



Styresak 006-2018

Hendelsesanalyser i Nordlandssykehuset - Orienteringssak

Saksbehandler: Hilde Elisabeth Normann, Benedikte Dyrhaug Stoknes
Dato dok: 25.01.2018
Møtedato: 27.02.2018
Vår ref: 2016/122

Vedlegg (t):

“Medicine used to be simple, ineffective and relatively safe. Now it is complex, effective and potentially dangerous.”

Dr. Cyril Chantler (1999)

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Direktørens vurdering

Direktøren ser denne metoden som en mulighet til at vi skaffer oss dypere innsikt og forståelse om risiko knyttet til Nordlandssykehusets kjernevirksomhet. Fokus for analysen er en enkelt pasients møte med sykehussystemet, vurdert i retrospekt fra perspektivet til alle berørte helsepersonell- og faggrupper. Hendelsesanalyser synliggjør kompleksiteten i behandlingsforløpene våre. De viser små og store svakheter i behandlingsskjeden, men også hvordan summen av ulike omstendigheter kan føre til uheldige utfall for noen pasienter.

Direktøren er opptatt av samsvar mellom kostnad og nytte, også i kvalitets- og forbedringsarbeid. Metodens krav om at klinikere på kort varsel og i betydelig grad rykkes ut av ordinær drift, vil være en kontinuerlig utfordring, og selve analyseprosessen er omfattende og arbeidskrevende. Likevel har den detaljerte prosessen en hensikt. Formaliseringen av analysen sikrer forutsigbarhet i prosess og resultat, at alle berørte parter blir hørt, og forhåpentligvis at det blir en trygg og respektfull opplevelse for alle parter. Direktøren ser hendelsesanalyser som et vesentlig tilskudd til eksisterende metoder i kvalitetssystemet vårt, men skal ressursbruken kunne forsvares må metoden integreres på en hensiktsmessig måte i de eksisterende kvalitets- og HMS systemene.

Bakgrunn

De siste års fokus på pasientsikkerhet har ført med seg et krav om at sykehusene også i større grad må *lære* av feil og uønskede utfall. Hendelsesanalyse kom i 2016 inn som et krav til foretakene gjennom Helse Nord's kvalitetsstrategi¹. En systematisk gjennomgang av årsaksforhold knyttet til alvorlige hendelser er ikke bare til hjelp i å finne og utbedre feil og mangler i behandlingssystemer; den kan også bidra til å hjelpe pasienter, pårørende og involvert helsepersonell i å bearbeide hendelsen, gjenopprette tillit og etter hvert kunne gå videre.

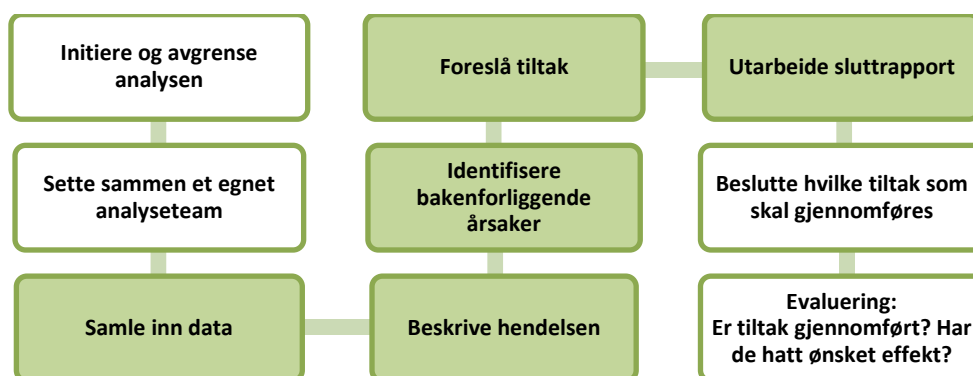
¹ Helse Nord's kvalitetsstrategi 2016 – 2020, pkt 3.4 Oppfølging og læring av uønskede hendelser

Ansatte blir oppfordret til å melde avvik i kvalitetssystemet. Likevel viser internasjonale studier² at bare en liten del av hendelser som kunne vært meldt, faktisk blir det. Én forutsetning for god meldekultur er at de ansatte har en opplevelse av at det nytter å melde, at meldinger blir håndtert på en god måte og innen rimelig tid³. Det krever at foretakene har en fleksibel respons, tilpasset hendelsens art og alvorlighetsgrad.

