Lægeforen nr.6, 2002; 122: 631-4.
2. Hill KD, Vu M, Walsh W., Falls in the acute hospital setting – impact on resource utilisation. Australian Health Review; aug 31,3
3. F Healey, S Scobie, D Oliver, et al., Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. Qual Saf Health Care 2008 17: 424-430
4. Bates DW, Pruess K, Souney P, Platt R., Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization. Aam J Med. 1995 Aug; 99(2):137-43
5. Karakteristika ved pasientfall på sykehus. Elisabeth Østensvik, Cand. San., Vård I Norden 3/2007.
6. Rapport fra Helsetilsynet 5/2008. Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001-2007
7. Kartlegging 2008 basert på skademeldinger fra spesialiserte institusjoner i Helseregion Midt-Norge. Rapport utarbeidet av Helsetilsynet i fylkene Nord Trøndelag, Sør Trøndelag og Møre og Romsdal.
8. Morse JM (1997) Preventing patient falls. London: Sage publications
9. Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, Lundin-Olsson L, Falls and Injury prevention in Residential Care – Effects in Residents with Higher and Lower levels of Cognition. J Am Geriatr Soc 2003 may; 51: 627-635

Vedlegg 1:

 HELSETILSYNET I FYLKET		Pasientopplysninger:	
Melding til Helsetilsynet i fylket ved: 1. Betydelig eller fare for betydelig personskade 2. Svikt i medisinsk utstyr Adresse til Helsetilsynet i det aktuelle fylket finnes bl.a. på www.fylkesmannen.no og www.helsetilsynet.no .			
Institusjonens navn:		Institusjonens adresse:	
Kontaktperson:		Kontakttelefon:	
		Sakens løpenummer (saksnr.)	
		Institusjonen:	
		Helsetilsynet i fylket:	
Melders plikter å varsle ansvarshavende lege eller sykepleier. Utfyllt skjema går til avdelingsledelsen. Ferdigbehandlet melding går fra kvalitetsutvalget til Helsetilsynet i fylket så snart som mulig etter at hendelsen har skjedd og senest innen to måneder. Andre meldeplikter kan gjelde.			
Skjemaet kan lastes ned fra www.helsetilsynet.no , meny Tilsyn – funn... \ Meldeordning... og fylles ut på skjermen. Alle aktuelle hvite felt skal fylles ut. Ved utfylling for hånd bruk blå eller sort penn og blokkbokstaver. Også ved utfylling på skjerm skal det signeres for hånd.			
Del 1 Fylles ut av melder			
Meldingen gjelder:			
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade <input type="checkbox"/>	Betydelig personskade <input type="checkbox"/>	Hendelse med medisinsk utstyr <input type="checkbox"/>	Unaturlig dødsfall Politi skal varsles omgående <input type="checkbox"/>
Type hendelse:			
Pasientopplysninger: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>		Alder	Tid og sted for hendelsen
Dato		Kl.	Type avdeling:
For psykiatrisk pasient: § 3-1 første ledd <input type="checkbox"/> § 3-1 andre ledd <input type="checkbox"/>			
Under utøvelse av helsehjelp <input type="checkbox"/>	Følge av mangel på helsehjelp <input type="checkbox"/>	Påført skade av annen pasient <input type="checkbox"/>	Selvpåført <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>
Hendelsen var knyttet til:			
Diagnostisk prosedyre <input type="checkbox"/>	Behandling eller operasjon <input type="checkbox"/>	Pleie eller opptrening <input type="checkbox"/>	Ukjent <input type="checkbox"/> Annet <input type="text"/>
Kort beskrivelse av hendelsen (maks 500 tegn): Hva skjedde / hvorfor og hva førte det til for pasienten?			
Dato og melderens signatur:			
Ved all svikt i alt medisinsk utstyr:			
Ved svikt i medisinsk-teknisk utstyr kontaktes medisinsk-teknisk personale. Legg eventuelt ved egen rapport.			
Telefonisk varslings ved svikt i medisinsk utstyr:		Dir. for samfunnssikkerhet og beredskap tlf. 48 21 20 00 vedr. elektromed. utstyr <input type="checkbox"/>	Statens strålevern, tlf. 67 16 25 00 vedr. strålegivende utstyr <input type="checkbox"/>
Fabrikat/merke		Produsent	Type/modell/navn
