HELSE FONNA

STYRESAK

GÅR TIL:	Styremedlemmer
FØRETAK:	Helse Fonna HF
DATO:	**29.12.22**
SAKSHANDSAMAR:	Andreas Andreassen
SAKA GJELD:	**Internrevisjonsrapport – læring på tvers av uønskte hendingar**

STYRESAK: **4/23**

STYREMØTE: **13.01.23**

2 vedlegg

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Fonna HF tek saka til etterretning og ber administrerande direktør gjennomføre tiltaka i handlingsplanen

Bakgrunn for saka

Internrevisjonen har undersøkt om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka.

Temaet kom inn i revisjonsplanen i 2021, etter forslag frå Helse Bergen. Som bakgrunn for forslaget skriv dei følgjande: «Føretaka si evne til organisatorisk læring må kome høgt opp på prioriteringslista for revisjonsarbeidet til Helse Vest. Dette må gjelde heile organisasjonen inkludert utdanninga av helsepersonell. Fleire tiltak for å forbetre system, rutinar og strukturar for læring etter uønskte hendingar er planlagd dei siste åra som følgje av alvorlege uønskte hendingar, tilsyn og revisjonar. Alvorlege hendingar i Helse Bergen frå Barneklinikken, Akuttmottak og Kreftavdelinga er døme på hendingar med læringspotensiale».

Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka. Føremålet med revisjonsprosjektet har vore å undersøkje om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka. Revisjonen er avgrensa til handtering av pasientrelaterte uønskte hendingar.

Følgjande hovudproblemstillingar er undersøkt:

1. Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?
2. Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?
3. Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:
    a. Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?
    b. Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?

Vedlegg

Handlingsplan

Rapport frå internrevisjonen

29.12.22

Handlingsplan Helse Fonna HF

- Oppfølging av internrevisjon Helse Vest RHF «Læring på tvers av uønskte hendingar», oktober 2022

IR si tilråding	AD si vurdering	Tiltak	Status	Ansvar
1. Helseføretaka sørgjer for at leiinga på alle nivå legg til rette for ein god openheitskultur om uønskte hendingar	Leiarlinja må regelmessig setje openheitskultur på dagsorden og aktiv etterspørje korleis tilstanden er.	1.Årleg forbetringsundersøking, der dei tilsette m.a. svarer på spørsmål om meldekultur. Leiarane får resultata og skal bruke dette til vidare arbeid om meldekultur. Opplæring av leiarar, jf. p.4.	Frå 2023 samarbeider HMS-avdelinga og Kvalitet og pasientsikkerhet om undervisning knytta til oppfølging av forbetringsundersøkinga, der forbetringsmetodikk er tema.	Kval. og pas.sik.
2. Helseføretaka sørgjer for at det er tydeleg for tilsette, gjennom rutinar og opplæring, kva avvik som skal meldast, kor dei skal meldast og kven som skal melde dei	Leiarar må leggje til rette for at medarbeidarar får opplæring og at det er tid til dette. Leiarar må følgje opp i læringsportalen at medarbeidarar gjennomfører kurs	2.E-læringskurs ved tilsetjing – Meldekultur (obl.), Synergi for meldere. Eigen side på Intranett for Synergi, med informasjon om sakstypar og direktelenker til meldeskjema. Prosedyreverk i e-handbok. Synleggjere dette for alle tilsette med jamne mellomrom. Undervisning om meldekultur på intro-kurs LIS 1.		Leiarlinja
3. Helseføretaka arbeidar vidare med å betre datakvaliteten og redusere diskrepansen mellom faktiske avvik og meldte avvik i Synergi (utfordringar knytt til dobbeltregistrering,	Setje dette på dagsorden i møte mellom IKT selskap, føretak og faglege IKT-nettverk	3.Internrevisjonen sak til oppfølging i systemeigarmøte Synergi. Systemansvarlege for Synergi kontrollerer og korrigerer saker med dobbeltregistrering,	Desember 2022	Systemeigar Synergi Systemansvarlege Synergi

feilregistreringar m.m), slik at data frå Synergi i større grad kan brukast i det systematiske kvalitetsforbetringsarbeidet		feilregistrering, personopplysingar m.v.		
4. Helseføretaka og RHF-et sørgjer for at leiarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid	Leiarlinja må etterspørre kompetanse og leggje til rette for utdanning/opplæring	4.Innføre grunnkurs i leiing av kvalitetsforbetring, 2 dagars opplæring. Leiarar får undervisning i forbetringsmetodikk i HMS-40 timarskurs. Forbetringsutdanninga i regi av HV.	Utrulling vår 2023	Kval. og pas.sik.
5. Helseføretaka sørgjer for at læring av uønskte hendingar skjer på alle relevante nivå, også ved å a.Utarbeide rutinar som er tydelege på korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, skal følgjast opp b.Etterspørje korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, har blitt følgt opp c.Sørgjer for horisontal læring og etablerer hensiktsmessige arenaer som legg til rette for dette, både på avdelingsnivå og mellom fagmiljø i regionen, t.d. gjennom regionale fagnettverk eller regionale kasuistikkmøter	AD er samd i punkta til Internrevisjonen og vil arbeide for å implementere tilrådingane	5. Utvikling av ledelsesdashboard i Synergi for å hjelpe leiarar til å sjå risiko i eigne avdelingar. a. Prosedyre i e-handbok for arbeidet til «melde på tvers»-gruppa. Melde på tvers-meldingar blir sendt til målgruppa for meldingane. Melde på tvers-saker blir tilgjengeleggjort i e-handbok. Desse inneheld informasjon om aktuell oppfølging i HF. b. Forbetringsundersøking. Sak i Kvalitetsutvalet. Oppfølging i leiarlinja. c. Utarbeiding av læringsmeldingar, sørge for at desse blir kjent i avdelingane. KU	Januar 2023 ForBetring skal reviderast i 2025, spela inn forslag om tillegg	Kval. og pas.sik. Kval. og pas.sik. Kvalitetsutval Kvalitetsutval

		sine repr. i KU formidlar vidare til avdelingar i sin klinikk. Vurdere etablering av regionale fagnettverk m.v. i samarbeid med dei andre føretaka.		Regionalt fagdir.møte
6. Helseføretaka sørgjer for å implementere og gjere melde på tvers-funksjonen kjent i organisasjonen, inkludert opplæring og rettleiing i kva saker som bør meldast mellom føretaka 7. Helse Vest RHF sørgjer for at spørsmål rundt personvern og teieplikt blir avklart med omsyn til bruk av melde på tvers-funksjonen i Synergi 8. Helse Vest RHF følgjer opp om føretaka i tilstrekkeleg grad har system, rutinar og kultur for å førebygge at uønskte hendingar gjentek seg 9. Styra i føretaka etterspør informasjon om i kva grad føretaka lærer av uønskte hendingar, både internt i eige føretak og mellom føretaka	AD er samd i punkta til Internrevisjonen og vil arbeide for å implementere tilrådingane	6.Prosedyre i ehandbok. Planlegg regelmessig drop-in undervisning i Synergi, der dette blir tatt med.		Kval. og pas.sik.

Internrevisjonen

LÆRING PÅ TVERS AV UØNSKTE HENDINGAR

Helse Vest RHF, oktober 2022

Tittel:
Læring på tvers av uønskte hendingar

Publisert:
Dd mmmm åååå

Kontakt:
Internrevisjonen i Helse Vest RHF

Last ned rapporten på:
https://helse-vest.no/internrevisjon

Bilete:
Namn på fotograf/biletarkiv

Til lesarane av internrevisjonen sine rapportar:
Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra og ansvarlege i føretaka og institusjonane som har vore reviderte, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument som skal vere tilgjengeleg òg for media og andre interesserte. Behova varierer, men dei som vil ha eit overblikk kan få det ved å lese innhaldslista og samandraget.

INNHALD

1 Samandrag 4

1.1 Føremål, problemstillingar og metode 4

1.2 Læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak 4

1.3 Læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka 5

1.4 Styring og oppfølging av pasienttryggleik 6

1.5 Konklusjon 7

2 Innleiing 9

2.1 Bakgrunn 9

2.2 Føremål og problemstillingar 9

2.3 Revisjonskriterium og metode 9

2.4 Omgrep og avgrensingar 12

3 Læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak 13

3.1 Innleiing 13

3.2 System og rutinar for å melde og følgje opp avvik 14

3.3 Omfang av pasientrelaterte avvik i Helse Vest 14

3.3.1 Erstatningssaker og skadar 16

3.4 Grad av openheitskultur 18

3.5 Faktorar og hindringar som kan påverke omfanget og innhaldet av det som blir meldt i føretaka sitt avvikssystem 20

3.5.1 Rangering av hindringar for å melde avvik 22

3.5.2 Mangel på tid 23

3.5.3 Oppleving av at det ikkje nyttar å melde avvik 24

3.5.4 Ulike oppfatningar av kva som skal meldast og kven som skal melde 26

3.5.5 Bekymring for å henge ut kollegaer 28

3.5.6 Negative reaksjonar/konsekvensar av å melde avvik 29

3.5.7 Tilgang til Synergi og opplevd brukarvennlegheit 30

3.5.8 Opplæring til medarbeidarar 31

3.6 Analysar av bakanforliggjande årsakar til at uønskte hendingar oppstår 34

3.6.1 Kompetanse til å følgje opp uønskte hendingar 34

3.6.2 Rutinar for å analysere bakanforliggjande årsaker i den enkelte sak 37

3.6.3 Systematiske analysar av omfanget og typar avvik 42

3.7 System og rutinar for å lære av uønskte hendingar på tvers i eige føretak 43

3.8 Vurdering 46

4 Læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretak 48

4.1 Innleiing 48

4.2 Synergi er tilrettelagt for å melde avvik på tvers mellom føretaka i regionen 48

4.2.1 Omfang av saker meldt på tvers i Helse Vest er lågt 49
4.2.2 Kjennskap til melde på tvers-funksjonen i Synergi 50
4.2.3 Vurdering av om uønskte hendingar kan vere relevante for andre avdelingar 51
4.3 Potensial for å dele meir 52
4.3.1 Mangel på arenaer for fagpersonell 55
4.3.2 Kultur og psykologisk tryggheit som faktorar for å lære på tvers 55
4.4 Casegjennomgang av uønskte hendingar 56
4.5 Læring av dei tinga ein gjer rett 58
4.6 Vurdering 59
5 Styring og oppfølging av pasienttryggleiksarbeidet i føretaka 60
5.1 Innleiing 60
5.2 Integrering av pasienttryggleiksarbeidet i styringslinjene i føretaka 60
5.2.1 Regionale satsingar på pasienttryggleik 62
5.3 Styra si involvering i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers 64
5.4 Vurdering 68
6 Konklusjon og tilrådingar 69
7 Vedlegg 73

1 SAMANDRAG

1.1 Føremål, problemstillingar og metode

Føremålet med revisjonsprosjektet har vore å undersøkje om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka. Revisjonen er avgrensa til handtering av pasientrelaterte uønskte hendingar.

Ut i frå bakgrunn og føremålet har vi undersøkt følgjande hovudproblemstillingar:

1. *Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?*
2. *Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?*
3. *Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:*
    a. *Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?*
    b. *Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?*

Metodane som er nytta er **dokumentanalyse** av relevant dokumentasjon frå helseføretaka, **intervju** med leiarar og tilsette på fleire nivå i organisasjonane, **casegjennomgang** av eit utval uønskte hendingar, samt ei **spørjeundersøking** som blei distribuert til eit utval tilsette og leiarar. Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

Under oppsummerer vi viktige funn og vurderingar for kvart hovudkapittel.

1.2 Læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak

Omfanget av pasientrelaterte avvik og uønskte hendingar som er meldt i Synergi ligg på i underkant av 20 000 meldingar per år for heile Helse Vest, med noko variasjon frå år til år.

Ein betydeleg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga i revisjonen opplever at det **skjer *for* mange uønskte hendingar** som har eller kan få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling, og at det er uønskte hendingar som gjentek seg. Tilsette peikar på samansette årsakar til at uønskte hendingar oppstår, mellom anna knytt til mangel på tid og personell, samtidigheitskonfliktar, manglande samhandling mellom yrkesgrupper og avdelingar, samt system som ikkje snakkar saman.

For å kunne lære av uønskte hendingar og avvik er det ein føresetnad at det er etablert ein god **avviksmeldekultur** i det enkelte føretak. I undersøkinga går det fram at det er noko varierande oppfatningar av om det er ein god openheitskultur, og det blir peikt på variasjonar både på individnivå, på avdelingsnivå og mellom ulike fagmiljø. Undersøkinga viser vidare at det er ei rekke faktorar som påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i Synergi. Mangel på tid, opplæring, tydelegheit rundt kva som skal meldast og kven som skal melde, samt frykt for å henge ut kollegaer synest å vere dei mest betydelege hindringane som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt. Det er også ein del tilsette som svarar at dei har opplevd negative konsekvensar av å melde avvik. Dette gjeld primært negative kommentarar frå kollegaer og leiarar, men også nokre som har opplevd formelle arbeidsrettslege reaksjonar.

