

A photograph of an iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is visible above the water line, while the much larger, submerged part is visible below. The sky is blue with some clouds, and the water is a deep blue. The iceberg itself is white and jagged.

NÅR NOE GÅR GALT - HENDELSESANALYSE

KARI CHRISTENSEN
Seksjon for pasientsikkerhet
Haukeland Universitetssjukehus

Tre sjukehus svikta Edel Marie (69) før ho døydde

SOLA (NRK): Edel Marie Almås fekk verken nok mat eller forsvarleg behandling. Sjukehuset innrømmer svikt i «grunnleggande sjukepleie» før 69-åringen gjekk bort.



DØYDDE: Etter tre månader på tre sjukehus døydde Edel Marie Almås. Behandlinga var ikkje forsvarleg, slår Fylkesmannen fast. Her er Edel saman med mannen Mads.


Christian Lura
@christianlura
Journalist


Thomas Ystrøm
Journalist/fotograf

Publisert i dag kl. 14:26
Oppdatert for 5 timer siden



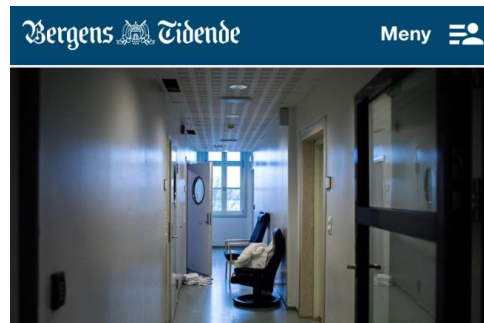
Haukeland fjernet tarmen på feil pasient: - Vi er lei oss

ABONNENT



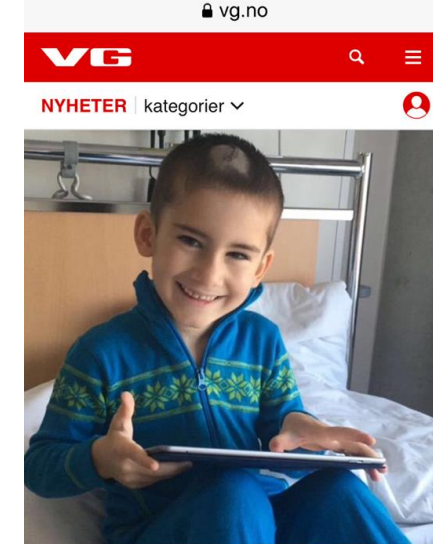
NYHET

Jordmødre og sykepleiere slår full alarm på Kvinneklinikken



Her måtte pasienter bo i ukevis på rom med bare en madrass på gulvet, uten mulighet til å se ut.

– Uverdig, sier Sivilombudsmannen om forhold på Sandviken sykehus.

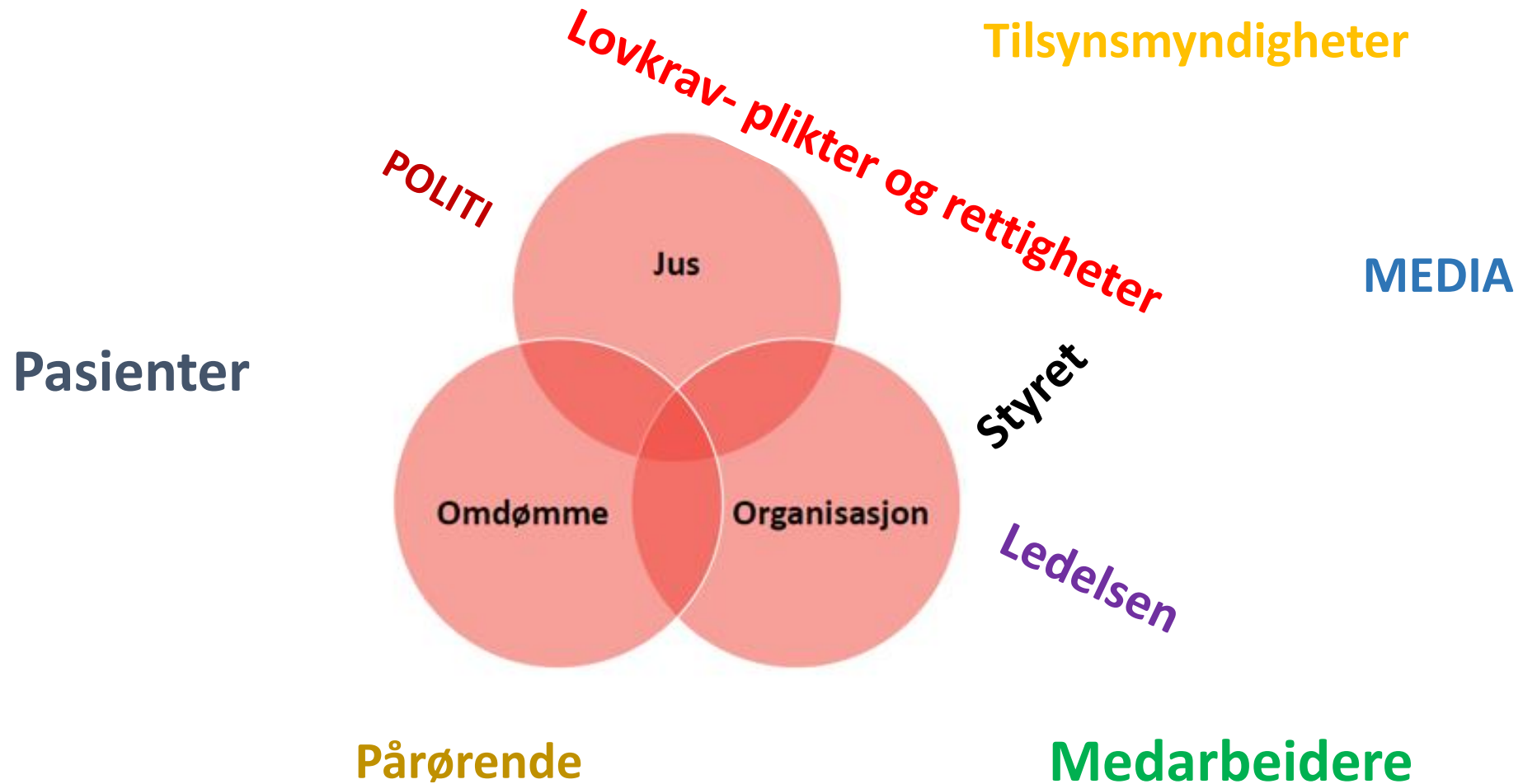


FEILMEDISINERT: Djabrail Sulejmanov (... [Les hele](#))

Vil botelegge Haukeland etter at Djabrail (6) døde



Når noe går galt



HENDELSESANALYSE - METODE

Metode for strukturert gjennomgang av uønskede hendelser

Risiko. Hendelsesanalyse – Håndbok for helsetjenesten Nasjonal veileder

- En hendelse har inntruffet som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient.
 - katastrofale/alvorlige hendelser
 - v/komplekse hendelser som har stort skadepotensiale og en mulig læringsverdi på systemnivå
- En ser bakover for å forebygge nye hendelser i fremtiden
- Er en del av det systematiske risikokartleggingsarbeidet
- [Kurs i hendelsesanalyse og pasientsikkerhet](#) 9.-10.2019/22.-23.01.2020.
- [Pasientsikkerhetskonsferansen 26.-27.09.2019](#) – P6 om hendelsesanalyser



Hendelsesanalyse – skal besvare 3 spørsmål:

