Hva kan bidra til systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser?



Ukom

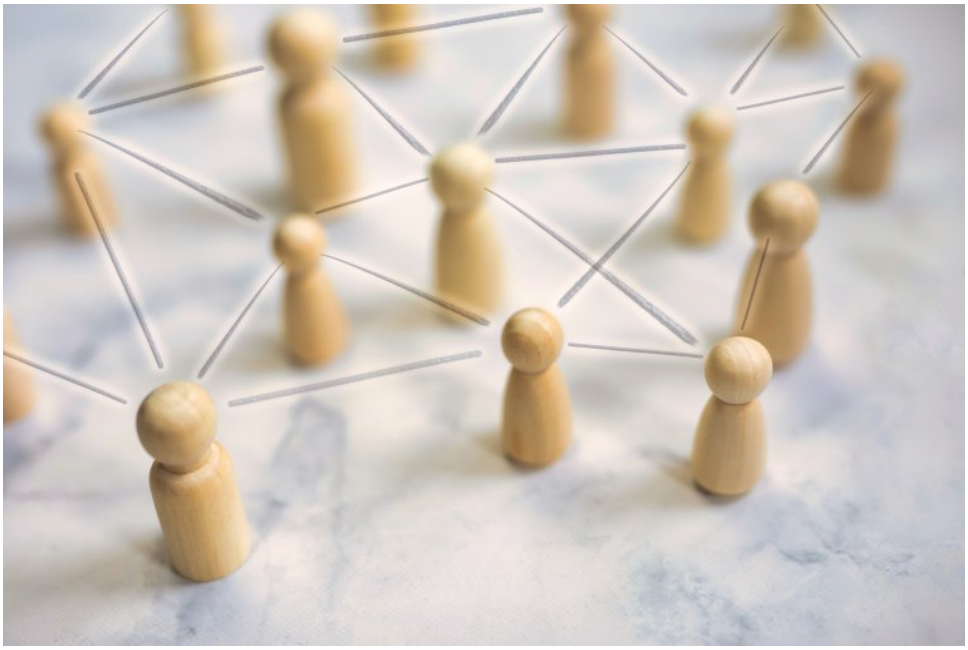


Hva kan bidra til systemperspektiv i gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser?

Publisert 15. desember 2025

ISBN 978-82-8465-043-2

For å utføre en gjennomgang med et systemperspektiv, trengs det en felles forståelse for hva som ligger i dette. Når formålet med gjennomgangen er tydelig, reduserer det frykten for at hendelser blir tolket som individuelle feil. Dette kan fremme åpenhet, og hindre at viktig innsikt går tapt (14). God kjennskap til formålet, kan også gjøre at gjennomgangen blir opplevd som relevant av helsepersonell, pasienter, brukere og pårørende, og ikke som dobbeltarbeid.



Illustrasjon. Foto: Shutterstock.

Ledere på ulike nivå har nytte av kompetanse i systemtenkning. Ledere som forstår og kommuniserer verdien av systemtenkning kan bidra til en kultur der gjennomganger oppleves som læring, ikke kontroll. Dette kan styrke tillit og motivasjon. Når arbeidet er godt forankret hos overordnet ledelse, er det større sjanse for at rapporter fra gjennomgangene blir tatt i bruk og bidrar til forbedring (15). Ledelsesforankring er særlig viktig når årsakene til en hendelse handler om forhold som strekker seg utover den enkelte enhet, slik som bemanning, organisering eller prioriteringer.

De som leder gjennomgangen, har en viktig rolle. Profesjonalisering av rollen til de som leder gjennomganger kan sikre at oppmerksomheten er rettet mot systemet (16,11). Samtidig kan en slik organisering by på utfordringer. Det kan tenkes at når kompetansen er konsentrert i én stabsfunksjon, som for eksempel en kvalitetsrådgiver, kan det bli vanskelig å sikre bred systemforståelse i hele organisasjonen. Systemforståelsen kan bli noe som «hentes inn» ved behov og ikke en felles måte å tenke og arbeide på. Hvis flere enn de som leder gjennomganger har kompetanse til å stille spørsmål og forstå funn som handler om systemet, vil gjennomgangene kunne gi større innsikt, og bli opplevd som mindre individrettet.

Systemkompetanse er et både-og: Alle har nytte av grunnleggende kompetanse, men de som leder gjennomganger har behov for dybdekunnskap og gode verktøy.