De aller fleste hendelser kan håndteres på laveste nivå. Andre hendelser skyldes forhold av systemovergripende art, og må håndteres på et høyere nivå. Hendelser som førte til, eller kunne ha ført til betydelig personskade skal i tillegg meldes til nasjonale myndigheter⁴. Man skiller mellom §3-3 og §3-3a, meldinger⁵. §3-3 meldinger sendes Helsedirektoratet, mens §3-3a meldinger sendes Statens helsetilsyn. §3-3a omfatter hendelser som har ført til dødsfall eller betydelig skade på pasient, hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. For Nordlandssykehuset gjelder dette 10-15 hendelser årlig. I noen få, alvorlige tilfeller vil Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn være involvert i oppfølgingen av hendelsen⁶. I løpet av 2018 vil også Statens undersøkelseskommisjon for helse og omsorgstjenesten⁷ bli etablert i Stavanger. Erfaringsmessig vil gode rutiner for hendelsesgjennomgang i foretakene i vesentlig grad minske behovet for ekstern gjennomgang og analyse.

Hendelsesanalyse er en sekkebetegnelse for flere metoder som alle har sine styrker og svakheter. Helsedirektoratet har de senere årene holdt kurs i en metode for hendelsesanalyse hentet fra Sverige som de anbefaler brukt også i Norge⁸. Det er denne metoden som beskrives i dette saksfremlegget. Metoden er omfattende. Den skal derfor kun brukes på et fåtall, alvorlige hendelser. Det er opprettet et regionalt nettverk for innføring av hendelsesanalyser som ledes fra Nordlandssykehuset ved Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.

Hva er en hendelsesanalyse?



Figur 1. Oversikt over trinnene i en hendelsesanalyse. Grønne bokser indikerer selve analysen og ivaretas av analyseteamet. Hvite bokser illustrerer nødvendig kopling til foretakets øvrige kvalitetssystem.

² F.eks [Sari AB et al](#) « Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review» BMJ 2007 Jan 13;334

³ <http://arkiv.www.helse-nord.no/direktorens-fredagsbrev/vi-skal-lare-av-feil-derfor-ma-vi-melde-article138906-1109.html>

⁴ <https://helsedirektoratet.no/meld-uonsket-hendelse/meld-uonsket-hendelse-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven>

⁵ Meldeplikten er hjemlet i spesialisthelsetjenestelovens §§3-3 og 3-3a

⁶ <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Undersokelsesenheten/>

⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56>

⁸ <https://helsedirektoratet.no/konferanser/kurs-i-hendelsesanalyse-og-pasientsikkerhet>

Hendelsesanalyser er en systematisk gjennomgang av et hendelsesforløp med tanke på å besvare tre spørsmål;

- 1. Hva skjedde?**
- 2. Hvorfor skjedde det?**
- 3. Hva kunne forhindre dette utfallet for pasienten?**

Analyseprosessen ved en hendelsesanalyse eies av en leder med ansvar for de(t) berørte virksomhetsnivå(et), som sammen med fagsjef og/eller medisinsk direktør har vedtatt at analysen skal gjennomføres. Det settes sammen et analyseteam som ledes av en analyseleder, som har gjennomgått Helsedirektoratets metodekurs om hendelsesanalyser. Analyseleder skal ikke være direkte tilknyttet virksomheten der hendelsen skjedde og sørger for at fremdrift og metodekrav følges. I det øvrige analyseteamet sitter representanter for alle yrkesgrupper/spesialiteter som har vært direkte involvert i hendelsen, og som jobber i samme arbeidsmiljø som hendelsen skjedde. Ansatte som har vært direkte involvert i hendelsen skal ikke være en del av teamet.