1. Hva skjedde?

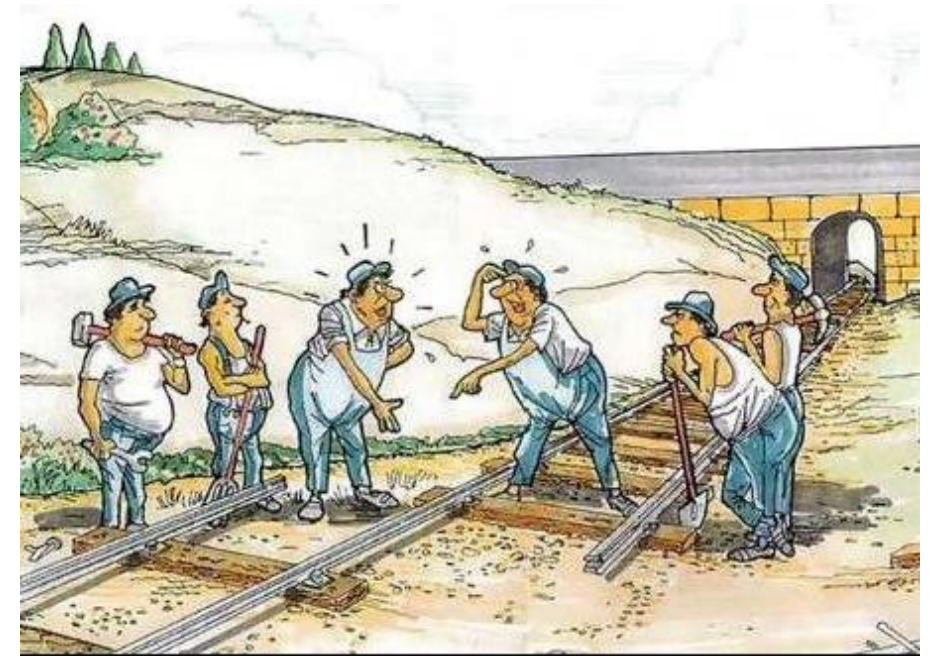
- Hva var fakta i hendelsen, og i hvilken rekkefølge skjedde de?

2. Hvorfor skjedde det?

- Var det et uvanlig sammentreff av vanlige hendelser?
- Tok man for gitt at alle gjorde det riktige?
- Ingen stilte spørsmål - hvorfor?
- Rutinene fungerte ikke - hvorfor?
- Teamets – samhandling og roller?

3. Hvordan hindre gjentakelse?

- Tiltak – evaluering - OPPFØLGING



November 1999

INSTITUTE OF MEDICINE

Shaping the Future for Health

TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM

Health care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

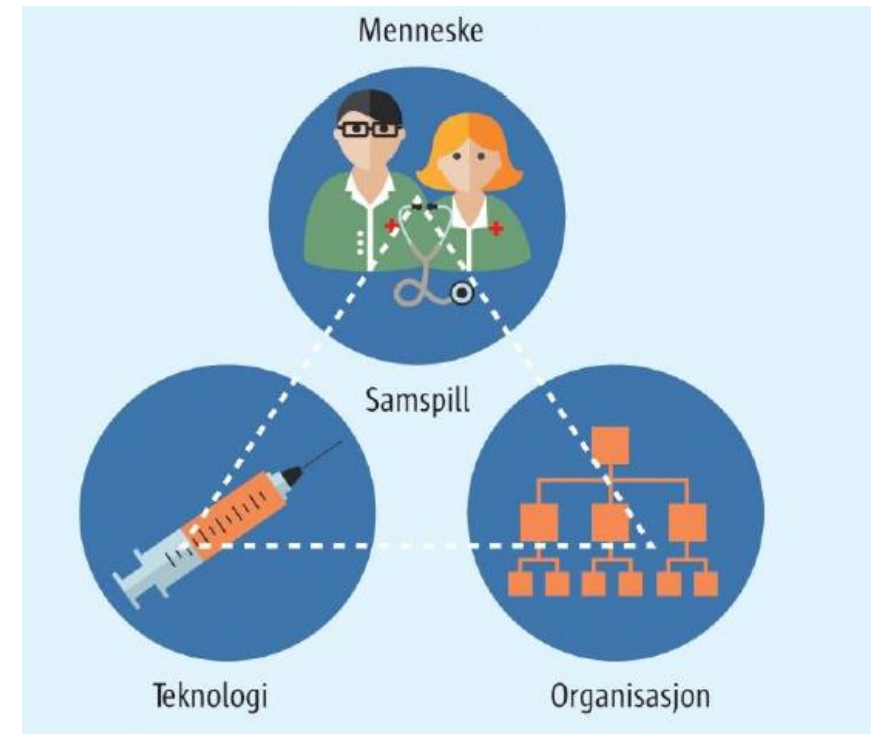


Menneske, teknologi og organisasjon

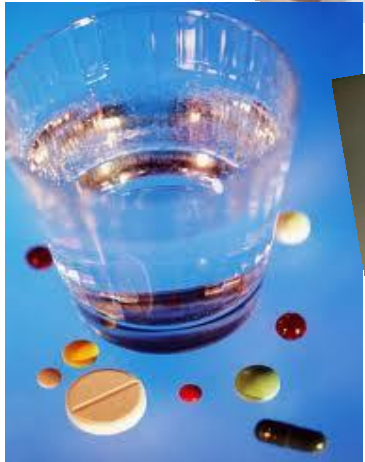
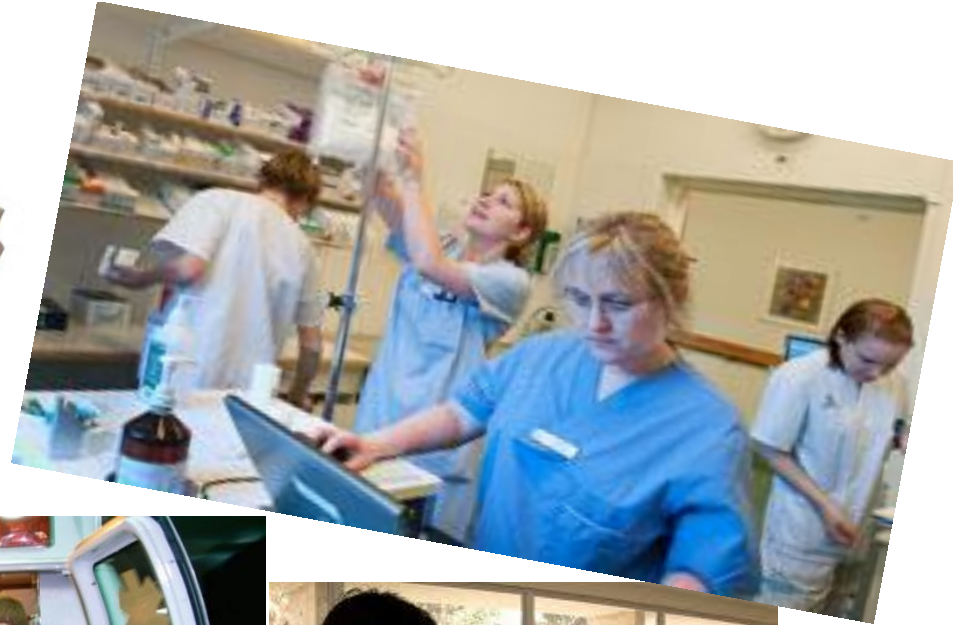
System og Individ

- Helsetjenesten er høyrisikovirksomhet!
- Det kan være svakheter på alle nivåer i systemet
- Ikke plassere skyld – avdekke svakheter ved organisasjonen
- Utvikle beredskap for å forutse, forebygge og håndtere risiko og uønskede hendelser.

MTO-modellen



”Hvis ting kan gå galt vil det gjøre det, før eller senere!”



Systemfokus i stedet for individfokus

Pasientsikkerhet



«Vern mot unødig skade
som følge av
helsetjenestens ytelser
eller mangel på ytelser»

[WHO](#)

Komplikasjon eller pasientskade?