Nomenklatur (betegnelse):		Kode/Nr.:	Batch/lot nr./serienr.
Leverandør/forhandler:		Adresse:	
		Kopi leverandør Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Del 2 Fylles ut av avdelingsledelsen				Mottatt dato: <input type="text"/>	
Avdelingsleder trenger supplerende opplysninger fra melder om følgende forhold:					
Avdelingsledelsens vurdering:					
Årsaksforhold:					
Ikke tilfredsstillende rutine / prosedyre <input type="checkbox"/>	Rutine / prosedyre ikke fulgt <input type="checkbox"/>	Ikke tilfredsstillende organisatorisk tilrettelegging <input type="checkbox"/>	Ikke tilfredsstillende fysiske forhold <input type="checkbox"/>	Ikke tilfredsstillende kompetanse tilgjengelig <input type="checkbox"/>	
Følge av utilsiktet utførelse på rett person <input type="checkbox"/>	Følge av utilsiktet utførelse på feil person <input type="checkbox"/>	Feil utøvelse av faglig skjønn <input type="checkbox"/>	Kjent, men sjelden effekt <input type="checkbox"/>	Annet <input type="text"/>	
Feil ved bruk av legemidler:					
Forordning av legemiddel <input type="checkbox"/>	Administrering av legemiddel til rett pasient <input type="checkbox"/>	Legemiddel gitt til feil pasient <input type="checkbox"/>	Legemiddel med uventet effekt <input type="checkbox"/>	Annet <input type="text"/>	
Feil ved bruk av utstyr:					
Manglende vedlikehold av utstyr <input type="checkbox"/>	Annen teknisk svikt ved utstyr <input type="checkbox"/>	Mangler ved bruksanvisning <input type="checkbox"/>	Brukerfeil <input type="checkbox"/>	Annet <input type="text"/>	
Hva er gjort for å hjelpe pasienten:					
Pasientskade vurdert av lege <input type="checkbox"/>	Tiltak iverksatt for å redusere skaden <input type="checkbox"/>	Pasient informert om skaden <input type="checkbox"/>	Informert om Norsk pasient skadeerstatning (NPE) <input type="checkbox"/>	Uaktuelt <input type="checkbox"/>	
Hva er gjort for å forebygge gjentakelse:		Tiltak iverksatt <input type="checkbox"/>	Tiltak planlagt <input type="checkbox"/>	Uaktuelt <input type="checkbox"/>	
Avdelingsledelsens konklusjon om årsaksforhold og tiltak:					
Dato <input type="text"/> Sign <input type="text"/>					
Del 3 Fylles ut av kvalitetsutvalget				Mottatt dato: <input type="text"/>	
Kvalitetsutvalget trenger supplerende opplysninger fra avdelingsleder om følgende forhold:					
Meldingen behandlet i kvalitetsutvalget dato:			Kvalitetsutvalgets vurdering av årsaksforhold:		
Enig med avdelingsledelse <input type="checkbox"/>	Uenig med avdelingsledelse <input type="checkbox"/>				
Kvalitetsutvalgets vurdering av oppfølging av pasient:			Kvalitetsutvalgets vurdering av sikring / forebygging:		
Tiltak tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Planlegging tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Tiltak tilfredsstillende <input type="checkbox"/>	Planlegging tilfredsstillende <input type="checkbox"/>		
Kvalitetsutvalgets vurdering ved mangelfull oppfølging:					
Dato <input type="text"/> Sign <input type="text"/>			Antall vedlegg <input type="text"/>		
Del 4 Helsetilsynet i fylkets behandling av meldingen				Mottatt dato: <input type="text"/>	
Oppfølging av meldeplikten Ja <input type="checkbox"/>	Helsetilsynet i fylket trenger supplerende opplysninger om følgende forhold:				
tifredstillende ivarett Nei <input type="checkbox"/>					
Tilbakemelding gitt til virksomheten Ja <input type="checkbox"/>	Helsetilsynet i fylkets tilbakemelding til virksomheten:				
Nei <input type="checkbox"/>					
Dato: <input type="text"/>					
Behandling av meldingen avsluttet Ja <input type="checkbox"/>	Helsetilsynet i fylkets avslutning eller videre oppfølging av meldingen:				
Nei <input type="checkbox"/>					
Dato <input type="text"/> Sign <input type="text"/>					
					Til oppfølging: <input type="checkbox"/>

Vedlegg 2:

