

Internrevisjonen

Handtering av uønskete hendinger i helseføretaka

Helse Vest RHF, februar 2016

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarrettleiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsliste og samandrag
2. Hovudrapporten med fakta, vurderingar og dessutan vedlegg

1	Samandrag	4
2	Innleiing.....	7
2.1	Bakgrunn	7
2.2	Formål og problemstillingar	7
2.3	Revisjonskriterier og metode.....	8
2.4	Omgrep	9
2.5	Oversikt over uønskte hendingar i Helse Vest	10
2.6	Avgrensingar	13
3	Handtering av uønskte hendingar i Helse Vest	14
3.1	Retningslinjer og prosedyrar	14
3.2	Korleis retningslinjer og prosedyrar vert gjort kjent.....	14
3.3	Organisering av arbeidet.....	16
3.4	Prosess for sakshandsaming av avvik.....	18
3.5	System for overvaking, kontroll og oppfølging.....	22
3.6	Risikovurderingar	24
3.7	Evalueringar som grunnlag for nødvendige endringar	26
3.8	Informasjonsutveksling og samarbeid mellom helseføretaka	27
3.9	Etterleving	28
4	Vurderingar og tilrådingar.....	33
4.1	Vurderingar.....	33
4.2	Tilrådingar.....	38
5	Vedlegg.....	40

1 SAMANDRAG

Føremålet med revisjonsprosjektet har vore å undersøkje i kva grad føretaka i Helse Vest har hensiktsmessige retningslinjer og prosessar for handtering av uønskte hendingar («avvik»). Vi har òg sett på om desse fungerer i praksis og på kva måte avviksmeldingane blir brukt til læring.

Hovudkonklusjon: Føretaka har langt på veg tilfredsstillande prosessar for melding og saksbehandling, men systemverktøyet Synergi og den regionale forvaltninga av dette er ikkje optimal.

Metodisk er det nytta dokumentanalyse av relevant dokumentasjon frå helseføretaka og gjennomført intervju med leiarar og tilsette på fleire nivå i organisasjonane. Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

Viktigaste funn og vurderingar:

Problemstilling 1: I kva grad er det etablert retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar i RHF-et og i føretaka?

Føretaka har lokale retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar. Desse synest å være i tråd med krav i lov og forskrift. Retningslinjene og prosedyrane verker langt på veg like i innhald, sjølv om utforminga kan variere. Det er ikkje utarbeidd felles beskrivingar av retningslinjer/prosedyrar utover det som ligg i brukarrettleiarane for meldar og saksbehandlar i Synergi.

Problemstilling 2: I kva grad er retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar gjort kjent i føretaka?

Retningslinjer og prosedyrar er gjort kjent gjennom skriftleg informasjon som er tilgjengeleg for alle tilsette på intranettet (EK/EQS). Alle føretaka brukar eit felles elektronisk registrerings- og saksbehandlingssystem (Synergi) for handtering av uønskte hendingar. Det er lagt opp til at medarbeidarar i hovudsak sjølv lærer seg bruken av dette verktøyet, mellom anna med hjelp av tilgjengelege brukarrettleiarar.

Problemstilling 3: Korleis er arbeidet med registrering, vurdering og oppfølging av handteringa av uønskte hendingar organisert?

Alle tilsette har ansvar for å melde inn uønskte hendingar. Næraste overordna er ansvarleg for å behandle meldingane. I tillegg har føretaka faste utval som har ulike roller og ansvar i handteringa av uønskte hendingar. Fordelinga av roller og ansvar verker klar blant dei tilsette.

Problemstilling 4: Er det etablert ein tilfredsstillande prosessgang/prosedyrar for saksbehandling av avvikshandtering?

Sjølve prosessgangen verker logisk og fornuftig, men mange tilsette opplever sjølve gjennomføringa av saksbehandlinga som så tungvint og tidkrevjande at det er til hinder for ei tilfredsstillande handtering.

Problemstilling 5: I kva grad er det etablert system og rutinar for overvaking, kontroll og oppfølging av handtering av uønskete hendingar i føretaka i Helse Vest?

Alle føretaka har etablert system for å handtere dette. Det er vanskeleg å ta ut pålitelege rapporter; dette hindrar ein i å ha eit tilstrekkeleg fokus på dei alvorlegaste hendingane. Det er ei utfordring å formidle erfaringa frå rapporter i systemverktøyet Synergi til læring i organisasjonen.

Problemstilling 6: I kva grad ligg risikovurderingar til grunn for rutinar, kontroll og oppfølging av handteringa av uønskete hendingar?

Det er ikkje etablert eit tydeleg system eller rutinar for vurderingar av kor risikoen er størst for at avvikshandteringssystemet ikkje blir nytta som føresettt. I oppfølginga av meldte saker kan ein ikkje sortere etter kor alvorlege hendingane er. Risikomatrissa i Synergi («trafikklysfunksjon» som indikerer risikograd) blir i liten grad brukt, mellom anna fordi funksjonen ikkje er obligatorisk.

Problemstilling 7: I kva grad gjennomfører føretaka vurderingar/evalueringar av retningslinjer og praksis, og nyttes desse til å gjennomføre nødvendige endringar?

Det er ikkje dokumentert systematiske vurderingar/evalueringar av retningslinjer og prosedyrar for avvikshandtering. Praksisen blir vurdert og evaluert årleg gjennom leiinga si gjennomgang av internkontrollarbeidet. Inntrykket vårt er at det er ein tilfredsstillande kultur i føretaka for å trekke aktuelle saker fram i fagmøter og avdelingsmøter med sikte på læring.

Problemstilling 8: I kva grad utvekslar helseføretaka i Helse Vest informasjon, og samarbeider for å sikre lik praksis og effektiv handheving av regelverk og retningslinjer for handtering av uønskete hendingar?

I denne rapporten har vi sett nærare på handteringa av to (av fire) kategoriar uønskete hendingar. På *pasienttryggleikområdet* er det ikkje etablert ei formalisert samhandling/informasjonsutveksling mellom føretaka i helseregionen om handtering av uønskete hendingar i Synergi. Gjennom det overordna Pasienttryggleiksprogrammet skjer det likevel ei regional oppfølging av informasjon om pasientskader gjennom bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT). På *HMS-/tilsettområdet* er det oppretta eit regionalt HMS-råd. Den regionale eigarfunksjonen for systemverktøyet Synergi er lite framtre-dande.

Problemstilling 9: I kva grad blir retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskete hendingar etterlevd i føretaka i Helse Vest?

Både føreliggjande dokumentasjon og opplysningar i intervju peiker på at det er ei underrapportering av uønskete hendingar. Stort sett synest dette å gjelde saker av mindre alvorleg karakter, sjølv om det vanskeleg kan dokumenterast. Saksbehandlingstida for Synergimeldingar er i gjennomsnitt over 60 dagar. Det kan vurderast tiltak for å redusere denne. Hovudinstrykket er at retningslinjer og prosedyrar stort sett blir etterlevd ved både melding og saksbehandling av uønskete hendingar.

Tilrådingar:

Styrke føresetnadene for ein aktiv bruk av Synergi til styring og oppfølging:

1. Det pågåande nasjonale arbeidet med å **forenkle klassifiseringa** i Synergi bør følgjast opp i Helse Vest, slik at kategorivala i systemverktøyet vert meir hensiktsmessige.
2. Det bør vurderast å gjere Synergi sin funksjon for **risikovurdering obligatorisk** å bruke for alle typar uønskete hendingar. Det bør utarbeidast klåre kriterier for korleis risikoen skal vurderast.
3. Leiinga både i helseregionen og i føretaka bør vurdere tiltak for å gjere **linjeleiinga betre** i stand til å bruke Synergi som styringsverktøy (rapportuttak, analyser).

Vurdere auka regional innsats i ei felles tilnærming til styring og oppfølging:

4. RHF-et bør ta initiativ til å etablere regionale **samarbeidsfora** og regelmessige møtepunkt.
5. Regionen bør søke å avklare kva som kan utviklast av **regionale retningslinjer, felles mål, felles kvalitetsindikatorar for saksbehandlinga** og **felles praksis** – til dømes om ein skal innføre felles maksimal saksbehandlingstid.

2 INNLEIING

2.1 BAKGRUNN

Internrevisjonen har blitt oppmoda om å sjå nærare på systemet for handtering av uønskete hendingar (avvik) i føretaka. Bakgrunnen er tilbakemeldingar om at føretaka har slitt med å få systemet til å fungere på ein tilfredsstillande måte. Følgjande prosjekt er formulert i internrevisjonsplanen for 2015-2016: «*Korleis sikrar føretaka internkontrollen rundt avviksmeldingar og –behandling i helseføretaka?*». Planen vart vedtatt av styret i Helse Vest RHF 05.03.2015 og styret sitt revisjonsutval vart orientert om internrevisjonen sitt prosjektmandat 24.03.2015.

2.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Formålet med prosjektet har vore å undersøkje om føretaka i Helse Vest har hensiktsmessige retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskete hendingar (avvik) og om desse fungerer i praksis. Vi har òg sett på kva måte avviksmeldingane blir brukt til læring både for å forbetre pasientbehandlinga og å auke fokuset på helse, miljø og tryggleik.

Ut ifrå bakgrunn og formål har prosjektet vurdert desse problemstillingane:

1. I kva grad er det etablert gjennomgåande/felles retningslinjer for handtering av uønskete hendingar i Helse Vest?
2. I kva grad er det etablert retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskete hendingar i føretaka i tråd med regelverk, krav og føringar frå Helse Vest?
3. I kva grad er retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskete hendingar gjort kjent i føretaka?
4. Korleis er arbeidet med registrering, vurdering og oppfølging av handtering av uønskete hendingar organisert?
 - Er det ein tydeleg fordeling av roller og ansvar?
 - Er det etablert tilfredsstillande prosessar/prosedyrar for saksbehandling av avvikshandtering?
 - Nyttar føretaka elektroniske registrerings- og saksbehandlingsordningar for handtering av uønskete hendingar?
5. I kva grad er det etablert system og rutinar for overvaking, kontroll og oppfølging av handtering av uønskete hendingar i føretaka i Helse Vest?
6. I kva grad ligger risikovurderingar til grunn for rutinar, kontroll og oppfølging av handteringa av uønskete hendingar?
7. I kva grad gjennomfører føretaka vurderingar/evalueringar av retningslinjer og praksis, og nyttar desse til å gjennomføre nødvendige endringar?

8. I kva grad utvekslast informasjon/samarbeider helseføretaka i Helse Vest for å sikre lik praksis og effektiv handheving av regelverk og retningslinjer for handtering av uønskte hendingar?
9. I kva grad blir retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar etterlevd i føretaka i Helse Vest?

2.3 REVISJONSKRITERIER OG METODE

Revisjonskriterier er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterier skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak.

I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

Spesialisthelsetjenesteloven: Kvalitets- og tryggingssarbeid, samt handtering av uønskte hendingar, er eit ansvar som er pålagt helseføretaka gjennom lovverket. § 2-2 omtalar kravet om å drive forsvarleg verksemd. §§ 3-3 og 3-3a omhandlar plikten til å melde frå til Kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta) og om å varsle Helsetilsynet ved dei mest alvorlegaste hendingane. Samstundes er føretaka pålagt å opprette kvalitets- og pasienttryggleiksutval og sørge for at verksemda arbeider systematisk for å betre kvaliteten og pasienttryggleiken (§§ 3-4 og 3-4a.).

Arbeidsmiljøloven: § 3-1 set krav til at føretaka skal drive systematisk helse-, miljø- og tryggleiksarbeid for å ivareta dei tilsette.

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskrifta): Føretaka sine retningslinjer er heimla mellom anna i denne forskrifta.

Føretaka sine retningslinjer for avvikshandtering: Desse gjev kriterier for registrering og behandling av uønskte hendingar i vedkomande føretak.

Personalhandboka: Her heiter det at det «er eit leiaransvar å analysere og evaluere verksemda:

- Sikre system for kontinuerlig overvaking av kvaliteten på - og resultata av - behandlinga.
- Arbeide med evaluering av kor nøgde pasientane er.
- Arbeide med system for å avdekke avvik og arbeide med dei tilsette sine haldningar, slik at systema vert brukt.
- Sikre at ein er open om resultata i eiga eining.»

Tilnærminga har basert seg på gjennomgang av dokumentasjon frå sjukehusføretaka i Helse Vest, og intervju med leiarar og tilsette på fleire nivå i organisasjonane.

Internrevisjonen har intervjuet medarbeidarar i alle fire sjukehusføretaka om erfaringane deira med prosessen for melding og saksbehandling av uønskte hendingar. Vi har intervjuet sjukepleiarar og legar, begge gruppene både i rollene som meldarar og som saksbehandlarar. I tillegg har vi intervjuet nivå 2-leiarar og nøkkelpersonar med systemansvar for avvikshandtering, samt nivå 2-leiarar med linjeansvar for medisinsk divisjon/avdeling/klinikk. Det er gjennomført 37 intervju med i alt 61 medarbeidarar.

Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger. Revisjonsarbeidet har gått føre seg frå våren til hausten 2015.

2.4 OMGREP

På dette området er det to omgrep i bruk: «uønskt hending» og «avvik». Ein snakkar om «*uønskte hendingar*», samtidig som ein snakkar om «*avvikshandtering*». Ingen av desse to omgrepa er eintydig definert i Helse Vest. To av helseføretaka definerer dei samla, eitt definerer berre det eine, medan det fjerde definerer begge separat. RHF-et gjev ingen definisjonar på desse omgrepa. Definisjonane under er henta frå føretaka sine respektive kvalitetshandbøker:

Helse Stavanger – «Avvik/uønskede hendelser»: «Det er uønsket hendelse når et forhold ikke er i overensstemmelse med eller brudd på eksterne lover og forskrifter, eller interne vedtak, prosedyrer, instruksjer, rutiner og retningslinjer.»

