

Hvordan kan vi lære mer av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten?

Synnøve Serigstad, leder for relasjon og læring





**På nasjonalt nivå...
...og på
virksomhetsnivå**

Hva er Ukom?

- Et uavhengig statlig organ som har i oppdrag å granske alvorlige uønskede hendelser i helse – og omsorgssektoren.
- Opprettet i 2019



**Benjamin (22) og Elisabeth (28)
døde etter sykehustabber:
Pårørende brenner for
«havarikommisjon» i Helse-
Norge**

Oppdrag

- Utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å **bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser**
- Ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar





Rolle

- Uavhengig
- Overordnet
- Pasientnær
- Tjenestenær
- Ikke-sanksjonerende
- Kildebeskyttende
- Lærende og forbedrende



Hvilke saker undersøker vi?

- Alvorlig
- Representativ
- Relevant
- Nasjonal betydning
- Behov for mer kunnskap
- Læringspotensiale

Hvilke tema representerer enkelthendelsene?

Varselordningen for alvorlig utilsiktede hendelser



Virksomheter



Internt
avvikssystem



Pasienter og pårørende



Meld fra til Ukom



Hva kan du melde fra om? ↓

Hva skjer når du melder fra til oss? ↓

Hvordan vi ivaretar ditt personvern ↓

Meld fra



Foto: Jonas Høylo Fundingsrud/NRK





Vår metode

- Samtaler
- Observasjoner
- Datainnhenting
- Analyse
- Dialog-fase
- Rapport - tilrådinger

Tverrfaglighet

- Medisin - og helsefag
- Sikkerhetsfag
- Pasient- og brukererfaring
- Forbedringskompetanse
- Statsvitenskap
- Helsetjenestevitenskap
- Organisasjonspsykologi
- Human factor
- Juss
- Helseøkonomi
- Analyse
- Deltidsansatte klinikere





Vi skal

- Påpeke generell sikkerhetsrisiko i helsetjenesten, ikke i virksomheten
- Målrette budskap mot ulike nivå
- Fremme refleksjoner og spørsmål like gjerne som svar og anbefalinger
- Benytte ulike format

Ukoms rapporter

- Pasientreisen
- «Tjenesteanalyse»
- Beskrivelse av tjenesten nasjonalt
- Anbefalinger

Våre rapporter – så langt



- Akutt forverring – det febersyke barnet
- Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost
- Sikring av vinduer og balkonger i helsebygg
- Ungdom med uavklart tilstand
- Barn og unge ett år inn i pandemien
- Forhold under skjerming i PHV
- Sikre pasientrom i psykisk helsevern
- Drukningstragedien i Tromsø
- Kontrollmetode for plassering av nasogastrisk sonde
- Psykotisk pasient som begår et drap
- Utprøving av nye kirurgiske invasive metoder (taTME)
- To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge
- Spesialiseringens pris
- Betalingsvansker – en pasientsikkerhetsrisiko
- Meldekultur og pasientsikkerhet
- Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldsrisiko («Kongsberg-saken»)
- Barn og unge med kjønnsinkongruens





Hvordan fange opp det som går galt?

Hva gir god meldekultur?

Hvordan skape tillit?

