

Hendelsesanalyse - veileder

Dokument ID:
1.5.2.4-8Godkjent dato:
29.04.2025Gyldig til:
29.04.2027Revisjon:
3.02

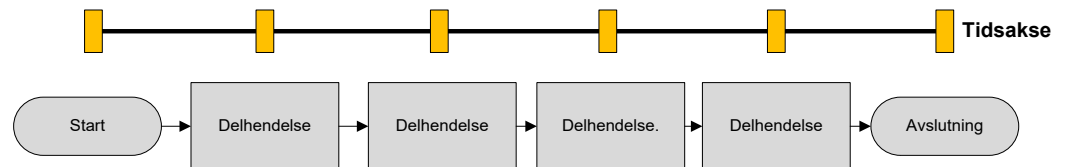
Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

Når skal hendelsesanalyse gjennomføres?

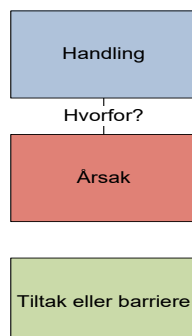
Hendelsesanalyse skal vurderes ved alvorlige uønskede hendelser, der utfallet har vært eller kunne ha vært alvorlig eller fatalt. Hendelsesanalyse anbefales spesielt der forløpet er komplekst og vanskelig å få oversikt over gjennom ordinær saksbehandling, for eksempel der flere avdelinger og/eller nivåer i helsetjenesten er involvert. Hendelsesanalyse skal alltid vurderes ved hendelser som er meldt etter §3-3A i spesialisthelsetjenesteloven.


Metodikken for gjennomføring av hendelsesanalyser i SSHF bygger på publikasjon IS-0583 «[Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Handbok for helsetjenesten](#)», utgitt av Helsedirektoratet i september 2016.

Hendelsesanalysen skal gi svar på dette:

Hva har hendt?**Hvorfor har det hendt?**

K: Var det mangler ved skriftlig eller muntlig kommunikasjon/informasjon?
U: Var det mangler ved utdanning eller kompetanse?
A: Var det mangler ved fysisk eller psykisk arbeidsmiljø?
T: Var det mangler ved teknisk utstyr?
P: Var det mangler ved prosedyrer, rutiner eller retningslinjer?
B: Var det mangler ved barrierer?

Hvordan unngå at det hender igjen?

 SØRLANDET SYKEHUS		Hendelsesanalyse - veileder			Side: 2 Av: 5
Dokument-id: I.5.2.4-8	Utarbeidet av: Fagavdelingen	Fagansvarlig: Else Kristin Reitan	Godkjent dato: 29.04.2025	Godkjent av: Susanne M Sørensen Hernes	Revisjon: 3.02

Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

Prosess for gjennomføring av hendelsesanalyse:



Be om at analyse vurderes

Beslutte og iverksette analyse

Samle inn fakta og beskrive hendelsesforløp

Analysere årsaker og foreslå tiltak

Oppsummere

Beslutte tiltak og evaluere

Det er to modeller for gjennomføring av hendelsesanalyse:

Modell 1: Involvert personell samles til felles analysemøte


Modell 2: Individuelle intervjuer av involvert personell

Roller som inngår ved gjennomføring av en hendelsesanalyse (en person kan ha flere roller):

Rolle	Ansvar
Oppdragsgiver	<ul style="list-style-type: none"> Bestiller hendelsesanalyse Velger en hensiktsmessig analysemetode Utpeker analyseleder, sekretariat og eventuelt analyseteam
Ledere	<ul style="list-style-type: none"> Påser at pasienter/pårørende informeres og involveres Sørger for at involvert personell får støtte og følges opp etter hendelsen. Setter av tid og ressurser for deltakere Har formell myndighet til å gjennomføre tiltak innenfor analyseområdet
Sekretariat	<ul style="list-style-type: none"> Innkaller deltagerne etter avtale med avdelingsledere i de involverte avdelingene Sørger for at deltagerne får innsyn i aktuell melding og andre relevante dokumenter Utarbeider tidslinje i analyseskjemaet som forberedelse til analysen. Dette gjøres i samarbeid med oppdragsgiver, aktuelle medarbeidere/ledere og med analyseleder. Oppdaterer skjema og følgeskjema i etterkant av hendelsesanalysen Sender skjemaet til høring blant deltakerne
Analyseleder	<ul style="list-style-type: none"> Analyseleder bør ha en nøytral og uavhengig rolle Gir analyseteamet en innføring i analysemetoden Forbereder og gjennomfører eventuelle intervjuer (Modell 2) Leder analyseteamet gjennom trinn i prosessen
Analyseteam	<ul style="list-style-type: none"> Modell 1: Alle deltakerne i analysemøtet Modell 2: Ressurspersoner med relevant kompetanse

BE OM AT HENDELSESANALYSE VURDERES

Avdelingssjef vil oftest være den som ber om at hendelsesanalyse vurderes (alternativt klinikkssjef). Henvendelsen går til det organisatoriske nivå som ligger over de enheter som omfattes av hendelsen.