Nytten av metodiske verktøy

I gjennomganger av alvorlige uønskede hendelser, bruker tjenesten i stor grad *Håndboken for Hendelsesanalyse* eller forenklede varianter av denne metodikken (17). *Håndboken for Hendelsesanalyse* skal støtte tjenesten i å innta systemperspektiv i gjennomgangene. Ukom ser imidlertid at håndboken i praksis kan bli brukt på en måte som ikke fullt ut realiserer systemperspektivet. Tjenesten søker gjerne enkle lineære årsaksforklaringer – A fører til B. Dermed kommer ikke kompleksiteten i samspillet mellom mennesker, teknologi og organisasjon fram. Når oppmerksomheten blir rettet mot enkeltindividet eller klinikknivået, kan vi miste blikket på tiltak og læring rettet mot bakenforliggende årsaker i systemet. Også forskning viser at når gjennomganger i helsetjenesten blir utført som rotårsaksanalyser kan det føre til at tiltakene som blir foreslått i liten grad endrer rammevilkårene som medvirket til den alvorlige uønskede hendelsen (13).

Tjenesten etterlyser en forenklet metodikk for gjennomganger. Metoden må passe i en tjeneste presset på tid og ressurser, og verktøy må være anvendbare innenfor tjenestens rammer. Samtidig oppstår hendelser i komplekse system, hvor en for enkel metodikk ikke alltid vil fange systemårsakene. Det er derfor viktig å etablere et felles tankesett som preger hvordan vi ser på, snakker om og lærer av hendelser, i tråd med systemperspektivet. Komplementære systemrammeverk som SEIPS og London-protokollen, og analyseverktøy som bygger på ikke-lineære komplekse årsaksmodeller (som AcciMap eller FRAM) kan hjelpe tjenesten. Vi kan også hente inspirasjon fra helse- og omsorgstjenesten i England (NHS), som har innført et systembasert rammeverk for oppfølging og læring av alvorlige hendelser, Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF).

Ukom ser at virksomheter ofte etterspør praktiske verktøy som skjemaer, maler, sjekklister og veiledere i møte med nye krav og forventninger (21). Dette kommer også fram i dialogmøter Ukom har gjennomført i forbindelse med vårt undersøkelsesarbeid.

Standardiserte verktøy og maler kan ha en uheldig virkning dersom skjemaet får mest oppmerksomhet. Det er viktig å forstå hvorfor et verktøy brukes, ikke bare hvordan. Uten dette kan gjennomgangen lett bli en avkrysningsøvelse, der hovedfokuset blir å følge nødvendige steg, heller enn å bruke verktøyene som redskap for refleksjon og systemlæring (10). Forskning og praksis viser at verktøy og metoder gir størst verdi når de brukes med forståelse for konteksten og tilpasses situasjonen (22). Forståelse for hva systemperspektiv er, blir derfor avgjørende før de metodiske hjelpemidlene blir tatt i bruk.

Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)

Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) er et rammeverk særlig utviklet for helse- og omsorgstjenesten som viser hvordan ulike deler av arbeidssystemet – personer, oppgaver, verktøy, omgivelser og organisering – påvirker pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten (12).

London-protokollen

London-protokollener et internasjonalt anerkjent rammeverk for systematisk analyse av kliniske hendelser. Den bygger på et systemperspektiv, der målet er å forstå hvordan faktorer som rammebetingelser, organisering, teknologi og menneskelig atferd påvirker hverandre (18,10).

AcciMap

AcciMapbrukes til å identifisere og forstå de komplekse årsakene bak en hendelse. Den ble utviklet av Jens Rasmussen og er basert på prinsippet om at ulykker sjelden skyldes én enkelt feil, men oppstår som et resultat av flere faktorer på ulike nivåer i et system (19).

Functional Resonance Method (FRAM)

Functional Resonance Method (FRAM)er en metode utviklet av Erik Hollnagel for å analysere komplekse, sosio-tekniske systemer (20). Den bygger på prinsippet om at arbeidet tilpasses og varierer fra dag til dag, og at det er nødvendig for at systemer skal fungere. Men når flere slike tilpasninger skjer samtidig, kan de forsterke hverandre og føre til uønskede hendelser. I stedet for å lete etter lineære årsakskjeder, fokuserer FRAM på hvordan funksjoner i et system er koblet sammen og hvordan deres gjensidige avhengigheter kan skape både suksess og feil.

Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF)

Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF)ble i 2019 innført i NHS England som et nytt rammeverk for oppfølging av alvorlige hendelser, med mål om læring og forbedring av pasientsikkerheten. En grunntanke i PSIRF er å benytte ulike systembaserte tilnærminger for å lære av alvorlige hendelser knyttet til pasientsikkerhet. For å støtte opp under dette er det utviklet et omfattende opplæringsprogram for undersøkelsesledere, der kjernen er opplæring i systemtilnærming til læring etter alvorlige hendelser (15)

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924