Helse Fonna – «Uønsket hendelse/avvik»: «En hendelse som ikke er i samsvar med krav stilt av gjeldende lover, forskrifter og virksomhetens interne rutiner, retningslinjer og prosedyrer. Skade på arbeidstaker eller pasient er også avvik.»

Helse Bergen – «Uønsket hendelse» (to ulike definisjonar): «*Uønskede hendelser* er konkrete irregulære hendelser eller situasjoner som er uønsket og som har gitt eller kunne gitt utslag i en skade; enten på personer, utstyr, bygning eller andre verdier, herunder virksomhetens omdømme.¹»

«Enhver hendelse eller situasjon som inntreffer som ikke stemmer overens med uttrykte krav eller verdinormer herunder skade på ansatte, eller som innebærer en viss risiko, eller som har en negativ innvirkning på virksomhetens måloppnåelse.²»

Helse Førde: «Avvik: Mangel på oppfylld av eit krav. Altså eitkvart forhold som er brot på gjeldande krav i lov, forskrift, prosedyrar og rutinar.» (ISO 9000:2005)

¹ (Jf. «Retningslinjer for registrering av uønskede hendelser m.m. –Pasientsikkerhet» Versjon 1.04 12.05.2015)

² (Jf. «Håndtering av uønskede hendelser – HMS» Versjon 13.00 08.09.2014)

«Uønskt hending generelt: Hending eller tilstand som kan medføre skade på menneske, miljø, materiell eller anna form for økonomisk tap.» (NS 5814, ISO 14001)

Vi ser av Helse Førde sine definisjonar, som har same ordlyden som ISO-systemet sine definisjonar, at dei to omgrepa strengt tatt har litt ulikt innhald. Alle føretaka i regionen nyttar likevel dei to omgrepa om kvarandre i det daglege. I denne rapporten nyttar vi i hovudsak omgrepet «uønskt(e) hending(ar)».

2.5 OVERSIKT OVER UØNSKTE HENDINGAR I HELSE VEST

Alle føretaka brukar eit felles elektronisk registrerings- og saksbehandlingssystem (Synergi) for handtering av uønskte hendingar. Dette systemverktøyet føresett at alle hendingar som vert innmeldt må systematiserast i høve til ei omfattande og detaljert klassifisering. Hendingane vert kategorisert på fleire nivå etter hendingstype.

Alle uønskte hendingar vert klassifiserte i ein av følgjande fire hovudkategoriar:

- **Pasientrelatert** (hending kor ein pasient har kome til skade eller som kunne ha ført til ein pasientskade).
- **HMS-/tilsettskade** (hending knytt til arbeidsmiljøet, eller kor ein tilsett har kome til skade, eller som kunne ha ført til ein tilsettskade).
- **Driftsrelatert** (hending som skuldast tekniske eller administrative tilhøve).
- **IKT/informasjonsikkerheit** (hending knytt til pasient- og personalopplysningar).

I kvar av hovudkategoriane skil Synergi mellom uønskte hendingar «Med konsekvens» og «Utan konsekvens». I denne rapporten har vi valt ikkje å differensiere mellom hendingane på denne måten. Mange av informantane våre opplever dette som ein lite hensiktsmessig inndeling, mellom anna fordi det på meldingstidspunktet ofte er vanskeleg å avgjere kor vidt hendinga vil få nokon konsekvens.

Internrevisjonen har innhenta talgrunnlag frå Synergi for 2014. Tala omfattar dei fire helseføretaka som er del av denne internrevisjonen. Det regionale helseføretaket har inga registreringar i Synergi.

Tabell 1 under viser at det i Helse Vest vart meldt inn i alt 19.539 uønskte hendingar i 2014. I regionen under eitt gjaldt halvparten av meldingane pasientrelaterte hendingar. På føretaksnivå følgjer Stavanger og Bergen den same fordelinga; Fonna har ein større del pasientrelaterte skader og mindre del HMS/tilsettskadar, medan Førde har ein større del driftsrelaterte meldingar og mindre del HMS/tilsettskadar.

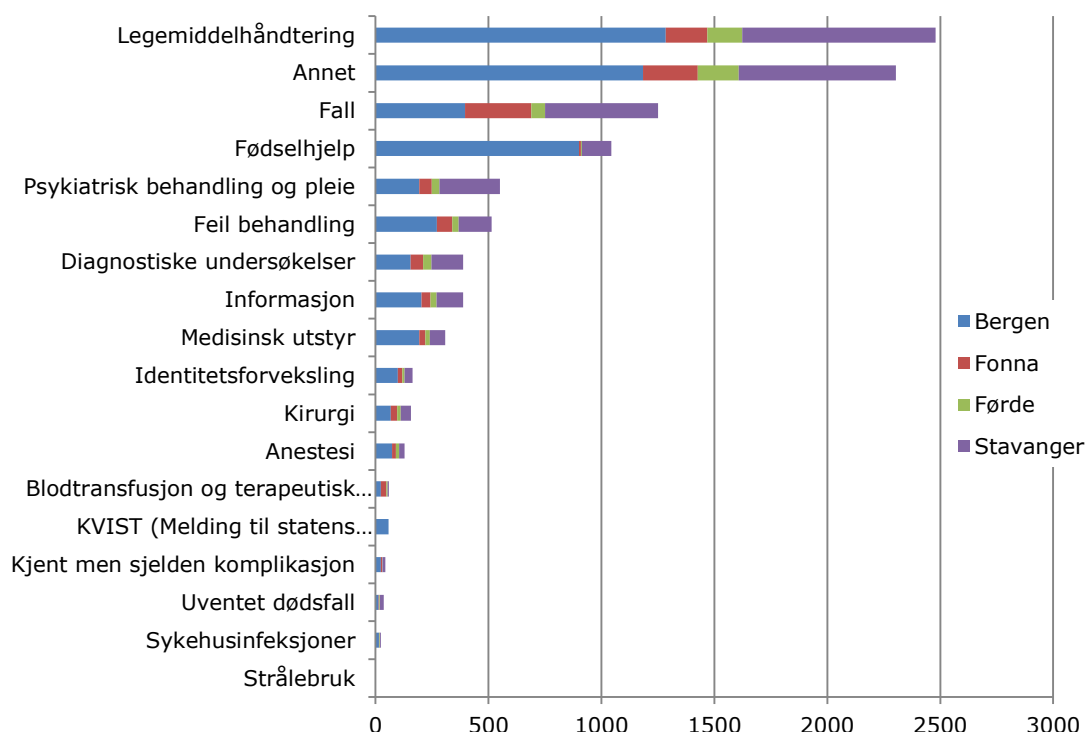
Tabell 1 – Meldte uønskete hendinger i Helse Vest 2014.

Type rapportert hending	Tal	Prosent
Pasientrelatert	9 739	50 %
HMS/ansattskade	3 704	19 %
Driftsrelatert	5 857	30 %
IKT/informasjonsikkerhet	239	1 %
Totalt	19 539	100 %

Av dei fire kategoriene av uønskete hendinger, har vi i denne rapporten valt å fokusere på dei personrelaterte hendingane, som hovudsakleg er dei pasientrelaterte og dei som er knytt til HMS og tilsette. Pasientrelaterte hendinger er dessutan den klart største kategorien av uønskete hendinger.

Innan hovudkategorien «Pasientrelatert» - i underkategorien «Pasientbehandling og pleie» - er dei uønskete hendingane fordelt på til saman 18 hendingstypar, jf. [figur 1](#) nedanfor. I Helse Vest står hendinger i samband med legemiddelhandtering åleine for ein fjerdedel av dei uønskete hendingane innan denne hovudkategorien.

Figur 1 – Uønskete hendinger i 2014 som gjeld pasientbehandling og pleie



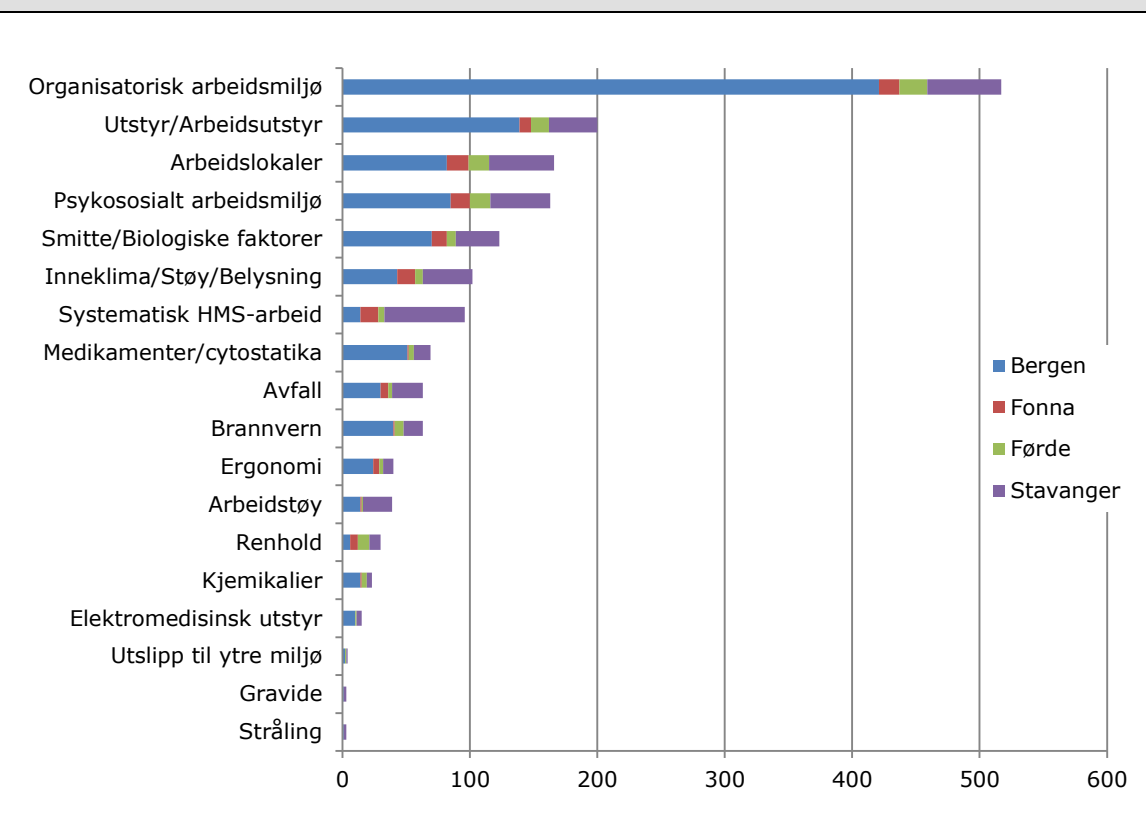
Eit framtrekkande trekk i figuren over, er at hendinger som ikkje er nærare spesifisert («Annet») er den nest største hendingstypen, den òg med nær ein fjerdedel av hen-

dingane i denne kategorien. Hendingar i samband med fall og fødselshjelp er to andre store kategoriar.

Innan hovudkategorien «HMS/ Ansattskade» er dei uønskte hendingane fordelt vidare på underkategoriane «HMS» og «Ansattskade».

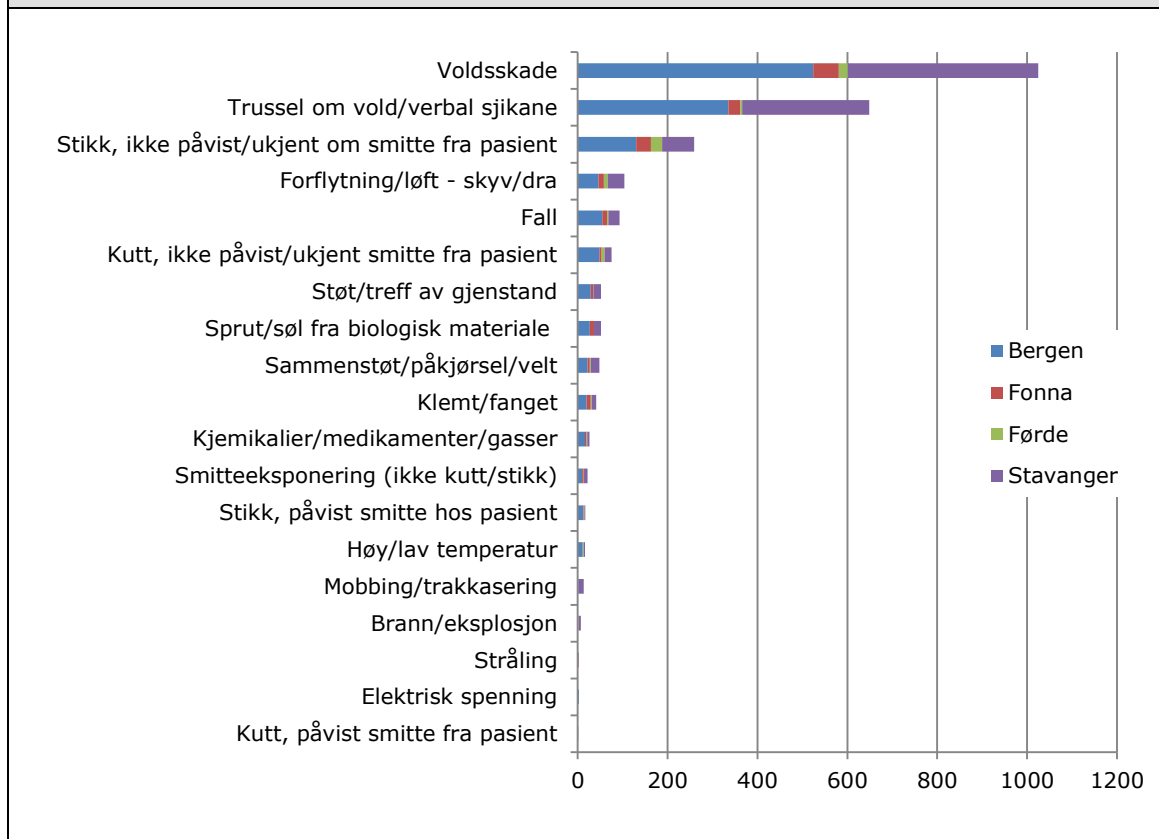
Figur 2 under viser hendingar som gjeld HMS, fordelt på 18 hendingstypar. Den klårt største er «Organisatorisk arbeidsmiljø», som åleine står for 30 % av dei uønskte hendingane. Innan denne hendingstypen kan ein sjå at Helse Bergen står for over 80 % av desse (medan dei utgjer ca. 50 % av dei tilsette i sjukehusføretaka).

