

8

Erfaringer med hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang

Fagsjef Haakon Lindekleiv og rådgiver Hege S. Fredheim-Kildal, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Et viktig verktøy for å lære av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten er hendelsesanalyser. En hendelsesanalyse søker å besvare hva som skjedde og hvorfor, samt hvordan forhindre gjentakelse. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) startet med hendelsesanalyser i 2016, men vi erfarte at metoden var svært ressurskrevende og tok lang tid. Vi utviklet derfor en forenklet hendelsesanalyse som vi kaller hendelsesgjennomgang.

Hendelsesgjennomgang bygger på samme prinsipp som hendelsesanalyse. En hendelsesgjennomgang skiller seg fra en fullstendig hendelsesanalyse ved at helsepersonell intervjues samlet og ikke individuelt. Den ledes av klinikkssjef eller fagsjef og analyseres av de ansvarlige lederne og fagansvarlige i de ulike involverte enheter, ikke av et eksternt analyseteam.

Journalen gjennomgås i samarbeid med rådgiver og hendelsesforløpet settes opp i en forenklet tidslinje. Hendelsesgjennomgang er todelt. Først gjennomføres fellesmøte med involvert helsepersonell, der tidslinjen gjennomgås. Hvert helsepersonell forteller om sin opplevelse av hendelsen i rekkefølge ut fra tidslinjen. Ledere er tilhørere. Deretter gjennomføres møte hvor ledere og fagansvarlige deltar. Her diskuteres rotårsaker, tiltak identifiseres og prioriteres. Det skrives referat til gjennomlesning for tilbakemelding fra de involverte i hendelsesgjennomgangen. Oppfølging av tiltak er tillagt lederlinjen.

Erfaringer

Hendelsesgjennomganger og hendelsesanalyser finner i stor grad lignende rotårsaker innenfor hovedkategoriene som beskrives i Helsedirektoratets Håndbok for risiko- og hendelsesanalyse. Vi erfarer at hendelsesgjennomgang lettere får frem svikt i kommunikasjon mellom fagområder og enheter enn individuelle intervju i hendelsesanalyse. Involvering av helsepersonell og ledere i gjennomgangen skaper økt eierskap og styrker forståelse for at bakenforliggende årsaker bidrar til hendelsen. Samlet skaper dette økt forståelse og bidrar til endringsvilje.

Involvering av helsepersonell og ledere i gjennomgangen skaper økt eierskap og styrker forståelse for at bakenforliggende årsaker bidrar til hendelsen

En hendelsesgjennomgang kan gjøres i løpet av kort tid. I ett tilfelle som involverte tre avdelinger og åtte helsepersonell, gjennomførte vi hendelsesgjennomgangen innen en uke etter hendelsen. Identifiserte tiltak var implementert tre uker etter hendelsen. Hendelsen var varslet Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Referat fra hendelsesgjennomganger med identifiserte tiltak ble sendt Helsetilsynet, som vurderte at UNN hadde fulgt opp hendelsen og iverksatt tilstrekkelige tiltak. Det ble konkludert med at det ikke var grunnlag for tilsynsmessig oppfølging. Slik tilbakemelding har bidratt til å motivere organisasjonen til å innføre hendelsesgjennomgang.

«Det andre offeret» i alvorlige hendelser er helsepersonellet. Vår erfaring er at en hendelsesgjennomgang kan fungere som støtte for helsepersonell som er involvert i en alvorlig hendelse. Ved UNN har ledere etter hendelsesgjennomganger bedt involverte om unnskyldning for at de var satt i en posisjon der en alvorlig hendelse før eller senere ville oppstå.

Det er nødvendig at en hendelsesgjennomgang er forankret hos øverste leder i klinikken, samt at lederen av gjennomgangen i fellesmøtet har autoritet og faglig tyngde. En hendelsesgjennomgang krever at lederen har mot til å stille «ubehagelige» spørsmål rundt eksisterende rutiner og organisering. Eksempel: «hvor mange kirurger skal operere et bestemt inngrep, og hvilken spesialitet skal behandle en pasientgruppe?». UNN har besluttet at gjennomgangene skal ledes av klinikkssjef eller medisinsk fagsjef. Rådgivere bistår klinikkssjef i prosessarbeidet og i praktiske oppgaver knyttet til gjennomføring og referat.

