

## **Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser**

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

Materiell til læring og refleksjon



Til deg som presenterer:

# Læring og refleksjon

Dette er et sett med lysark som kan brukes i lokal opplæring og undervisning.

De kan for eksempel brukes i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbeid, til faglig oppdatering og som grunnlag for diskusjon.

**Til deg som skal holde presentasjonen/bruke lysarkene:**

Lysbildene i denne presentasjonen inneholder noen hovedpunkter og gir forslag til spørsmål for refleksjoner og forbedringsarbeid, basert på hovedfunn i undersøkelsen.

I lysbilde fire er det lenke til webinar som presenterer historien, funn og anbefalinger.

# Kort om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Ukoms samfunnsoppdrag er å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Vårt arbeid skal bidra til en tryggere tjeneste både for pasienter, brukere og helsepersonell.

Ukoms utgangspunkt er å undersøke og kartlegge hva som skjedde, og årsakene til at det skjedde. Basert på funn og analyser gir vi anbefalinger til forbedring og læring i tjenestene.

I undersøkelsene vurderer vi ikke lovligheten av behandlingen (forsvarlighet).

Vi fordeler heller ikke skyld eller gir straffereaksjoner når noe går galt.

Arbeidet vårt er begrunnet i «Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten».



## Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser

**Lenke til webinar:**

<https://vimeo.com/810708556?share=copy>

**Lenke til rapporten:**

<https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser/sammendrag>

# Undersøkelsen

**Bakgrunn:** Bekymringsmeldinger til Ukom fra pasienter, pårørende og helsepersonell om at alvorlige uønskede hendelser ikke alltid blir meldt eller varslet. Det fører til at helsetjenesten kan gå glipp av viktig læring og mulig forbedring.

- Hvorfor opplever ansatte at det noen ganger er vanskelig å melde?
- Det er en forutsetning for å kunne lære av en hendelse, at vi makter å se at noe kunne vært gjort annerledes.

Vi vet at psykologisk trygghet, arbeidsmiljø, leders rolle og praktiske forhold rundt selve meldesystemet påvirker om hendelser blir meldt og brukt i forbedringsarbeid.



# Pasienthistorien

I undersøkelsen har Ukom gått gjennom en pasienthistorie.

En mann i 50 årene, som i utgangspunktet var frisk og i god fysisk form, gjennomgikk en akutt operasjon. Etterpå oppstod det gjentatte livstruende infeksjoner. Han døde etter fem ukers sykdomsforløp.

Pårørende varslet Helsetilsynet etter dødsfallet, men ingen hendelser var meldt internt i sykehusets avvikssystem. Sykehuset hadde heller ikke varslet myndighetene via melde.no.

Hvorfor opplevde ikke helsepersonell eller ledere at dette uventede dødsfallet var en alvorlig uønsket hendelse som bør følges opp internt og med melding i melde.no?





# Varselordningen for alvorlig utilsiktede hendelser



Virksomheter



Internt  
avvikssystem



Pasienter og pårørende



# 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

# Profesjonskunnskap og forbedringskunnskap

I forbedringsfaget viser man ofte til en artikkel fra Batalden og Stoltz fra 1993 om **profesjonskunnskap** og **forbedringskunnskap**.

**Profesjonskunnskap** står sterkt i vårt helsevesen. Det handler om fag, spisskompetanse og forskning, der man stadig er på jakt etter å utvikle faget og bedre behandling.

Når det oppstår en komplikasjon hos en pasient, som i pasienthistorien Ukom undersøkte, bruker helsepersonell all sin profesjonskunnskap for å søke å løse situasjonen og hjelpe pasienten. Man ser til forskningen, tar kontakt med kolleger i utlandet, diskuterer pasienten i komplikasjonsmøter og lignende. Dette er viktig for å forbedre diagnostikk og behandling.

Profesjonskunnskap er imidlertid ikke tilstrekkelig for å kunne gi trygge tjenester av god kvalitet. Helsetjenesten trenger i tillegg det som kalles **forbedringskunnskap**, som gir verktøy til å vurdere og forbedre kvaliteten på hele pasientforløp. Ofte er det ikke utførelsen av enkeltstående prosedyrer som er årsaken til at det går galt, men heller flere hendelser i hele forløpet som til sammen fører til et katastrofalt utfall. Slike hendelser er ofte knyttet til svikt i kommunikasjon, overganger og ventetider.

# Mangelfull forbedringskunnskap

Mangelfull forbedringskompetanse gjør at alvorlige hendelser ikke blir fulgt opp i et lærings -og forbedringsspor.