Figur 2 – Uønskte hendingar i 2014 som gjeld HMS



Figur 3 under viser hendingar som gjeld tilsette, fordelt på i alt 19 hendingstypar. Her ser ein at valdsskade på tilsette, samt trussel om vald eller verbal sjikane, utgjer heile to tredjedelar av dei meldte uønskte hendingane. Ein ser òg at desse to hendingstypane er sterkast representert i dei to største føretaka.

Figur 3 – Uønskete hendingar i 2014 som gjeld tilsette



2.6 AVGRENSINGAR

For å gje prosjektet eit handterbart omfang, har det vore nødvendig å gjere nokre avgrensingar.

Når det gjeld kategoriar av uønskete hendingar, har vi – som nemnt ovanfor - valt å fokusere på dei personrelaterte hendingane, som hovudsakleg er dei pasientrelaterte og dei som er knytt til HMS og tilsette.

Intervjua våre med nivå 2-leiarar og tilsette i driftsfunksjonar i føretaka har vi avgrensa til ei av dei somatiske avdelingane. Her vart medisinsk divisjon/avdeling/klinikk valt, sidan dette er eit fagområde som utgjer ein stor del av somatisk drift og kor ein finn alle dei fleste underkategoriane av uønskete hendingar representert. I den grad det skulle vere ulikheiter mellom områda somatikk og psykiatri/rus, som til dømes innan HMS/tilsettskadar har vi ikkje gått nærare inn på årsakene til desse.

3 HANDTERING AV UØNSKTE HENDINGAR I HELSE VEST

3.1 RETNINGSLINJER OG PROSEDYRAR

Problemstillingar:

I kva grad er det etablert gjennomgåande/felles retningslinjer for handtering av uønskte hendingar i Helse Vest?

I kva grad er det etablert retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar i føretaka i tråd med regelverk, krav og føringar frå Helse Vest?

Helse Vest RHF har det overordna systemansvaret for avvikshandteringa, medan kvart føretak har utpeika ein systemeigar med lokalt systemansvar. Det er ikkje utarbeidd retningslinjer/prosedyrar eller etablert samarbeidsfora i Helse Vest sitt namn som det overordna, regionale ansvaret vert utøvd gjennom. Denne myndigheita har RHF-et (i praksis fagdirektøren) delegert til leiar for Seksjon for pasientsikkerhet i Helse Bergen.

Føretaka har eigne lokale retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar. Desse synest å vere i tråd med krava i lov og forskrift, og er langt på veg like i innhald, sjølv om ordlyden varierer. Det er utarbeidd brukarretteleiarar for registrering og saksbehandling i Synergi. Desse sistnemnde dokumenta er tilnærma identiske, og det står at dei er utarbeidd av Helse Bergen. Det kjem ikkje fram om Helse Bergen i denne samanhengen opptrer på vegner av heile Helse Vest.

Systemet for handtering av uønskte hendingar omfattar i prinsippet òg det regionale helseføretaket. Først i juni 2015 fekk dei tilsette i RHF-et tilgang til å registrere hendingar i Synergi, men RHF-et sitt intranett inneheld ikkje informasjon om retningslinjer/prosedyrar eller brukarretteleiarar.

3.2 KORLEIS RETNINGSLINJER OG PROSEDYRAR VERT GJORT KJENT

Problemstilling:

I kva grad er retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar gjort kjent i føretaka?

Alle føretaka nyttar systemverktøyet Synergi, som finst tilgjengeleg på føretaka sine intranett. Vi får opplyst at innføring i handtering av uønskte hendingar er ein del av opplæringa til nye medarbeidarar. Her blir det gitt informasjon om systemverktøyet

Synergi og korleis ein finn fram til dei ulike retningslinjene og prosedyrane. Vidare er det utarbeidd rettleiarar for korleis ein skal gå fram for å registrere og saksbehandle hendingar i Synergi. Desse finn vi i føretaka sine elektroniske kvalitetshandbøker, som òg er tilgjengelege for alle tilsette via intranettet.

I RHF-et er Synergi tilgjengeleg for dei tilsette via intranettet, men her er ikkje lagt ut brukarrettleiarar for registrering og saksbehandling. Det er berre registrert éi Synergi-sak i RHF-et sidan systemet vart tilgjengeleg i juni 2015.

Felles for heile regionen er ein e-læringsmodul for meldekultur. Den består av følgjande seks delmodular:

- Trygt for alle
- Kva for uønskte hendingar skal meldast
- Kva skjer når eg melder
- Meldepliktige saker
- Meldepliktige yrkesskadar
- Kultur for tryggleik

E-læringsmodulen er ikkje obligatorisk for alle medarbeidarar i Helse Vest. I helseføretaka skal det vere sendt ut link til kurset til dei tilsette via e-post. For medarbeidarane i RHF-et er dette kurset tilgjengeleg i kurskatalogen.

Statistikk frå gjennomføring av kursmodulane er lite tilgjengeleg, men tal internrevisjonen har innhenta tyder på at ca. 24.000 har gjennomført kurset totalt, ca. 4.800 gjennom det siste året. Kurset er planlagt lagt om til tradisjonell e-læring og vil bli utvida med meir praktisk bruk av Synergi.

I intervju opplyser nivå 2-leiarar i alle føretaka at ein legg til grunn at dei tilsette sjølve set seg inn i innhaldet i dei ulike retningslinjene og prosedyrane som finst på intranett-sidene. Intervjua med dei ulike tilsette tyder på at dette vert gjort i varierende grad.

Uønskte hendingar er òg tema i avdelingsmøter, kor leiaren tar opp hendingar eller saker, gjerne av meir alvorleg karakter, som kan ha læringsverdi for andre. Alle føretaka har med jamne mellomrom uønskte hendingar oppe i ulike fora, som morgonmøter, avdelingsmøter, personalmøter, fellesmøter, legemøter mm. Erfaringane dei tilsette har er likevel sprikande.

Informantane blant legane fortel at informasjon om eksistensen av eit avvikshandteringssystem og formidling av føretaket sin meldekultur inngår i meister /sveinopplæringa. Dei er innforstått med at det er forventa at dei sjølve set seg inn i innhaldet i dei ulike retningslinjene og prosedyrane.

Medarbeidarar med saksbehandlingsansvar opplyser i intervju at dei berre i liten grad har fått konkret opplæring i saksbehandling av Synergimeldingar. I hovudsak har dei

lært seg desse prosedyrane sjølve, m.a. med hjelp av den utarbeidde rettleiaren. Dette gjeld både sjukepleiarar og legar.

3.3 ORGANISERING AV ARBEIDET

Problemstillingar:

Korleis er arbeidet med registrering, vurdering og oppfølging av handtering av uønskte hendingar organisert?

- *Er det ei tydeleg fordeling av roller og ansvar?*

Det er ikkje gjeve nokre overordna føringar eller retningslinjer frå Helse Vest RHF for korleis ansvaret for uønskte hendingar skal fordelast og handteringa organiserast i helseføretaka. Likevel er fordelinga av ansvar og roller og organiseringa av arbeidet svært like føretaka imellom.

Frå føretaka sine respektive ansvarsbeskrivingar kan ein hente følgjande fellestrekk:

- *Nivå 1-leiar* (adm.direktør) har det overordna ansvaret for at helseføretaket har eit system for handtering av avvik/uønskte hendingar, og at dette er implementert i føretaket.
- *Nivå 2-leiar* (stabs-, divisjons-, klinikk-, avdelingsdirektør) er ansvarleg for at avvik/uønskte hendingar blir registrert, årsaker analysert og korrigerande og forebyggjande tiltak iverksett innan ansvarsområdet sitt.
- *Nivå 3-leiar* (t.d. avdelingssjef, seksjons- og funksjonsleiar) er ansvarleg for at systemet for uønskte hendingar vert brukt aktivt og for å saksbehandle meldingane.
- *Næraste overordna/leiar* er ansvarleg for å behandle uønskte hendingar, og for å vidareføre meldingar som ikkje kan handsamast på det opphavlege nivået til nytt nivå eller til annan saksbehandlande eining.
- *Alle medarbeidarar* har ansvar for å registrere alle uønskte hendingar og tilhøve i avvikssystemet Synergi.

I tillegg til ovannemnte ansvar og roller som er tillagt leiarar og medarbeidarar, har føretaka faste utval som har ulike roller og ansvar i handteringa av uønskte hendingar:

- *Kvalitets-(og pasienttryggleiks)utvalet (organ på føretaksnivå)*: Føretaket sitt øvste kvalitetsforbetringsorgan, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-4.
- *Kvalitetsrådet (organ på nivå 2 – og evt. nivå 3)*: Rådgjevande organ for nivå 2-direktør i pasientrelaterte saker. Kvalitetsrådet prioriterer oppgåver og legger føringar for arbeidet med pasienttryggleik og kvalitetsutvikling i eininga. Rådet skal ha systemfokus på forbetringstiltak og læring, samt vurdere kvalitetsnivå gjennom målingar og oppfølging av pasienttryggleik.
- *AMU på fleire nivå i HMS-saker*: FAMU på føretaksnivå og AMU i kvar nivå 2-eining

I føretaksorganisasjonane er den daglege utøvinga av det overordna ansvaret for uønskete hendingar organisatorisk lagt nær administrerende direktør, i ei nivå 2-eining i stabsfunksjon. Handteringa av dei respektive kategoriane hendingar er lagt til separate einingar under kvar sin nivå 2-direktør.

Stabsfunksjonen for pasientrelaterte hendingar har ansvaret for å utarbeide prosedyredokument og brukarretteiingar, samt gje råd til personellet i føretaket om t.d. innhaldet i meldeplikta, korleis ein skriv ei melding i Synergi, korleis ei saksbehandlar ho, osv. Her ligg òg den lokale systemforvaltarfunksjonen for dataverktøyet Synergi. Systemansvarleg tek ut rapportar og analysar i Synergi, i første rekke til bruk på føretaksnivå. Systemansvarleg gjev òg brukarstøtte til nivå 2-leiinga si handtering av uønskete hendingar, og hjelper dei med analysar og rapportuttak i den grad dei ikkje har kompetanse til å gjere dette sjølve.

I føretaka gjennomfører pasienttryggleiksfunksjonen òg systemårsaksanalyser (òg kalla hendingsanalysar). Ein slik analyse er ein grundig og systemretta gjennomgang av utvalde alvorlege hendingar som potensielt peiker på eit forbettringspotensial på systemnivå.

Stabsfunksjonen for HMS-/tilsetthendingar fungerer mykje på same måten med omsyn til informasjon, rettleiing og oppfølging av meldte hendingar. HMS-seksjonen tek òg ut Synergirapportar som dei brukar i HMS-arbeidet ute i føretaksorganisasjonen.

I intervju kjem det fram at det i føretaka berre i avgrensa grad er formaliserte samarbeidsarenaer og -rutinar mellom dei to fagmiljøa i handteringa av uønskete hendingar i dei respektive kategoriane. Informantane gjev uttrykk for at dette er ei arbeidsdeling som både er funksjonell og fornuftig. Det er stor grad av semje om dette synet, både hos dei som innehar stabsfunksjon og hos dei som arbeider ute i fagavdelingane. Arbeidsdelinga er likevel ikkje til hinder for at det er ein viss kontakt og noko praktisk samarbeid mellom dei to fagmiljøa i stab, når dette fell naturleg. Denne kontakten er gjerne på medarbeidarnivå og skjer meir ad hoc enn systematisk. Frå leiarhald i Helse Bergen er det derimot uttalt at ein der har mange kontaktpunkt og kanskje meir samhandling enn i dei andre føretaka.

Ansvaret med å forvalte systemverktøyet Synergi er lagt til Helse Vest IKT. Systemforvaltar innkallar regelmessig til møter med dei lokale forvaltarane. Frå systemet blei teke i bruk i 2008 var det eit behov for å dele systemforvaltninga i to deler; ein teknisk del der Helse Vest IKT hadde kompetanse, og ein funksjonell del med ein forvaltar som kjente bruken av systemet godt. I prinsippet har Helse Vest IKT ansvaret for begge delane, men den funksjonelle delen har vore dekt ved at ulike medarbeidarar frå Helse Bergen er leigd inn.