 SØRLANDET SYKEHUS		Hendelsesanalyse - veileder			Side: 3 Av: 5
Dokument-id: I.5.2.4-8	Utarbeidet av: Fagavdelingen	Fagansvarlig: Else Kristin Reitan	Godkjent dato: 29.04.2025	Godkjent av: Susanne M Sørensen Hernes	Revisjon: 3.02

Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

BESLUTNING OG IVERKSETTING

Oppdragsgiver har ansvar for å vurdere om det skal gjennomføres hendelsesanalyse. Slik vurdering skal alltid gjøres ved hendelser som er meldt etter § 3-3a, men det skal også vurderes for andre alvorlige hendelser.

- Dersom hendelsen er avgrenset til egen avdeling: avdelingssjef beslutter og gjennomfører
- Dersom hendelsen er avgrenset til egen klinikk: klinikkssjef beslutter og gjennomfører
- Dersom hendelsen omfatter flere klinikker: fagdirektør beslutter og gjennomfører

Hvert nivå kan alltid velge å spørre om bistand fra nivået over.

Det er viktig at analysen gjennomføres raskt etter hendelsesdato. Samtidig må det legges til rette for at sentrale medarbeidere må kunne delta.

Hendelsesanalysen skal ikke fungere som debriefing. Ansvar for nødvendig debriefing ligger i den enkelte ledelseslinje.

SAMLE INN GRUNNLAGSDATA OG SETTE OPP TIDSLINJE

Grunnlagsdata vil være melding i Kvalitetsportalen og pasientjournal, i tillegg til annen informasjon fra de involverte. På grunnlag av dette utarbeides første versjon av [hendelsesdiagrammet](#) (v 0.0). Dette skal være en "nøytral" fremstilling av hele hendelsesforløpet, uten at elementer eller handlinger hvor det kan ha forekommet feil identifiseres.

Det er ulike modeller for gjennomføring av selve analysen. Oppdragsgiver vurderer hvilken modell som eger seg best, evt i samråd med analyseleder.

MODELL 1 - Involverte personell samles til felles analysemøte

ANALYSEMØTET

I et analysemøte samles personell som har vært involvert i hendelsen. Her gjennomgår man sammen hendelsesforløpet steg for steg, drøfter hvilke vurderinger som ble gjort, årsaker til de beslutninger som ble tatt og forslag til tiltak der det avdekkes potensiale for forbedring. Det settes av ca 2 timer.


Aktuelle deltakere:

- Medarbeidere som var direkte involvert i hendelsen
- Lederne for disse medarbeiderne (enhetsledere og avdelingsledere)
- Aktuelle klinikkssjefer og fagdirektør
- Medarbeidere og ledere for primærhelsetjenesten/fastleger: Hvis det er aktuelt bør også deltagere utenfor sykehus få invitasjon til analysemøtet. Dette forutsetter imidlertid grundig informasjon til aktuelle ledere om hensikten med analysen og om metodikken.

Involvering av pårørende og/eller pasienter: Det er viktig å innhente informasjon/synspunkter fra pårørende evt pasienten. Disse inviteres vanligvis ikke inn som deltakere i et analysemøte. Informasjon innhentes i form av separate intervjuer (se modell 2 nedenfor).

Prosessen i møtet:

- Elementene i hendelsesforløpet (bokser i diagrammet) gjennomgås slik at eventuelle feil og mangler i fremstilling og tidfesting kan korrigeres.

 SØRLANDET SYKEHUS		Hendelsesanalyse - veileder			Side: 4 Av: 5
Dokument-id: I.5.2.4-8	Utarbeidet av: Fagavdelingen	Fagansvarlig: Else Kristin Reitan	Godkjent dato: 29.04.2025	Godkjent av: Susanne M Sørensen Hernes	Revisjon: 3.02

Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

- Boksene der noe uønsket kan ha skjedd identifiseres og indikeres med blå farge. Ved behov deles boksene opp i flere elementer. "Innholdet" omformuleres slik at man kan stille spørsmålet: *hvorfor har dette skjedd?*
- Svaret på spørsmålet kan være en årsak, men svaret må analyseres videre ved at det stilles samme spørsmål om igjen, slik at bakenforliggende årsaker identifiseres. Dette gjøres for hvert blått element. Årsaksboksene indikeres med rød farge. *Analysen av årsaker skal fokusere på system og ikke på person.*
- Når årsaker knyttet til alle blå bokser er identifisert, fokuseres det på tiltak eller barrierer som kunne ha forhindret det som skjedde. Barrierer er mekanismer som trengs for å forhindre en uønsket hendelse når det ikke finnes tiltak som fullt ut kan eliminere årsakene til feil. Tiltak og barrierer indikeres med grønn farge.