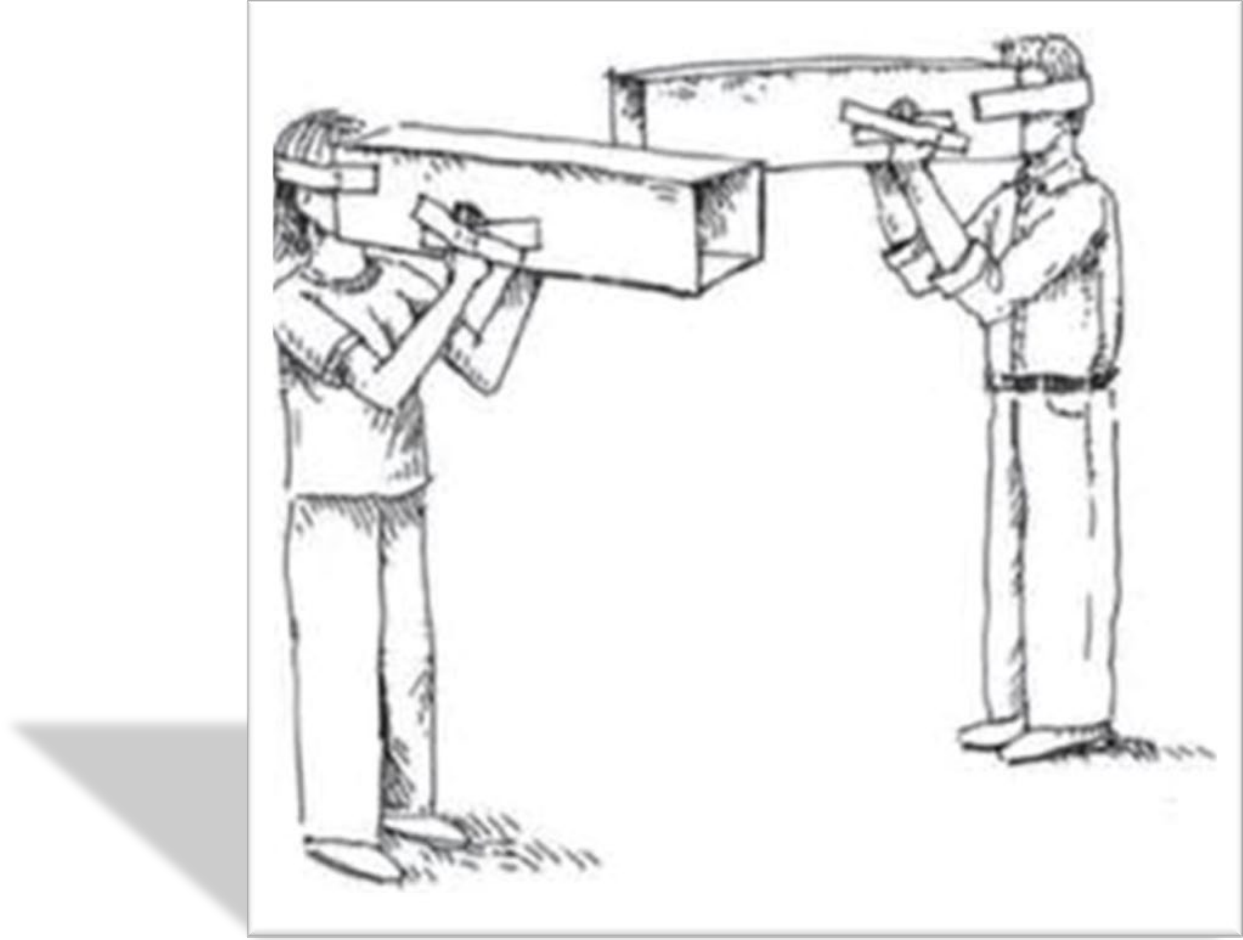
Hva gir læring?



Er det noe
å lære av
enkelthendelser?

Ja, vi kan lære av enkelthendelser

- Men vi må stille de rette spørsmålene
Hva – ikke hvem
Hvorfor – ikke hvor
- Vi trenger å se på hendelsen med et bredt perspektiv
Involvere flere faggrupper, erfarne og uefarne, pasienter, brukere og pårørende
- Hendelsen må settes i en sammenheng
Erfaring fra andre hendelser, annen kunnskap på området,
- Oppmerksom på hvilken type læring vi kan få av enkelthendelser



Prinsipper for undersøkelser når noe går galt



Generelt

Nysgjerrighetsdrevet

Flerperspektivbasert

Ikke-sanksjonerende

Åpen

Trygg

Dialogbasert

(...og **nasjonalt**)

Oppover-skuende

Uavhengig



Unngå
pekeleken

Unngå
kausaltenkning
– tenk
kompleksitet



Og ikke glem...

viktigheten av
ivaretagelse når noe
går galt

Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser

Hvorfor blir alvorlige, uønskede hendelser ikke
alltid meldt og varslet?



