



## Årsaksanalysens innmarsj – interne granskninger i Sykehuset Telemark

*Artikkelen er skrevet av Helle Devik Haugseter, rådgiver – jurist i Kvalitetsseksjonen ved Sykehuset Telemark*

**Det inngår som et grunnleggende element i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring at alvorlige hendelser følges opp for å hindre at lignende hendelser skjer igjen. Dette kravet følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a. Forventningene til at helsetjenesten har god håndtering av uheldige hendelser øker. Dette gjelder både fra tilsynsmyndigheter, helsepersonell, pasient/pårørende og fra samfunnet for øvrig. Sykehuset Telemark ønsker å ha en god kultur for å melde fra om uønskede hendelser og potensielle avvik, hvor det er åpenhet og det oppleves trygt å melde avvik. God oppfølging av uheldige hendelser innebærer at organisasjonen lærer.**

Ved Sykehuset Telemark har vi siste år gjort vesentlige forbedringer i håndteringen av alvorlige hendelser ved innføring av årsaksanalyser. Vi hadde også før «årsaksanalysens innmarsj» fokus på god og grundig hendelseshåndtering med ivaretagelse av pasient/pårørende og involvert helsepersonell. Vi ser det som et positivt bidrag for hendelseshåndteringen at vi nå har besluttet å gjennomføre årsaksanalyse ved de alvorligste hendelsene. Med alvorlige hendelser mener vi de hendelsene som er meldepliktige til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, det vil si hendelser der pasienten dør eller blir betydelig skadet og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

### Om metoden – årsaksanalyse

Ved sykehuset har vi definert årsaksanalyse som metodisk oppfølging av uønskede hendelser. Årsaksanalyse skal bidra til å avdekke:

- hva som skjedde – ved å oppnå forståelse og ikke fordele skyld
- hvorfor det skjedde – ved å analysere sammenheng mellom årsak og virkning
- hvordan gjentakelse kan forebygges – ved hjelp av systemforbedring

Årsaksanalyse er et godt verktøy i saker der systemperspektivet er det sentrale. Ved systematisk gjennomgang med alle involverte, ser vi at eventuell svikt identifiseres på en tydelig måte, og det blir større åpenhet om systemsvakheter.

Det er lagt til grunn at analysen skal innrettes slik det anses hensiktsmessig ut fra sakens karakter og alvorlighet. Det er således ikke bestemt at det er en definert metode som skal anvendes, men at den som skal være analyseleder må ha opplæring

i metodikk. Ved de analysene vi har gjennomført har vi tatt utgangspunkt i den svenske Handbok för patientsäkerhetsarbete, tilpasset vårt foretak.

Vi har laget en enkel prosedyre og mal som brukes til beskrivelse av forløp, identifisering av om noe har gått galt, bakenforliggende årsaker og tiltaksplan med ansvar og frist for oppfølging, samt evaluering av analysen.

### **Bakgrunn**

Bakgrunnen for innføring av ny metode er Kunnskapssenterets kurs om årsaksanalyse hvor kvalitetsavdelingen deltok høsten 2013. På kurset fikk vi et godt innblikk i fordelene med å bruke årsaksanalyse som metode ved uønskede hendelser. Senere har også flere fra klinikkene vært på kurs.

### **Organisering og ansvar**

Sykehuset skal som hovedregel gjennomføre årsaksanalyse ved § 3-3a-saker. Klinikksjef er oppdragsgiver, og er ansvarlig for at årsaksanalyse gjennomføres og følges opp. I klinikkovergripende saker har fagdirektør et ansvar for å initiere årsaksanalysen. Klinikksjef/fagdirektør skal utpeke analyseteam og gi teamet et mandat. Det er viktig med god ansvars plassering, ikke minst med tanke på oppfølging av årsaksanalysen.