	HELSETILSYNET I FYLKET	Navn på pasienten: _____ Kjønn: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Fødselsdato: _____ Tilleggsopplysninger for pasient under psykisk helsevern Frivillig psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Tvungen psykisk helsevern <input type="checkbox"/> med døgnopphold <input type="checkbox"/> uten døgnopphold <input type="checkbox"/> tvungen undersøkelse (observasjon)
Melding til Helsetilsynet i fylket ved: 1. Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient – herunder død 2. Forhold som kunne ført til betydelig skade på pasient 3. Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer Alle aktuelle felt skal fylles ut. Hendelsen skal varsles og behandles gjennom virksomhetens internkontroll-/kvalitetssystem. Virksomheten skal påse at ferdigbehandlet melding sendes Helsetilsynet i fylket jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 så snart som mulig og innen 2 måneder. Andre meldeplikter kan gjelde i tillegg. Mer informasjon finnes i rundskriv I-54/2000 og i veiledningen til skjemaet.		
Helseforetak/helseinstitusjon: Avdeling/enhet:	Institusjonens saksnr.:	
Del 1 Fylles ut av den som observerte/avdekket hendelsen		
Når skjedde hendelsen: Dato: _____ Klokkeslett: _____		
Kort beskrivelse av hendelsen: (Hvor, hva, hvordan, og hvorfor skjedde det?) Hvor _____ Hva _____ Hvordan _____ Hvorfor _____		
Hvilke umiddelbare konsekvenser fikk hendelsen for pasienten/personen? _____		
Hva er ev. gjort for å begrense den eventuelle skaden på pasienten/personen (f.eks. gjennomførte strakstiltak)? _____		
Forslag til tiltak for å hindre liknende hendelser (Vær konkret. Unngå formuleringer som "endret rutiner", "bedre prosedyrer" osv.): _____		
Underskrift (dersom interne rutiner tilsier dette):	Stilling:	Dato:

Del 2 Fylles ut av ansvarlig leder

Melding mottatt: . .

Meldingen gjelder (kun ett kryss)

- Betydelig skade på pasient
 Forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient
 Dødsfall

Er obduksjon foretatt?

- Ja
 Nei

Hendelsen skjedde (kun ett kryss)

- Som følge av utøvelse av helsehjelp
 Som følge av mangel på helsehjelp
 Som selvpåført skade
 Annen type hendelse, angi hva:

Dersom du har krysset av for selvpåført skade spesifiser nærmere (kun ett kryss)

- Selvskading
 Suicidforsøk
 Suicid

Ble skaden

- Forvoldt av pasient på medpasient? Ja Nei
 Forvoldt av pasient på annen person? Ja Nei

Hendelsen var knyttet til (sett flere kryss ved behov)

- Medisinsk undersøkelse/diagnostikk
 Kirurgisk inngrep/operasjon
 Intensivbehandling/overvåkning
 Påført infeksjon som har/kunne ha ført til betydelig skade
 Pleie
 Opptrening
 Fall - kun når pasienten har fått betydelig skade
 Fødsel - er melding sendt for:
 kun moren
 kun barnet
 både moren og barnet
 Akutt livreddende behandling
 Bruk av legemidler
 Bruk av blod/blodprodukter
 Bruk av medisinsk utstyr
 Transport/forflytning
 Permisjon
 Psykiatrisk behandling
 Annen medisinsk behandling, angi hva:

Ved svikt i forbindelse med bruk av medisinsk utstyr (kun ett kryss) (Husk meldeplikt til SHdir på eget skjema)

- Teknisk svikt
 Brukerfeil
 Annen type svikt ved bruk av medisinsk utstyr, angi hva:

Medvirkende årsak til hendelsen (sett flere kryss ved behov)

- Manglende prosedyre
 Uklar prosedyre
 Rutine/prosedyre ikke fulgt
- Mangelfull opplæring av personalet
 Mangelfull faglig vurdering
 Mangelfull kommunikasjon/samhandling
 Uklare ansvarsforhold
 Samtidighetskonflikt for personalet
 Ikke tilgang på nødvendig faglig kompetanse
- Mangel på tilgang på nødvendig helseopplysning
 Mangel på tilgang til adekvat utstyr
 Mangler ved fysiske forhold (f.eks. mangel på adekvat pasientrom)
 Mangelfull diagnostikk
 Mangelfull oppfølging av pasient
 Kjent, men sjelden komplikasjon (ikke innenfor normal risiko)

Oppfølging av pasient etter hendelsen

- Er pasienten vurdert av lege i forhold til hendelsen? Ja Nei Uaktuelt
 Er pasient/pårørende informert om hendelsen? Ja Nei Uaktuelt
 Er pasient/pårørende informert om Norsk pasientskadeerstatning? Ja Nei Uaktuelt

Tiltak iverksatt/planlagt for å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen. Jf. IK-forskriften § 4 f, g og hEr tiltak planlagt? Ja Nei UaktueltEr tiltak iverksatt? Ja Nei Uaktuelt

Skissér kort hvilke tiltak som er iverksatt eller planlagt.