Pasienthistorien

Meldekultur og læring av
uønskede pasienthendelser



Trinn i læringsprosesser knyttet til uønskede hendelser



Tre funn fra undersøkelsen

1. Forutsetninger for at helsepersonell melder om en hendelse
2. Profesjonskunnskap, forbedringskunnskap og pasient – og pårørendekunnskap
3. Begrepet «påregnelig risiko»

Forutsetninger for at helsepersonell melder om en uønsket hendelse

Hendelsen blir meldt → Endring og forbedring
Læring på system og individnivå → Økt pasientsikkerhet



Meldinger blir saksbehandlet og tiltak blir iverksatt

Helsepersonell fanger opp at det har skjedd en uønsket hendelse og mener den er utenfor påregnelig risiko

Det finnes tid og kapasitet til å melde og et lett tilgjengelig meldesystem

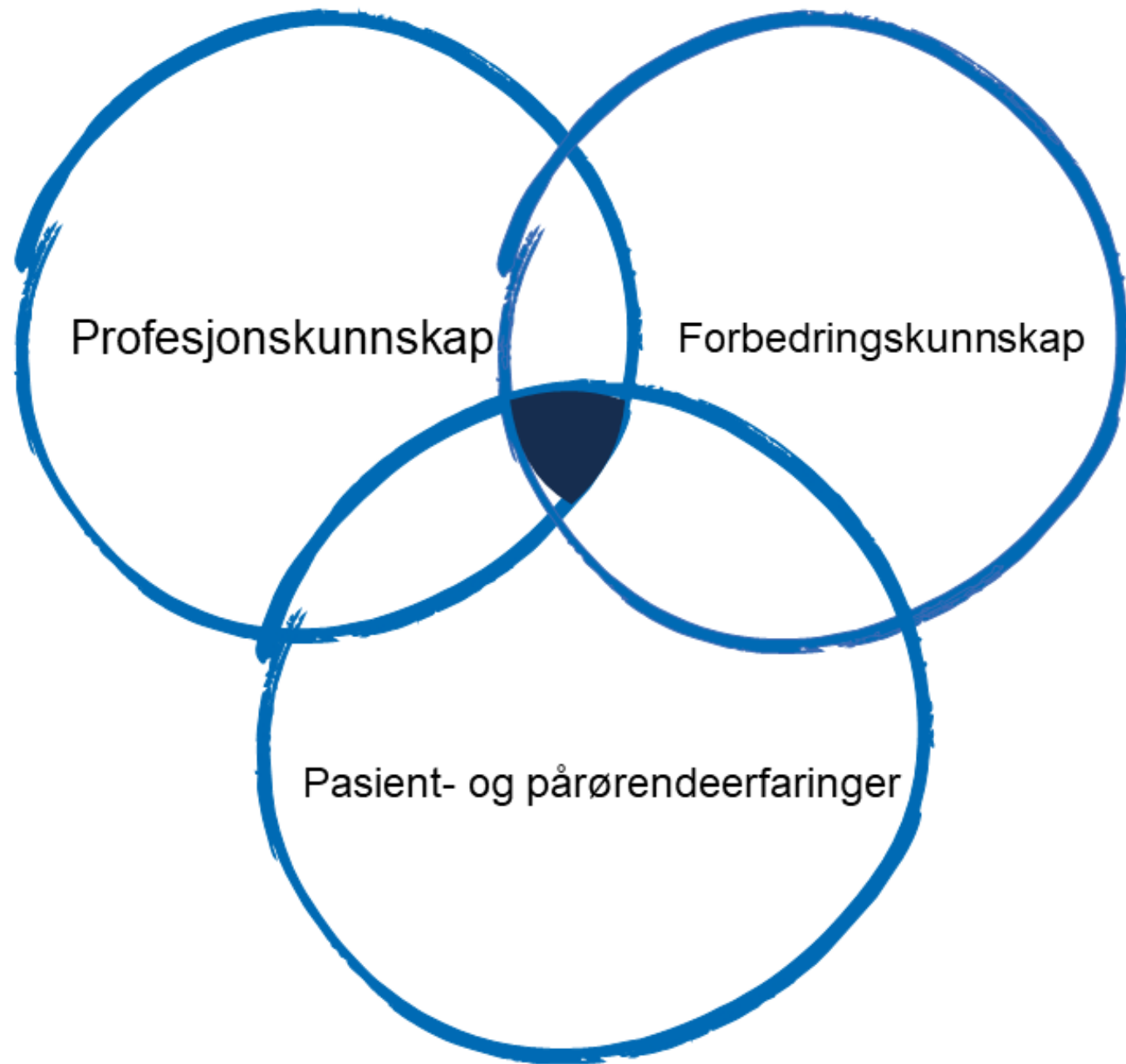
Det finnes et arbeidsmiljø som har tilstrekkelig psykologisk trygghet til å melde