Manglande oversikt over **årsakssamanhengar og bakanforliggjande årsaker**, kan gjere det vanskelegare for føretaka å lære av uønskte hendingar. For å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak for å redusere risiko for at hendinga gjentek seg på nytt, må tiltaka adressere rotårsakene til at hendinga skjedde. Gjennom system og rutinar er det lagt opp til at det skal gjennomførast årsaksanalysar av uønskte hendingar i Synergi, og meir omfattande hendingsanalysar i alvorlege hendingar. Internrevisjonen meiner funn i undersøkinga indikerer at ein ikkje alltid gjer analysar av bakanforliggande årsaker til uønskte hendingar. Ein del leiarar og tilsette opplever at det kan vere uklart kva som er årsaka til hendinga, og at læring blir hindra som følgje av at det ikkje er klart kva som vil vere gode tiltak for å lukke avvika. Leiarane opplever at saksbehandling tar mykje tid, og at viktige saker kan «drukne» litt i det store omfanget av avvik som blir meldt. Systemet blir i stor grad brukt til rapportering, og i mindre grad til læring. Det er også ulikt om føretaka meiner at det i tilstrekkeleg grad blir gjennomført hendingsanalysar ved alvorlege hendingar. Dette er også eit ressursspørsmål.

Mange leiarar opplever at dei ikkje har tilstrekkeleg **kompetanse i forbetringsarbeid**. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande. Det å gjere gode årsaksanalysar av kvifor uønskte hendingar oppstår, setje i verk korrigerande tiltak, samt evaluere om tiltaka adresserer rotårsakene og verkar, er avgjerande for å lære, men dette krev både systematikk og kompetanse.

Føretaka analyserer også statistikk frå Synergi, mellom anna med omsyn til omfang og typar avvik, for å sjå om det er hendingar som går igjen og for å vurdere tiltak på systemnivå. Samtidig viser undersøkinga at **datakvaliteten** i Synergi ikkje er god nok til å kunne brukast aktivt i forbetringsarbeid, mellom anna som følgje feil- og dobbeltregistrering av hendingar, og feil eller ulik bruk av kategoriar.

Det er etablert **system og rutinar** på føretaksnivå som skal bidra til å sikre **læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak**, i hovudsak ved at uønskte hendingar blir tatt opp i føretaka sine kvalitets- og pasienttryggleiksutval. Internrevisjonen meiner i utgangspunktet at helseføretaka har etablerte hensiktsmessige system, strukturar og rutinar for å lære på tvers i eige føretak, men undersøkinga viser likevel at informasjonsdelinga primært går i styringslinja. Leiarane har mange arenaer der dei blir informert om uønskte hendingar som har skjedd hos andre, men informasjonen – og dermed **læringsgrunnlaget – når ikkje i tilstrekkeleg grad fram til klinisk fagpersonell**. Mangel på einskaplege rutinar for korleis leiarane skal ta informasjonen vidare, samt mangel på gode arenaer for fagpersonell, framstår som betydelege hindringar for å lære på tvers internt i eige føretak. Også kulturen for å dele, og forbetringskompetansen til leiarane, er faktorar som verkar å ha betydning. Internrevisjonen stiller også spørsmål ved at kvalitets- og pasienttryggleiksutvala i liten grad ettergår eller etterspør korleis uønskte hendingar som er delt i utvala er blitt følgt opp.

1.3 Læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka

Avviksmeldesystemet Synergi har sidan 2021 hatt funksjonalitet for å kunne **dele meldingar om uønskte hendingar på tvers mellom føretaka**, og det er etablert melde på tvers-grupper i kvart føretak som har ansvar for å ta imot, vurdere og vidaresende meldingar som er meldt på tvers, både frå eige føretak og frå andre føretak.

Internrevisjonen meiner helseføretaka har gjort eit hensiktsmessig grep ved å tilretteleggje for at Synergi kan brukast til å sende meldingar om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Internrevisjonen meiner vidare at strukturen med melde på tvers-grupper i kvart føretak er eit godt tiltak for å sikre at det er dei rette sakene som blir sendt vidare til andre, og for å sikre at informasjonen kjem til dei avdelingane og personane dei er relevant for, og ikkje blir spreidd generelt.

Det er sidan innføringa av systemet i januar 2021 meldt omlag 15 saker på tvers i regionen. Fleire viser til at det var ei bekymring at leiarane ville bli overlessa med melde på tvers-saker frå andre føretak. Dette synast ikkje å ha blitt ei aktuell problemstilling, og det framstår som ei større utfordring at melde på tvers-funksjonen i for liten grad er kjent i føretaka. Mange leiarar peikar på at dei ikkje har fått informasjon eller signal om å bruke funksjonen, og at det er uklart kva saker systemet skal brukast til. Samtidig viser undersøkinga at mange opplever at det er potensiale for å kunne lære meir av uønskte hendingar på tvers av avdelingar og føretak.

«Det ser ut til å vere høg terskel for å melde på tvers, og mykje kunne potensielt ha vore delt. Men samtidig: kven skal ta imot og korleis skal ein handtere det? Det er jo enkelt å melde på tvers, men utfordringa er å implementere det inn i drifta.» Sitat frå intervju

Undersøkinga viser at det gjenstår arbeid med implementering og å gjere viktige **avklaringar knytt til bruken av melde på tvers-funksjonen** i Synergi. Fagdirektørane gjorde ei evaluering av melde på tvers-funksjonen i november 2021, og det blei då reist spørsmål om teieplikt og personvern når føretaka deler informasjon om uønskte hendingar med kvarandre. Det blei gjort eit vedtak om at desse spørsmåla skulle vurderast, men vedtaket er ikkje blitt følgt opp.

Det å sikre betre kjennskap til melde på tvers-funksjonen er likevel ikkje nok for å sikre at læring skjer på alle relevante nivå. Internrevisjonen har gjennom ein **casegjennomgang undersøkt korleis åtte uønskte hendingar er følgt opp i helseføretaka**. Casegjennomgangen viser at sjølv om det blir delt informasjon og læringspunkt frå hendingane, er ikkje dette tilstrekkeleg for å sikre læring på tvers i praksis. I fleire av sakene var leiarar ved andre avdelingar ikkje kjent med hendingane og læringspunkta, og dei visste heller ikkje kor dei kunne finne informasjonen sjølv om den er tilgjengeleg. Samtidig var det døme på at leiarar ved andre avdelingar meinte at hendinga også kunne skjedd på deira avdeling, og at det er risiko for at feilen skjer igjen.

Manglande rutinar for korleis informasjon som er blitt delt skal følgjast opp, manglande arenaer for læring for fagpersonell, samt opplevd tryggheit og kultur for å dele, er føresetnadar ein må arbeide vidare med for å leggje til rette for læring på tvers av uønskte hendingar. Leiardimensjonen og tonen på toppen, er i denne samanheng viktig.

1.4 Styring og oppfølging av pasienttryggleik

Som del av denne revisjonen er det også undersøkt i kva grad arbeidet med pasienttryggleik er **integrert i etablerte styringsliner**, og korleis **styra** er involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka.

Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaka. Alle føretaka har sentrale kvalitet- og pasienttryggleiksutval i styringslinjene, leia av anten administrerande direktør (tre føretak), eller fagdirektør (eit føretak). Vidare er det etablert fast rapportering på indikatorar knytt til kvalitet og pasienttryggleik, og leiinga blir informert om alvorlege hendingar som skjer i føretaka. Alle føretaka gjennomfører også årleg «leiinga sin gjennomgang», som ledd i

å vurdere styringssystemet og sitt kontinuerlege forbetringsarbeid. Det finst vidare ei rekke planar og mål knytt til pasienttryggleik.

Internrevisjonen meiner undersøkinga viser at toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet og pasienttryggleik. Dette er viktig fordi tonen på toppen påverkar det som skjer lenger nede i organisasjonen. Føretaka jobbar med kvalitet og pasienttryggleik på ulike nivå og på mange område. For at toppleiinga skal ha betryggande kontroll, utan at kjenne alle detaljane i drifta, er det nødvendig med god rapportering på risikoforhold og korleis desse blir følgt opp. Det er gjennom undersøkinga ikkje kome fram at leiarane opplever å mangle vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har betydning for pasienttryggleiken, sjølv om det blir vist til at ein arbeider med å finne ei god form på risikostyring og leiinga sin gjennomgang. Internrevisjonen har gjennom intervjua likevel merka seg at både oppfølging av planar og gjennomføring av leiinga sin gjennomgang, ikkje nødvendigvis framstår systematisk nok. Det blir vist til at pandemien har prega sjukehus på alle nivå, og at ei viktig prioritering i pandemien har vore å sikre stabil drift framfor å rapportere på planar og tiltak.

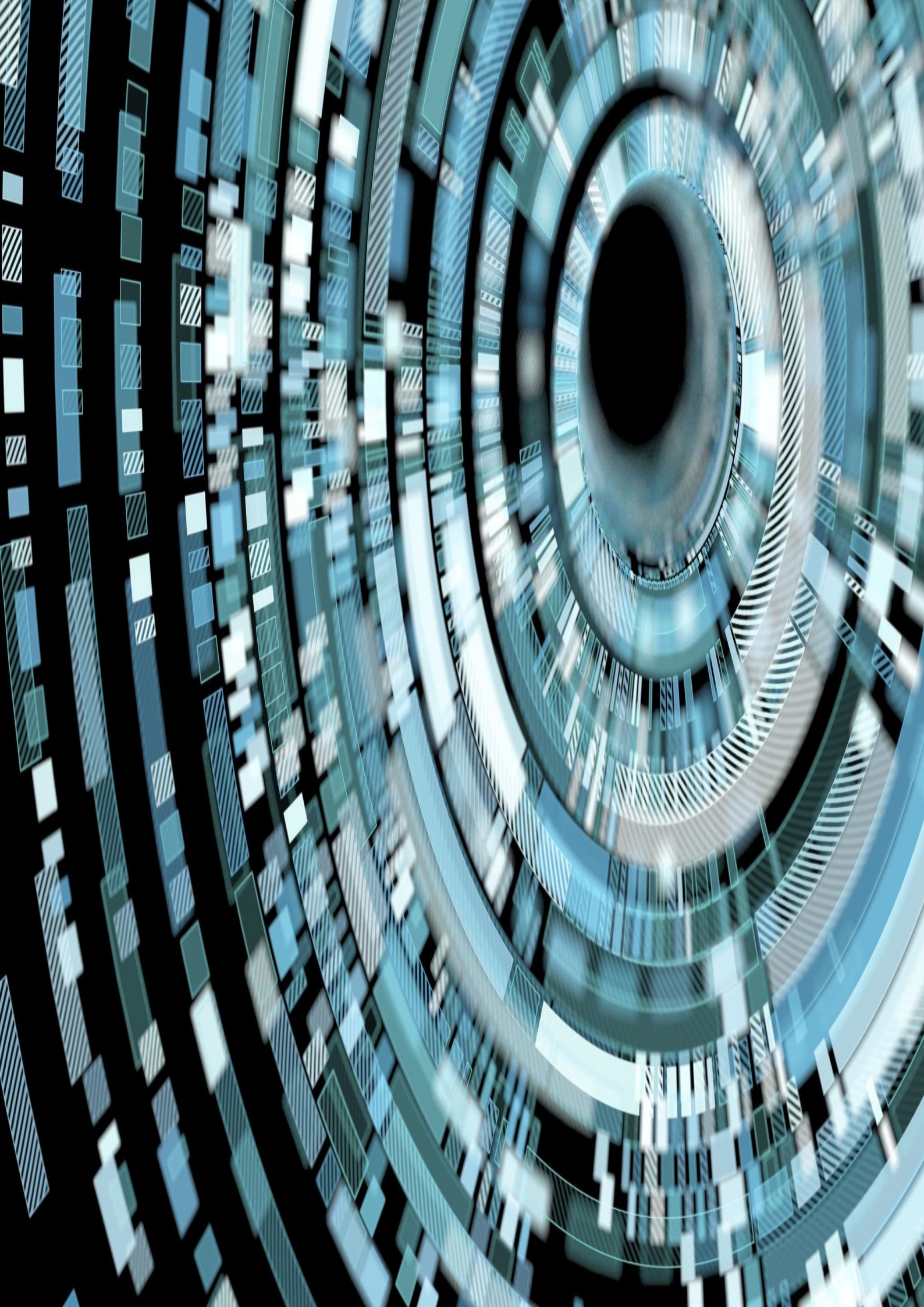
Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men får generelt mykje rapportering på kvalitet- og pasienttryggleik og risikoforhold knytt til dette. Når det gjeld rapportering om uønskte hendingar spesielt, er det internrevisjonen si samla vurdering av rapporteringa til styra at den hos nokre føretak framstår noko fragmentert. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om rapporteringa legg til rette for at styra kan vurdere om etablerte system og rutinar som skal leggje til rette for læring av uønskte hendingar – og læring på tvers – fungerer tilfredsstillande.

1.5 Konklusjon

Internrevisjonen meiner Helse Vest RHF og føretaka har påbegynt eit viktig arbeid med å leggje til rette for læring på tvers. Samtidig meiner internrevisjonen at det per i dag er ei rekke barrierar som hindrar læring på tvers, og at det i for liten grad blir følgt opp at læring på tvers skjer i praksis, sjølv om system og rutinar for dette på fleire område er på plass.