Eksempel:

**Pasient får antibiotika og
reagerer med
pustebesvær og urtikaria**

**Ingen kjent
legemiddelallergi**



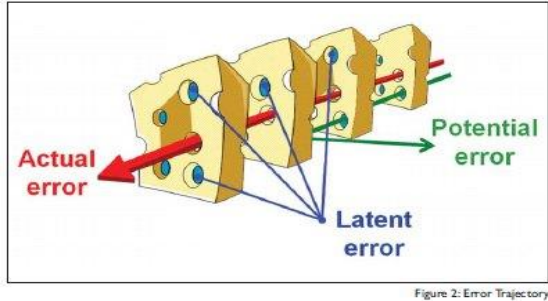
**CAVE er notert i
legemiddelsmodul, men man
er ikke oppmerksom på det**

Pasientskade

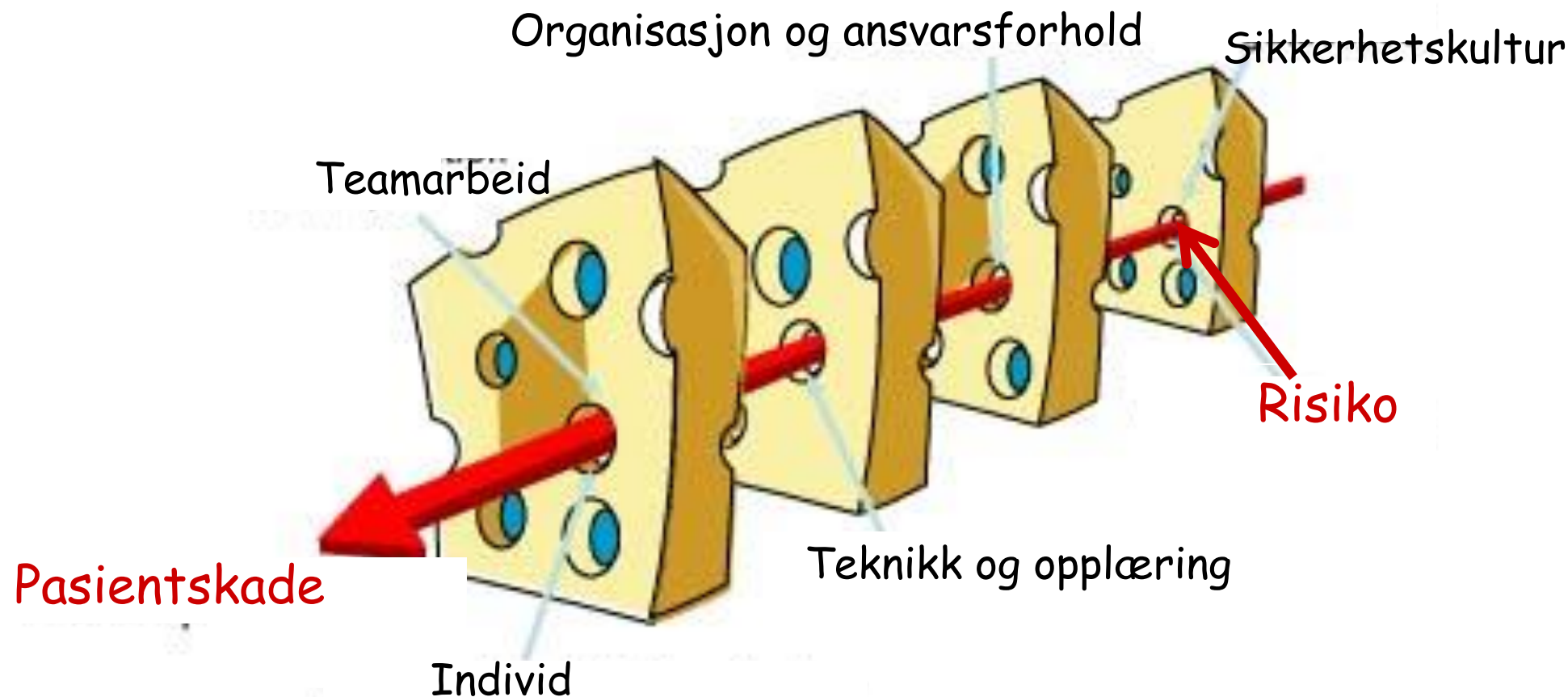
- **Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)**

Skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev (**Pasientskadelovens § 1 annet ledd**)

- Helsehjelp defineres som "enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell" (jf. **Helsepersonelloven § 13 3 tredje ledd, og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, bokstav c**)



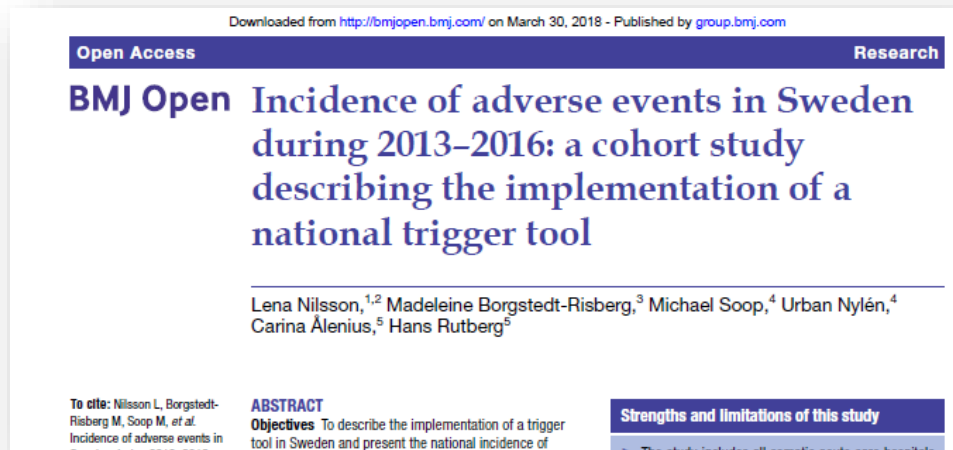
Barrierer mot feil



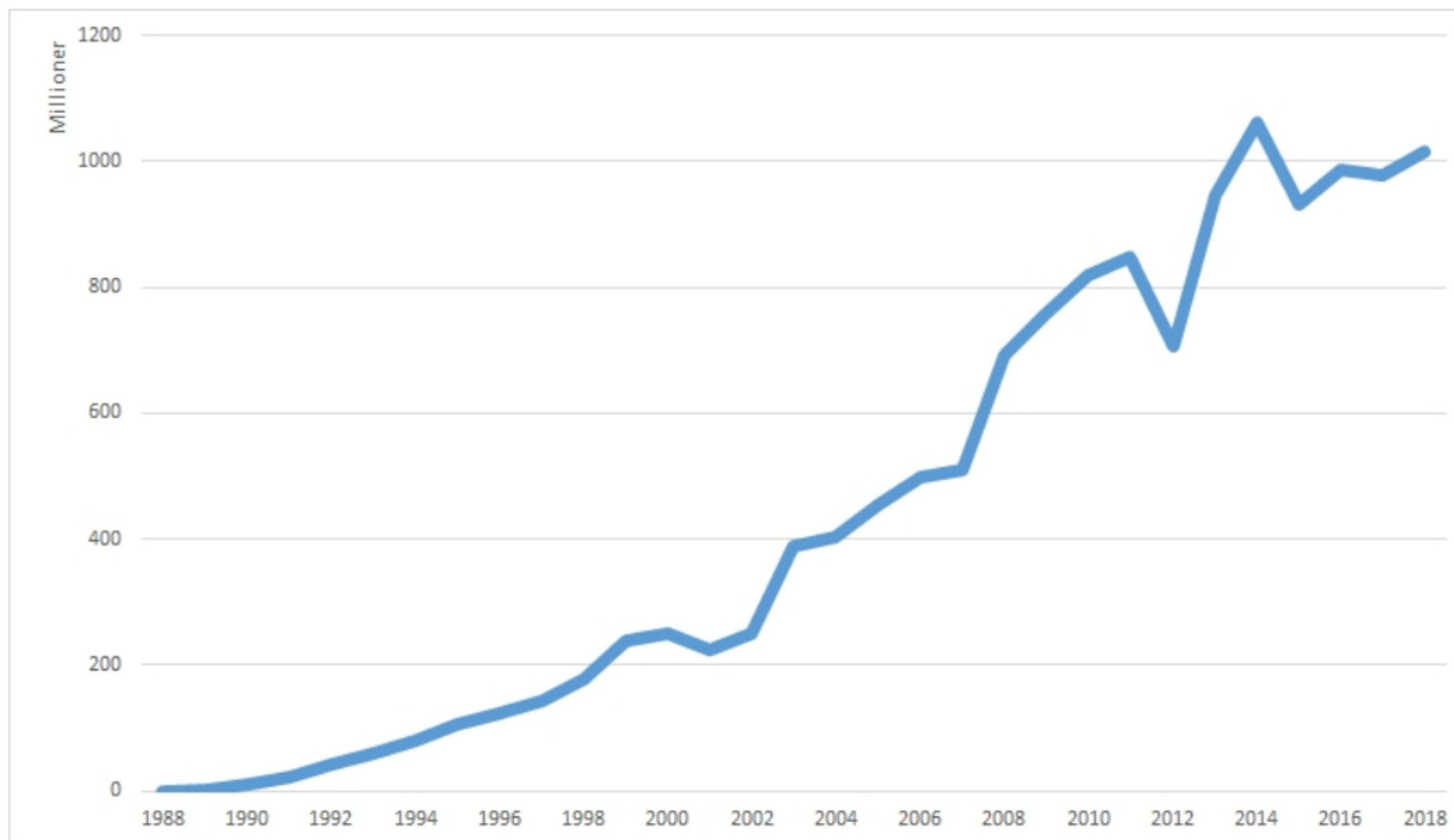


OECD har estimert at cirka 15% av de totale sykehuskostnadene i medlemslandene skyldes pasientskader (*f.eks. merbehandling, reinnleggelser og forlenget liggetid*).

