

ARTIKKEL 3

Undersøkelser av uventede hendelser i helsetjenesten – hvorfor og hvordan?

Det er en uttrykt forventning at ved varsler om alvorlige hendelser skal Statens helsetilsyn analysere årsakssammenhenger, samt gjøre forsvarlighetsvurderinger. Tilsynsmyndigheten skal med andre ord innrette sin undersøkelse slik at vi kan uttale oss om omstendighetene rundt hendelsen. Dette skal stimulere til læring i tjenestene og dermed bidra til å redusere risiko for at det samme skjer igjen. Det fordrer blant annet en detaljert kartlegging av hendelsesforløpet, men også fagkunnskap og sikkerhetsfaglig og organisatorisk kunnskap. Denne artikkelen er skrevet av tidligere assisterende direktør i Statens helsetilsyn Geir Sverre Braut, og beskriver et analytisk verktøy som kan være relevant å bruke ved systematiske undersøkelser av årsakssammenhenger i alvorlige hendelser.

Når uønskede og uventede hendelser inntreffer, er det en klart uttrykt forventning blant allmennheten om at hendelsen blir nærmere undersøkt. Helsepersonellet, pasienter og pårørende vil også ha interesse av å få kartlagt omstendighetene rundt hendelsen nærmere. Slike undersøkelser kan ha ulike formål. Læring med sikte på å redusere risiko for eller å unngå tilsvarende hendelser i framtida er et mulig formål. Dette kan

være et relevant formål for virksomheter som systematisk går gjennom uønskede hendelser for å sikre forsvarlig pasientbehandling og forbedring av praksis. Ofte er det også aktuelt å plassere ansvar for hendelsen, for eksempel for å ivareta straffe- eller erstatningsrettslige formål eller for tilsynsformål. Uansett formål er det ved valg av metode for gjennomføring av undersøkelsen vesentlig å sikre at den blir lagt opp slik at alle relevante årsaksforhold blir avdekket.

La oss ta utgangspunkt i et tenkt eksempel. En sterkt smertepåvirket pasient blir brakt til akuttmottaket på et mindre sykehus i ambulanse. Ved ankomsten til sykehuset får pasienten en intravenøs injeksjon med morfin. Sykepleieren forlater pasienten en kort stund for å svare på en telefon fra de pårørende, og når vedkommende kommer tilbake er pasienten uten respirasjon. Sykepleieren løper ut til vaktrommet og tilkaller stansteamet. Det blir forsøkt resuscitering uten at det lykkes å få liv i pasienten.

Umiddelbart vil en slik hendelse vekke oppsikt både blant personellet og pårørende. Sannsynligvis vil hendelsen bli varslet både til politiet og Statens helsetilsyn. De involverte vil måtte gjøre sine vurderinger, samtidig som hendelsen vil bli diskutert i fagmiljøet på sykehuset.

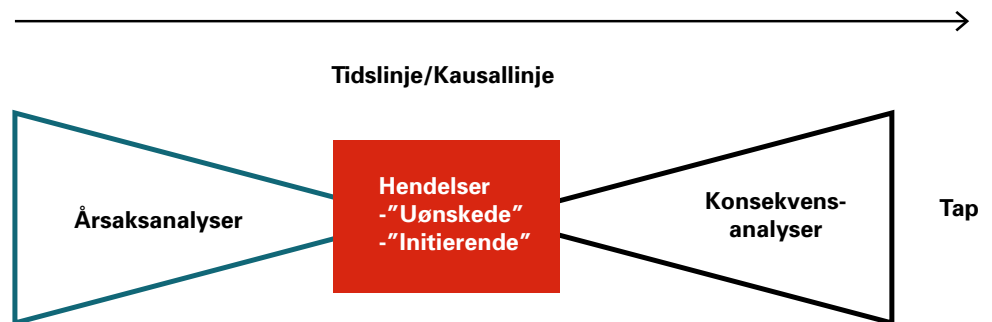
I de diskusjonene som følger vil en rekke spørsmål dukke opp:

- Hvilken dose morfin ble gitt?
- Hadde pasienten fått morfin allerede i ambulansen?
- Hvorfor måtte sykepleieren forlate pasienten?
- Hvor lenge var pasienten uten observasjon?
- Ble det forsøkt gitt motgift?
- Ble det iverksatt hjerte-lungeredning før stansteamet kom til?
- Hvor lang tid tok det før resuscitering ble startet?
- Var det tilgjengelig resusciteringsutstyr og motgift i mottaket?
- Hadde den aktuelle sykepleieren nødvendig kompetanse og opplæring?