I det vidare arbeidet er det avgjerande å sikre at systema blir brukt og fungerer etter føremålet, slik at pasientar kan møte ei helseteneste som lærer av sine feil uavhengig av kor dei skjer, og som kontinuerleg arbeider med å gi trygge og gode tenester.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem internrevisjonen med nokre tilrådingar til føretaka og Helse Vest RHF for det vidare arbeidet. Desse går fram av kapittel 6, *Konklusjon og tilrådingar.*



2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har undersøkt om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka. Temaet kom inn i revisjonsplanen i 2021, etter forslag frå Helse Bergen. Som bakgrunn for forslaget skriv dei følgjande: «Føretaka si evne til organisatorisk læring må kome høgt opp på prioriteringslista for revisjonsarbeidet til Helse Vest. Dette må gjelde heile organisasjonen inkludert utdanninga av helsepersonell. Fleire tiltak for å forbetre system, rutinar og strukturar for læring etter uønskte hendingar er planlagd dei siste åra som følgje av alvorlege uønskte hendingar, tilsyn og revisjonar. Alvorlege hendingar i Helse Bergen frå Barneklinikken, Akuttmottak og Kreftavdelinga er døme på hendingar med læringspotensiale».

Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

2.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøkje om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar bidrar til å sikre læring og forbetring på tvers av fagmiljø og avdelingar i føretaka og mellom føretaka.

Ut i frå bakgrunn og føremålet har vi undersøkt følgjande hovudproblemstillingar:

1. **Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?**
2. **Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?**
3. **Styring og oppfølging av pasienttryggleik, under dette:**
    a. **Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?**
    b. **Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?**

Strukturen i rapporten følgjer desse hovudproblemstillingane. Underproblemstillingar og operasjonaliseringar er nærare beskrive i innleiinga i kvart av dei tre hovudkapitla i rapporten.

2.3 Revisjonskriterium og metode

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

I dette prosjektet er i hovudsak følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

Spesialisthelsetenestelova: Etter § 2-1 a tredje ledd omfattar dei regionale helseføretaka sitt ansvar mellom anna plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda slik at tenestene sitt omfang og innhald er i samsvar med krav fastsett i lov eller forskrift. Desse pliktene er nærare fastsett i eiga forskrift om leiing- og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta.

Etter § 3-3 a i spesialisthelsetenestelova skal verksemder som er omfatta av lova straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta om dødsfall eller svært alvorleg skade på pasient. Varslingsplikta gjeld dersom utfallet er uventa ut i frå «påregnelig risiko».

Vidare skal helseinstitusjonar etter § 3-4 i lova opprette kvalitets- og pasienttryggleiksutval som ledd i det systematiske arbeidet institusjonane skal utføre ihht. § 2-1 a og § 3-4 a. Sistnemnde paragraf seier at einkvar som yt helsetenester etter spesialisthelsetenestelova, skal sørge for at verksemda arbeider systematisk for kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta har som føremål å bidra til fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivinga blir etterlevd (§ 1).

Forskrifta inneheld ei rekke internkontrollplikter som er knytt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda sine aktivitetar. I desse pliktene ligg også ansvar for å handtere risiko og uønskte hendingar. Mellom anna seier forskrifta at verksemda skal:

- *Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten* (§ 6 d.)
- *Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt (§ 6 e.)*
- *Planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt (§ 6 g.)*
- *Gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges (§ 8 e.)*
- *Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten (§ 8 f.)*

Forskrifta seier at den som har det overordna ansvaret for verksemda skal sørge for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av verksemda sine aktivitetar i tråd med forskrifta og at medarbeidarane i verksemda medverkar til dette (§ 3).

Nærare om ansvaret for styringssystem i spesialisthelsetenesta: Det er dagleg leiar for det enkelte regionale helseføretak og helseføretak som har det overordna ansvaret innanfor sitt føretaks ansvarsområde. I følgje rettleiing til forskrifta, må ansvaret for styringssystemet og det systematiske arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik sjåast i samanheng med kva oppgåver det gjeld og kven som har nærmast moglegheit til å påverke:

> *Daglig leder for det regionale helseforetaket vil for eksempel ha det overordnede ansvaret for at det etableres styringssystem på de ulike helseforetakene. Samtidig er det klart at de daglige lederne ved de enkelte helseforetakene også har en selvstendig plikt for at helseforetaket etablerer og gjennomfører styringssystem for helse- og omsorgstjenesten.*
>
> *Styrene for RHF-ene og HF-ene må gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må også*

sørge for å være informert om informasjon som sier noe om helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styret plikter å gripe inn i tilfelle der foretaket ikke korrigerer ulovlig og uforsvarlig virksomhet.

Metodane som er nytta er **dokumentanalyse** av relevant dokumentasjon frå helseføretaka, **intervju** med leiarar og tilsette på fleire nivå i organisasjonane, **casegjennomgang** av eit utval uønskte hendingar, samt ei **spørjeundersøking** som blei distribuert til eit utval tilsette og leiarar. Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire helseføretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

I dokumentanalysen har vi mellom anna gått gjennom rutinar og prosedyrar, planar, mål og tiltak, kurs, rapportering, styresaker m.m.

Internrevisjonen har intervjua medarbeidarar (leiarar og tilsette) i alle fire føretaka om erfaringar knytt til å melde, følgje opp og lære av uønskte hendingar, både internt i eiga avdeling og føretak, og mellom føretaka. Det er også gjennomført intervju med dei administrerande direktørane i føretaka og i RHF-et. Totalt er det gjennomført 23 intervju med i alt 28 personar.

I casegjennomgangen av eit utval uønskte hendingar bad vi om innspel på inntil 10 saker frå kvart helseføretak som helseføretaka sjølv meiner har læringspotensial. Vi valde deretter ut to saker frå kvart føretak, totalt åtte saker. Føremålet med å sjå nærare på konkrete saker har vore å undersøkje læringsprosessen i uønskte hendingar, ikkje å ettergå hendingane i seg sjølv. Internrevisjonen har fått tilsendt noko skriftleg informasjon om dei aktuelle sakene og korleis føretaka har arbeidd med å følgje opp desse. I tillegg har vi stilt spørsmål om sakene i intervjua vi har gjennomført. Av personvernomsyn omtalar rapporten desse sakene svært overordna og utan å identifisere kva saker som kjem frå kvart føretak.

Målgruppa for spørjeundersøkinga som er gjennomført var tilsette og leiarar innan fagområda gastrokirurgi, ortopedi, fødselsomsorg og kreft (vaksne). Omfanget av erstatningssaker/erstatningsbeløp blei brukt som indikator for å velje ut og avgrense kva fagområde/avdelingar som skulle inkluderast i spørjeundersøkinga. Internrevisjonen er kjent med at det er noko overlapp mellom desse fagområda, der det til dømes kan vere tilsette som både arbeider innan kreft og gastrokirurgi. Spørjeundersøkinga blei totalt sendt ut til 2312 personar. Av desse har 675 personar svart på undersøkinga, noko som tilsvarar ein samla svarprosent på 29 prosent. Sjå svarprosent per føretak i tabellen under. [1]

[1] Vi gjer merksam på at talet på respondentar (N) varierer mellom ulike spørsmål. Ein del spørsmål i undersøkinga er betinga, dvs. at kva ein har svart på føregåande spørsmål, har betydning for om respondenten får oppfølgingsspørsmål eller ikkje. I ein del spørsmål som har gått til alle respondentane og som ikkje er betinga, er det også tilfelle av at nokre respondentar har valt å ikkje svare på spørsmålet, slik at N blir lågare enn totalen som har svart på undersøkinga.

Tabell 1: Svarprosent på spørjeundersøkinga fordelt på føretak

Føretak	Svarprosent
Helse Bergen	31 prosent
Helse Fonna	28 prosent
Helse Førde	27 prosent
Helse Stavanger	30 prosent
Totalt	**29 prosent**

Internrevisjonen vurderer at det har kome fram mykje viktig informasjon gjennom spørjeundersøkinga sjølv om svarprosenten ikkje er så høg som ønskjeleg. Det har løpande blitt vurdert kor lenge spørjeundersøkinga skulle vere aktiv, og det har blitt sett i verk fleire tiltak for å auke svarprosenten. Det er sendt ut ei rekke purringar, svarfristen er utsett ved fleire høve og leiinga/kontaktpersonar i føretaka har blitt informert om undersøkinga og svarprosenten. Internrevisjonen har også oppmoda føretaka om å publisere informasjon om spørjeundersøkinga på sine respektive intranett.

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkeleg grunnlag til å svare på prosjektets føremål og problemstillingar.

2.4 Omgrep og avgrensingar

I ein revisjonsrapport frå internrevisjonen i 2016 om helseføretaka si handtering av uønskte hendingar blir det peikt på at det i liten grad er etablert eit tydeleg skilje mellom omgrepa «uønskte hendingar» og «avvik», i daglegtalen. Dette er framleis tilfelle, og i intervjua blir omgrepa i stor grad brukt om kvarandre. I denne rapporten nyttar vi også omgrepa om kvarandre.

Prosjektet har vore avgrensa til *pasientrelaterte* uønskte hendingar, i samsvar med prosjektmandatet som er vedtatt av revisjonsutvalet. Pasientrelaterte uønskte hendingar inkluderer både uønskte hendingar med og utan konsekvens, altså hendingar som anten har fått eller som potensielt kunne fått negative konsekvensar for pasientane. Sjølv om revisjonen primært har omhandla handtering av uønskte hendingar, har fleire påpeikt potensiale for å også lære meir av kvarandre på dei områda der ein gjer ting rett.

Kvalitet og pasienttryggleik er to relevant omgrep i ein revisjon av korleis føretaka følgjer opp og lærer av uønskte hendingar. Samtidig er dette omgrep som omfattar langt meir enn å melde og følgje opp uønskte hendingar. Kvalitet og pasienttryggleik inkluderer mellom anna forhold som bemanning og kompetanse, fagutvikling, forsking, kliniske prosedyrar, kvalitetsregister, simuleringstrening, gode legemiddelrutinar m.m. Revisjonen vil kort omtale sentrale utval, arbeid og målsettingar i kvalitet- og pasienttryggleiksarbeidet, men vil ikkje gå nærare inn i korleis helseføretaka arbeider med kvalitet og pasienttryggleik på ulike felt og nivå utover det som er relevant for å svare på problemstillingane i revisjonen.

3 LÆRING ETTER UØNSKTE HENDINGAR PÅ TVERS I EIGE FØRETAK

For å kunne lære av uønskte hendingar og avvik er det ein føresetnad at det er etablert ein god avviksmeldekultur i det enkelte føretak. Undersøkinga viser at mangel på tid, manglande tydelegheit rundt kva som skal meldast, manglande oppleving av at det nyttar å melde avvik, samt bekymring for å henge ut kollegaer, påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i føretaka sitt avvikssystem. Det er også variasjon i kor vidt ein opplever at det er ein tilstrekkeleg god openheitskultur.

Det er etablert system og rutinar for å analysere årsakssamanhengar og bakanforliggande faktorar til at uønskte hendingar skjer. Desse blir primært brukt ved større/alvorlege hendingar. Undersøkinga indikerer at leiarane ikkje alltid gjer analysar av bakanforliggande årsakar ved hendingar som er av mindre alvorleg karakter. Eit stort omfang avvik som til dels blir opplevd som lite viktige, samt at saksbehandlinga i Synergi tek tid, blir oppgitt som forklaringsfaktorar til dette. Gjennomgåande ønskjer leiarane å få frigitt meir tid til å arbeide med dei viktige sakene. Det er også ulikt om føretaka meiner det i tilstrekkeleg grad blir gjennomført hendingsanalysar i alvorlege saker.

Det er etablert system og rutinar på føretaksnivå som skal bidra til å sikre læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak, men strukturane som er etablert legg i hovudsak til rette for deling av informasjon i styringslinjene. Det er i liten grad etablert einskaplege system og rutinar som sikrar at informasjon og læring frå uønskte hendingar skjer horisontalt og når heilt fram til fagmiljøa og personalet som står nærmast pasienten.

3.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers i eige føretak?

- *Kva påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i helseføretaka sitt avviksystem?*
- *I kva grad er organisasjonen prega av ein kultur der leiarar søker etter bakanforliggande årsaker til hendingar, for å finne potensielle systemforklaringar?*
- *Kva for system, rutinar og strukturar har helseføretaka for å bruke det som blir meldt til læring i eige føretak, og korleis blir desse brukt?*

3.2 System og rutinar for å melde og følgje opp avvik

Alle føretaka har etablert system og rutinar for å følgje opp avvik og uønskte hendingar. Dette inkluderer også rutinar for å varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta ved alvorlege hendingar.

Alle uønskte hendingar som skjer i føretaka i Helse Vest skal rapporterast og saksbehandlast i Synergi.