(Vær konkret. Unngå formuleringer som "endret rutiner", "bedre prosedyrer" osv.)

Er iverksatte/planlagte tiltak vurdert som tilfredsstillende? Ja Nei Uaktuelt

Hvis nei – hva er gjort i forhold til det?

Er tilbakemelding gitt til den som fylte ut del 1? Ja Nei Anonym melderEr hendelsen dokumentert i pasientjournal? Ja Nei**Melding gitt til (sett flere kryss ved behov):** Politiet v/unaturlig dødsfall Helseinspeksjonen v/svikt i medisinsk utstyr (www.shdir.no/medisinskutstyr) Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap v/hendelser med elektromedisinsk utstyr (pr. telefon) Statens strålevern RELIS (Regionale LegemiddellInformasjonsSentre) v/bivirkninger ved bruk av legemidler Blodbanken v/meldinger til hemovigilanssystemet Andre instanser – ev. hvilke:

Underskrift/stilling:	Dato:	Telefon:	E-post:
Ev. underskrift (mellomleder)/stilling:	Dato:	Telefon:	E-post:

Del 3 Fylles ut av virksomhetens ledelse/kvalitetsutvalgMelding mottatt: Ja Nei

Anser virksomhetens ledelse/kvalitetsutvalget at det burde vært iverksatt tiltak for å forebygge liknende?

 Ja Nei

Er de ev. iverksatte/planlagte tiltak vurdert som tilfredsstillende?

 Ja Nei

Hvis nei – hva er gjort i forhold til det?

Har hendelsen/ev. tiltaket læringsverdi for andre enheter?

 Ja Nei

Hvis ja, er denne kunnskapen/erfaringen videreformidlet?

 Ja Nei Planlagt videreformidlet

Andre vurderinger/kommentarer:

Har avdelingen/enheten fått tilbakemelding?

 Ja Nei

Underskrift:	Dato:	Telefon:	E-post:
--------------	-------	----------	---------

Del 2 - Avdelingsledelsens vurderinger			
Tilbakemelding til melder: Avdelingsledelsen trenger ytterligere opplysninger om:			
<i>Forhold som antas å ha bidratt</i>			
<input type="checkbox"/> Prosedyre/rutine ikke fulgt	<input type="checkbox"/> Manglende prosedyre/rutine/system	<input type="checkbox"/> Mangelfulle sikkerhetstiltak	<input type="checkbox"/> Manglende opplæring
<input type="checkbox"/> Uventet komplikasjon	<input type="checkbox"/> Kjent komplikasjon som forekommer av og til	<input type="checkbox"/> Pasientforveksling	<input type="checkbox"/> Doseberegningsfeil
<input type="checkbox"/> Manglende utstyr	<input type="checkbox"/> Mangelfull kontroll før bruk	<input type="checkbox"/> Mangelfull bruksanvisning	<input type="checkbox"/> Feilkalibrert utstyr
<input type="checkbox"/> Manglende vedlikehold	<input type="checkbox"/> Foreldet utstyr	<input type="checkbox"/> Felt ved/på utstyret/produktet	<input type="checkbox"/> Utstyrets/produktets utforming
<input type="checkbox"/> Skaden er forvoldt av annen pasient/person	<input type="checkbox"/> Selv påført skade	<input type="checkbox"/> Annet	Angi hva
Tiltak for å hindre gjentakelse er	<input type="checkbox"/> Iverksatt/besiattet	<input type="checkbox"/> Vurderes/drøftes	<input type="checkbox"/> Ikke nødvendig/uaktuelt
Angi tiltaket			
Er pasienten tilstrekkelig undersøkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei, men det vil bli gjort	<input type="checkbox"/> Uaktuelt, ingen skade
Har pasienten fått den nødvendige oppfølging etter skaden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Uaktuelt, ingen skade
Er pasienten informert om:	<input type="checkbox"/> hvordan hendelsen meldes	<input type="checkbox"/> Norsk Pasientskadeerstatning	<input type="checkbox"/> Nei/uaktuelt
Avdelingsledelsens vurdering av hendelsen			
Avdelingen har behandlet meldingen og påført alle nødvendige opplysninger.			
Dato:		Underskrift for avdelingsledelsen:	
Del 3 - Kvalitetsutvalgets vurderinger			
Tilbakemelding til avdelingen: Kvalitetsutvalget trenger ytterligere opplysninger om:			
Kvalitetsutvalget støtter avdelingens vurdering av årsak		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Tilleggskommentar:			
Kvalitetsutvalget støtter avdelingens vurdering av tiltak		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Tilleggskommentar – behov for tiltak på overordnet plan i sykehuset:			
Kvalitetsutvalgets helhetsvurdering og hovedkonklusjon			
Hendelsens alvorlighetsgrad	<input type="checkbox"/> Unaturlig dødsfall	<input type="checkbox"/> Betydelig personskade	<input type="checkbox"/> Kunne ha ført til betydelig personskade
	<input type="checkbox"/> Mindre alvorlig personskade	<input type="checkbox"/> Kunne ha ført til mindre alvorlig personskade	<input type="checkbox"/> Forslag til bedret kvalitet/sikkerhet
Kopi av blanketten er sendt til:	<input type="checkbox"/> Meldesentralen	<input type="checkbox"/> Fylkeslegen (når hendelsen har eller kunne ha ført til betydelig personskade)	<input type="checkbox"/> Leverandør / produsent (alltid ved utstyrssvikt)
Saken er ferdig behandlet i kvalitetsutvalget og alle nødvendige opplysninger er i henhold til retningslinjene påført blanketten.			Antall vedlegg til meldingen:
Dato:		Underskrift av kvalitetsutvalgets leder:	