Tall fra Sverige (2016) støtter opp om dette.

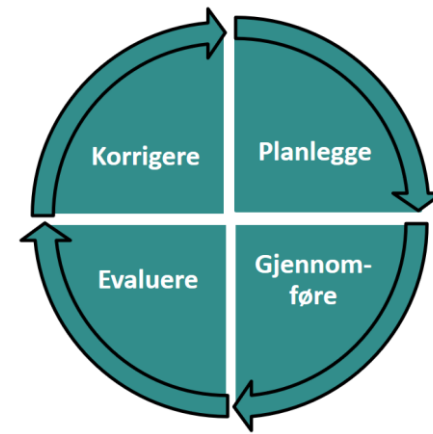


NPE Utbetalinger



Plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)



§3 - sørge for å etablere og gjennomføre systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften, og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette (internkontrollplikten)

Et arbeidsmiljø med gode relasjoner mellom personalgrupper og et velutviklet teamarbeid fører sannsynligvis til bedre og sikrere helsetjenester (fremmer kultur for pasientsikkerhet)

Ved systematisk identifisering og analysering av bakenforliggende årsaker, kan organisasjonens læring styrkes

- [Veileder](#) viser til Hendelsesanalyser som kilde i de ulike faser

...planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere...

Spesialisthelsetjenesteloven

- **Ordlyd endret: § 3-3 a. *Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser***
 - Virksomheter som er omfattet av loven her, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, jf. helsetilsynsloven § 6 og lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten § 7.
 - Også kommuner og private som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å varsle om alvorlige hendelser
 - Kan føre til tilsynsmessig oppfølging
 - Tilsynssak
 - Stedlig tilsyn
- Varslingsplikt til politi ved unaturlig, uventet dødsfall
 - Helsepersonell-loven § 36

Pasient- og brukerrettighetsloven

Fra 1. juli 2019 - får pasienter, brukere og nærmeste pårørende *varslingsrett* til Statens helsetilsyn om slike hendelser.

Varslingsretten er fastsatt i lov om pasient- og brukerrettigheter i ny

- **§ 7-6. *Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlig hendelse***

- Pasient, bruker eller nærmeste pårørende kan varsle Statens helsetilsyn om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av ytelse av helse- og omsorgstjenester eller ved at en pasient eller bruker skader en annen.
- Adgangen til å varsle gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Informasjon til pasienter, brukere og pårørende

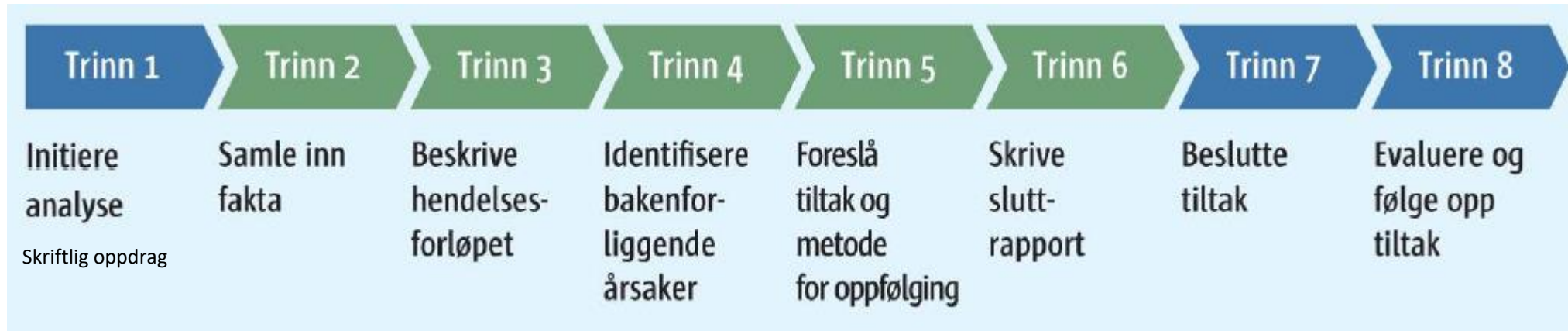
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2:
 - Skal ha informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen
 - Også informeres om mulige risiko og bivirkninger
 - Påført skade eller alvorlige komplikasjoner - informeres om dette
 - Ved skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er **uventet i forhold til påregnelig risiko** - også informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette for at lignende hendelse ikke skal skje igjen
 - Rett til møte innen 10 dager i de alvorligste tilfellene (1. juli 2018)

[Helsedirektoratets veileder IS-2213](#)



Hvordan gjennomføres en hendelsesanalyse?

Hendelsesanalysens trinn



Roller og fordeling av ansvar



Roller i en hendelsesanalyse

Oppdragsgiver:
trinn 1, 7-8

Analyseteam:
trinn 2-6

Analyseleder

Tverrfaglig sammensatt

Virksomhetskunnskap

”Andre gruppelemmer”



Intervjuene er viktige



Pasienter og pårørendes perspektiv

- Bidrar til et mer komplett bilde av uønskede hendelser
- Den årlige rapporten om varselordningen for alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten har denne gangen pasientens og de pårørendes perspektiv som tema.
 - Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser
Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018

[Rapport fra Helsetilsynet 4/2019](#)

Eksempler og tilsynserfaringer fra Statens helsetilsyns arbeid med varsler om alvorlige hendelser i 2018
Pasient- og pårørendeperspektiv ved alvorlige hendelser



Tidslinjen

Hendelseskjede

Pasientskade

Hva skjedde?

3. jan

19. jan

19. jan

29. jan (fredag)

1. feb (mandag)

2. feb

Beskrivelse av hendelsen

H1:

H2:

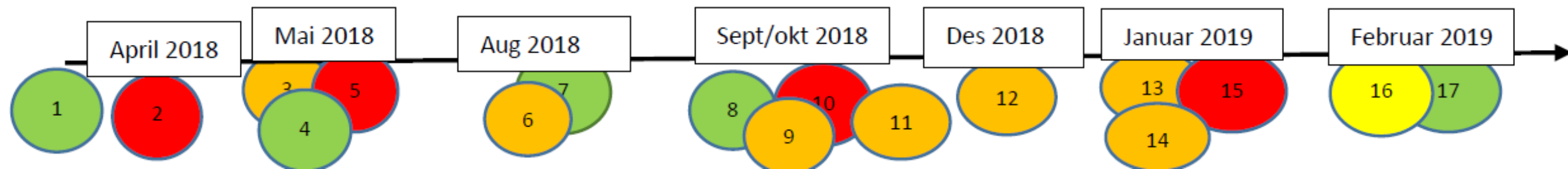
H3:

H4:

H5:

Skadens omfang.