Det ligg ikkje føre regionale rutinar for melding og oppfølging av uønskte hendingar. Kvart føretak har eigne rutinar for dette.[2,3,4,5] Samtlege rutinar inneheld informasjon om kva som er ei uønskt hending/avvik, ansvarsfordeling, informasjon om kor avviket skal meldast (Synergi) og korleis avviket skal sakshandsamast. Helse Bergen har i tillegg eit prosedyredokument med prinsipp for handtering av uønskte hendingar, som skildrar målsettingar og grunnleggjande prinsipp i arbeidet med å følgje opp uønskte hendingar.

Ansvarsdelinga når det gjeld avvikshandtering er som følgjer:

- Alle tilsette har ansvar for å melde avvik når avvik oppstår
- Leiarar er ansvarlege for å følgje opp/saksbehandle avvika. Avvik blir i første instans behandla på avdelingsnivå. Vanlegvis er det næraste leiar som er saksbehandlar i Synergi

I avdelingane internrevisjonen har gjennomført intervju ved, er det varierande om det er etablert klinikk- eller avdelingsvise rutinar for å melde og følgje opp uønskte hendingar. Nokre viser til at dei i hovudsak nyttar føretaket sine overordna rutinar, medan andre har etablert spesifikke rutinar som gjeld deira avdeling. Nokre av avdelingane som ikkje har avdelingsspesifikke rutinar, viser samtidig til at det kunne vore føremålstenleg med eigne rutinar då definisjonen av kva ein skal melde som avvik vil kunne variere mellom ulike fagområde.

Føretaka har også rutinar for å melde om alvorlege hendingar til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta (UKOM), ofte omtalt som såkalt § 3-3 a melding. Dette er hendingar som har ført til dødsfall eller betydeleg skade på pasient, og der utfallet er uventa ut i frå påreknelig risiko.

3.3 Omfang av pasientrelaterte avvik i Helse Vest

Det samla omfanget av pasientrelaterte uønskte hendingar i Helse Vest ligg på i underkant av 20 000 meldingar per år, med noko variasjon frå år til år. Ein betydeleg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga i revisjonen, opplever at det skjer *for* mange uønskte hendingar som har eller kan få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling, og at det er uønskte hendingar som gjentek seg. Tilsette peikar på samansette årsakar til at uønskte hendingar oppstår, mellom anna knytt til mangel på tid og personell, samtidigsheitskonfliktar, manglande samhandling mellom yrkesgrupper og avdelingar, samt system som ikkje snakkar saman.

[2] Helse Bergen. *Uønskede hendelser – melding, saksbehandling og læring.* Gyldig frå/til: 21.03.2021-21.09.2021.
[3] Fonna Fonna. *Retningslinje for håndtering av uønskede hendelser, avvik og ide til forbedring i Synergi*. Godkjent frå: 29.03.2021.
[4] Helse Stavanger. *Avvik og uønskede hendelser – håndtering i Helse Stavanger HF.* Gyldig frå: 13.02.2020. Revisjonsfrist: 12.01.2022.
[5] Helse Førde. *Handsaming av uønska hendingar/avvik i Synergi*. Gyldig frå: 19.11.2021.

For å gje ei **oversikt over omfanget av pasientrelaterte uønskte hendingar** har vi i tabellen under oppsummert kor mange saker som er meldt i Synergi dei siste tre åra.

Tabell 2: Tal pasientrelaterte uønskte hendingar i perioden 2020 – september 2022

	Helse Bergen	**Helse Fonna**	**Helse Førde**	**Helse Stavanger**	**Alle føretak totalt**
2020	9432	2467	1164	5118	**18181**
2021	9843	2773	936	5963	**19515**
2022 (pr. 15.09)	7069	1817	779	4100	**13 765**

Kjelde: Dashboard Synergi - Helse Vest RHF

Omfanget av meldte uønskte hendingar varierer noko frå år til år. Omfanget varierer også betydeleg mellom føretaka, der det er tydeleg at det største føretaket melder flest uønskte hendingar, og det minste føretaket melder færrast. Det er naturleg å tenke at omfanget av avvik heng saman med talet på pasientbehandlingar, men det er krevjande å gjere ei analyse på føretaksnivå utelukkande basert på tal meldte hendingar og tal pasientbehandlingar. Det er i tillegg ei rekke andre forhold som kan påverke omfanget av uønskte hendingar, og kva som blir meldt som uønskte hendingar. Mellom anna vil oppgåvefordeling og spesialiserte funksjonar kunne ha betydning for omfang av uønskte hendingar, t.d. grunna prosedyrar med høgare risiko. Vidare spelar avviksmeldekultur ei rolle. Til dømes treng ikkje ei auke i talet på meldte uønskte hendingar bety at omfanget uønskte hendingar går opp, det kan like så godt vere eit uttrykk for at ein har blitt betre på å melde. Motsett treng ikkje ein nedgang eller eit lågt tal meldte uønskte hendingar bety at det faktiske talet er lågt eller at det er ein reell nedgang. Det kan også vere eit uttrykk for at meldekulturen ikkje er god nok. Ulike faktorarar og tersklar som kan påverke omfanget og innhaldet i det som blir meldt, vil bli omtalt seinare i dette kapittelet.

Halvparten av respondentane (tilsvarande 328 respondentar) som har svart på spørjeundersøkinga opplever at det **skjer *for mange* uønskte hendingar** som har eller kan få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling. [6] Men det er skilnadar mellom føretaka. I Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger er andelen som opplever at det skjer for mange uønskte hendingar nær 50 prosent, medan den er betydeleg lågare – omlag 33 prosent – i Helse Førde.

Ein betydeleg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga (68 prosent, tilsvarande 443 respondentar) opplever vidare at det skjer **uønskte hendingar som gjentek seg**.

I fritekstfelt fekk respondentane moglegheit til å utdjupe på kva område/type hendingar dette gjeld. Blant 330 svar, peikte mange på hendingar knytt til legemiddelhandtering, fall og nesten-ulukker og manglande etterleving av prosedyre, under dette:

- Legemiddelhandtering, t.d. medisinkurver som ikkje er godkjente, manglande dobbeltkontroll og medisinar som blir gitt for seint eller ikkje gitt (136 respondentar)
- Fall og nesten-ulukker (83 respondentar)
- Manglande etterleving av prosedyrar og rutinar (77 respondentar)

[6] 16 prosent av respondentane svarte «ja» og 34 prosent svarte «delvis» på spørsmål om dei opplever at det skjer for mange uønskte hendingar som har eller kan få få konsekvensar for pasienttryggleiken på si avdeling.

Når det gjeld kva som er **årsakene til at uønskte hendingar oppstår**, peikar leiarar og tilsette på **mangel på personellressursar** og **mangel på tilstrekkeleg tid** som nokon av dei viktigaste opplevde årsakene. I fritekstkommentarar blir det utdjupa at dette også handlar om personell utan tilstrekkeleg erfaring, mellom anna nyutdanna og bruk av vikarar, samtidigheitskonfliktar og samansette årsakar. Det blir også peikt på utdaterte, datasystem som ikkje snakkar saman, manglande samhandling mellom ulike personalgrupper (t.d. legar og sjukepleiarar) og manglande samhandling mellom avdelingar mellom anna ved overføring av pasientar.

«Det oppleves ofte som sammensatt når disse tingene skjer. For eksempel at man glemte en rutine; eksempelvis legge inn elektronisk kurve at man har lagt inn et kateter. Det er både dårlig etterleving av rutiner og menneskelig svikt. Og for å gjøre det enda mer sammensatt så kan man ofte spørre seg om man hadde glemt den rutinen dersom man ikke hadde hatt det så travelt at man var helt «kokt», utslitt i hodet på jobb. For eksempel oppdager vi ofte egne glipper etter endt arbeidsdag, når hodet etter hvert får giret litt ned. Dette tenker jeg sier noe om at vi ofte går med sprengt mental kapasitet på jobb, og glippene vi gjør er som regel små, men det er likevel kjempeskummelt med tanke på alt vi har ansvar for.» Sitat frå spørjeundersøkinga

3.3.1 Erstatningssaker og skadar

I tillegg til dei uønskte hendingane som medarbeidarar melder i Synergi, viser føretaka til at dei også følgjer opp pasientskadesaker, under dette erstatningssaker frå Norsk pasientskadeerstatning (NPE) der pasienten har fått medhald, samt saker som er avdekka ved Global Trigger Tool (GTT)-metoden.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) handsamar erstatningskrav frå pasientar som meiner dei har fått ei skade etter behandlingssvikt i helsetenesta. Ved medhald, får pasienten utbetalt erstatning for skaden som er påført. I intervju blir det opplyst at ikkje alle NPE-saker er å finne igjen i Synergi. Det blir vist til at det ikkje nødvendigvis er å forvente fullt samsvar heller, for eksempel fordi skaden først blir oppdaga etter utskriving, eller fordi personalet som har vore involvert i pasientbehandlinga ikkje har oppfatta at det har skjedd svikt i behandlinga. Alle føretaka viser til at dei følgjer opp NPE-saker, men har litt ulike rutinar for korleis det blir gjort. Helse Fonna har eksempelvis ei skriftleg rutine for å sikre at saker der pasienten har fått medhald blir registrert i Synergi slik at saka kan nyttast til læring. Helse Førde på den andre sida viser til at dei har gjort forsøk på dette, men at dei har erfart at det ikkje er så hensiktsmessig å saksbehandle saker som går langt tilbake i tid (det kan gå lang tid frå hendinga skjedde til saka er ferdigbehandla av NPE).

Ei undersøking[7] NPE gjennomførte i 2019 om samsvar mellom NPE-saker og saker som er meldt i sjukehusa sine meldesystem, viser at 33 prosent av NPE-sakene blir funne igjen i sjukehusa sine meldesystem på landsbasis. Undersøkinga til NPE viser at det er variasjon mellom føretak, også i Helse Vest. [8]Sjå tabellen under.

[7] NPE: 33 prosent av NPE-saker blir funnet igjen i sykehusenes meldesystemer. Publisert 24. oktober 2019.
[8] NPE: Resultater fra undersøkelse om samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusen15,4%es meldesystemer. Publisert 5. september 2019.

Tabell 3: Samsvarsandel NPE-saker og saker meldt i avviksmeldesystemet - 2019

Føretak	Samsvarsandel NPE-saker og saker meldt i Synergi
Helse Bergen	34 prosent (38 av 111 NPE-saker blei funne igjen i Synergi)
Helse Fonna	28 prosent (15 av 64 NPE-saker blei funne igjen i Synergi)
Helse Førde	19 prosent (7 av 36-NPE saker blei funne igjen i Synergi)
Helse Stavanger	39 prosent (24 av 62 NPE-saker blei funne igjen i Synergi)

Kjelde: NPE

Føretaka gjennomfører også ei kartlegging av omfanget av pasientskadar gjennom **GTT-metoden**. Metoden inneber gjennomgang av eit tilfeldig utval journalar der ein ser etter og identifiserer førekomsten av spesifikke «triggerar» som markørar på uønskte hendingar. I intervju blir det vist til at det heller ikkje er samsvar mellom saker som blir avdekka gjennom GTT og det som er meldt i Synergi. Det blir peikt på at dette kan handle om at triggarane som ein identifiserer gjennom GTT ikkje nødvendigvis skal meldast som eit avvik. Biverknad på legemiddel blir her nemnt som eksempel. Fleire framhevar også at det totale omfanget av pasientskadar avdekka gjennom GTT er relativt lågt sett opp mot omfanget av avviksmeldingar totalt sett. Helse Bergen viser som eksempel til at 960 journalar blei gjennomgått i 2021, og der andelen med pasientskadar var på rundt 12 prosent (dette tilsvarar 116 saker). Av desse 116 sakene, var det fire saker som ikkje var registrert i Synergi og som blei lagt inn i etterkant for saksbehandling hos aktuell eining.

Andelen pasientskadar avdekka gjennom GTT-metoden blir innrapportert nasjonalt, og Helsedirektoratet publiserer nasjonale data på omfanget.[9]

Tabell 4: Andel pasientskadar avdekka gjennom GTT-metoden.

Føretak	2018	2019	2020	2021
Helse Bergen	8,5 %	10,8 %	12,8 %	12,1 %
Helse Fonna	18,3 %	16,7 %	12,5 %	18,8 %
Helse Førde	12,5 %	14,2 %	17,1 %	6,3 %
Helse Stavanger	17,5 %	15,4 %	12,1 %	17,1 %

Kjelde: årleg melding frå Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet 2021 og Helsedirektoratet[10]

Tala viser at omfanget av pasientskadar som blir avdekka gjennom GTT-metoden varierer både mellom føretaka og mellom ulike år.