Vedlegg 4 a:

● ● ● Helse Nordmøre og Romsdal HF

Kvalitets- gruppa	REGISTRERING AV AVVIK / UHELDIGE HENDELSER OG FORBEDRINGSOMRÅDER		Side : 1 Av : 2
	Revisjon : 1 Erstatter : 220800	Utarbeidet av: Kvalitetsgruppa i Helseforetaket	Godkjent av: Eirik Heggemsnes, direktør
			Dato: 01.10.2004

1. Melder

Navn _____

Avdeling _____

Dato _____

Meldingen gjelder (kan krysse ut flere felt)

1. Kvalitetssvikt 2. Smittevern 3. HMS
 4. Informasjonssikkerhet 5. Forbedringsforslag
 6. Intern samarb.partner → Hvilken enhet _____
 7. Ekstern samarb.partner → Hvilken enhet _____

Årsak (kan krysse ut flere felt)

1. Manglende prosedyrer 2. Pros. ikke fulgt 3. Manglende opplæring
 4. Manglende ressurser 5. Med. utstyr 6. Tekn. installasjoner
 7. Kommunikasjonssvikt 8. Annet

Hendelse (Beskriv avviket / hendelsen)
Konsekvenser av hendelse(n)**Forslag til forbedring / tiltak**

_____ dato

_____ avdelingssykepleier / enhetsleder (sign.)

Vedlegg 4 b:


Helse Nordmøre og Romsdal HF Saksnr.

- enhetsnivå _____
- avdelingsnivå _____
- direktørnivå _____

Registrering av avvik, uheldige hendelser og forbedringsområder		Side : Av :
Revisjon :1 Erstatter :01.10.04	Utarbeidet av: IAs	Godkjent av: Chr. Bjelke, med. direktør
		Dato: 02.07.07

1. Melder

Navn _____ Dato _____
 Enhet/ Avdeling _____ Sign. _____

Meldingen gjelder (kan krysse ut flere felt)

Kvalitetssvikt	<input type="checkbox"/>	Smittevern	<input type="checkbox"/>	HMS	<input type="checkbox"/>
Informasjonssikkerhet	<input type="checkbox"/>	Strålevern	<input type="checkbox"/>	Forbedringsforslag	<input type="checkbox"/>
Erfaringstilbakeføring	<input type="checkbox"/>				
Intern samarb.partner	<input type="checkbox"/>	Hvilken enhet	_____		
Ekstern samarb.partner	<input type="checkbox"/>	Hvilken enhet	_____		

Arsak (kan krysse ut flere felt)