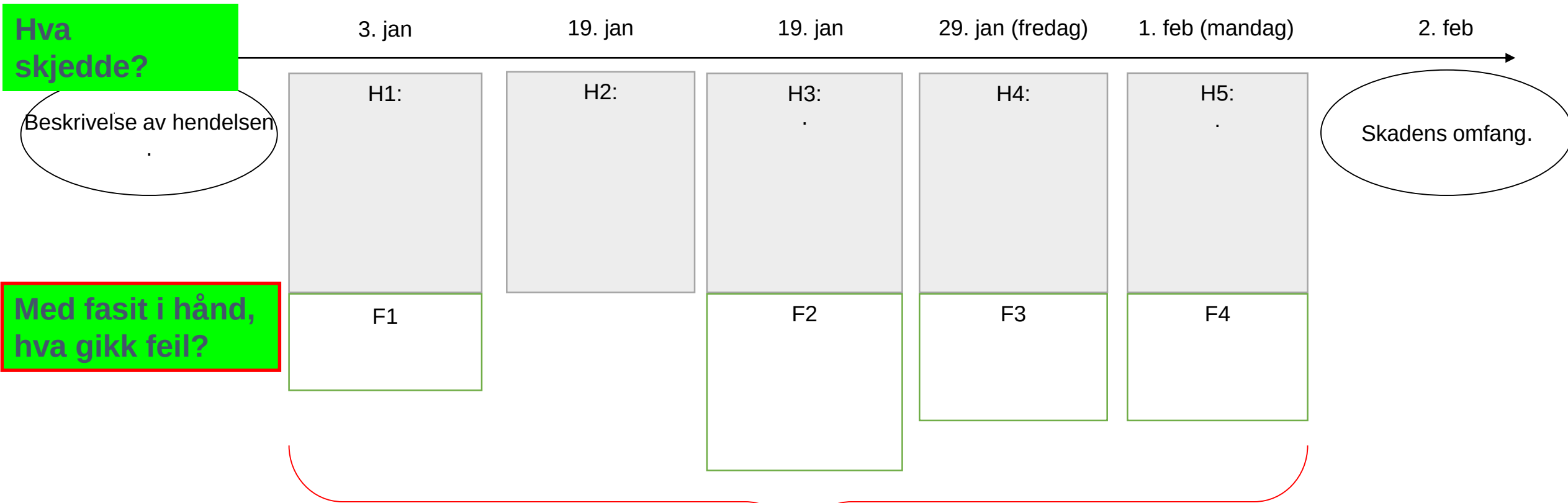
Delhendelser som ikke hadde betydning for hendelsesutviklingen strykes.



Delhendelser

Hendelseskjede

Pasientskade



Feilhendelser - Noe som skjedde, som *ikke* skulle skjedd.
ELLER – noe som ikke skjedde, som *skulle* ha skjedd (i etterpåklokskapens lys)

Slik kan det se ut etter hvert:



Identifisere bakenforliggende årsaker

Systemperspektiv

- Hvorfor? - fordi!
- Konstruktiv prosess i teamet for å finne mulige bakenforliggende årsaker for hver delhendelse
- Oftest innenfor disse områdene:
 - Kommunikasjon og informasjon
 - Omgivelser og organisering
 - Prosedyrer, retningslinjer og rutiner
 - Teknologi, utstyr og apparatur
 - Utdanning og kompetanse



Tiltaksplan

- Foreslå tiltak og hvordan disse skal følges opp
 - Hvilke tiltak på systemnivå kan positivt forandre den bakenforliggende årsaken?
 - Hva ønsker vi å oppnå?
 - Hvordan vet vi at endringen er en forbedring?
 - Hvilke endringer kan føre til en forbedring
 - **Hvilke endringer medfører ny risiko?**

Tiltakene skal fungere som barrierer som beskytter pasientene mot uønskede hendelser

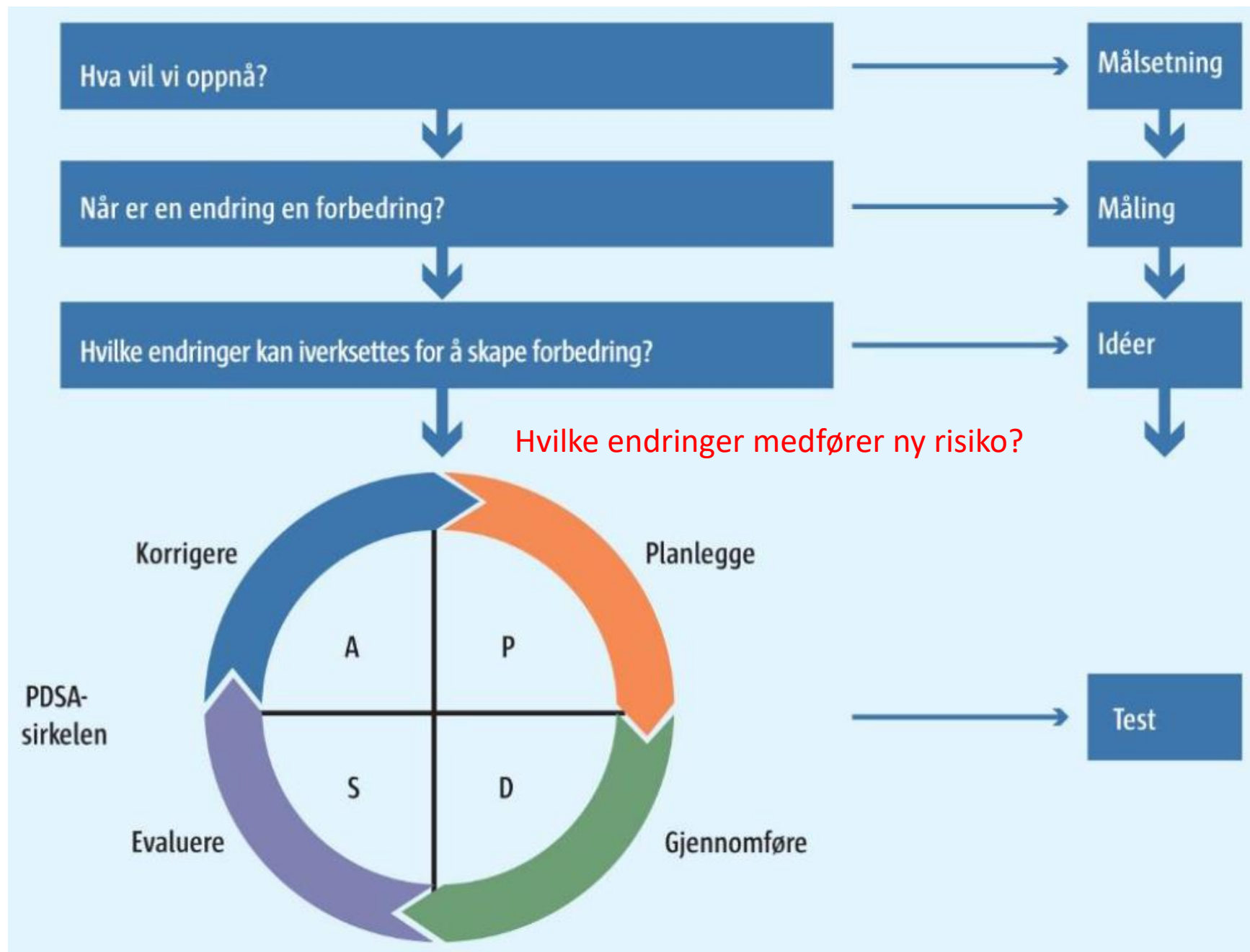
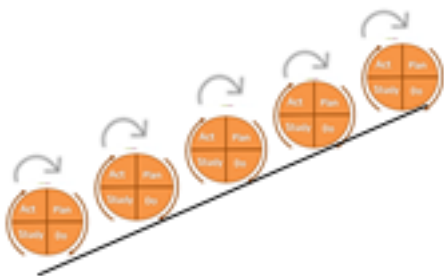
Tiltakene må være gjennomførbare