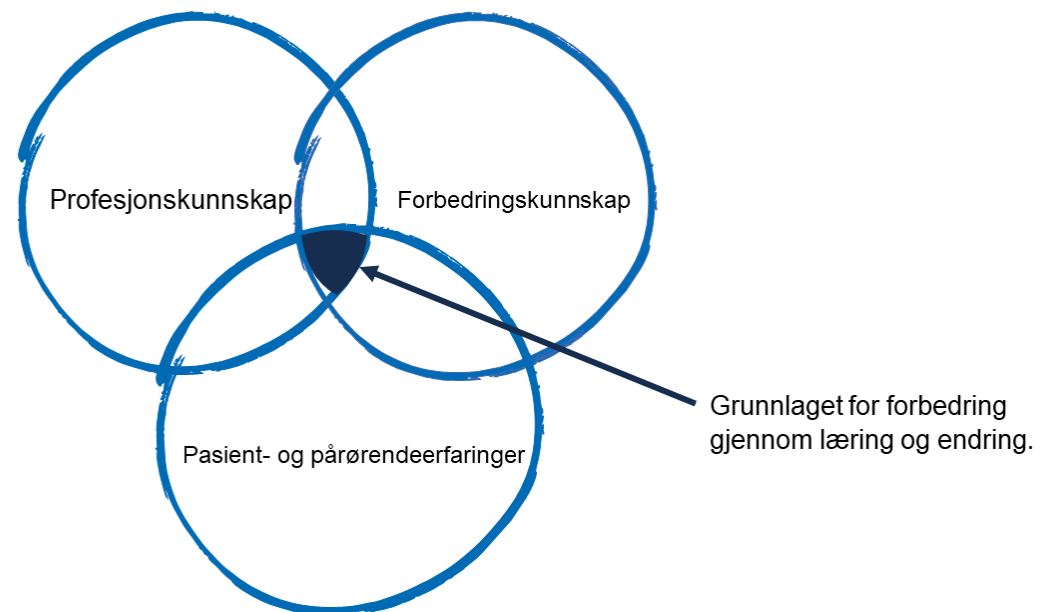
Ved en uønsket pasienthendelse settes søkelyset raskt mot detaljer i pasientens medisinske behandling. Dermed vil meldinger i kvalitetssystemet i hovedsak handle om den spesifikke behandlingen og om den medisinsk-faglige årsaken til at hendelsen kan ha oppstått – altså om profesjonskunnskapen. Konsekvensen av dette kan bli et individfokus med «shaming and blaming» som resultat, selv om det ikke er intensjonen. Løsningen vil ofte være å lage en ny retningslinje eller prosedyre.

Men ved å betrakte hele pasientforløpet i systemperspektiv på tvers av ulike yrkesgrupper og avdelinger, vil det være mulig å få fram andre aspekt som kan danne grunnlag for forbedring gjennom læring og endring.

# Pasient og pårørendeerfaringer som et eget kunnskapsområde

I tillegg til profesjonskunnskap og forbedringskunnskap må også informasjon fra pasienter og pårørende ses på som et eget kunnskapsområde. Informasjon fra pasienter og pårørende kan være helt avgjørende, og gjennom et sykdomsforløp kan involvering av pårørende bidra til å tilpasse pasientens behandling og øke pasientsikkerheten.

I etterkant av en alvorlig hendelse vil pasienten og pårørendes opplevelser inneholde informasjon som er viktig for å lære av det som gikk galt.



# Hvordan tolker vi påregnelig risiko?

«Påregnelig risiko» er et uklart begrep når det skal relateres til alvorlige hendelser i helsetjenesten. Begrepet leder til diskusjoner og uenighet om hva som skal meldes. Hva som er påregnelig risiko defineres ulikt og varierer for eksempel med kompetanse, spesialitet, pasientens alder og helsetilstand.

Begrepet kan være nyttig på gruppenivå – men hvordan forholder vi oss til det på individnivå?



# Anbefaling

Ukoms anbefalinger retter seg ofte mot systemnivå, og er gjerne knyttet til prosesser som kan ta tid å forbedre og endre. I denne rapporten gir Ukom en slik anbefaling til Helse – og omsorgsdepartementet:

Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer vilkåret «påregnelig risiko» som terskel for å varsle om alvorlig hendelse.

Departementet bør vurdere om vilkåret kan tas ut av lovteksten, eventuelt hvordan vilkåret 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 refleksjon og læring

Vi har satt opp noen spørsmål til refleksjon som kan være til hjelp i helsetjenesten sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, for i fellesskap å identifisere egne risikoområder.



## 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?

Les rapporten på  
ukom.no

Du finner også flere rapporter  
og læringsmateriell på  
nettsiden.