3.4 PROSESS FOR SAKSHANDSAMING AV AVVIK

Problemstillingar:

(Korleis er arbeidet med registrering, vurdering og oppfølging av handtering av uønskte hendingar organisert?)

- *Er det etablert eit tilfredsstillande prosessforløp/prosedyrar for saksbehandling av avvikshandtering?*
- *Nytter føretaka elektroniske registrerings- og saksbehandlingsordningar for handtering av uønskte hendingar?*

Systemverktøy for prosessen

Alle uønskte hendingar i føretaksgruppa skal rapporterast og saksbehandlast i Synergi.

Synergi vart opphavleg utvikla av Det Norske Veritas som eit kvalitets- og sikkerheitssystem for bruk i oljerelaterte verksemdar. Systemet vart seinare tilpassa bruk i helsesektoren og har vore i bruk i Helse Vest sidan 2007.

Beskriving av prosessen

Kvart av føretaka har utarbeidd si eiga lokale prosessbeskriving, som er teken inn i deira respektive kvalitetshandbøker. Det finst inga felles, regional prosessbeskriving utover det som ligg i brukarretteleiarane for Synergi.

I praksis er dei lokale prosessane for handtering av uønskte hendingar stort sett samanfallande. Rutinane kan samanfattast slik:

- Den tilsette som oppdagar/opplever hendinga, registrerer (melder) ho i Synergi.
- Meldaren må klassifisere hendinga i ein av fire kategoriar. Meldaren må òg ta stilling til om hendinga er av ein slik karakter at ho er meldepliktig til Kunnskapssenteret (sjå nedanfor).
- Meldinga går automatisk til næraste leiar (eller definert saksfordelar).
- Saksbehandlar kan overprøve melder si vurdering og sende melding til Kunnskapssenteret dersom hendinga av denne vert vurdert som meldepliktig.
- Saka vert behandla på lågast mogleg nivå, og årsaker til den uønskte hendinga skal analyserast. Korrigerende tiltak skal settast i verk for at tilsvarende hending ikkje skal skje igjen.

For pasientrelaterte hendingar gjeld det i tillegg to spesialrutinar for dei mest alvorlege hendingane. Desse er heimla direkte i spesialisthelsetenestelova, hhv. § 3-3 og § 3-3a.

- Hending kor det har (eller kunne ha) skjedd betydeleg skade på pasient som følgje av yting av helseteneste eller ved at ein pasient skadar ein annan, skal meldast til Kunnskapssenteret. Dei har til oppgåve å formidle kunnskap tilbake til helsetenesta om tiltak som kan forbetre pasienttryggleiken.

- Hending som har ført til «dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko» (jf. § 3-3a) skal straks varsle Statens helsetilsyn.

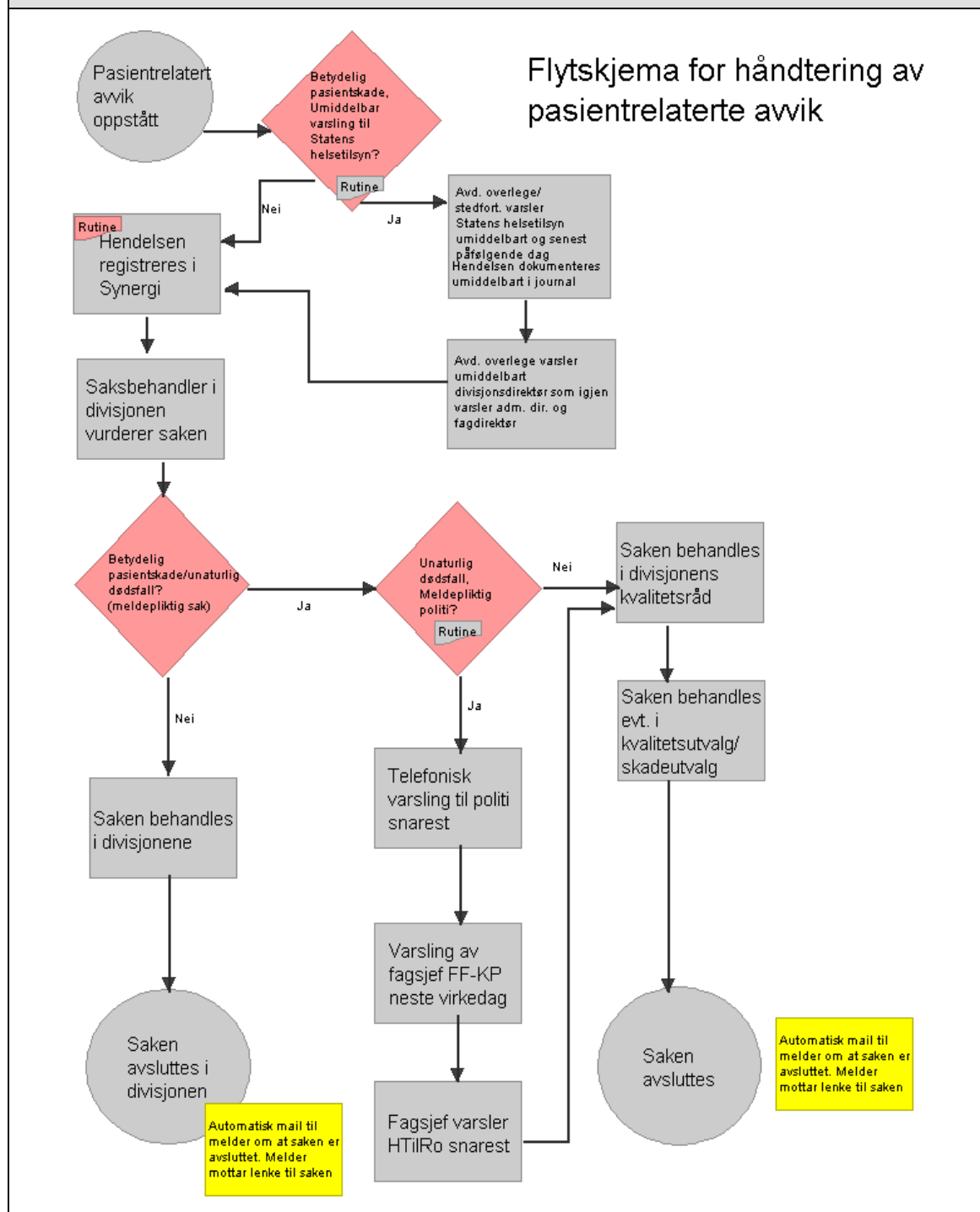
Slike alvorlege hendingar skal snarast mogleg behandlast i føretaket sitt kvalitetsråd (på nivå 2). Kvalitetsrådet drøfter hendinga med bakgrunn i Synergimeldinga og eventuelle tilbakemeldingar frå Kunnskapssenteret, og vurderer tiltak for at tilsvarende uønskt hending ikkje skal skje igjen. Vedtak skal dokumenterast i Synergisaka.

Saker som er sendt til Kunnskapssenteret (inkludert § 3-3a meldingar til Helsetilsynet), som er av prinsipiell interesse og som vert rekna for å være relevante for andre kliniske divisjonar/klinikkar, vert sendt over til føretaket sitt kvalitetsutval (på nivå 1) for å kunne bidra til læring på tvers i heile organisasjonen. Saker som er behandla i kvalitets-/pasienttryggleiksutvalet vert som hovudregel offentleggjort i ei anonymisert utgåve på føretaka sine internettsider.

Ein oversikt over talet på §3-3 saker som er meldt inn til Kunnskapssenteret er vist i punkt 3.9. Her er det verdt å merke seg at talet på §3-3 saker som er *behandla* som «reelle 3-3 saker» i kvalitetsutvala er lågare enn *meldte* hendingar til Kunnskapssenteret.

Nedanfor i figur 4 er vist eit flytskjema for handtering av pasientrelaterte uønskte hendingar.

Figur 4 – Flytskjema for handtering av pasientrelaterte avvik (Kjelde: Helse Stavanger)



Tilbakemeldingar på prosessen frå informantane våre

I intervjuet med meldarane er det eit gjennomgåande trekk at representantane både frå sjukepleiarane og frå legane gjev uttrykk for at dei i stor grad er kjend med både prosedyrane for melding av hendingar, deira eiga rolle og ansvar i høve til å melde, og kva slags hendingar som skal meldast. Fleire av legane gjev likevel uttrykk for at sjukepleiarar i større grad melder både små og store hendingar.

Dei fleste representantane frå begge faggruppene gjev uttrykk for at sjølve prosessen med å melde ei hending i Synergi er lett å forstå og enkel å utføre. Enkelte av sjukepleiarane gjev uttrykk for at nokre av kollegaene deira er usikre på korleis ein melder hendingar i Synergi. Dette heng kanskje saman med at dei sjeldan melder inn hendingar i Synergi, vert det antyda. Legane synest i større grad å ha ein høgare terskel for kva som er ei hending som er viktig og relevant nok til å verte meldt.

Fleire av informantane, særleg frå sjukepleiargruppa, gjev uttrykk for at dei opplever at det er for krevjande og omfattande å skulle skrive meldingar om uønskte hendingar i Synergi. Arbeidsmengda er så stor at ein ikkje har tid til å skrive avvikemeldingar på toppen av ein travel vakt, vert det sagt. Fleire hevdar at dei må sitje ut over ordinær arbeidstid om dette skal verte gjort, og det meiner dei ikkje er aktuelt for dei å gjere.

I intervju med *saksbehandlarane* gjev representantane frå begge faggruppene uttrykk for å vere godt kjent med kva rolle og kva for ansvar dei har i prosessen med handtering av uønskte hendingar. Informantane våre representerer både nivå 4 (t.d. funksjonsleiarar) og nivå 3 (t.d. seksjonsleiarar). Det vert forventa at alle leiarar i hovudsak følgjer opp innmeldte avvik i eiga eining, men overordna leiarar er opne for at saker vert løfta opp til neste nivå når ein funksjonsleiar har behov for det.

Det er eit gjennomgåande trekk at saksbehandlarar opplever at dei har ei viktig rolle som leiar i det å framheve viktigheita av å melde uønskte hendingar. Viss ikkje dei sjølve aktivt oppmuntrar sine tilsette til å melde hendingar, resulterer det i ein lågare meldingsfrekvens. Det er òg gjennomgåande i alle føretaka at saksbehandlarane opplever ein god kultur i føretaksleiinga med omsyn til å følgje opp innmeldte uønskte hendingar.

Representantane frå begge faggruppene opplever at melding av hendingar er ein god reiskap for erfaringslæring og forbetring, men at saksbehandlingsfunksjonen i Synergi er tungvint. Dei saknar eit system som er «så enkelt og intuitivt å nytte at ein slipp å ha fokuset sitt på eit dårleg dataprogram, og heller kan nytte tida og fokuset på korleis endringsarbeidet kan drivast best mogleg».

Synergi vert opplevd som rigid i oppbygginga; systemet blander alle typar avvik, slik at det er vanskeleg å skilje dei alvorlege og dei mindre alvorlege.

Nokre av informantane gjev uttrykk for at det er vanskeleg å saksbehandle hendingar der ein opplever ikkje å ha noko virkemiddel å setje inn, t.d. når det er meldt inn misforhold mellom pålagte oppgåver og bemanning.

I intervju med *nivå 2-direktørane* i dei fire føretaka understreker desse kor viktig det er at toppleiinga har eit kontinuerleg fokus på ein god meldekultur for å oppnå målsettingane om best mogleg tryggleik for pasientar og tilsette. Leiinga sin moglegheit til å

påverke kulturen ligg mellom anna i korleis dei følgjer opp dei meldte sakene, vert det understreka.

Døme på slik oppfølging er «Leiinga si gjennomgang», som skjer årleg, samt månadleg oppfølging av saker i kvalitetsutvalet (på føretaksnivå) og informasjon om denne ut til klinikkane. I varierende grad nyttar leiinga òg restanselistar som ein reiskap for å redusere saksbehandlingstida for Synergisaker.

Nivå 2-direktørane og dei lokale systemadministratorane peikar på at systemverktøyet Synergi er eit svakt ledd i avvikshandteringssystemet. Synergi vert karakterisert som tungvint, lite fleksibelt og med dårleg utvikling på funksjonalitet. Informantane saknar ei uttalt målsetting frå Helse Vest-nivået om kva ein ønskjer å oppnå gjennom systemverktøyet, og alle dei fire lokale systemadministratorane gjev uttrykk for at dei saknar driftsstøtte, oppfølging og samordning frå regionalt nivå.

Med HR-direktøren i RHF-et som pådrivar har det regionale HMS-rådet i 2015 gjennomført ei kartlegging av forbettringsbehov i Synergi. Eit av forslaga til forbettringstiltak gjeld nettopp kategori-klassifiseringa. Konklusjonane frå dette arbeidet er sendt over til den regionale systemansvarlege med oppmoding om vidare oppfølging.

Vi er informert om at det er sett i gang ein nasjonal prosess for å forenkle denne klassifiseringa. På oppdrag frå HOD har Kunnskapssenteret utarbeidd eit førebels forslag til felles nasjonalt klassifikasjonssystem for uønskete hendingar. Vidareføringa av dette arbeidet, mellom anna med pilottesting, skjer i samarbeid med RHF-a. Arbeidet har som føremål å tilpasse seg prosessen i WHO med å utvikle eit forenkla internasjonalt standardisert klassifikasjonssystem for uønskete pasienthendingar.