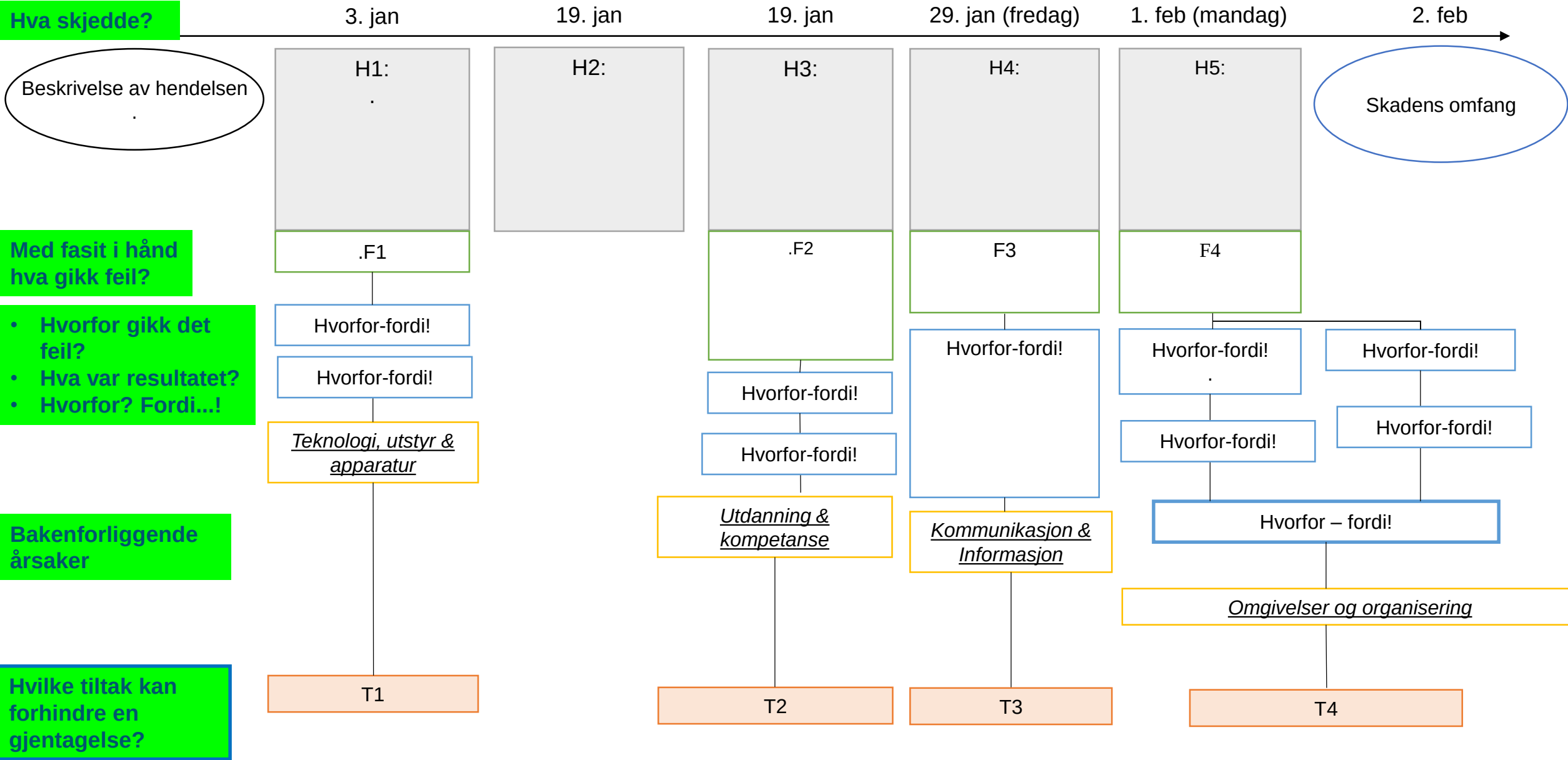
Tiltakene skal fungere som barrierer

Type barriere	Kjennetegn	Eksempel	Effektivitet
Teknologisk eller fysisk barriere	Virker uten at en forstår eller kjenner til virkningen.	➤ Teknologi som hindrer mennesker i å gjøre feil ➤ Dører ➤ Låste skap ➤ Passord	Robust og meget effektiv.
Symbolsk barriere	Krever at mennesker kan tolke betydningen av et budskap.	➤ Alarm ➤ Varsler i pasientjournaler, for eksempel CAVE	Er lett å overse og dermed mindre effektiv.
Administrativ barriere	Fungerer dersom mennesker har lært seg dens innhold og husker funksjon og fremgangsmåte.	➤ Sjekklistor ➤ Lover ➤ Forskrifter ➤ Prosedyrer og retningslinjer	Anses mindre effektiv enn teknologiske og symbolske barrierer.

PDSA sirkel:

Nolans
forbedrings-
modell





Rapporten

- Sluttrapporten skal ikke inneholde identifiserbare personopplysninger
 - Grunnlag for oppdragsgivers beslutning om tiltak
 - Sammendrag sendes tilsynsmyndighet
 - **Tilbakemelding til involverte parter**
 - Dersom hendelsen gjelder skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om tiltak som iverksettes
- **Evaluerer og følger opp tiltak!**

Hendelsesanalyse – og hva nå?

- Lære
- Dele
- Forbedre
- Korrigere
- Forebygge



AVVIK: Er det noe jeg som lege sitter igjen med etter å ha håndtert mange alvorlige avvik, er det at pasienter og pårørende er mest opptatt av at andre skal lære av den uheldige hendelsen, skriver overlege Hans Flaatten. FOTO: NTB SCANPIX (ILLUSTRASJONSFOTO)

Vi lærer ikke av andres feil

DEBATT: Vi trenger et meldesystem som sikrer at ikke bare jeg, men alle helsearbeidere, lærer av mine feil.

Av HANS FLAATTEN

1. des. 2018 07:00, oppdatert 30. nov. 2018 15:33

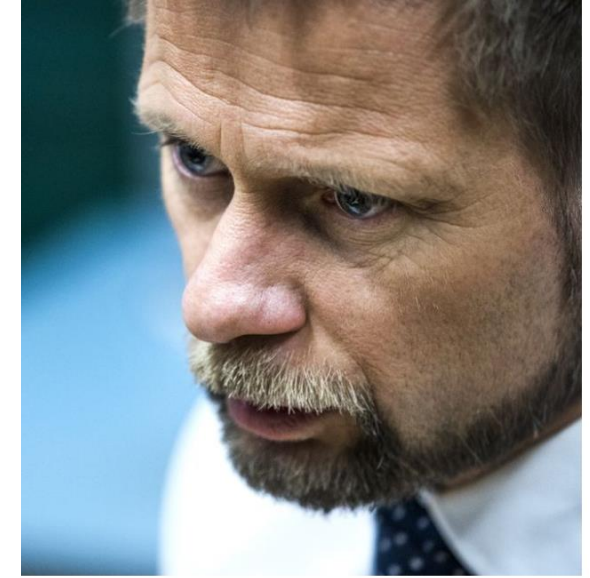
ERFARING: Er det noe jeg som lege sitter igjen med etter å ha håndtert mange alvorlige avvik, er det at pasienter og pårørende er mest opptatt av at andre skal lære av den uheldige hendelsen, skrev overlege Hans Flaatten i BT 1. desember. 📷 FAKSIMILE

Vi må bli flinkere til å lære av hverandres feil

Bent Høie til BT 7.des.2018

Det er helt opplagt slik at vi må bli bedre til å lære av hverandre i helsetjenesten.

Vi ser veldig ofte at avvik som avdekkes blir håndtert der hendelsen har funnet sted, men at man ikke får læring på tvers i virksomheten, eller mellom ulike virksomheter, sier helsedirektør Guldvog. [NRK 28.nov. 2018](#)



Bedre dialog gir færre uønskede hendelser

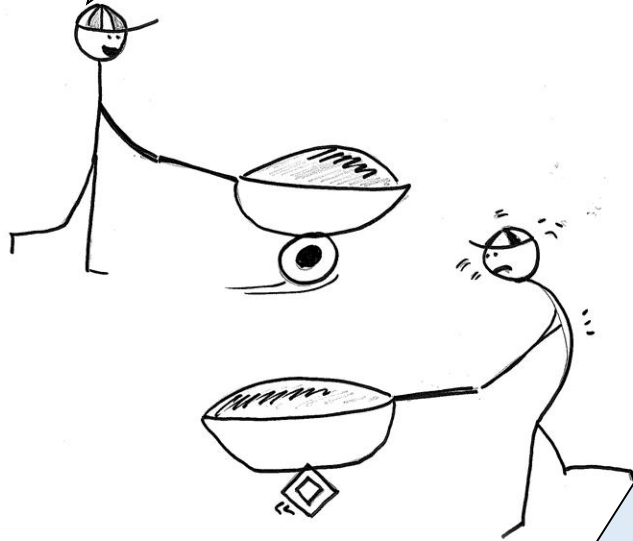
- Hver syvende pasient blir utsatt for skader under sykehusopphold, og det anslås at like mange pasientskader oppstår i primærhelsetjenesten.
- Helsedirektoratet mener at **rundt halvparten av pasientskadene kunne ha vært forebygget**, og en ser at skadene skjer igjen og igjen.
- Mange av de uønskede hendelsene i spesialist- og primærhelsetjenesten skyldes manglende – eller for dårlig – kommunikasjon og teamarbeid mellom helsepersonell.
- Et godt teamarbeid har stor betydning for å fremme pasientsikkerheten.