I intervju i alle føretaka blir det framheva at GTT har sine svakheiter, mellom anna ved at det er noko variasjon i korleis metoden blir brukt, samt at det er relativt små tal. Det blir vist til at GTT-

[9] Helsedirektoratet: Pasientskader i Norge 2020. Målt med Global Trigger Tool. Publisert september 2021.
[10] Helsedirektoratet: Pasientskader i Norge 2021. Målt med Global Trigger Tool. Publisert august 2022

data derfor i utgangspunktet må brukast saman med andre data i kvalitetsarbeid, ettersom dataane ikkje er gode nok aleine. Samtidig er GTT også brukt som indikator på kor god pasienttryggleiken er. Helse Bergen viser mellom anna til følgjande i si årlege melding til Helse Vest RHF i 2021, der det er vist til nedgong i andelen med pasientskadar per 1. tertial 2021[11]:

> *Dei siste åra har vi hatt ei betydeleg auka og vedvarande merksemd på pasienttryggleik i Helse Bergen, med mellom anna oppretting av sentralt og lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutval (KPU), gjennomføring av pasienttryggleiksvisittar, merksemd på forbetringsarbeid og bruk av verktøy som tavlemøte, Det grøne korset og avvikssystemet Synergi. Leiinga set arbeidet med pasienttryggleik høgt på dagsorden. Vi trur dette er sentrale årsaker til reduksjonen i førekomst av pasientskadar målt ved GTT i Helse Bergen*

3.4 Grad av openheitskultur

Internrevisjonen har spurt tilsette og leiarar om dei opplever at det er ein openheitskultur om uønskte hendingar. Sjølv om mange opplever at det er ein god kultur for å melde, er det også tydeleg at det er variasjon.

I intervjua i føretaka, er det noko varierande oppfatningar av om føretaka har ein god openheitskultur. Fleire viser til at dei opplever at det er ein god openheitskultur, andre er usikre, og atter andre igjen viser til at det varierer både mellom personar og avdelingar. I forbetringsundersøkinga til Helse Vest, er det derimot jamt over god score på spørsmål om ein opent diskuterer feil og hendingar som oppstår, for å lære av dei (i alle føretaka er andelen tilsette som svarar på den positive enden av svarskalaen 80 prosent eller høgare).

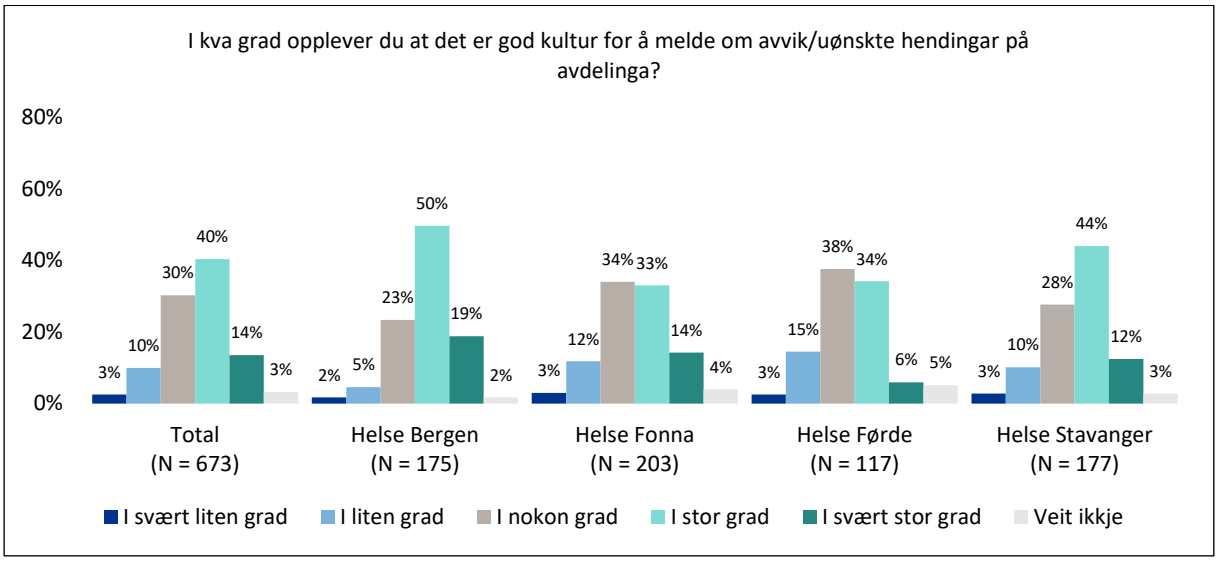
I intervju blir det også vist til at føretaka er opptatt av å oppfordre til å melde avvik i ulike fora. Fleire viser til at dei har arbeidd med å endre oppfatninga av at å melde avvik er å «klage» på kollegaer.

Spørjeundersøkinga viser også at det er ein viss variasjon i kva oppfatning tilsette og leiarar har om meldekulturen i føretaka (sjå figuren under). Sjølv om over halvparten meiner at deira avdeling i stor/svært stor grad har ein god kultur for å melde uønskte hendingar, er det ein betydeleg del som også meiner at avdelinga berre i *nokon* grad har ein god meldekultur. Figuren under viser også at det er variasjonar i svara fordelt per føretak. Det er høgast andel i Helse Bergen som opplever å ha ein god meldekultur, og lågast i Helse Førde.

> *«For at jeg skal skrive avvik opplever jeg at jeg må forankre det i vedkommende som jeg skriver avvik på - få forsikring om at det er ok og en systemfeil som ev kan rettes på hvis det skrives mange nok avvik.» Sitat frå spørjeundersøkinga*

[11] Helse Bergen: Årleg melding 2021. Vedlegg til styremøte i Helse Bergen desember 2021.

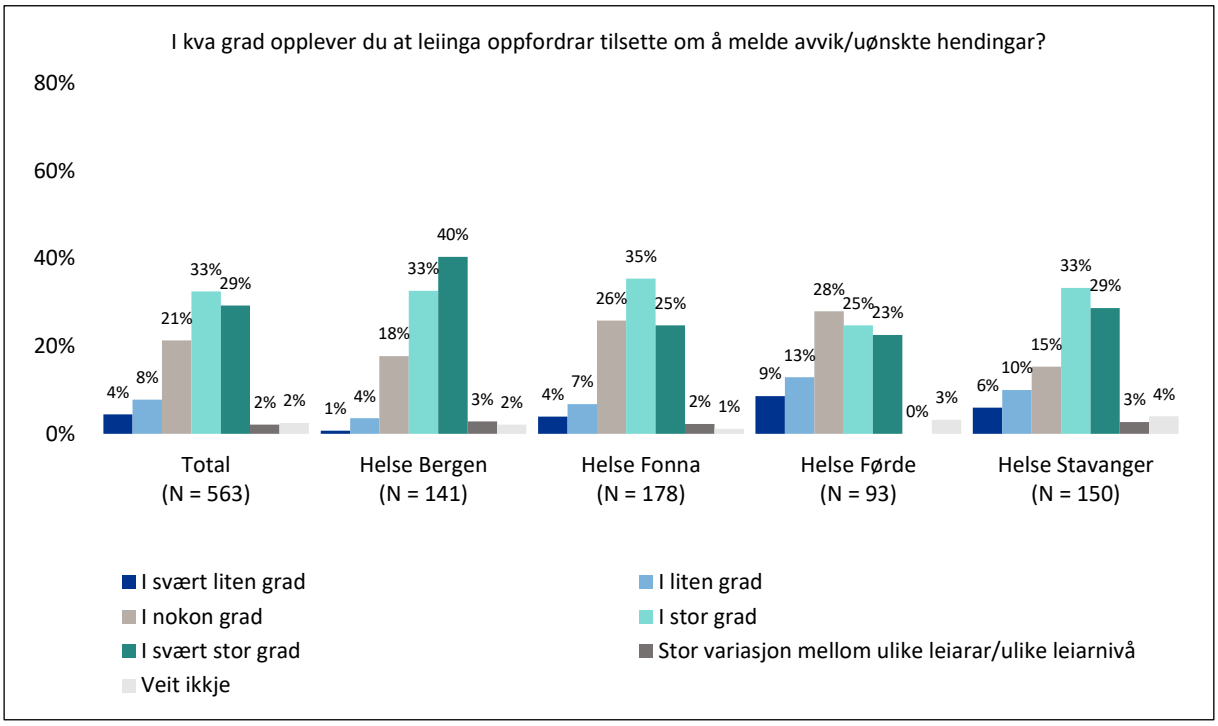
Figur 1: Oppleving av meldekultur på eiga avdeling – tilsette og leiarar



Opplevinga av meldekultur varierer også mellom fagområde. Når vi ser på korleis tilsette og leiarar innan dei fire fagområda som er omfatta av undersøkinga svarar, er kreft det fagområdet der flest opplever at det er god meldekultur, der 64 prosent (tilsvarande 94 av 147 respondentar) svarar at dei i stor/svært stor grad har god kultur for å melde om avvik. Til samanlikning er andelen som opplever god meldekultur lågast innan gastrokirurgi, der 47 prosent (tilsvarande 63 av 134 respondentar) svarar at dei i stor eller svært stor grad har god kultur for å melde om avvik.

Tilsette fekk også spørsmål om i kva grad dei opplever at leiinga oppfordrar tilsette til å melde avvik/uønskte hendingar. Totalt ein tredjedel, opplever at leiinga berre i nokon eller i liten/svært liten grad oppfordrar til dette. Sjå figuren under.

Figur 2: Oppleving av om leiinga oppfordrar tilsette til å melde avvik – tilsette og leiarar[12]



Figuren over viser samtidig at det er forskjellar mellom føretaka. I Helse Bergen svarar flest respondentar (73 prosent) at dei i stor/svært stor grad opplever at leiinga oppfordrar til å melde uønskte hendingar. I Helse Stavanger og Helse Fonna er denne andelen på rundt 60 prosent, og i Helse Førde er den 48 prosent.

3.5 Faktorar og hindringar som kan påverke omfanget og innhaldet av det som blir meldt i føretaka sitt avvikssystem

Ein høg andel av dei som har svart på spørjeundersøkinga opplever at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt. Nokre hindringar utpeikar seg som meir betydeleg enn andre. Dette gjeld tid til å melde, at det ikkje er tydeleg kva som skal meldast og kven som har ansvar for å melde, opplevinga av at det ikkje nyttar å melde og at tilsette er bekymra for å henge ut kollegaer. Nokre opplever også Synergi som teknisk vanskeleg eller lite brukarvennleg. Manglande tilgang til Synergi framstår ikkje som ei betydeleg hindring for å melde avvik.

Vidare er det tydelege indikasjonar på at det er behov for meir opplæring og rettleiing når det gjeld å melde avvik og uønskte hendingar.

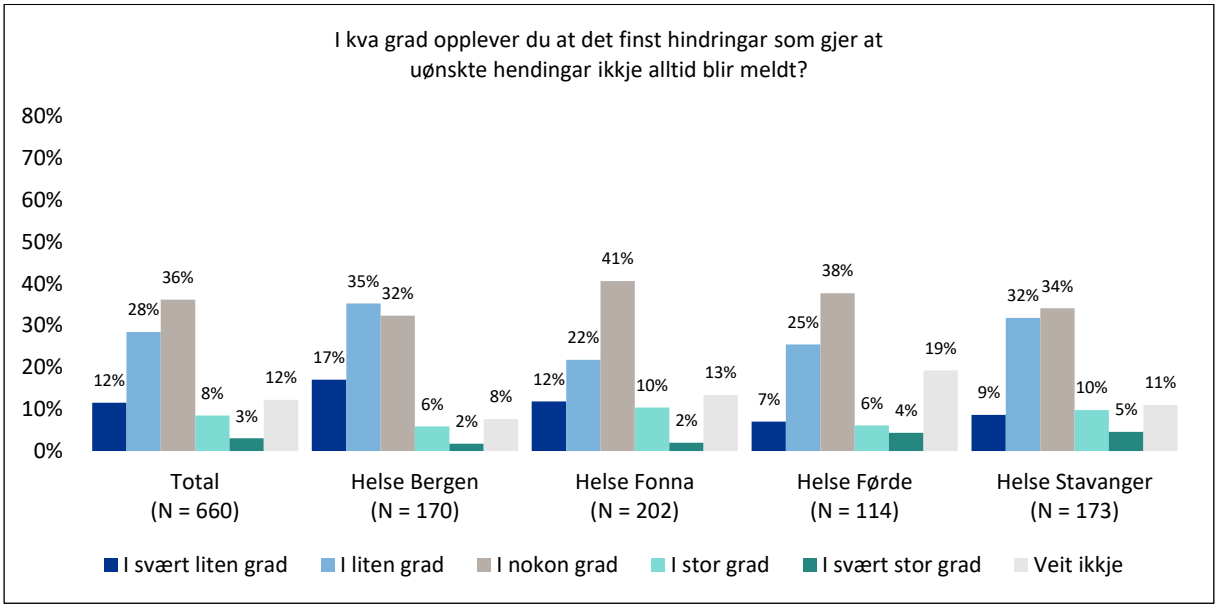
Sjølv om fleirtalet av respondentane oppgir at uønskte hendingar ofte eller alltid (73 prosent, tilsvarande 486 av 662 respondentar) blir meldt i Synergi, er det ein betydeleg andel som svarar at dei ikkje alltid blir meldt. Undersøkinga viser vidare at det er relativt vanleg å melde uønskte hendingar munnleg til leiar eller anna overordna (53 prosent, tilsvarande 343 av 653

[12] Spørsmålet er berre stilt til tilsette som har oppgitt at dei ikkje har leiaransvar, eller at dei har leiaransvar, men ikkje har ansvar for å ta imot og følgje opp meldte avvik

respondentar) eller munnleg på avdelingsmøte eller fagmøte (41 prosent, tilsvarande 278 av 654 respondentar).