3.5 SYSTEM FOR OVERVAKING, KONTROLL OG OPPFØLGING

Problemstilling:

I kva grad er det etablert system og rutinar for overvaking, kontroll og oppfølging av handtering av uønskete hendingar i føretaka i Helse Vest?

Alle føretaka har etablert ein systematikk for å overvake, kontrollere og følgje opp uønskete hendingar, både innanfor Kvalitet og pasienttryggleik og på HMS-området. Innanfor denne systematikken har vi identifisert følgjande komponentar:

- **Pasienttryggleiksprogrammet**, som er koordinert av Helse Vest RHF. To av tiltaka i dette programmet er av særleg interesse her:
 - Faglege revisjonar der fagfolk reviderer praksis ved spesialavdelingar ved ein annan arbeidsstad i regionen.

- Team som studerer og analyserer alvorlege skadar som vert avdekka ved systematisk gjennomgang av pasientjournalar.
- **«Læring frå uønskte hendingar»:** Eit felles regionalt prosjekt (frå 2011 til 2012) i kvalitetssatsinga i Helse Vest, kor Helse Bergen hadde pådrivaransvaret. Målet med prosjektet var å leggje til rette for at uønskte hendingar frå ulike kjelder skulle kunne nyttast som grunnlag for læring og forbetring i organisasjonen.
- **Læringsmeldingar frå Helse Vest** til føretaka. Dette er tilsynsrapportar som blir sendt ut som grunnlag for læring.
- **Tilbakemeldingar frå Helsetilsynet** på § 3-3 a saker.
- **Læringsmeldingar frå Kunnskapssenteret**, basert på § 3-3 meldingar som føretaka har rapportert inn.
- **Leiinga sin (årlege) gjennomgang** av internkontrollen. Tema varierer frå gang til gang; aktuelle tema kan vere internkontroll, pasientrisiker, føretaksrisiker mm. Fleire har peika på at avvikshandtering (meldekultur og underrapportering) og læring av uønskte hendingar var ting ein måtte følge opp.
- **Kvalitetsutvalet/pasienttryggleiksutvalet** er eit rådgjevande organ for administrerende direktør innan kvalitetsforbetring og pasienttryggleik. Oftast er det dei mest alvorlegaste sakene og saker med læringsverdi som blir tatt opp her. Utvalet gir tilbakemelding til klinikkane via referat frå møtet og kommentarar vert lagt inn i saken i Synergi. § 3-3-saker står alltid på sakslista.
- **Årshjul (for Kvalitet/pasienttryggleik og HMS)** som er ein kontinuerleg prosess for internkontroll, der ulike tema blir sett på agendaen gjennom året. Det kan vere å avklare verksemda sine oppgåver, kartlegge myndigheitskrav, risikokartlegging, gjennomgang av uønskte hendingar og gjennomgang av revisjonar og tilsyn mm.
- **Interne revisjonar** – alle føretaka har på plass årsplan for interne revisjonar.
- **Hendingsanalyse.** Alvorlege hendingar vert analysert for å sikre nødvendig læring ut i organisasjonen. Sluttresultatet er ein rapport som dokumenterer kva som skjedde i den aktuelle situasjonen, og som konkluderer med årsaka til den uønskte hendinga.
- **ROS-analysar** – alle føretaka gjennomfører risiko- og sårbarheitsanalysar.
- **AMU** – alle føretaka har arbeidsmiljøutval kor saker knytt til HMS/tilsette vert handtert. Det finst òg verneombod i klinikkane som er kjøpt fri for å løfte Synergisaker inn i dei respektive klinikk-AMU. I tillegg finst arbeidsmiljøutval på føretaksnivå (FAMU). Dei ulike rollane samarbeider og systemet bidrar til auka fokus på læringseffekten av HMS-saker.
- **HMS-rådet** – eit regionalt utval leia av HR-direktøren, beståande av føretaks-hovudverneomboda og HMS-leiarane i føretaka.

Fleire av informantane våre blant dei lokale systemeigarane og systemforvaltarane uttaler at ein burde hatt auka fokus på dei alvorlegaste hendingane, og at det er ein utfordring å formidle erfaringa frå rapporter til læring i organisasjonen. Ein må skaffe seg ein oversikt over organisasjonen sine samla avvik.

Systemverktøyet opnar for omfattande rapportering og analysemoglegheiter. Men vi får opplyst at kompetansen ute i organisasjonen per i dag ikkje er god nok til å utnytte systemet i tilstrekkeleg grad.

3.6 RISIKOVURDERINGAR

Problemstilling:

I kva grad ligg risikovurderingar til grunn for rutinar, kontroll og oppfølging av handteringa av uønskte hendingar?

Det er ikkje etablert eit tydeleg system eller rutinar for vurderingar av kor risikoen er størst for at avvikshandteringssystemet ikkje vert nytta som føresett. Mange av informantane våre meiner likevel at den største risikoen er at uønskte hendingar ikkje blir meldt, og at ein derfor kan gå glipp av viktig styringsinformasjon. Årsakene til manglande rapportering kan være mange, får vi opplyst: haldningar/meldekultur, manglande kompetanse, vegring for å melde kollegaer og at det å skulle melde vert opplevd som komplisert og tidkrevjande. Dessutan vert alvorlege skader ikkje alltid oppdaga raskt, medan pasienten framleis er innlagd.

Tilbakemeldinga som vert gitt til meldar i Synergi er ein automatisk generert e-post som inneheld ei lenkje til vedkomande Synergisak. I denne lenkja vil meldar kunne få opp og lese heile saka, inklusive den individuelle tilbakemeldinga frå leiar. Fleirtalet av saksbehandlarane har òg peikt på at saksbehandlingsfunksjonen er tidkrevjande og tungvint. Kategoristrukturen i Synergi vert sett på som for omfattande og upraktisk; det vert hevda at det finst for mange val og kategoriar og at det her trengs ei opprydding.

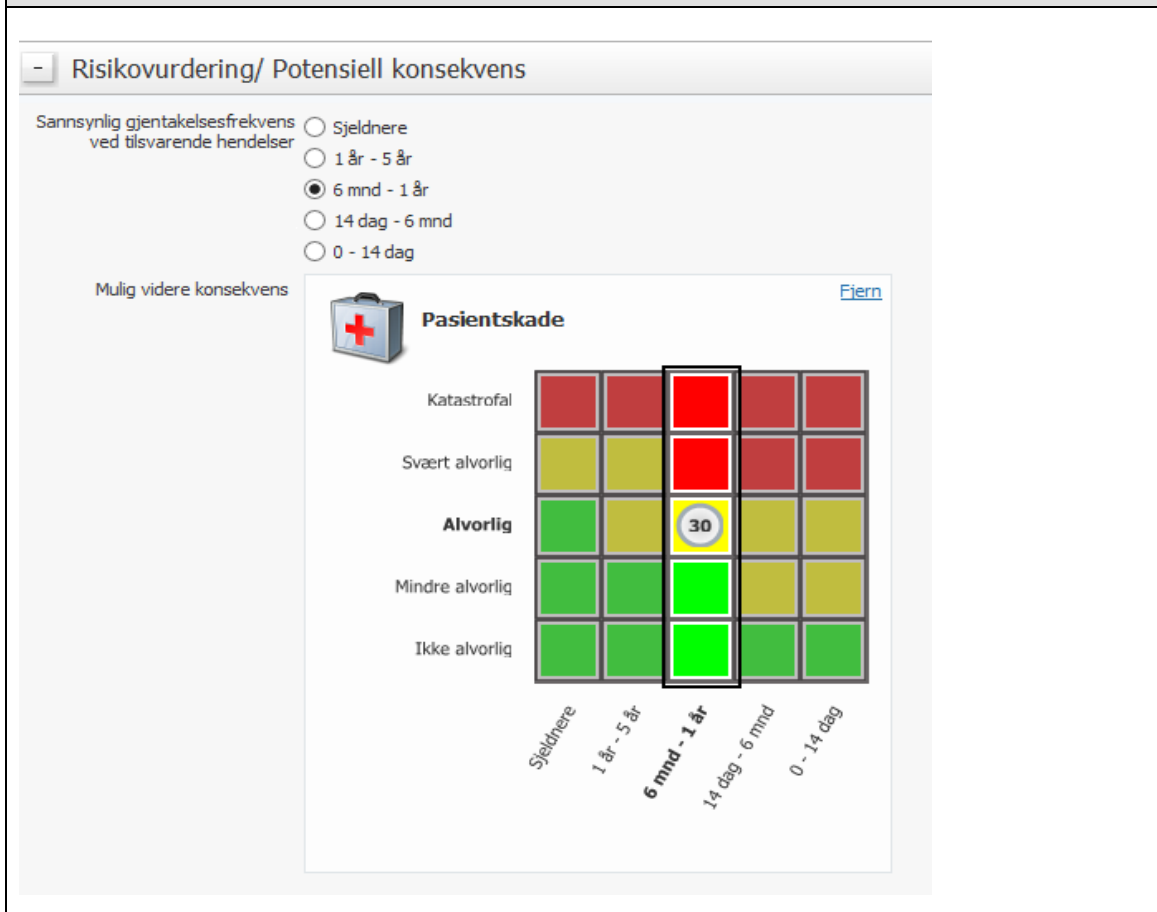
Alle føretaka har på plass prosedyrar som omfattar risikovurderingar, som til dømes at ansvarleg på vakt skal vurdere om bemanninga på den aktuelle vakta er tilstrekkeleg. Fleire informantar (i hovudsak sjukepleiarar) uttaler at dei har meldt inn hendingar i Synergi når dei har opplevd at bemanninga er uforsvarleg liten i høve til pålagte oppgåver. Dei gjev uttrykk for frustrasjon over manglande oppfølging frå leiarhald, eller tilbakemelding om at «slike saker skal ikkje meldast i Synergi». Det kjem ikkje fram om den meldte frustrasjonen gjeld situasjonar med ekstraordinær arbeidsbelastning, eller om den gjeld opplevd for låg bemanning generelt.

Synergi inneheld ei risikomatrise som er felles for heile Helse Vest. (Sjå [figur 5](#) nedanfor.) Denne kjem automatisk opp i skjermbiletet ved registrering av ei hending (gjeld både pasientrelaterte hendingar og HMS/tilsettskadar). Langs den horisontale aksen legg ein inn - i eitt av fem definerte tidsintervall - kor sannsynleg det er at ei uønskt hending skal inntreffe igjen. Langs den vertikale aksen legg ein inn - i ein av fem angjevne graderingar - den potensielle konsekvensen av hendinga. Ved å multiplisere

verdiane ein legg inn på kvar akse med kvarandre, kjem ein fram til risikoen for at den aktuelle hendinga skal inntreffe.

Dei angjevne tidsintervalla og graderingane er ikkje utan vidare eintydige, og er heller ikkje nærare definerte. Til dømes vert det ikkje presisert om den sannsynlege gjentakingsfrekvensen gjeld ved eiga avdeling eller heile føretaket. Likeins er det ikkje forklart til dømes kor grensa går mellom ei «alvorleg» og ei «svært alvorleg» hending.

Figur 5 – Risikomatrise henta frå Synergi



I oppfølginga av meldte saker i Synergi kan ein i dag ikkje sortere etter graden av alvor på hendingane. I følge informantane våre skuldast dette at risikomatrisa (ein «trafikklysfunksjon» som indikerer risikograd) berre delvis vert nytta, noko som blant anna heng saman med at valet/funksjonen ikkje er obligatorisk å fylle ut. Eit uttrekk av Synergital frå to tilfeldig utvalde månader i 2014 bekreftar at trafikklysfunksjonen berre vert nytta i eit fåtal av sakene. Dette gjeld for alle føretaka.

Systemforvaltarane i Bergen og Stavanger påpeiker at det burde vore gjort fleire risikovurderingar på systemnivå. Det vert sagt at grunnen til at dette ikkje blir gjort, kan skuldast for låg kapasitet i kvalitetsseksjonen. Dessutan er systemet for stivbeint i forhold til å gi moglegheiter til å søkje opp områder som peiker seg ut som utfordringar, vert det sagt. I Fonna opplever saksbehandlarar at fokuset på «korleis får eg gjort jobben i Synergi», tek merksemda bort frå den innhaldsmessige løysinga av saka.

3.7 EVALUERINGAR SOM GRUNNLAG FOR NØDVENDIGE ENDRINGAR

Problemstilling:

I kva grad gjennomfører føretaka vurderingar/evalueringar av retningslinjer og praksis, og nyttes desse til å gjennomføre nødvendige endringar?

Alle føretaka har rutinar for å gjennomgå retningslinjer og prosedyrar. Bergen, Fonna og Førde sine dokument har alle påført dato for revisjon og eit versjonsnummer. Stavanger er det einaste føretaket som òg har lagt inn ein framtidig frist for neste revisjon av dokumenta.

Som omtalt i kapittel 3.5 har leiinga (nivå 1) i kvart føretak ein årleg gjennomgang av internkontrollen, kor tema som føretaksrisiker og pasientrisiker vert tatt opp. Aktuelle tema som går igjen er avvikshandtering (særleg meldekultur og underrapportering) og læring frå uønskte hendingar. Det finst òg faglege samlingar (nivå 2-4) kor praksis vert diskutert. Uønskte hendingar er jamleg tema i desse samlingane.

Hendingsanalyse er ein metode som vert nytta av føretaksleiinga for å gjennomgå hendingar som har ført til betydeleg skade. Målet er å finne ut kva som har skjedd, kvifor det skjedde og korleis ein kan førebyggje at liknande uønskte hendingar gjentar seg. Dette er ein arbeidskrevjande metode som vert gjennomført ved å innhente fakta, beskrive sjølve hendingsgangen, analysere hendinga og sjå på bakanforliggande årsaker.