[Dagens Medisin 13/14-2019](#)

Kronikk Publisert: 2019-09-02 Randi Ballangrud/Tore Karlsen/Oddveig Reiersdal Aaberg/Marie Louise Hall-Lord

[Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)

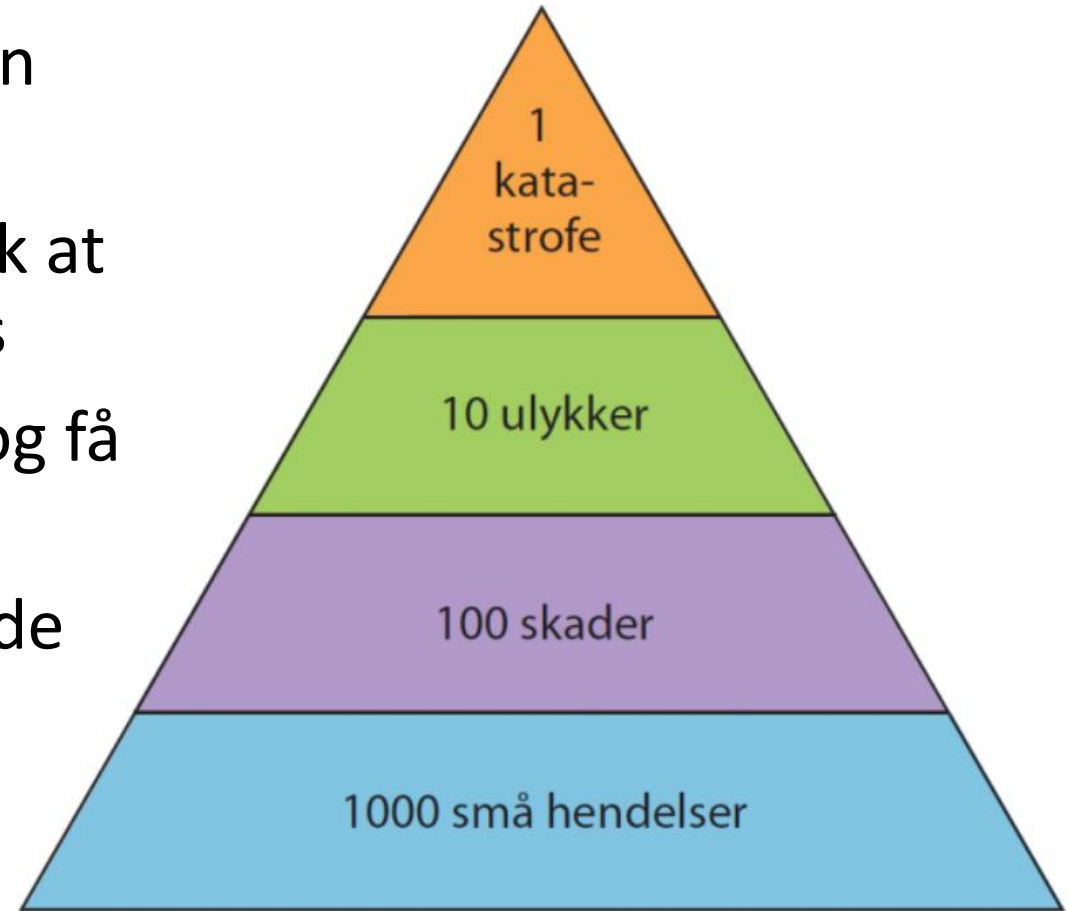
Det går lettere med
et rundt hjul!



Vet det, men jeg **har ikke**
tid til å skifte hjulet!

Alle gjør feil

- Den som ikke erkjenner at man gjør feil, kan være farlig
- Gode systemer er organisert og planlagt slik at feil oppdages før de får alvorlig konsekvens
- Feil og avvik er en nøkkel til å forstå risiko og få til nødvendig forbedring
- Vi kan forebygge katastrofer ved å lære av de små hendelsene

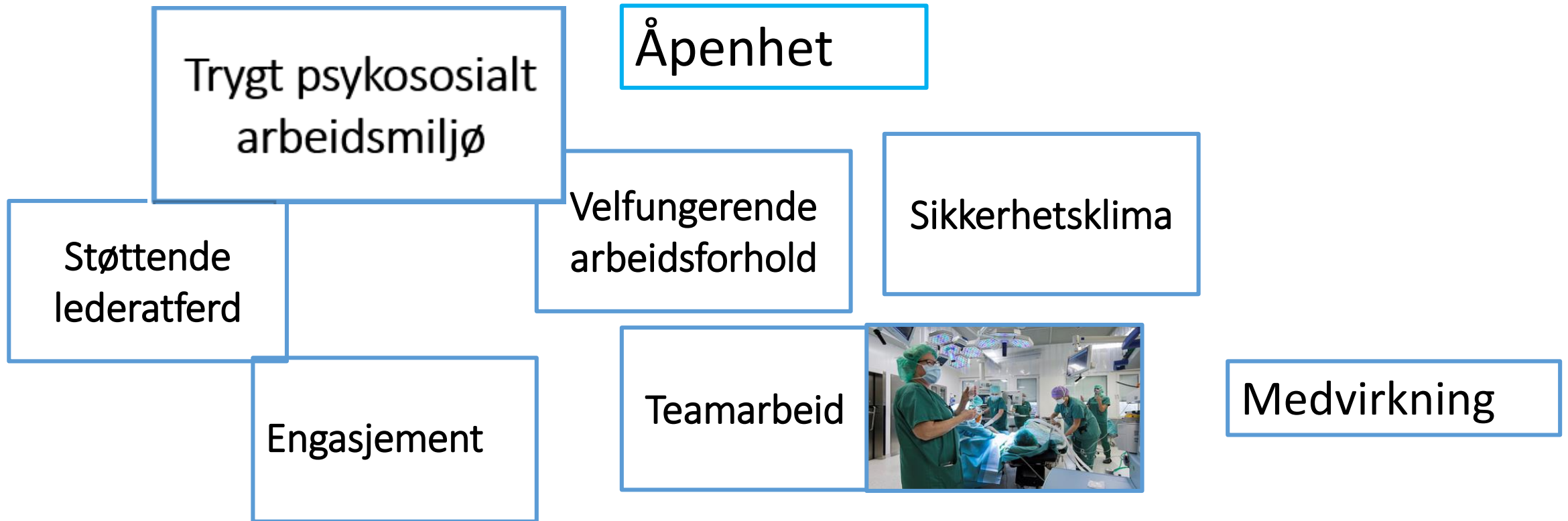


Åpenhet og tillit

- **Man kan få inntrykk** av at et sykehus som gjentatte ganger havner i mediene i forbindelse med uønskede hendelser, er dårlige.
 - Realiteten kan være at dette sykehuset har en kultur med større åpenhet og faktisk gjør en god jobb.
- Skal vi beholde pasientenes tillit, må vi være åpne om hendelser.
- Vi må akseptere at moderne medisin er forbundet med en viss risiko. Skal vi lykkes med å bedre pasientsikkerheten, må vi også skjønne hvordan systemet fungerer.
- Individfokus/krav om straff for involverte helsearbeidere gjør bare at vi går glipp av muligheten for å lære.

- Guttorm Brattebø [BT okt 2018](#)

Hva kjennetegner et arbeidsmiljø som fremmer pasientsikkerhet og understøtter en forbedringskultur?



Pasientsikkerhetskultur

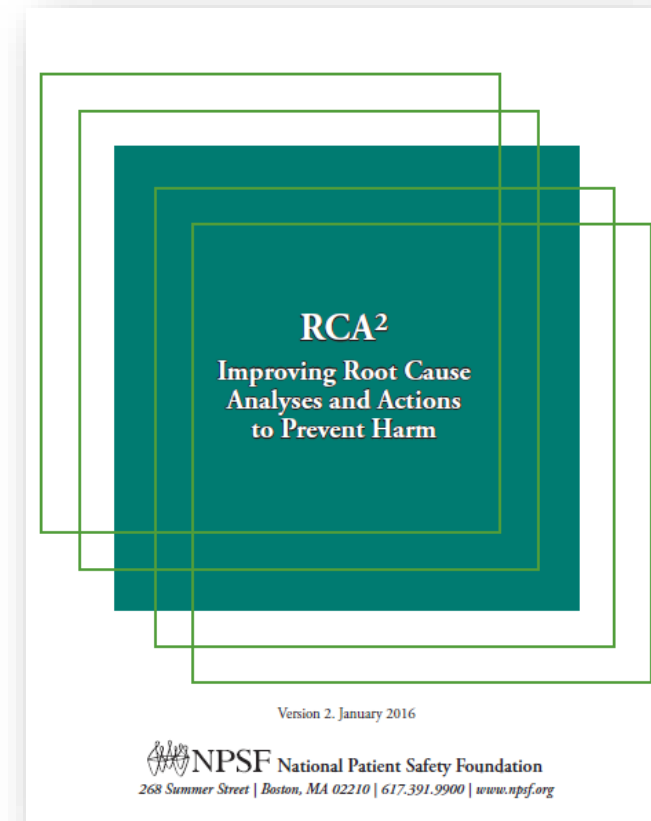
- En pasientsikkerhetskultur består av de **holdninger** og rutiner ansatte og ledelse har, som igjen påvirker behandlingen pasientene mottar.
- En god pasientsikkerhetskultur forutsetter et godt **samspill** mellom ansatte og ledere, og en **felles bevissthet** om hva som må på plass for å forhindre unødvendig skade.
- Det handler om å få på plass et **system**, det vil si rutiner, ressurser og infrastruktur for å redusere risiko for skader og feil.
- Det handler også om at **det skal føles trygt både å melde fra** om og lære av uønskede hendelser.
- Oppmerksomhet må rettes mot omstendigheter som bidrar til uønskede hendelser, framfor å fokusere på enkeltpersoner.