Totalt sett svarar nær halvparten av respondentane at det i nokon eller stor/svært stor grad finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt. Sjå figuren under.

Figur 3: Oppleving av om det finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt – tilsette og leiarar[13]

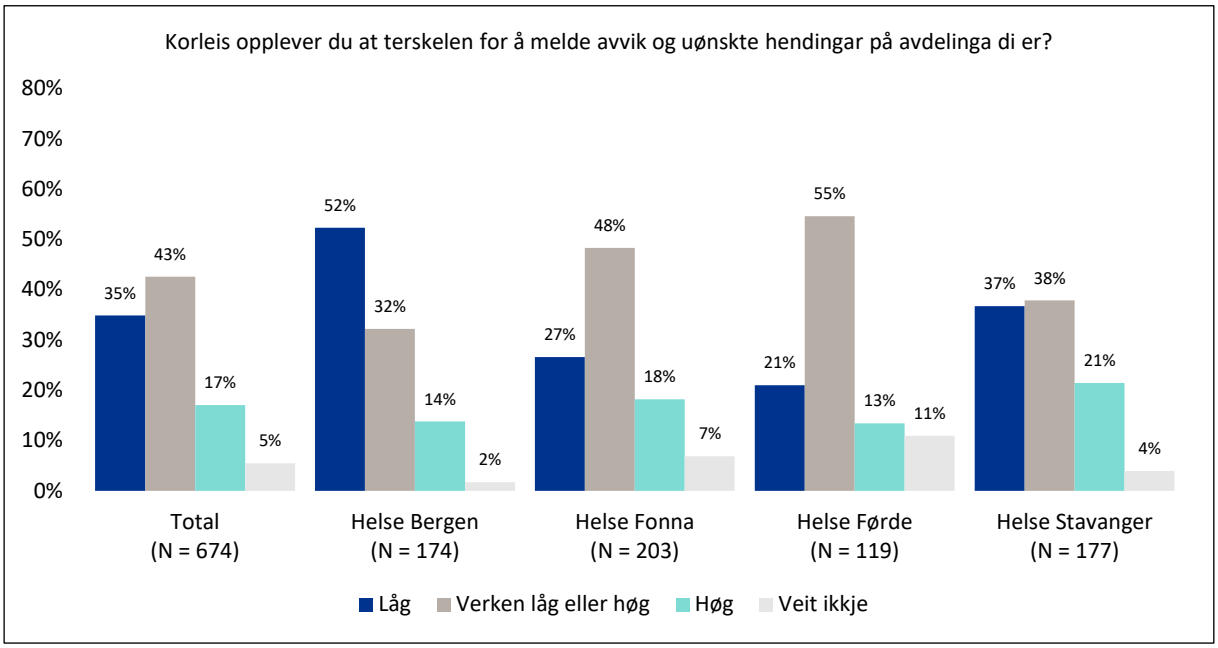


Det er noko variasjon mellom føretaka. Andelen respondentar som meiner at det enten i nokon eller stor/svært stor grad finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt, er lågare i Helse Bergen (to av fem) enn i dei andre føretaka (rett over eller under halvparten av respondentane).

Spørjeundersøkinga viser vidare at det er ei varierande oppfatning av terskelen for å melde uønskte hendingar. Sjølv om omlag ein av tre respondentar meiner terskelen for å melde på si avdeling er låg, er det ein betydeleg del som meiner den verken er låg eller høg (to av fem) og nesten ein av fem meiner terskelen for å melde er høg. Sjå figuren under.

[13] Spørsmålet er stilt til respondentar som tidlegare har svart at det skjer pasientrelaterte avvik dagleg, vekentleg, månadleg, kvart halvår eller årleg på deira avdeling.

Figur 4: Opplevd terskel for å melde avvik[14]



Det er ein viss skilnad mellom føretaka når det gjeld opplevd terskel for å melde avvik. Både i Helse Bergen og Helse Førde er andelen tilsette som meiner det er høg terskel for å melde, lågare enn snittet for Helse Vest, medan den er høgare i Helse Fonna og Helse Stavanger.

I intervjua som er gjennomført, blir det peikt på ei rekke faktorar og tersklar som kan påverke omfanget og innhaldet av det som blir meldt som avvik. Gjennom intervjua er det ikkje avdekka systematiske forskjellar mellom føretaka, tvert om blir det i stor grad peikt på dei same faktorane uavhengig av føretak. Dette handlar mellom anna om mangel på tid, frykt for å henge ut kollegaer, kultur og leiing og opplæring. Svar på spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført, indikerer likevel at det er noko skilnad mellom føretaka når det gjeld kva betydning ulike faktorar har. Det er samtidig viktig å påpeike at det i eitt og same føretak kan vere vel så store forskjellar på tvers av avdelingar og fagområde, som på tvers av føretaka. I intervju er det også fleire som framhevar dette.

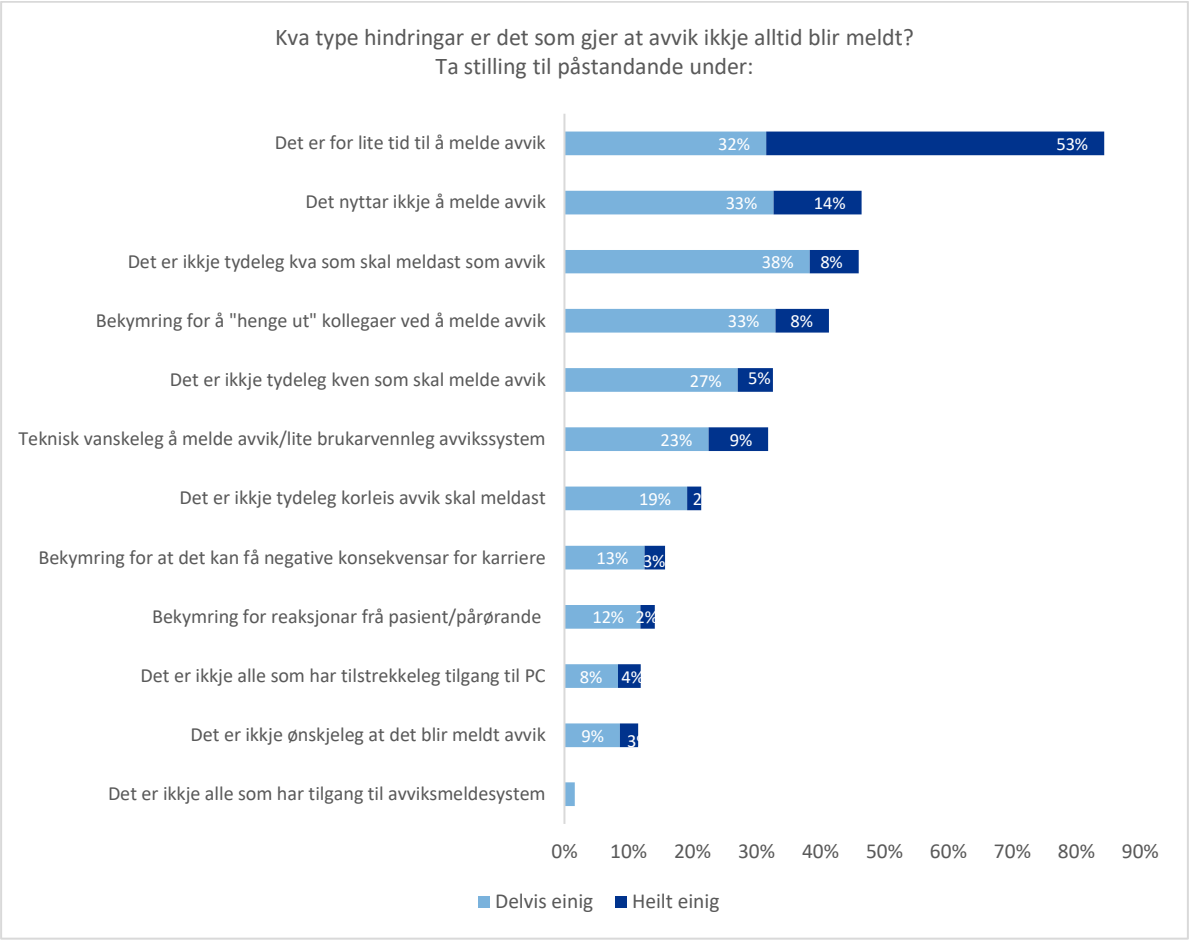
I dei påfølgjande underoverskriftene vil vi gjere nærare greie for kva faktorar og hindringar som kan påverke omfanget av det som blir meldt.

3.5.1 Rangering av hindringar for å melde avvik

Leiarar og tilsette som svarte at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, blei bedt om å ta stilling til påstandar om kva type hindringar dette er. Figuren under viser kor stor andel tilsette som er *heilt* eller *delvis einige* i ulike påstandar om hindringar for å melde avvik.

14

Figur 5: Hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt – tilsette og leiarar (N er mellom 310 og 314)[15]



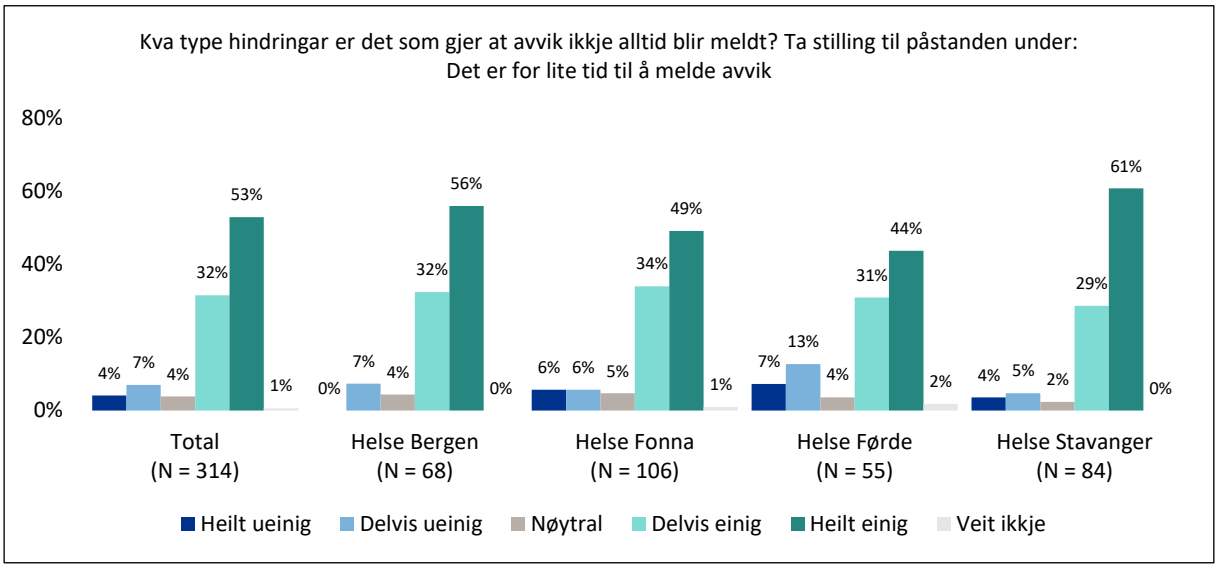
I dei påfølgjande delkapitla vil vi gjere nærare greie for ein del av desse hindringane, samt også i kva grad tilsette opplever å ha fått tilstrekkeleg opplæring når det gjeld det å melde avvik og uønskte hendingar.

3.5.2 Mangel på tid

Ein betydeleg andel av dei som svarar at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, opplever at **mangel på tid** er ei slik hindring (85 prosent av 310 respondentar). Sjå figuren under.

[15] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Figur 6: Mangel på tid som opplevd hindring for at avvik ikkje alltid blir meldt – tilsette og leiarar[16]



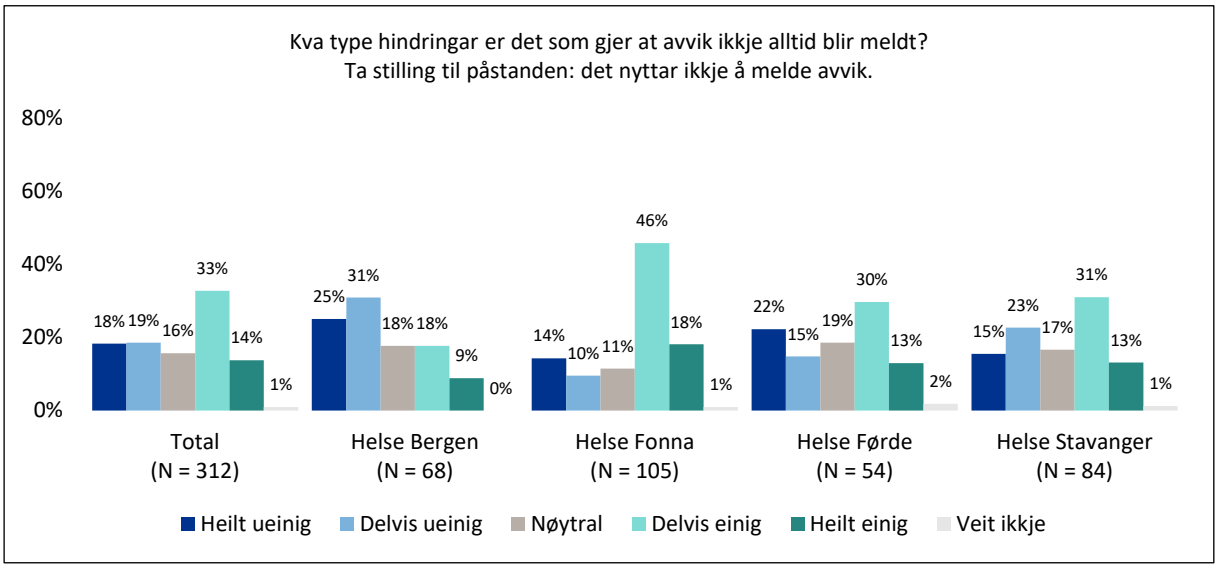
I fritekstfeltet peikar fleire på at det ikkje er tid i løpet av ein arbeidsdag til å melde avvik. Ein respondent påpeikar til dømes at eventuell ledig tid «prioriteres til å spise eller gå på WC». Det blir også vist til at tilsette kan måtte jobbe overtid dersom dei skal ha tid til å melde avvik. I intervju med føretaka blir det også kommentert at det truleg er slik at det å melde avvik blir nedprioritert i ein del situasjonar, og at tilsette si første prioritering er å følgje opp pasientane på ein god måte.