Kunnskapssenteret gjev tilbakemeldingar til føretaka på § 3-3 meldingar dei får inn. Som hovudregel vert denne tilbakemeldinga lagt inn i avvikssystemet, slik at den vert tilgjengeleg for den som har meldt saka, og andre med tilgang til ho. Læringsverdien varierer, i følge fleire av informantane.

Når det gjeld § 3-3a saker som blir meldt til Helsetilsynet, er inntrykket at desse vert grundig saksbehandla i føretaka og i ettertid brukt til vidare læring i organisasjonen.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) tok i 2014 imot 530 saker frå føretaka i Helse Vest. Dette er òg saker som vert nytta til læring. NPE er oppteken av å formidle kunnskap om pasientskadar, og ønskjer at konklusjonane deira kan nyttast i arbeidet med å førebyggje skadar og auke tryggleiken til pasientane. Fleire prosjekt er starta med utgangspunkt i dette ønsket; innan fødselsomsorg, mage-/tarmkirurgi, ortopedi og psykiatri.

Synergi har ikkje krav om årsaksanalyse. Under utfylling av «Årsaksvurdering» er det obligatorisk å fylle ut feltet «Årsaksbeskrivelse» med noko informasjon i fritext. Det etterfølgjande feltet «Aktuelle årsakskategorier», som inneheld spesifikke kategoriar og underkategoriar og som vert nytta som grunnlag for analysar, er ikkje obligatorisk å fylle ut.

Dette inneber at ei sak kan avsluttast utan at slik verdifull informasjon vert registrert. På bakgrunn av dette får ein difor ikkje alltid identifisert dei bakanforliggjande årsakene til uønskete hendingar, slik at korrigierende tiltak kan setjast i verk. Dette vert bekrefte i intervju, der dei fleste informantane gjev uttrykk for at føretaka kan verte betre både på saksbehandling og på å hente ut læringseffekt av saker som vert meldt inn. Fleire opplever at saker som vert meldt i Synergi ikkje fører til ønskt endring. Dersom ei sak berre vert avslutta med «tatt til etterretning», kan det medføre at læringseffekten vert skadelidande.

Det finst òg ordningar for oppfølging av tilsette i vanskelege situasjonar, som til dømes ved pasientskadar eller skadar på tilsette. Desse vert kalla kollegastøtte og debriefing. Mange av informantane kjenner til at det finst slike ordningar, men ikkje alle har nytta seg av dei. Kollegastøtte vert omtalt som førstehjelp satt i system, kor utvalde tilsette får opplæring i å være kollegastøttepersoner. Debriefing er eit tiltak som vert initiert av linjeleiar etter spesielle hendingar og kor dei som var involvert i hendinga deltek. Hovudhensikta med ei debriefing er å hjelpe dei involverte til å bearbeide hendinga; ei tilleggshensikt er å prøve å forstå kva som skjedde.

3.8 INFORMASJONSUTVEKSLING OG SAMARBEID MELLOM HELSEFØRETAKA

Problemstilling:

I kva grad vert informasjon utveksla /samarbeider helseføretaka i Helse Vest for å sikre lik praksis og effektiv handheving av regelverk og retningslinjer for handtering av uønskete hendingar?

På dette spørsmålet får vi sprikande tilbakemeldingar, både når det gjeld samarbeid i eigen organisasjon og på tvers av føretaksgrenser. Informantane gjev ikkje uttrykk for at det finst faste rutinar og praksis for informasjonsutveksling eller samarbeid mellom helseføretaka, men at det finst uformelle samtalar rundt avvikshandteringa.

Informantar blant dei lokale systemeigarane etterlyser engasjement frå den regionale leiinga i kva ein ønskjer å få ut av avvikshandteringssystemet. Dei meiner at ein burde hatt eit formalisert treffpunkt på systemeigarnivå, og at det må setjast ned ei regional gruppe som definerer kva slags avvikssystem ein ønskjer i Helse Vest. Det vert uttalt at det viktigaste må vere å få på plass eit systemverktøy som er tenleg, slik at ein er i

stand til å fange opp behova i føretaka. På den måten kan organisasjonen konsentrere fokuset på sjølv kvalitets- og forbetningsarbeidet.

Alle dei lokale systemforvaltarane gjev uttrykk for at den regionale systemeigarfunksjonen må verte meir synleg og proaktiv. Føretaka har behov for dialog kring t.d. behov for systemtilpassingar, samt annan brukarstøtte i systemforvaltninga, meiner dei.

Systemforvaltarane i føretaka gjev òg uttrykk for at mykje av dette kunne vore løyst dersom samarbeidet mellom dei fire lokale systemforvaltningane hadde vorte formalisert og intensivert. Dei er frustrerte over manglande initiativ frå den regionalansvarlege instansen, og over manglande respons på kontakter dit. Det vert dessutan uttrykt frustrasjon over at funksjonen med ein regional kontaktperson/ressursperson ikkje er blitt erstatta etter at den førre stillingsinnehavaren slutta i stillinga for to år sidan. Vi har fått opplyst at det nyleg er utpeikt nye ressurspersonar i Helse Vest IKT som skal gje føretaka teknisk brukarstøtte i Synergi som ein del av det regionale systemforvaltaransvaret sitt.

I tillegg til den registreringa som skjer gjennom Synergi, vert det i alle føretaka gjennomført ei meir omfattande innhenting av informasjon om pasientskader ved ein systematisk journalgjennomgang. Metoden som vert brukt er Global Trigger Tool (GTT). GTT er utvikla av Institute for Healthcare Improvement (IHI), og er ein metode for strukturert journalgjennomgang, utvikla for å kartlegge førekomsten av pasientskader. Funna vert følgt opp av Pasienttryggleiksprogrammet.

Som eit ledd i den regionale Kvalitetssatsinga i Helse Vest har ein òg gjennomført opplæring, mellom anna i årsaksanalyser med utgangspunkt i Synergi-systemet.

3.9 ETTERLEVING

Problemstilling:

I kva grad blir retningslinjer og prosedyrar for handtering av uønskte hendingar etterlevd i føretaka i Helse Vest?

Mange av informantane våre (i alle føretaka) gjev uttrykk for at det truleg er ei underrapportering av uønskte hendingar i Synergi. Den same oppfatninga kjem tidvis òg til uttrykk i rapportar og styresaker frå føretaka. Det ligg ikkje føre nokon dokumentasjon over kva slags hendingstypar som skal vere underrapportert. Alle dei nemnte kjeldene antyder likevel at det hovudsakleg gjeld hendingar utan konsekvensar, eller mindre alvorlege hendingar. Som moglege årsaker til slik underrapportering nemner informantane: Tidspress, usikkerheit grunna manglande opplæring, resignasjon som følgje av oppleving av manglande tilbakemelding og manglande oppfølging.

Informantane våre i alle føretaka fortel at meldekulturen er på veg opp. Fleire av dei stiller likevel spørsmål ved om det er dei rette typane av hendingar som vert meldt. Blant meldingane er òg hendingar kor dei tilsette har ulik oppfatning av kor vidt dei skal meldast i avvikssystemet.

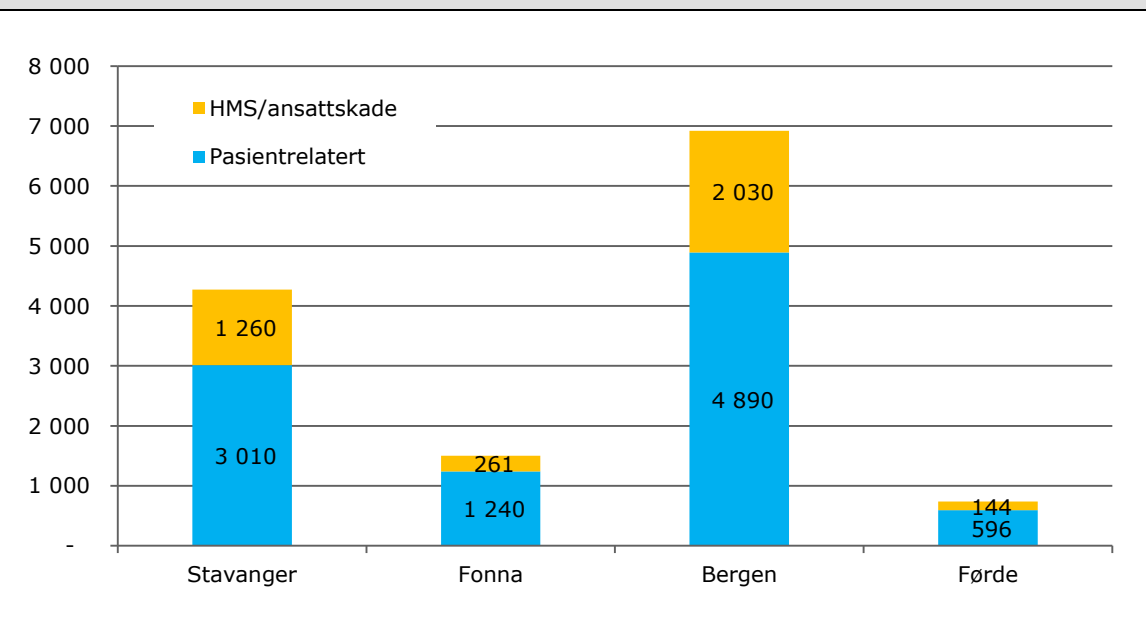
Biletet av at det er ei viss underrapportering vert bekrefta i ei evaluering av meldeordninga til Kunnskapssenteret som SINTEF i 2014 gjorde på oppdrag frå HOD:

«Evalueringen peker på at en fortsatt har en underrapportering av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, men at en mangler kunnskap om det er systematiske skjevheter i hvilke hendelser som meldes.»

Heller ikkje i Helse Vest har ein kunnskap om kor vidt det er systematiske skeivheiter i kva for hendingar som vert meldt. Talmaterialet viser likevel at innan alle dei fire hovudkategoriane er mønsteret det same: talet på meldte hendingar utan konsekvens er langt høgare enn på hendingar med konsekvens.

Figur 6 viser talet på meldte pasientrelaterte og HMS/tilsetterelaterte hendingar fordelt på dei fire sjukehusføretaka i regionen. Fordelinga samsvarer stort sett med den relative storleiken føretaka imellom. Talet på meldte saker kan difor tyde på at graden av etterleving av meldeplikten er omlag lik i alle føretaka.

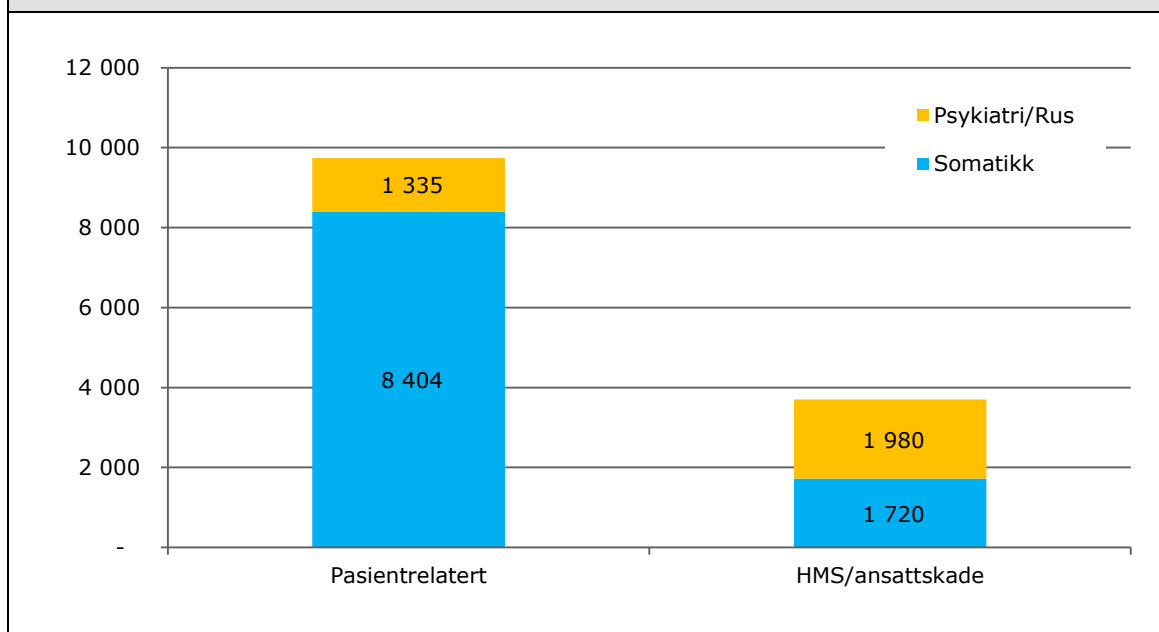
Figur 6 – Meldte pasientrelaterte og HMS-/tilsetterelaterte hendingar 2014 – fordelt på føretaka



Ser ein derimot på mengda av meldte hendingar i føretaka som gjeld HMS/tilsette, samanlikna med pasientrelaterte hendingar, vil ein sjå at tilhøva er annleis i dei to store føretaka enn i dei to små. Medan HMS/tilsette-hendingar i Stavanger og Bergen utgjer om lag 30 % av alle dei uønskde hendingane, er det tilsvarende talet i Fonna og Førde om lag 18 %.