Faktorer som bidrar til at analysearbeidet blir vellykket:

- Styringssystemer som fungerer
- Ledelsen **tar ansvar** for og er **pådriver** i pasientsikkerhetsarbeidet
- Godt utviklet sikkerhetskultur med **åpen kommunikasjon** rundt risiko og uønskede hendelser
- Virksomheten har analyseledere som benytter ressurser ute i organisasjonen
- Medarbeidere har kompetanse og erfaring med å gjøre risiko- og hendelsesanalyser
- Medarbeidere fra alle yrkesgrupper deltar i arbeidet
- Pasienter og pårørende involveres i analysearbeidet
- Virksomheten har **system for å spre og lære** av analyseresultatene

Anbefalinger:

- Ledelsesforankring
- Fokus på system og forbedring
- Klare kriterier for når analyser skal gjøres.
 - Start raskt
- Tildel ressurser med planlagte tidspunkter
- 4-6 personer i analysteamet
- Viktig at analysleder er en god/effektiv kommunikator
- Gjennomføring og oppfølging av tiltak er utfordrende
 - Rydd og strukturer prosessen slikt at man får mer vekt på tiltak og gjennomføring av tiltak.



Tema fra RCA²

- **Manglende oppfølging** av tiltak gir de involverte følelsen av at organisasjonen ignorerer hendelsen, at arbeidet med analysen var meningsløst og at ingen betydningsfulle tiltak gjennomføres.
- Barrierer for å melde er **frykt for negative konsekvenser** for seg selv eller kolleger. Viktig for organisasjonen å fremme en følelse av rettferdighet, og tillit til, at man skal melde
 - Kreves opplæring i hvordan man melder, at det er enkelt, at tiltak vedtas og at tilbakemelding gis til melder. Når ansatte er klar over at deres rapporter er betydningsfulle, vil rapportering øke
- Husk at hendelser inntreffer 10 til 300 ganger oftere enn helseskader. Disse er advarsler og gir organisasjonen en mulighet til å identifisere sårbarheter i systemet og rette det opp før helseskader oppstår. Analyser dem!





The problem with root cause analysis

Mohammad Farhad Peerally,¹ Susan Carr,² Justin Waring,³ Mary Dixon-Woods¹

¹SAPPHIRE, Department of Health Sciences, University of Leicester, Leicester, UK
²John Walls Renal Unit, University Hospitals of Leicester, Leicester, UK
³CHILL, Nottingham University Business School, University of Nottingham, Nottingham, UK

INTRODUCTION

Attempts to learn from high-risk industries such as aviation and nuclear power have been a prominent feature of the patient safety movement since the late 1990s. One noteworthy practice adopted from such industries, endorsed by health-care systems worldwide for the investiga-

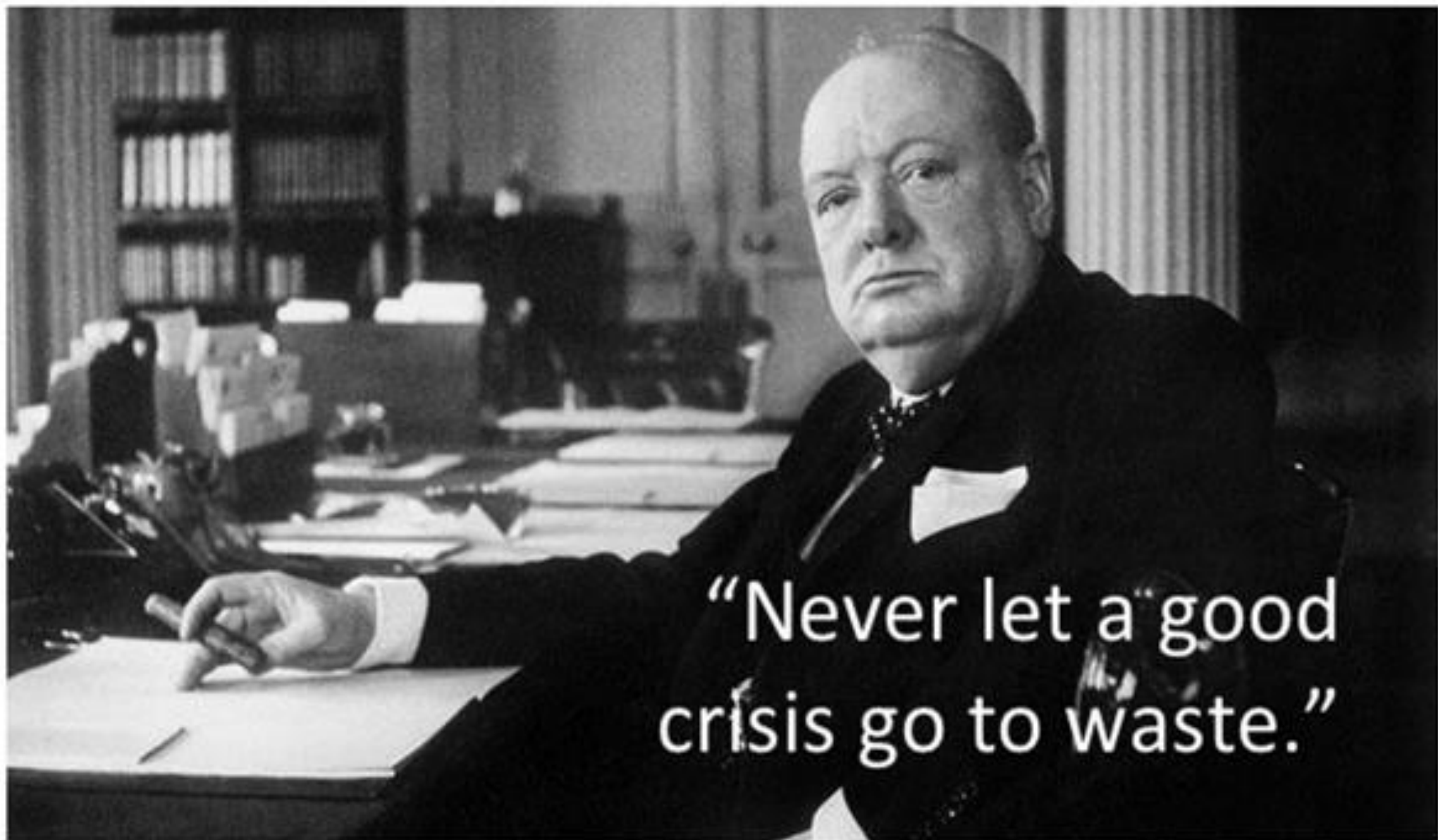
Box 1 Lessons not learnt

This example provides a summary of a real case that occurred in a hospital and the failure to learn from the incident in spite of a root cause analysis.

In a large acute hospital, a patient

Beskriver utfordringer ved bruk av hendelsesanalyser i helsevesenet og kommer med anbefalinger:

1. Gjør analyseteamene mer profesjonelle
2. Ta pasienters og pårørendes perspektiv på helsetjenesten
3. Vi trenger en bedre forståelse av skyld- og skamfølelse knyttet til analyser. Hvor dypt stikker «systemperspektivet» – egentlig?
4. Mer vekt på proaktiv jobbing (risikobasert tilnærming)- bli bedre rustet til å oppdage og takle potensielle kriser. Evaluere og lære.



“Never let a good
crisis go to waste.”