Manglende prosedyrer	<input type="checkbox"/>	Pros. ikke fulgt	<input type="checkbox"/>	Manglende opplæring	<input type="checkbox"/>
Manglende ressurser	<input type="checkbox"/>	Medisinsk utstyr	<input type="checkbox"/>	Tekn. installasjoner	<input type="checkbox"/>
Kommunikasjonssvikt	<input type="checkbox"/>	Rutinesvikt	<input type="checkbox"/>	Annet	

Hendelse (Beskriv avviket / hendelsen)
Konsekvenser av hendelsen(e)**Forslag til forbedring / tiltak****2. Enhetsleder/ avdelingsykepleier****Vurdering/ beskrivelse av tiltak**

••• Helse Nordmøre og Romsdal HF

Kvalitets- gruppa	Registrering av avvik, uheldige hendelser og forbedringsområder	Side : 2 Av : 3
----------------------	--	--------------------

dato

avdelingssykepleier / enhetsleder (sign.)

Kvalitets- gruppa	Registrering av avvik, uheldige hendelser og forbedringsområder	Side : 3 Av : 3
----------------------	--	--------------------

3. Behandling i enhetens/ avdelingens kvalitetsråd

Dato behandlet _____

Behandlet av _____

Enig med melder

Tiltak

Iverksatt Planlagt Uaktuelt Må iverksettes av andre Hvem _____

Beskriv tiltak

Ansvarlig for tiltaket

Dato for evaluering av tiltaket

4. Behandling / sendt til

Avsluttet sak	<input type="checkbox"/>	Kvalitetsråd i avd.	<input type="checkbox"/>	Kvalitetsutvalget	<input type="checkbox"/>
Hygienesykepleier	<input type="checkbox"/>	Info.sikkerhetsansv.	<input type="checkbox"/>	SAMU	<input type="checkbox"/>
HMS-ansvarlig	<input type="checkbox"/>	Strålevernsansvarlig	<input type="checkbox"/>	Svar til melder	<input type="checkbox"/>
Intern samarb.partner	<input type="checkbox"/>	Hvilken enhet	_____		
Ekstern samarb.partner	<input type="checkbox"/>	Hvilken enhet	_____		

Enhetsleder/ avdelingssjef (sign.)

Vedlegg 5:

UTEN_TITTEL_EQSrit

Side 1 av 3

Melding : Pasientskade/nesten-uhell på pasient

Informasjon

Meldingsnummer
Meldt av
Meldt dato
Meldt til enhet
Meldingsansvarlig
Skjema Pasientskade/nesten-uhell på pasient
Status Lukket

Melding

Pasientskade/nesten-uhell på pasient:

Melding om:

1. Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient - herunder død
2. Forhold som kunne ført til betydelig skade på pasient
3. Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer

Felter merket med (*) er obligatoriske felt

Pasientens navn: **Fødselsdato (ddmmaaaa):** **Aldersgruppe: (*)** **Kjønn: (*)**
 •
Dato (for hendelsen): **Klokkeslett:** **Vakttype: (ved flervalg hold ctrl nede og marker)**
 • Nattevakt

Avdeling/enhet hvor hendelsen skjedde:

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital

Tilleggsopplysninger for pasient under psykisk helsevern

Kort beskrivelse av hendelsen (Hvor, hva, hvordan, og hvorfor det skjedde?)

Hvor

Hva

Hvordan

Hvorfor

Hvilke umiddelbare konsekvenser fikk hendelsen for pasienten / personen?

Hva er gjort for å begrense den eventuelle skaden på pasienten / personen (f.eks. gjennomførte strakstiltak)?

Forslag til tiltak for å hindre liknende hendelser
(Vær konkret. Unngå formuleringer som "endret rutiner", "bedre prosedyrer" osv.):

Behandling

Del 2 Meldingsansvarlig:

Del 2 - Fylles ut av meldingsansvarlig

Felter merket med (*) er obligatoriske felt

Eventuelt vedlegg

Meldingen gjelder: (*)

Hendelsen skjedde: (*)

-

Ble skaden forvoldt av pasient på medpasient? (*)

-

Ble skaden forvoldt av pasient på annen person? (*)

-

Hendelsen var knyttet til: (ved flervalg hold ctrl nede og marker)

Svikt i forbindelse med bruk av medisinsk utstyr. (Husk meldeplikt til SHdir på eget skjema)

Medvirkende årsak til hendelsen: (ved flervalg hold ctrl nede og marker)