3.5.3 Oppleving av at det ikkje nyttar å melde avvik

Ein betydeleg andel av dei som svarar at det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, er heilt eller delvis einig i at ei hindring for dette er at det **ikkje nyttar å melde avvik** (totalt 47 prosent). Sjå figuren under.

[16] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Figur 7: Manglande oppleving av at det nyttar å melde avvik – tilsette og leiarar[17]



Figuren viser også at det er variasjon mellom føretaka på dette spørsmålet. Det er ein betydeleg større andel i Helse Fonna (64 prosent) som er heilt/delvis einige i at det ikkje nyttar å melde avvik og at dette er ei hindring, samanlikna med Helse Bergen (27 prosent). I Helse Førde og Helse Stavanger er andelen høvesvis 43 og 44 prosent.

I intervju blir det peikt på at lang saksbehandlingstid påverkar tilsette si oppleving av om det nyttar å melde avvik. Dersom det tar lang tid før tilsette får tilbakemelding på avviket, eller det ikkje blir satt i verk tiltak fordi saksbehandlingstida er for lang, kan det skape ei oppleving av at det ikkje nyttar å melde avvik.

I fritekstfelta i spørjeundersøkinga blir det også påpeikt at det kan opplevast som lite hensiktsmessig å melde avvik dersom situasjonen i liten grad endrar seg som følgje av avviksmeldinga. Sjølv om tilsette t.d. meldar avvik på manglande kapasitet og bemanning, er opplevinga at avvik som blir meldt om dette ikkje medfører endringar, og at det derfor er opplevd som lite føremålstenleg å fortsette å melde avvik om same problemstilling. Her viser nokre av leiarane til at tilsette må vere tydelege på kva som er konsekvensen av manglande bemanning, for at dei skal kunne bruke avviket i forbetringsarbeid. Det er også enkelte leiarar som viser til at dei har fått gehør for auka bemanning som følgje av at det er tydeleggjort både gjennom avviksmeldingar og andre indikatorar at det er eit reelt behov for dette.

«Det sies at det er viktig å melde avvik for å kunne oppnå forbedringer, men hva er vitsen når det ikke blir noen forbedringer?» Sitat frå spørjeundersøkinga

[17] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

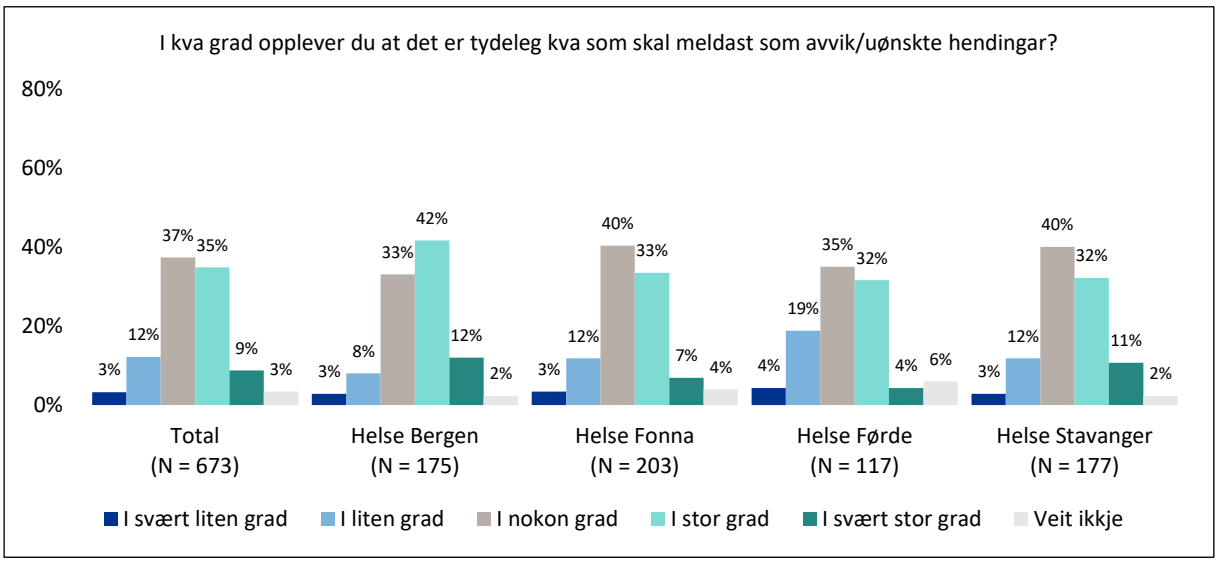
Nokre leiarar meiner også generelt at det er potensiale for å involvere personalgruppa i større grad for å kome fram til gode tiltak, og at dei ser at dette kan bidra til at tilsette i større grad opplever at det nyttar å melde avvik.

«Vi burde ha en jevnlig gjennomgang av meldte uønskede hendelser, og hva som er blitt gjort for å lukke sakene på avdelingen. Helst en gang pr uke, eller oftere. På den måten går det ikke så lang tid mellom hver gang temaet er opp, og det blir en del av en forbedringskultur å snakke om ting vi kan bli bedre på. Det vil også være mer motiverende å melde uønskede hendelser fordi den ansatte da ser at det blir gjort noe konkret med saken som blir meldt. Det blir også ufarliggjort å melde.» Sitat frå spørjeundersøkinga

3.5.4 Ulike oppfatningar av kva som skal meldast og kven som skal melde

Undersøkinga viser at mange tilsette ikkje opplever at det er tydeleg kva som skal meldast som avvik. Over halvparten av dei tilsette svarar at dette berre i nokon eller i liten/svært liten grad er tydeleg. Sjå figuren under.

Figur 8: Oppleving av om det er tydeleg kva som skal meldast som avvik – tilsette og leiarar



Figuren viser at det er variasjon mellom føretaka på dette spørsmålet. I Helse Bergen er det ein større andel som meiner at det i stor/svært stor grad er tydeleg kva som skal meldast, samanlikna med dei andre føretaka.

I intervju blir det vist til at dei fleste alvorlege uønskte hendingar blir meldt i Synergi. Samtidig peikar fleire i intervju på at det er gråsoner og/eller fagleg og personleg ueinigheit i kva som blir definert som «påreknelig risiko» og kva som blir definert som eit faktisk avvik eller feil i behandlinga. Det blir vist til at dette kan medføre at det er variasjon i kva saker som blir meldt i Synergi.

Denne typen gråsoner og ueinigheiter rundt kva som er å rekne som «påreknelig risiko» blir også vist til å påverke kva saker som blir meldt vidare til Statens helsetilsyn som ei såkalla § 3-3 a

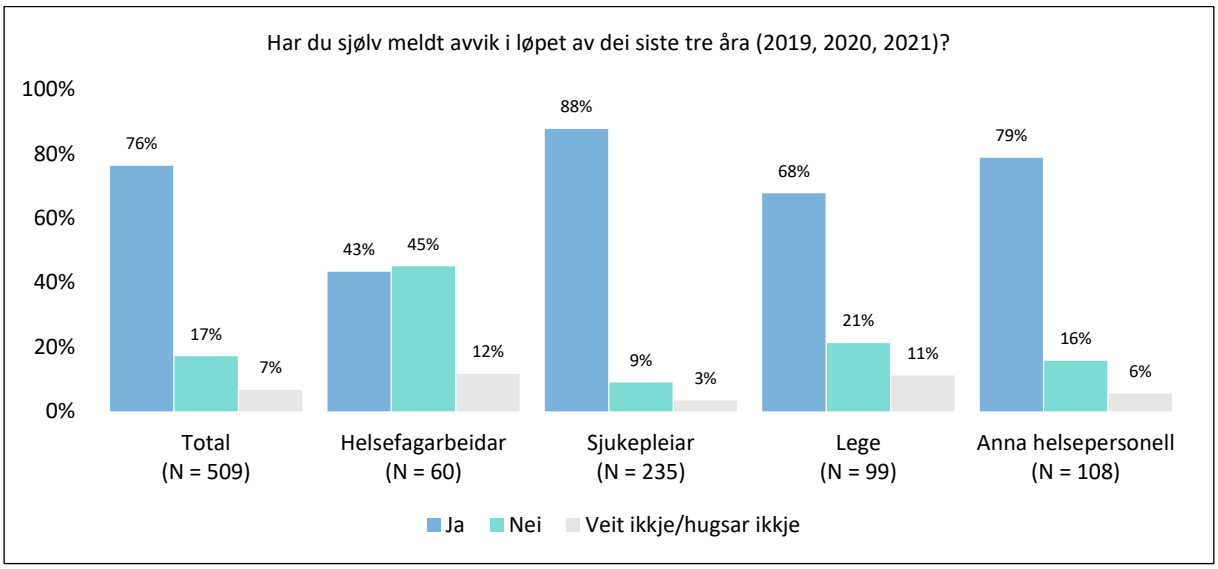
melding[18]. Det blir som eksempel frå eit av føretaka vist til at det frå nokre fagområde/avdelingar blir meldt «raust» med slike saker, inkludert saker der føretaket ikkje sjølv har identifisert svikt eller feil i behandlinga, medan andre fagområde i mindre grad melder saker til Statens helsetilsyn. Det blir også peikt på at det kan vere mykje viktig læring som kan gå tapt om ein i for stor grad konkluderer med at pasientskadar- og komplikasjonar skjer som følgje av påreknelig risiko. Ein av dei intervjua viser blant anna til at ein kanskje bør snakke om dette på ein annan måte, frå «er dette ei uønskt hending» til «er dette noko ein kan lære av», og viser til at det sentrale er å vurdere om det er mogeleg å redusere risiko også i dei prosedyrane der det er ein påreknelig risiko.

Gjennomgåande blir det også peikt på at ein erfarer at sjukepleiarar i større grad melder avvik enn legar, og at det også er ulikt kva det blir meldt om mellom yrkesgruppene. Det blir også vist til at det truleg er skilnadar mellom ulike fagområde, der anestesi og intensiv blir vist til som ei faggruppe som typisk er flinkare til å melde avvik enn til dømes kirurgi. Det blir samtidig understreka at ein ikkje har data som understøttar denne typen forskjellar verken mellom fagområde eller profesjon sjukepleiar/lege.

Spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført blei sendt ut til tilsette og leiarar innan fagområda kreft, fødselsomsorg, ortopedi og gastrokirurgi (sjå grunngjeving for utval i kapittel 2.3). **Når vi ser på korleis svara fordeler seg mellom fagområda, er det lite forskjell mellom desse på spørsmål om dei har meldt avvik i løpet av dei tre siste åra**. Andelen som har svart «ja» på spørsmålet om dei har meldt avvik, er lågast i fagområdet gastrokirurgi (72 prosent) og høgast innan ortopedi (78 prosent).

Spørjeundersøkinga internrevisjonen har gjennomført tyder likevel på at **det er forskjell mellom profesjonar**. Dei siste tre åra oppgir 88 prosent av sjukepleiarane at dei har meldt avvik, men det same gjeld berre 68 prosent av legane. Helsefagarbeidarar er den yrkesgruppa der ein lågast andel har meldt avvik, her er andelen berre 43 prosent. Sjå figuren under.

Figur 9: Avvik meldt dei siste tre åra fordelt på ulike profesjonar



[18] Saker som har medført dødsfall eller svært alvorleg skade på pasient som er uventa ut i frå «påreknelig risiko» skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a meldast til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstenesta.

I intervju blir det også gitt fleire døme på ulik praksis mellom profesjonane. Mellom anna blir det vist til at sjukepleiarar melder mange avvik relatert til pleie og omsorg, fall og samtidigheitskonfliktar. Legane melder i eit mindre omfang, og på andre typar hendingar. Det blir vist til at meldingane frå legane ofte er knytt til meir alvorlege saker eller medisinskfaglege feil. Som døme viser ein av dei intervjua til at vedkomande aldri har erfart at ein lege har meldt avvik på at det er gitt for dårleg informasjon til pasient ved utskriving, medan dette gjerne ville blitt meldt av ein sjukepleiar.