Hendelsesforløpet kartlegges ved hjelp av skriftlige kilder, intervjuer og ev annen supplerende informasjon om arbeidsprosesser, utstyr eller annet. Ansatte som har vært involvert i hendelsesforløpet får tilbud om samtale med analyseteamet. Pasienter og pårørende kan så langt de ønsker også bidra med sitt perspektiv. Analyseteamets første oppgave er å enes om fakta i saken. Deretter kan de begynne å diskutere årsaker til at hendelsen skjedde og fikk de utfall den gjorde. Tilslutt kan analyseteamet foreslå korrigerende tiltak.

Tiltakene som blir foreslått på bakgrunn av analysen tilhører en av fem kategorier:

- Kommunikasjon og informasjon
- Utdanning og kompetanse
- Fysisk- eller psykisk arbeidsmiljø
- Utstyr og teknikk
- Prosedyrer og retningslinjer

Oppdragsgiver beslutter hvilke tiltak som skal iverksettes og beskriver disse i en tiltaksplan. I Nordlandssykehuset er tiltaksplanen tema for et møte mellom oppdragsgiver og fagsjef en tid etter analysen, der framdrift diskuteres sammen med læringspunkter for foretaket. Rapportene behandles også i Nordlandssykehusets kvalitetsutvalg. Der hendelsen også er gjenstand for tilsyn, vil rapporten som regel inngå i foretakets dokumentasjon av hendelsen.

Hendelsesanalyse er en ressurskrevende metode. En erfaren analyseleder må beregne minimum et ukesverk på en enkelt analyse. Tidsbruken øker dersom analyseteamet er stort og mange skal intervjues om hendelsen. I tillegg må analyseleder beregne en del møtevirksomhet både i forkant og etterkant av analysen. Hvert medlem i analyseteamet må beregne minimum to dagsverk, og hvert intervjuobjekt tas ut av drift i ca. en time. I tillegg krever metoden en del møtetid med ledere i aktuelt virksomhetsområde for å sikre at både analysen og ansatte blir godt ivaretatt.

Hendelsesanalyse må derfor nødvendigvis avgrenses til et fåtall hendelser. Metoden er likevel nyttig da den kan gi en verdifull og unik innsikt i de komplekse årsakssammenhengene som styrer utøvelsen av helsetjenester i egen organisasjon.

Hendelsesanalyser i Nordlandssykehuset – Status

6 medarbeidere har så langt vært på kurs i metoden, men Nordlandssykehuset har per i dag kun én aktiv analyseleder. Så langt er det gjort fire hendelsesanalyser i foretaket. Pasienter og pårørende som har deltatt har uttrykt stor tilfredshet og mening i at foretaket tar deres erfaringer alvorlig, og forsøker å omsette dem til læring. Ansatte ser nytte i å være med, men sier samtidig at nytten er tett knyttet opp mot foretakets evne til å gjennomføre tiltak i etterkant.

For det videre arbeidet med hendelsesanalyser i Nordlandssykehuset er det noen sentrale spørsmål som trenger avklaring:

- Hvilke hendelser skal være gjenstand for analyse, og hvordan sikre at det blir gjort?
- I hvilken grad skal foretaket tillate «justering» av metoden?
- Hvordan skal analyser i praksis gjennomføres ved andre lokasjoner enn Bodø?
- Hvordan tar foretaket ivareta ansatte, pasienter og pårørende som bidrar i analysen?
- Hvordan skal foretaket sikre at tiltak blir gjennomført, og at effekten blir evaluert?
- Hvordan skal vi følge opp forbedringsområder som går utover oppdragsgivers ansvarsområde (f.eks. er klinikkovergripende)?
- Hvilke regler for formell saksgang skal gjelde?

Med bakgrunn i disse sentrale momentene er Seksjon for pasientsikkerhet i gang med å formalisere hendelsesanalyser i Nordlandssykehuset. De vil i tett samarbeid med andre aktører utarbeide en prosedyre for hendelsesanalyser som vil besvare spørsmålene ovenfor. Hendelsesanalyser utført på riktig indikasjon, med best mulig ivaretagelse av involverte og klare forslag til konkrete tiltak har absolutt sin plass i Nordlandssykehusets kontinuerlige forbedringsarbeid.