Årsaksanalyser er satt opp som fast punkt på møtene i sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

## **ERFARINGER**

### **Tidlig oppstart**

Det er viktig å komme raskt i gang med årsaksanalysen. Da husker alle godt og har friskt i minne sin forståelse for hva som har skjedd. Den klare beslutning om at årsaksanalyse som hovedregel skal iverksettes ved alvorlige hendelser, medfører at vi kommer raskere i gang. Ved den første kontakten med Statens helsetilsyn orienterer vi om at vi vil gjennomføre en intern årsaksanalyse. Vår opplevelse er at dette har blitt svært positivt mottatt av Helsetilsynet.

### **Ivaretagelse av pasient og pårørende**

Ivaretagelse og involvering av pasient og pårørende inngår som et sentralt element i håndteringen av de alvorlige hendelsene. Vi ser at vi her har behov for å systematisere dette ytterligere, blant annet ved tydelig ansvars plassering og fokus på kommunikasjon og involvering i prosessens ulike trinn.

### **Involvert personell**

Alvorlige hendelser går sterkt inn på personell som har vært involvert. En godt gjennomført årsaksanalyse skal bidra til å avklare fakta og forbedringspotensial i et systemperspektiv. Ivaretagelse av helsepersonellet er en viktig lederoppgave og må ha fokus gjennom hele prosessen.

### **Ny tilsynsmyndighet?**

Det kan være utfordrende å vurdere seg selv. For at den interne årsaksanalysen skal ha legitimitet må vi tørre å stille de vanskelige spørsmålene. «Hva gikk galt – og hvorfor gikk det galt?» Vi ser at organisasjonen trenger øvelse.

I siste varselsak til Statens helsetilsyn ba Helsetilsynet om en redegjørelse for foretakets egen vurdering av om pasienten fikk forsvarlig oppfølging. Fra tidligere er vi vant til å avvente endelige konklusjoner fra fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Den nye praksisen med egevaluering er uvant for mange, men vår vurdering er at det bidrar til læring og forbedring.

### **Saker på tvers av klinikker**

Oppfølging av hendelser der flere fagområder og klinikker er involvert, er ofte krevende. Her kan både organisering, ansvarsforhold og kulturelle forhold bidra at koordinering og oppfølging er en utfordring. Vi ser årsaksanalyser som et velegnet og viktig verktøy spesielt i saker som griper over flere fagområder og klinikker.

### **Erfaring fra gjennomført årsaksanalyse ved saker som gjelder samhandling somatikk – psykiatri**

Ved Sykehuset Telemark har vi de siste årene hatt flere alvorlige hendelser der samhandling mellom somatikk og psykiatri har vært sentralt i hendelsesforløpet.

Det er gjennomført årsaksanalyse i samsvar med ny prosedyre i de siste sakene. Analysen har vært gjennomført som møter med alle involverte hvor vi i fellesskap har kartlagt hendelsesforløpet.

I disse sakene avdekket årsaksanalysen at de involverte hadde mangelfull kjennskap til hverandres kompetanse og de faktiske rammebetingelsene for behandlingen.

Dette har ledet til følgende forbedringstiltak:

1. Hospitering mellom somatikk og psykiatri for leger i spesialisering. Formålet med tiltaket er å sikre bedre kunnskap om hverandres kompetanse og mulighet for ivaretagelse av pasienter med et sammensatt behov for komplekse tjenester.
2. Overflyttinger mellom sengeposter skal som hovedregel skje etter en felles vurdering i forhold til hva som er mest egnet behandlingssted for pasienten. Dette for å sikre forsvarlig ivaretagelse av pasienter med alvorlig og sammensatt sykdomsbilde. Vurderingene skal som hovedregel gjøres av overlege/ spesialist og fortrinnsvis på dagtid.

### **Vårt inntrykk**

Tiltak som iverettes etter en årsaksanalyse, bygger på reell erkjennelse av behov for endring. Det bidrar til legitimitet og forbedringsarbeidet får gjennomslagskraft.