En modell for systematisk årsaksanalyse av hendelsen

Uansett hvem som skal gjennomføre en undersøkelse, må vi forutsette at innsamlingen av data om hendelsen og sammenstillingen av disse skjer på en systematisk og sporbar måte.

Dersom vi legger til grunn at uansett formål med undersøkelsen, skal vi lage en framstilling av ulike årsaks-virkningsmekanismer langs en tidslinje. Det finnes mange ulike teknikker for å gjøre dette i praksis, men et utgangspunkt på et ganske overordnet nivå, kan være å tenke systematisk med utgangspunkt i et såkalt "bow-tie"-diagram (Aven T et al., 2008):



I det tenkte eksemplet må vi da først ta stilling til hva vi vil definere som den uønskede hendelsen. Umiddelbart vil ofte helsepersonell nevne selve dødsfallet som den uønskede hendelsen. Dette er oftest ganske uhenksommessig. Dødsfallet er i denne modellen selve tapet. Hvilken hendelse som vi vil betrakte som den initierende hendelsen i modellen ovenfor, vil ofte være et hensiktsmessighetsspørsmål som må avgjøres ut fra formålet med undersøkelsen.

I vårt eksempel kan det i første runde være rimelig å prøve seg med å se på *respirasjonsstansen som den uønskede hendelsen*. Respirasjonsstans er en velkjent komplikasjon ved bruk av morfinpreparater. Det er en type hendelse som man både kan ha etablert tiltak for å forhindre, og som man bør

ha beredskap for å kunne håndtere. Tiltak for å forhindre hendelsen og beredskapstiltak kan vi gjerne kalle barrierer i hendelsesforløpet. Få, om i det hele tatt noen, barrierer er fullgode. En vurdering av ulike barrierers godhet/effektivitet hører derfor med i en slik undersøkelse.

Inn i denne "bow-tie"-figuren kan vi sette våre funn og supplere med våre vurderinger, slik at vi får svar på de spørsmålene som kom fram innledningsvis. Da kan vi for eksempel ende ut med følgende fordeling av spørsmålene med svar på de to sidene av diagrammet.

Å (årsaksanalyse) = spørsmål og svar knyttet til barrierer som kunne hindret respirasjonsstansen.

K (konsekvensanalyse) = spørsmål og svar knyttet til barrierer som kunne hindret at respirasjonsstansen fikk døden til følge.

- Hvilken dose morfin ble gitt? (Å)
- Hadde pasienten fått morfin allerede i ambulansen? (Å)
- Hvorfor måtte sykepleieren forlate pasienten? (Å)
- Hvor lenge var pasienten uten observasjon? (K)
- Ble det forsøkt gitt motgift? (K)
- Ble det iverksatt hjerte-lungeredning før stansteamet kom til? (K)
- Hvor lang tid tok det før resuscitering ble startet? (K)
- Var det tilgjengelig resusciteringsutstyr og motgift i mottaket? (K)
- Hadde den aktuelle sykepleieren nødvendig kompetanse og opplæring (Å og K)?

Sannsynligvis vil en slik undersøkelse gi viktig kunnskap til ettertanke og læring i det aktuelle akuttmottaket. Men samme tilnærming vil også gi en grunnleggende forståelse av årsaksforholdene både for tilsynets og eventuelt politiets vurderinger.

Systematisert analyse og ettertanke som bidrag til forbedringsarbeid

Dersom man skal kunne forvente seg læring av uønskede hendelser, er det trolig ganske vesentlig at undersøkelsen blir gjennomført nær hendelsen, både i tid og sted. Dette tilsier at virksomheten selv i alle fall bør undersøke de fleste hendelser. En virksomhet som har hatt hendelser som blir undersøkt av politiet og/eller tilsynet, må selvsagt ha tilbørlig respekt for den datainnsamlingen som disse myndighetsorganene skal gjøre. Men i de fleste tilfeller er det likevel ingen grunn for virksomheten til å vente med å iverksette egne undersøkelser, analyser og refleksjoner.

Tilsvarende er det en utfordring for myndighetsorganene å framstille sine årsaksvurderinger på en slik måte både faglig og språklig sett, at virksomheten selv kan benytte disse i det etterfølgende læringsarbeidet. Dersom årsaksvurderingene står på et selvstendig grunnlag, uavhengig av de

formelle/juridiske vurderingene som myndighetene skal gjøre, er det rimelig grunn til å tro at en myndighetsdrevet undersøkelse også kan gi resultater som kan forventes brukt til læring.

Litteratur

Aven T, Røed W, Wiencke HS (2008). Risikoanalyse. Oslo: Universitetsforlaget.