Leder oppmuntrer og legger til rette for at helsepersonellet skal melde

Det finnes en ledelsesstruktur som fremmer god melde- og læringskultur

Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten



Hvordan tolker vi påregnelig risiko?

Hva er påregnelig risiko for våre pasienter, hos oss?



Til refleksjon

Hvor i trappen ligger deres største utfordringer for god meldekultur?

- Lederstruktur
- Leders holdning
- Arbeidsmiljø med psykologisk trygghet
- Tid og kapasitet
- Tolkning av begrepet påregnelig risiko
- Oppfølging av meldingen

Anbefaling

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer hvordan vilkåret «påregnelig risiko» kan tydeliggjøres for tjenesten.

Det bør også vurderes om hendelser som kunne ha ført til alvorlig skade, nesten-hendelser, skal varsles.

Læringspunkter til virksomhetene

- Styrke arbeidet med å tilby forbedringsutdanning til ledere og medarbeidere. Forbedringsmetodikk bør inngå i lederutdanningene.
- Virksomhetene må ha system for god kommunikasjon og involvering av pasient og pårørende.
- Det bør tydeliggjøre hva som skal, og ikke skal meldes i de interne kvalitetssystemene. Det bør utarbeides lister (ikke uttømmende) med forhåndsdefinerte pasienthendelser som uansett skal meldes og eventuelt varsles.
- Journalsystemene bør ha mulighet for varsel ved «tagging» av uønskede hendelser i løpende pasientjournal og epikrise
- Det må være en forventning at ledere i store avdelinger er ledere på heltid

Spørsmål til diskusjon

Hvor i trappen ligger våre største utfordringer for god meldekultur?

- Hvordan fremmer måten **ledelsen** av vår enhet er organisert på en god meldekultur?
- Er det **kultur** for å melde alvorlige hendelse hos oss? Oppfatter vi det som viktig? Og blir meldingene fulgt opp?
- Er det **trygt** å melde fra om alvorlige hendelser hos oss?
- Har vi **tid** til å melde om alvorlige hendelser, vet vi hvordan vi gjør det og vet vi **hva** vi skal melde?
- Hva tenker vi at er **upåregnelige** risikoer for våre pasienter? Altså, hva skal våre pasienter **ikke** kunne regne med at skal skje med dem her hos oss?

Ukom.no

Rapporter

Lærings- og refleksjonsmaterieill



LÆRING OG REFLEKSJON

Vi ønsker at rapportene og undersøkelsene våre skal bidra til læring, endring og forbedring av samhandling, systemer, rutiner, praksis og lovverk i helse- og omsorgstjenesten. Nå finner du alt materialet under menypunktet Læring. Alt materialet kan brukes fritt.

Materieill til læring og refleksjon for rapportene våre

Rapportene våre kan
leses på [ukom.no](https://www.ukom.no)