Oppfølging av pasient etter hendelsen

Er pasienten vurdert av lege i forhold til hendelsen? (*)

-

Er pasient / pårørende informert om hendelsen? (*)

-

Er pasient / pårørende informert om Norsk pasientskadeerstatning? (*)

-

Tiltak iverksatt for å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen. Jf. IK-forskriften §4 f, g og h

Er tiltak planlagt i forhold til hendelsen? (*)

-

Er tiltak iverksatt i forhold til hendelsen? (*)

-

Er iverksatte / planlagte tiltak vurdert som tilfredsstillende? (*)

-

Automatisk tilbakemelding er gitt til melder

Er hendelsen dokumentert i pasientjournal? (*)

-


Melding gitt til: (ved flervalg hold ctrl nede og marker)

UTEN_TITTEL_EQSrit

Side 3 av 3

Kommentar ved lukking:

Vedlegg 6:

		Pasientopplysninger:	
Melding til Kvalitetsutvalget ved: 1. Betydelig eller fare for betydelig personskade 2. Sviikt i medisinsk utstyr IK-2448 : lokal versjon - 2005, versjon 1,0 © AHe - 2004		Evt. Internt saks nr. på avd.:	
Institusjonens navn Helset SUNNMØRE HF Ålesund sjukehus Kontaktperson:		Institusjonens adresse: 6026 Ålesund Dato: JUNI 2009 Kontaktteléfono: J.nr. 70 10 68 03	
Institusjonens løpenummer (saksnummer):		Institusjonens:	
Unntatt pfr. saksbeh.		Ark.nr.	
Bruk blå/sort penn og blokkbokstaver. Alle aktuelle felt skal fylles ut. Melder plikter å varsle ansvarshavende lege eller sykepleier. Utfylt skjema går til avdelingsledelsen. Andre meldeplikter kan gjelde. Ferdigbehandlet melding går til kvalitetsutvalget som vurderer videresending til fylkeslegen. Meldinger av alvorlig karakter skal sendes fra Kvalitetsutvalget til fylkeslegen så snart som mulig etter hendelsen fant sted.			
1 - Fylles ut av melder			
1.1 - Meldingen gjelder			
Forhold som kunne ha ført til betydelig personskade <input type="checkbox"/>	Ingen skade: <input checked="" type="checkbox"/>	Liten skade: <input type="checkbox"/>	Betydelig personskade: <input type="checkbox"/>
Hendelse med medisinsk utstyr <input type="checkbox"/>	Uventet dødsfall <input type="checkbox"/>	Politiet skal varsles straks <input type="checkbox"/>	
1.2 - Type hendelse			
Pasientopplysninger:	Alder:	Skade dato:	og Kl:
Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
på Avd. (forkort.):	For psykiatrisk pasient:		
<input type="text"/>	§ 3-1 første ledd <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>	§ 3-1 andre ledd <input type="checkbox"/>		
Utøvelse av helsehjelp: <input type="checkbox"/>	Følge av mangel på helsehjelp: <input type="checkbox"/>	Påført skade av annen pas: <input type="checkbox"/>	Selvpåført: <input type="checkbox"/>
Egen aktivitet: <input checked="" type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>		
1.3 - Hendelsen var knyttet til			
Diagnostisk prosedyre <input type="checkbox"/>	Behandling eller operasjon <input type="checkbox"/>	Pleie eller opptrening: <input type="checkbox"/>	Ukjent: <input type="checkbox"/>
Annet: <input checked="" type="checkbox"/>			<input type="text"/>
Kort beskrivelse av hendelsen: Hva skjedde/hvorfor og hva førte det til for pasienten?			
OBS: Leges notat ved tilsyn:			
Dato og melder's signatur:		Leges signatur:	
1.4 - Ved all sviikt i alt medisinsk utstyr: Ved sviikt i medisinsk-teknisk utstyr kontaktes medisinsk-teknisk personale. Legg eventuelt ved egen rapport.			
Telefonisk varsling ved sviikt i medisinsk utstyr:	Dir. for samfunnssikkerhet og beredskap tlf. 48 21 20 00 vedr. elektromed.utstyr	<input type="checkbox"/>	Statens strålevern tlf. 67 16 26 00 vedr. strålegivende utstyr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabrikat/merke	Produsent	Type/modell/avn	
Nomenklatur (betegnelse)	Kode/Nr.:	Batch/lot.nr./serienr.	
Leverandør/forhandler	CE-merket		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Kopi leverandør		Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Avdelingssjef v/ Kvalitetsrådet