OPPFØLGING AV ANALYSEN

- Etter møtet utarbeides en versjon 0.1 av hendelsesdiagrammet. Dette sendes til deltakerne i analysen for ev. merknader.
- Tilbakemeldinger sendes til sekretær, som sammen med analyseleder utarbeider endelig versjon (v 1.0).
- I tillegg lages en forenklet og anonymisert oppsummering i form av [lessons learned](#) som kan brukes til undervisning og læring.
- Sekretær fyller ut endelig versjon av analyse- og følgeskjema og oversender det til involverte avdelinger og deltakere.
- Skjemaene knyttes som vedlegg til aktuell hendelse i Kvalitetsportalen og følger saken ved behandling i klinikken(e)s kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU), samt ved eventuell behandling hos tilsynsmyndighetene.
- Behandling og vedtak av tiltakene skjer i aktuelle KPU.
- Enkelte hendelsesanalyser tas opp etter 6 måneder i kvalitetsnettverket for rapportering, status og gjennomføring av tiltak

MODELL 2 – Individuelle intervjuer av involvert personell

Modell 2 innebærer å gjennomføre individuelle intervjuer av involvert personell, for å øke forståelsen for hvordan og hvorfor hendelsen skjedde.

INITIERING AV HENDELSESANALYSE, INNSAMLING AV GRUNNLAGSDATA OG OPPSTILLING AV TIDSLINJE.

Disse delene av prosessen vil være som for modell 1.


INTERVJU AV INVOLVERT PERSONELL

Analyseteamet beslutter hvem som skal intervjues.

Det er viktig å forsøke å sette seg inn i intervjuobjektets situasjon og unngå forutinntatte synspunkter. Å mene noe i etterpåklokskapens lys kan være enkelt, men det å forstå til bunns en handling som kan ha forårsaket en uønsket hendelse krever tid og innsikt.

Forberedelse av intervjuene. [Benytt sjekkliste/huskeliste](#)

Gjennomføring av intervjuer. [Benytt sjekkliste/huskeliste](#)

 SØRLANDET SYKEHUS		Hendelsesanalyse - veileder			Side: 5 Av: 5
Dokument-id: I.5.2.4-8	Utarbeidet av: Fagavdelingen	Fagansvarlig: Else Kristin Reitan	Godkjent dato: 29.04.2025	Godkjent av: Susanne M Sørensen Hernes	Revisjon: 3.02

Virksomhetsstyring/Kvalitet og pasientsikkerhet/Uønskede hendelser

Det er viktig å innhente informasjon/synspunkter fra pårørende/pasienten, og gi disse en mulighet til å gi sin versjon av hendelsen. ([jfr egen retningslinje](#))

ANALYSEN

Analyseteamet gjennomgår alt materialet etter at intervjuene er gjennomført.

Prosessen i analysearbeidet:

- Elementene i hendelsesforløpet (bokser i diagrammet) gjennomgås slik at eventuelle feil og mangler i fremstilling og tidfesting kan korrigeres.
- De boksene der noe uønsket kan ha skjedd identifiseres og indikeres med blå farge. Ved behov deles boksene opp i flere elementer. "Innholdet" omformuleres slik at man kan stille spørsmålet: *hvorfor har dette skjedd?*
- Svaret på spørsmålet kan være en årsak, men svaret må analyseres videre ved at det stilles samme spørsmål om igjen, slik at bakenforliggende årsaker identifiseres. Dette gjøres for hvert blått element. Årsaksboksene indikeres med rød farge. *Analysen av årsaker skal fokusere på system og ikke på person.*
- Når årsaker knyttet til alle blå bokser er identifisert, fokuseres det på tiltak eller barrierer som kunne ha forhindret det som skjedde. Barrierer er mekanismer som trengs for å forhindre en uønsket hendelse når det ikke finnes tiltak som fullt ut kan eliminere årsakene til feil. Tiltak og barrierer indikeres med grønn farge.

OPPFØLGING AV ANALYSEN

Denne delen av prosessen vil være som for modell 1.

Ved valg av modell – vurder:

Modell 1:

- er mindre ressurskrevende
- oppklarer/avklare hendelsesforløpet der og da
- de involverte kan høre hverandres oppfatning av situasjonen
- mulighet for å redegjøre for involvertes vurderinger i forløpet
- drøfte årsaker og tiltak med hele gruppa

Modell 2:

- anonymitet for den enkelte deltaker
- når man opplever at det kan være belastende å sitte sammen i en stor gruppe
- når enkeltpersoner synes det er lettere for å åpne seg ved individuelt intervju

Kryssreferanser

[I.5.2.4-9](#) Hendelsesanalyse - følgeskjema

[I.5.2.4-10](#) Hendelsesanalyse - tidslinje

Eksterne referanser

[1.33 Pasient- og brukerrettighetsloven](#)

[Helsedirektoratets veileder IS-0583](#)