Det har ikkje vore ein del av revisjonen å undersøkje nærare kva dei bakanforliggjande årsakene til denne forskjellen kan vere. Figur 7, som splittar opp førekkomsten av uønskte hendingar mellom somatikk og psykiatri/rus, kan likevel gi ein peikepinn på ein mogleg samanheng³. Innanfor den somatiske delen av sjukehusverksemda utgjer førekkomsten av HMS/tilsettehendingsar 17 % av alle dei uønskte hendingane. Innan psykiatri/rus er biletet det motsette: førekkomsten av HMS/tilsettehendingsar utgjer 60 % av alle dei uønskte hendingane. Som vist i figur 3 (i kapittel 2.5) ovanfor, stemmer dette godt overeins med den høge førekkomsten av hendingar med vald og truslar mot tilsette særleg i Stavanger og Bergen.

Figur 7 – Meldte pasientrelaterte og HMS-/tilsetterelaterte hendingar i Helse Vest 2014 – fordelt på somatikk og psykiatri/rus



«§ 3-3 hendingar» meldt til Kunnskapssenteret

Helseføretaka si plikt til å melde frå til Kunnskapssenteret om hendingar som har – eller kunne ha – ført til «betydelig personskade på pasient» følgjer av spesialisthelsetestelova § 3-3. Tabell 2 viser at i 2014 vart i alt 21 % av meldingane om pasientrelaterte hendingar i Helse Vest meldt til Kunnskapssenteret.

Internrevisjonen har ikkje undersøkt kva dei tilsvarende førekkomstane er i dei andre helseregionane. Vi har fått opplyst at Helse Vest er den einaste helseregionen som har lagt opp til at det er *meldar* som skal avgjere om meldinga skal vidaresendast til Kunnskapssenteret. I dei andre regionane er dette ansvaret lagt til *saksbehandlar*. Kor vidt dette influerer på talet på innmeldte saker, har vi ikkje kunnskap om.

I SINTEF si evaluering av meldeordninga til Kunnskapssenteret frå 2014 uttalte dei at «kriteriene for hva som skal meldes gir rom for tolkning og varierende praksis, noe som går ut over kvaliteten på data som Kunnskapssenteret forvalter og som de bruker i sine analyser». Det

³ Det er eit lite avvik i sumtala for meldingstypane i dei to figurane, utan at det påverker totalbiletet. Årsaken er ulike eksportmetodar frå Synergi.

er difor vanskeleg å ha ei grunngeve oppfatning av kva som vil vere ein tilnærma korrekt prosentdel av slike saker i høve til intensjonen i lova.

Som det går fram av tabellen, er førekomsten av § 3-3 hendingar lågast i Stavanger og Bergen, medan Fonna har ein litt høgare førekomst. Førde skil seg ut med ein langt høgare del slike saker. Korkje talgrunnlaget eller intervju med informantane våre gjev nokon forklaring på dette.

Tabell 2 – Pasientrelaterte hendingar meldt til Kunnskapssenteret («§ 3-3 hendingar») i 2014

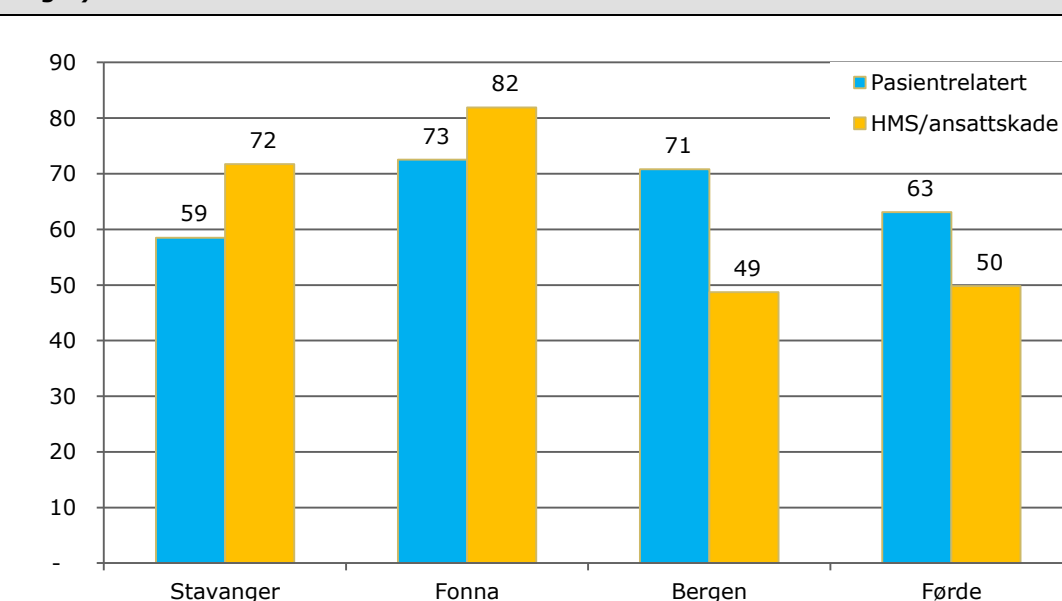
Føretak	Tal saker	§ 3-3 saker	Andel § 3-3 saker
Stavanger	3 008	591	20 %
Fonna	1 240	274	22 %
Bergen	4 895	986	20 %
Førde	596	189	32 %
Totalt	9 739	2 040	21 %

Saksbehandlingstid

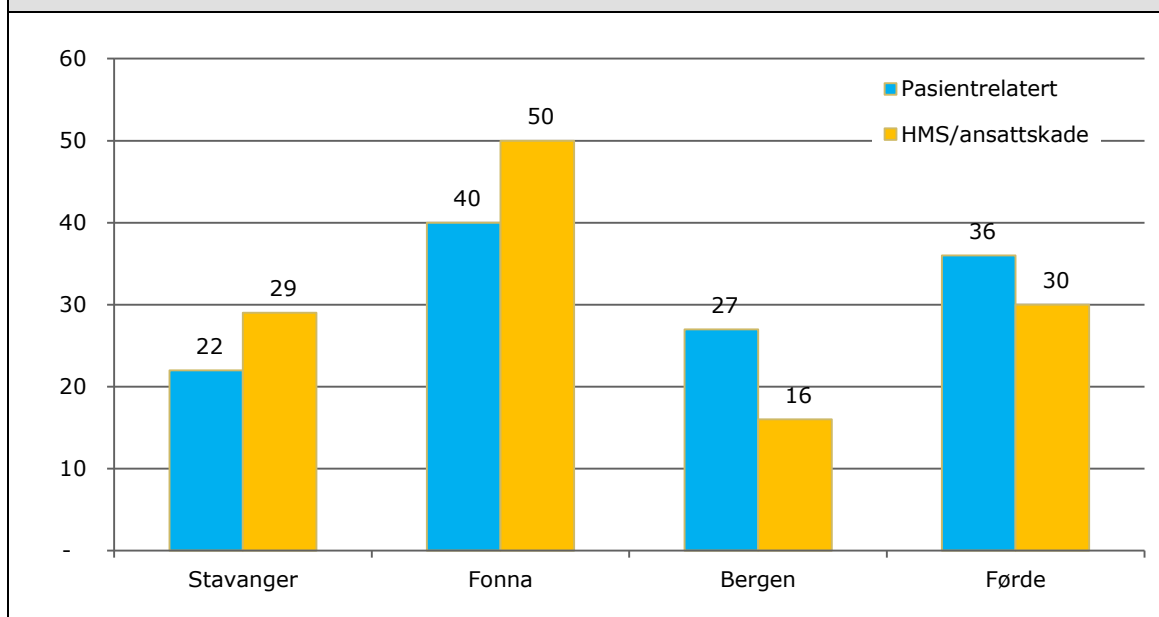
Vi skal her vise to figurer for saksbehandlingstid. Den første (figur 8) viser vanleg gjennomsnitt i dagar, den andre (figur 9) median saksbehandlingstid. Gjennomsnittstala er noko høgare enn medianen fordi enkelte sakar med svært lang saksbehandlingstid trekk opp gjennomsnittet.

Det synest ikkje å vere klåre mønstre som peikar seg ut, men vi kan observere at tilsynelatande lange gjennomsnittlege saksbehandlingstider visar seg på ein annan måte når vi bruker mediantal.

Figur 8 – Uønskete hendingar meldt i Synergi i 2014 – Gjennomsnitt saksbehandlingstid (i dagar)



Figur 9 – Uønskete hendingar meldt i Synergi i 2014 – Median saksbehandlingstid (i dagar)



Figurane antyder, og grunnlagstala viser klart, at ein god del uønskete hendingar registrert i 2014 er blitt liggande som ikkje avslutta i tildels svært lang tid.

Vi får opplyst at saker vert avslutta i Synergi sjølv om dei oppsette tiltaka ikkje er gjennomført, men overført til handlingsplanar for vidare oppfølging. I følgje nokre av informantane gjer ein slik praksis det vanskeleg å følgje med på om tiltaka i dei avslutta Synergisakene faktisk vert følgt opp i praksis. Vi kan legge til at slike skilnader i praksis òg gjer det vanskeleg å samanlikne mellom føretaka for styringsformål.

Helse Førde er det einaste av føretaka i Helse Vest kor vi i ansvarsbeskrivinga finn ein tidsfrist for når ei melding skal vere ferdig saksbehandla. Der heiter det at næraste overordna/einingsleiar/seksjonsleiar er ansvarleg for innan 1 månad å avslutte saka slik at det automatisk går ein e-post til meldar, som då får sjå alt som er skreve i saka. Føretaket opplyser at denne formuleringa ikkje er eit aktivt driftsmål, men (berre) er ein referanse til ein innebygd frist i Synergi.

4 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

4.1 VURDERINGAR

4.1.1 RETNINGSLINJER OG PROSEDYRAR

Det regionale helseføretaket har det overordna ansvaret for handtering av uønskte hendingar i helseregionen. Dette er mellom anna kome til uttrykk i Oppdragsdokument 2013 (jf. side 9):

«For å sikre at uønskte hendingar og funn frå tilsyn blir fanga opp i heile organisasjonen, må Helse Vest RHF leggje til rette for at underliggjande helseføretak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.»

Då Synergi vart satt i (ordinær) drift i 2008, vart det dessutan vedteke å leggje systemeigarskapen til regional fagdirektør. Han har i ettertid delegert myndigheita til å utøve den overordna, regionale systemeigarskapen for Synergi til leiaren for seksjon for pasientsikkerheit i Helse Bergen. Denne seksjonen har òg den lokale systemeigarskapen for Helse Bergen. At seksjonsleiaren på denne måten er pålagt å inneha to ulike funksjonar, kan innebere ein ressursfordelingskonflikt, til dømes ved prioritering av ressursar.

Det ligg ikkje føre felles retningslinjer eller prosedyrar for handtering (altså registrering og saksbehandling) av uønskte hendingar i Helse Vest. Alle dei kontrollerte helseføretaka, utanom det regionale nivået, har etablert eigne retningslinjer og prosedyrar. Dei einaste identiske prosedyredokumenta som internrevisjonen har funne, er brukarrettleiarane for meldarar og saksbehandlarar i Synergi. Sjølv om begge desse er merka med «Helse Bergen» som opphav, gjev dei inntrykk av å vere felles for heile helseregionen. Etter internrevisjonen si vurdering vil det vere ein fordel om retningslinjer og prosedyrar som i realiteten er felles, vert merka som regionale Helse Vest-dokument.

4.1.2 KORLEIS RETNINGSLINJER OG PROSEDYRAR VERT GJORT KJENT

Retningslinjene og prosedyrane vert i dag hovudsakleg kommunisert munnleg gjennom kurs for nytilsette, og er dessutan skriftleg gjort kjent for alle tilsette. Den skriftlege informasjonen finst på intranett, i føretaka sine kvalitetshandbøker, som e-læringskurs og i personalhandboka. Dei fleste av informantane våre opplyser å ha tileigna seg denne informasjonen gjennom ein eller fleire av dei nemnte kanalane. Nokre av dei gjev likevel uttrykk for at det er deler av denne informasjonen dei ikkje er kjende med.

I dei fire helseføretaka kan alle tilsette melde ei hending i Synergi via intranett ved å klikke på ei lenkje som er tydeleg plassert på hovudsida («Meld uønskt hending»). I RHF-et er tilsvarende lenkje på RHF-et si intranetthovudsida reservert for «Meld miljøavvik», og melding av uønskete hendingar krev at ein går ein omveg via Personalhandboka før ein kan finne ei lenke. Etter vårt syn bør RHF-et vurdere å ha ei tilsvarende tydeleg og enkel tilkomst til Synergi som føretaka allereie har.

4.1.3 ORGANISERING

I den dokumentasjon internrevisjonen har innhenta, finst det inga overordna føringar eller retningslinjer for korleis ansvaret for uønskete hendingar skal organiserast i helse-regionen. Likevel framstår fordelinga av ansvar og roller - og organiseringa av arbeidet - som svært lik føretaka imellom. Kvart føretak har utpeika ein systemeigar med lokalt systemansvar, og ein forvaltar av systemverktøyet Synergi.

I føretaka er ansvaret for enkeltsaker og for gjennomføring av forbetringstiltak lagt til linjeleiinga. Ansvaret og arbeidet med å stimulere til førebyggjande og kvalitetsfremjande arbeid og å opparbeide ein god meldekultur, er lagt til føretaksleiinga og til føretaket sitt kvalitetsutval/pasienttryggleiksutval. Denne rollefordelinga mellom utval og linjeleiing, og mellom dei ulike linjenivåa, verker klår blant dei tilsette i alle føretaka.