Mottatt dato:

 Avdelingssjef/kv-rådet trenger supplerende opplysninger fra melder om følgende forhold:

2 - Kvalitetsrådets vurdering:
2-1 - Årsaksforhold

Ikke tilfredst. rutine/prosedyre: <input type="checkbox"/>	Rutine/prosedyre ikke fulgt: <input type="checkbox"/>	Ikke tilfredst. org. tilrettelegging: <input type="checkbox"/>	Ikke tilfredst. fysiske forh: <input type="checkbox"/>	Ikke tilfredst. kompetanse tilgjengelig: <input type="checkbox"/>
Følge av utilsiktet utførelse på rett person: <input type="checkbox"/>	Følge av utilsiktet utførelse på feil person: <input type="checkbox"/>	Feil utførelse av faglig skjønn: <input type="checkbox"/>	Kjent, men sjelden effekt: <input type="checkbox"/>	Annet: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>

2-2 - Feil ved bruk av legemidler

Forordning av legemiddel: <input type="checkbox"/>	Administrering av legemiddel til rett pasient: <input type="checkbox"/>	Legemiddel gitt til feil pasient: <input type="checkbox"/>	Legemiddel med uventet effekt: <input type="checkbox"/>	Annet: <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
--	---	--	---	--

2-3 - Feil ved bruk av utstyr

Medisinsk Teknisk Utstyr: <input type="checkbox"/>	Teknisk utstyr: <input type="checkbox"/>	Engangs utstyr: <input type="checkbox"/>
Manglende vedlikehold av utstyr: <input type="checkbox"/>	Annen teknisk svikt ved utstyr: <input type="checkbox"/>	Mangler ved bruksanvisning: <input type="checkbox"/>
Brukerfeil: <input type="checkbox"/>	Annet: <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	

2-4 - Hva er gjort for å hjelpe pasienten

Pasientskade vurdert av lege: <input checked="" type="checkbox"/>	Tiltak iverksatt for å redusere skaden: <input type="checkbox"/>	Pasienten er informert om skaden: <input type="checkbox"/>	Informert om Norsk pasient skade-erstatning (NPE): <input type="checkbox"/>	Uaktuelt: <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	------------------------------------

2-5 - Hva er gjort for å forebygge gjentakelse

Tiltak iverksatt: <input type="checkbox"/>	Tiltak planlagt: <input type="checkbox"/>	Uaktuelt: <input checked="" type="checkbox"/>
--	---	---

 Avd.sjef/ Kv-rådets konklusjon om årsaksforhold og tiltak:

Dato

3 - Fylles ut av Kvalitetsutvalget

Mottatt dato:

Saken trukket:

 Kvalitetsutvalget trenger supplerende opplysninger fra avd.sjef om følgende forhold:

 Meldingen behandlet i kvalitetsutvalget

 dato:

 Kvalitetsutvalgets vurdering av årsaksforhold:

 Enig med avd.sjef/Kv-råd:

 Uenig med avd.sjef/Kv-råd:
3-1 - Kvalitetsutvalgets vurdering av oppfølging av pasient:

 Planlegging tilfredstillende: Ja Nei
 Tiltak tilfredstillende: Ja Nei

3-2 - Kvalitetsutvalgets vurdering av sikring/forebygging

 Tiltak tilfredstillende: Ja Nei
 Planlegging tilfredstillende: Ja Nei

 Kvalitetsutvalgets vurdering ved mangelfull oppfølging

Dato

Sign

Antall vedlegg

Kv-utv. int:

 Innhente mer info:

 Melding til avd:

 Følge opp avd:

 Overord. tiltak:

 Fylkes-legen:

 Helsetils. (MU):

 DSB:

 Annet tilsyn:

 Leverandør/produzent:

 Avsluttet:
4 - Fylkeslegens behandling av meldingen

Mottatt dato:

 Oppfølging av meldeplikten tilfredstillende ivare tatt: Ja Nei

 Fylkeslegen trenger supplerende opplysninger om følgende forhold:

 Tilbakemelding gitt til virksomheten: Ja Nei

 Fylkeslegens tilbakemelding til virksomheten:

Dato:

 Behandling av meldingen avsluttet: Ja Nei

 Fylkeslegens avslutning eller videre oppfølging av meldingen:

Dato

Sign

Til oppfølging

6970