Det er utfordringer med hendelsesgjennomgang. Sterke personligheter kan dominere gjennomgangen, underliggende arbeidskonflikter kan komme frem, upopulære bakenforliggende årsaker kan tones ned, og det kan være krevende å få til en prosess slik at helsepersonell ikke går i forsvar, men har systemperspektivet i fokus. I slike tilfeller må man vurdere å avbryte hendelsesgjennomgangen. Klinikksjef vurderer da sammen med medisinsk fagsjef hvorvidt det skal gjøres hendelsesanalyse med uavhengig analyseteam.

Samtale med pasient og pårørende gjøres av leder for avdelingen som hadde behandlingsansvaret. Dersom det fremkommer informasjon som har betydning for å synliggjøre rotårsaker, kan det etter avtale med pasient/pårørende videreformidles til hendelses-

Funn etter åtte hendelsesanalyser og 15 hendelsesgjennomganger viser at svikt i opplæring og kommunikasjon er gjentakende rotårsaker.

gjennomgangen. Ved hendelsesanalyse ivaretar medlemmer av analyseteam samtale med pasient/pårørende. Deltakelse i analyse avklares av leder før analyseteamet kontakter pasient/pårørende.

Funn etter åtte hendelsesanalyser og 15 hendelsesgjennomganger viser at svikt i opplæring og kommunikasjon er gjentakende rotårsaker. Overlegevikarer eller nyansatte leger i spesialisering fra andre sykehus får sjelden opplæring, da de anses for å inneha nødvendig fagkompetanse, selv om de ikke kjenner organisasjon eller rutinene ved UNN. Vi har funnet eksempler på at informasjonsflyt om faglige vurderinger mellom behandlere og ulike fagområder kan være ustrukturert, personavhengig og tilfeldig. Informasjon om overlevering av en pasient gis til andre enn den som har ansvaret videre. Vaktskift for leger kan være ustrukturert, uten fast møtepunkt eller at det faste møtepunktet hoppes over. Informasjon gis i kjeder fra LIS 1 til LIS 2 til LIS 3 til overlege og misforståelser oppstår fordi viktige beslutningsledd gjøres uten closed loop, eller at beskjeder fra sykepleier ikke forstås eller tas på alvor av lege.

Organisasjonslæring etter hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang

Organisasjonslæring etter hendelsesgjennomgang og hendelsesanalyse er krevende. Referat og rapporter utformes slik at de ikke kan publiseres av hensyn til taushetsplikt for pasient og involvert helsepersonell. Vi gjør flere tiltak for å sikre tilfredsstillende organisasjonslæring etter alvorlige hendelser, deriblant:

- Intensivkurs i hendelsesgjennomgang for klinikksjefer og rådgivere.
- Grunnkurs i hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang, målgruppe helsepersonell.
- Læringsnotat etter hendelsesanalyser og gjennomganger publiseres på intranett, gjøres tilgjengelig for alle medarbeidere i UNN.
- Funn etter hendelsesgjennomganger sammenstilles og det utarbeides halvårige læringsnotat.

- Sammenstille funn i hendelsesanalysene og hendelsesgjennomgangene for å se fellestrekk for å vise tendenser og gi informasjon som grunnlag til strategiske ledelsesvalg.
- Implementere konkrete tiltak for å følge opp gjentakende funn i hendelsesanalyser, for eksempel innenfor opplæring av helsepersonell og kommunikasjon mellom helsepersonell.

Hendelsesgjennomgang erstatter ikke hendelsesanalyse, men gjør det mulig å analysere flere hendelser. Dette kan bidra til bedre læring i organisasjonen av hvorfor alvorlige hendelser oppstår, og bidra til å forhindre nye.