Organisatorisk er det ulike einingar i føretaka som har ansvaret for kvalitet/pasienttryggleik og for HMS/tilsette. Føretaka sitt ansvar for desse områda er heimla i ulike lover, og områda er òg fagleg ulike. Etter internrevisjonen sitt syn er denne organisatoriske delinga greitt grunngjeve. I all hovudsak ser rolle- og ansvarsfordelinga ut til å verke godt.

Systemverktøyet Synergi er felles for handteringa av alle uønskete hendingar. I alle føretaka i regionen er den lokale systemforvaltninga lagt til den administrative eininga for kvalitet og pasienttryggleik, som er det mest omfattande fagområdet og med det klårt største talet på hendingar. Internrevisjonen har ingen kommentarar til denne organiseringa.

4.1.4 PROSESS FOR SAKSBEHANDLING

Tanken bak systemet for handtering av uønskete hendingar er at ein vil ha ein prosess som legg til rette for at både einskildmedarbeidarar og organisasjonen kan og skal lære av uønskete hendingar. Målet er at dei tilsette skal melde alle slike hendingar – store som små - og ansvaret for å saksbehandle og følgje opp desse meldingane er lagt til lågast forsvarlege leiarnivå ute i organisasjonen. Oppover i organisasjonen har det overordna læringsaspektet størst fokus, og rapportar og analyser skal brukast som styringsreiskap for å oppnå den ønskete læringseffekten. Synergi er det felles systemverktøyet som skal drive prosessen med å få heile organisasjonen til å oppnå desse måla.

Det at Synergi vert opplevd som komplisert og for lite brukarvennleg, gjer at data som vert registrert ikkje nødvendigvis gjev eit korrekt grunnlag for rapportar/analyser som seinare vert henta ut. Kvalitetssikring av data som vert lagt inn, er viktig for at ein betre kan stole på statistikken og analysane som vert henta ut. Det er grunn til å tru at ein for omfattande kategoriinndeling i Synergi har gjort rapporterings- og analysearbeidet tungvint og tidkrevjande. Det pågåande nasjonale arbeidet med å forenkle og samkjøre kategoriane vil truleg lette dette arbeidet.

Revisjonen viser at saksbehandlingstida målt som gjennomsnitt og mediantal varierer, både mellom føretak og mellom type hending. Det synest ikkje å vere klare årsaksforklaringar på skilnader. Fleire av føretaka brukar aktivt restanselister som eit verkemiddel for å halde saksbehandlingstida nede. Samla for pasientsaker og HMS-saker er medianen for saksbehandlingstid i Bergen, Stavanger og Førde om lag 30 dagar, mens Fonna ligg på 47 dagar.

Internrevisjonen har vurdert om det ville vore gagnleg å tilrå at ein vurderer å innføre ein maksimal saksbehandlingstid for Synergisaker. Helse Bergen har i ein kommentar peikt på at eit slikt krav ikkje vil understøtte god læring, då nokre saker vil trenge lengre saksbehandlingstid. Allereie i dag er det ei utfordring at mange saker vert avslutta tidleg, utan at årsak og tiltak er dokumentert og evaluert. Helse Bergen opplyser at dei er i gang med å utvikle kvalitetsindikatorar for saksbehandlinga. Dette er eit godt initiativ, som bør kunne gjennomførast som eit regionalt prosjekt. Som ein del av dette arbeidet bør ein etter vårt syn vurdere å innarbeide eit mål om maksimal saksbehandlingstid.

4.1.5 OVERVAKING, KONTROLL OG OPPFØLGING

På bakgrunn av at alle føretaka har etablerte system og rutinar på plass for handteringa av uønskte hendingar, er det urovekkjande at så mange av informantane våre gjev tilbagemelding på at det er vanskeleg å ta ut gode og pålitelege rapportar som grunnlag for analysar og oppfølging. Her spelar nok fleire faktorar inn. Den nemnte kategoriinndelinga er omfattande og vert opplevd som til dels ulogisk i oppbygging. Det er manglande risikovurdering i einskildsaker og det er naudsynt med tilleggsopplæring for å ta ut rapportar i Synergi. I sum medfører det at rapportane i liten grad kan nyttast til styring, får vi opplyst.

Per i dag synest ikkje helseregionen å ha bygd opp god nok kompetanse ute i føretaka til å utnytte systemet på ein optimal måte i sakshandsaminga og for analysar. Dette gjer dei unødig sårbare med omsyn til kapasitet og kompetanse. Det har òg vist seg å vere ei utfordring å formidle læring frå uønskte hendingar ut i føretaksorganisasjonen.

Leinga både i helseregionen og i føretaka bør vurdere tiltak for å gje fleire tilsette naudsynt kompetanse i å bruke Synergi som styringsverktøy (rapportuttak, analyser).

4.1.6 RISIKOVURDERINGAR

Det er ikkje etablert eit tydeleg system eller rutinar for vurderingar av kor risikoen er størst for at avvikshandteringssystemet ikkje blir nytta som føresett. Etter internrevisjonen si vurdering er dette tilhøve som bidreg til å auke faren for underrapportering eller at ikkje dei «rette» hendingane blir rapportert.

I tillegg til denne risikoen saknar fleire av informantane blant lokale systemeigarar og systemforvaltarar eit større fokus på dei alvorlegaste hendingane.

Synergi sin funksjon for risikovurdering av uønskte hendingar er ikkje obligatorisk og vert nytta berre i eit fåtal av sakene. Dette er etter vårt skjønn uheldig. Omgrepa for å beskrive den sannsynlege konsekvensen av ei uønskt hending er heller ikkje definerte i meldebiletet i Synergi. Vi finn inga rettleiing der som til dømes presiserer om den sannsynlege gjentakingsfrekvensen gjeld ved eiga avdeling eller heile føretaket. Heller ikkje får meldaren rettleiing i kva som skal til for at ei uønskt hending er «alvorleg», eller kva som skil ei «alvorleg» hending frå ei «svært alvorleg» hending. Den regionale systemansvarlege bør ta initiativ til at ei slik rettleiing vert innarbeidd i Synergi som dialogboksar i funksjonen «Risikovurdering». Likeins bør ein vurdere å gjere bruken av funksjonen for risikovurdering obligatorisk i meldinga av alle uønskte hendingar.

Utan risikovurdering vert det vanskeleg å ta ut rapporter som gjev eit klart risikobilet av dei uønskte hendingane organisasjonen har, eller å gjere rapportuttrekk til dømes basert på «raude hendingar». Etter internrevisjonen si vurdering får føretaka dermed ikkje utnytta fullt ut det potensialet som systemet opnar for. Ein bør leggje til rette for at alle leiarar/saksbehandlarar kan hente ut frå Synergi den styringsinformasjonen dei treng for å kunne følgje opp uønskte hendingar på ein optimal måte.

Dei mange moglegheitene for rapportering og analyse er ein styrke ved dette systemverktøyet. I oljenæringa vert Synergi brukt systematisk for å kartlegge risikopunkt, og erfaringskartlegging brukt som grunnlag for å gjere risikovurderingar på (nye) områder ein skal gå inn på. Vi er ikkje kjent med at tilsvarende vert gjort i Helse Vest. Dette bør vurderast.

4.1.7 EVALUERINGAR AV RETNINGSLINJER OG PRAKSIS SOM GRUNNLAG FOR ENDRING

Alle føretaka har på plass rutinar for å gå igjennom retningslinjer og prosedyrar, men det er berre Stavanger som har påført dokumenta tidspunkt for neste revisjon. Etter

vårt skjønn er dette ein verdifull rutine, som òg dei andre føretaka bør vurdere å innføre.

Føretaka evaluerer praksisen på ulike måtar, som til dømes leiinga si årlege gjennomgang, i faglege samlingar og i avdelingsmøter. Tema som meldekultur og læring frå uønskte hendingar vert tekne opp her. I saker kor den uønskte hendinga har ført til betydeleg skade, vert det gjort hendingsanalysar for å kartleggje årsakene til hendinga. Alle desse tiltaka er godt egna til å bidra til auka læring og endring i organisasjonen.

Inntrykket vårt frå intervjuet er at § 3-3a saker til Helsetilsynet vert brukt til læring i føretaka. Når det gjeld § 3-3 sakene som går til Kunnskapssenteret, verker det som læringsutbyttet er meir blanda.

4.1.8 UTVEKSLING AV INFORMASJON MELLOM FØRETAKE

Informantane våre gjev sprikande svar på omfanget av samarbeid og utveksling av informasjon, både i eigen organisasjon og på tvers av føretaksgrensene. Vi legg til grunn at informasjonsutvekslinga på tvers i hovudsak skjer sporadisk og uformelt.

Når det gjeld forvaltninga av systemverktøyet Synergi, opplyser den regionale systemeigaren at systemforvaltaren (Helse Vest IKT) regelmessig innkallar til møter med lokale forvaltarar. Utover dette er det etablert eit systemeigarmøte der dei lokale systemeigarane kan drøfte meir prinsipielle spørsmål om systemet, opplyser han. Lokale systemeigarar og alle dei lokale systemforvaltarane saknar på si side dialog, avklaringar og oppfølging på dette området. Dei uttrykkjer eit behov for meir initiativ og engasjement frå systemeigar og systemforvaltar på regionalt nivå.

Dei ulike oppfatningane som her kjem til uttrykk, krev etter vår vurdering ei avklaring mellom dei involverte aktørane om kva som er behova i føretaka. Det er naturleg at den regionale systemeigaren her tar eit initiativ.

4.1.9 ETTERLEVING

Nasjonalt vert det rapportert om at det kan vere «ei viss underrapportering» av hendingar i helseføretaka – noko vi òg har høyrte i Helse Vest. Samstundes får vi høyre at meldekulturen synest å vere god i alle føretaka i regionen vår. Kommentaraner frå nokre av informantane om at tidsknappheit i ein hektisk arbeidssituasjon er eit hinder for å melde uønskte hendingar, underbyggjer viktigheita av at føretaksleiinga kontinuerleg kommuniserer til alle tilsette at det er viktig – og eit felles ansvar – å oppretthalde ein korrekt meldefrekvens.

Systemverktøyet Synergi får mange negative kommentarar frå brukarane for å vere tungvint i bruk. Dei etterlyser eit system som er meir sjølvforklarande og intuitivt i bruk. Særleg gjeld dette tilsette med ansvar for å saksbehandle einskildhendingar. Vi finn det uheldig at så vidt mange brukarar opplever eit viktig systemverktøy som tidkrevjande og komplisert å bruke. Ei slik brukaroppleving kan vere ein medverkande faktor i forklaringa av «ei viss underrapportering» av hendingar i føretaka.

Det ligg ikkje føre dokumentasjon på kva type saker dette eventuelt gjeld. Internrevisjonen legg til grunn at dette mest sannsynleg gjeld mindre alvorlege hendingar. Samtidig er det positivt når føretaksleiingane rapporterer at meldekulturen er på veg opp i føretaka deira.

Det er mogleg at det vert rapportert langt fleire «alvorlege» hendingar til Kunnskaps-senteret enn dei som er reelle, ved at tilsette «for sikkerheits skuld» huker av for å sende meldinga dit. I SINTEF si evaluering av meldeordninga til Kunnskapssenteret frå 2014 uttalte dei at *«kriteriene for hva som skal meldes gir rom for tolkning og varierende praksis, noe som går ut over kvaliteten på data som Kunnskapssenteret forvalter og som de bruker i sine analyser»*. Det er vanskeleg for internrevisjonen å ha ei grunngjeve oppfatning av kva som vil vere ein tilnærma korrekt prosentdel av slike saker i høve til intensjonen i lova.

Internrevisjonen har fått tilsendt dokumentasjon som viser at føretaka gjer mykje godt og systematisk arbeid for å fremje organisatorisk læring. Rapportar, analysar og handlingsplanar innan internkontrollområdet vert brukt, saman med dei regelmessige gjennomgåingane i regi av leiinga og dei faste utvala (som til dømes kvalitetsutval og AMU på føretaksnivå; HMS-råd på regionnivå).

4.2 TILRÅDINGAR

Hovudkonklusjon:

Føretaka har langt på veg tilfredsstillande prosessar for melding og saksbehandling, men systemverktøyet Synergi og den regionale forvaltinga av dette er ikkje optimal.

Tilrådingar:

Styrke føresetnadene for ein aktiv bruk av Synergi til styring og oppfølging:

1. Det pågåande nasjonale arbeidet med å **forenkle klassifiseringa** i Synergi bør følgjast opp i Helse Vest, slik at kategorivala i systemverktøyet vert meir hensiktsmessige.

2. Det bør vurderast å gjere Synergi sin funksjon for **risikovurdering obligatorisk** å bruke for alle typar uønskte hendingar. Det bør utarbeidast klåre kriterier for korleis risikoen skal vurderast.
3. Leiinga både i helseregionen og i føretaka bør vurdere tiltak for å gjere **linjeleiinga betre** i stand til å bruke Synergi som styringsverktøy (rapportuttak, analyser).

Vurdere auka regional innsats i ei felles tilnærming til styring og oppfølging:

4. RHF-et bør ta initiativ til å etablere regionale **samarbeidsfora** og regelmessige møtepunkt.
5. Regionen bør søke å avklare kva som kan utviklast av **regionale retningslinjer, felles mål, felles kvalitetsindikatorar for saksbehandlinga** og **felles praksis** – til dømes om ein skal innføre felles maksimal saksbehandlingstid.

5 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRF/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. [Les meir](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisorane Lene Lie og Haakon Totland, og gjennomgått av leiar for internrevisjonen, Bård Humberset.