«Sjukepleiarane har mykje lågare terskel for å melde avvik enn legane. Usikker på om det er kulturen eller om det berre er fordi dei har betre tid? Legane melder helst viss det skjer reelle feil som potensielt kan skade pasientane. Sjukepleiarane melder i større grad uønskte hending på systemnivå som potensielt kan bli eit uønskte hending/problem ein gong». Sitat frå spørjeundersøkinga

Fleire av dei intervjua har også erfart situasjonar der sjukepleiarar har ønska å melde ei uønskt hending, men der legane ikkje har meint at dette har vore nødvendig. Dette blir også understøtta i spørjeundersøkinga, der omlag ein fjerdedel av respondentane svarar at det *nokre gongar* er ueinigheit rundt kva som skal meldast. Dette gjeld både spørsmål om ueinigheit mellom kollegaer (26 prosent av 661 respondentar) og mellom tilsette og leiinga (22 prosent).

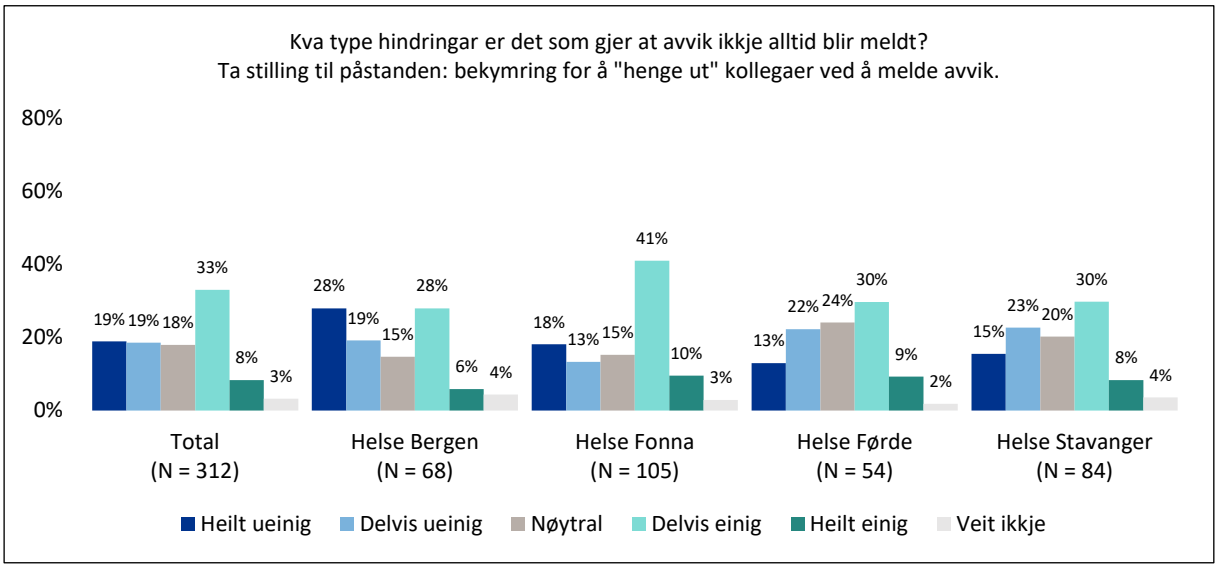
«Det er ulik praksis i yrkesgrupper om hvilke hendelser som meldes. Til dels for hyppig melding av bagateller uten stort potensiale for forbedring, og tildels for sjelden melding av andre.» Sitat frå spørjeundersøkinga

I spørjeundersøkinga blei dei tilsette også spurt om det er tydeleg **kven** som har ansvar for å melde uønskte hendingar. Sjølv om over halvparten meiner at dette i stor grad er tydeleg, er det samtidig omlag ein tredjedel som meiner dette berre i nokon grad er tydeleg.

3.5.5 Bekymring for å henge ut kollegaer

Undersøkinga viser at ein betydeleg andel av dei som meiner det finst hindringar som gjer at avvik ikkje alltid blir meldt, peikar på at bekymring for å «henge ut» ein kollega er ei slik hindring. Sjå figuren under.

Figur 10: Oppleving av om bekymring for å "henge ut» kollegaer er ei hindring for å melde avvik – tilsette og leiarar[19]



Andelen som er heilt eller delvis einige i at bekymring for å «henge ut» kollegaer er ei hindring for å melde avvik, er høgare i Helse Fonna (51 prosent) samanlikna med dei andre føretaka (høvesvis 34 prosent i Helse Bergen, 39 prosent i Helse Førde og 38 prosent i Helse Stavanger).

I både spørjeundersøkinga og i intervju går det fram at fleire tilsette har ei oppfatning av at det å melde avvik inneber å «klage» på ein kollega. Det blir vist til at det er ubehageleg at ein ikkje har kontroll på kva konsekvensane vil bli etter at ein har meldt eit avvik, at kollegaer kan ta avviksmeldingar personleg eller at kollegaer kan gå i forsvar dersom ein melder eit avvik.

I intervju blir det kommentert at det er retta merksemd mot å endre oppfatninga av avviksmelding som «uthenging» av kollegaer. Det blir i intervju påpeikt av fleire leiarar at dei forsøker å kommunisere til tilsette at det er menneskeleg å gjere feil, og viktig å melde avvik. Ein avdelingsdirektør fortel at dei på sine leiarmøte har diskutert dette fleire gonger, og som eit resultat opplever at fleire melder avvik.

«Avvik blir ofte tatt som negativt og personlig i sykehusmiljøet, det brukes ikke åpent for dokumentering med tanke på å få til gode forandringer.» Sitat frå spørjeundersøkinga

3.5.6 Negative reaksjonar/konsekvensar av å melde avvik

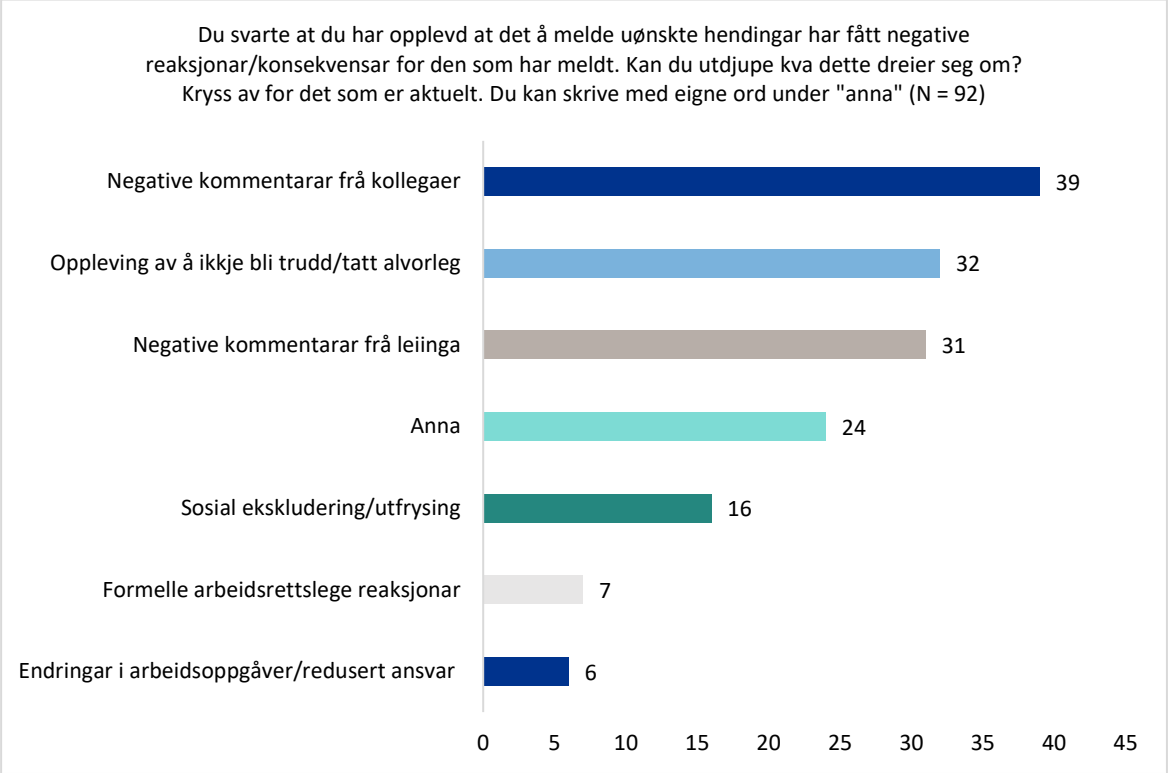
16 prosent av respondentane som har svart at det finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt, er heilt eller delvis einige i ein påstand om at frykt for negative konsekvensar for karrieren er eit hinder for å rapportere. Dette gjeld 49 av 312 respondentar.

Vidare har 92 personar (14 prosent av 662 respondentar) i spørjeundersøkinga svart at dei har opplevd at det å rapportere uønskte hendingar har ført til negative reaksjonar/konsekvensar overfor den som har meldt. Dette dreier seg både om «uformelle» konsekvensar slik som negative kommentarar frå leiinga og frå kollegaer, sosial ekskludering, oppleving av å ikkje blir tatt

[19] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

alvorleg, endring i arbeidsoppgåver, samt også nokre tilfelle av formelle arbeidsrettslege reaksjonar. Sjå figuren under.

Figur 11: Opplevde negative reaksjonar/konsekvensar av å melde avvik[20]. Absolutte tall



I intervju blir det kommentert at det er ulike fagmiljø på sjukehusa, og der nokre tradisjonelt er kjent for å vere meir kompetitive og/eller ha ein skarpare tone med kvarandre, noko som kan påverke i kva grad ein melder avvik eller er opne om feil som har skjedd.

3.5.7 Tilgang til Synergi og opplevd brukarvennlegheit

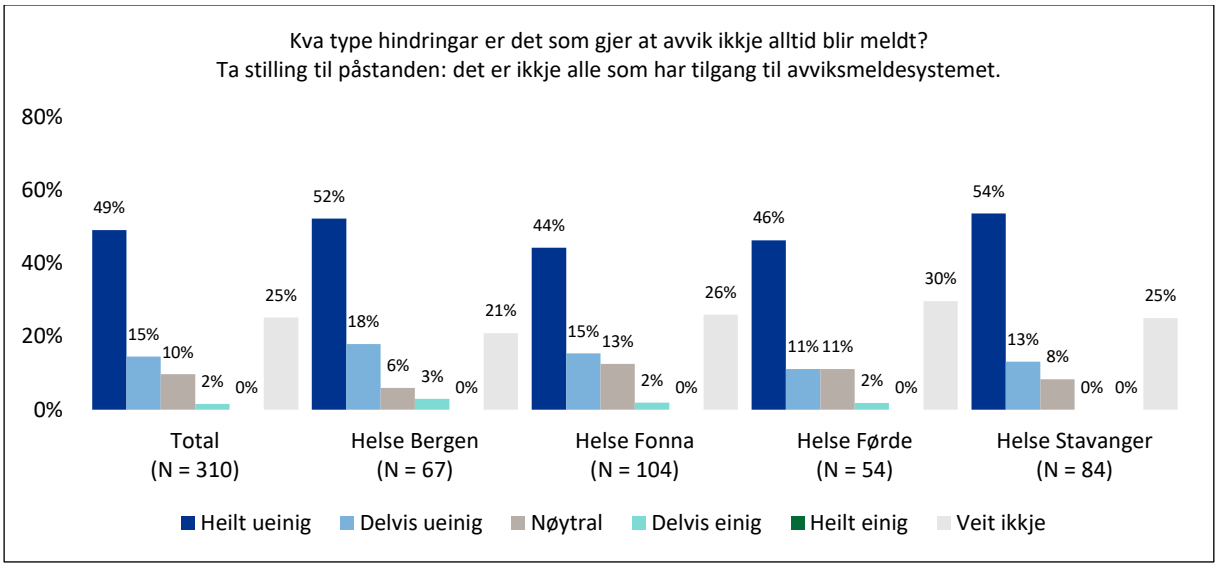
Alle tilsette skal ha tilgang til Synergi gjennom intranett i føretaket dei er tilsett i. I intervjua som er gjennomført er det ikkje gitt indikasjonar på at det er ei utfordring av tilsette ikkje har **tilgang** til Synergi og at dei dermed ikkje får meldt avvik. Dette blir også understøtta av spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført.

Spørjeundersøkinga viser at det er svært få respondentar (2 prosent av 310 respondentar[21]) som opplever at manglande tilgang til avvikssystemet er til hinder for å melde avvik. Sjå figuren under.

[20] Spørsmålet er berre stilt til respondentar som har svart «ja» på spørsmålet «Har du opplevd at det å melde om avvik/uønskte hendingar (anten som du sjølv har meldt eller som andre har meldt) har ført til negative konsekvensar eller reaksjonar frå leiinga eller kollegaer mot den som har meldt?»

[21] Respondentar som i spørjeundersøkinga svarte at dei opplever at det finst hindringar som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt, fekk oppfølgingsspørsmål om kva hindringar dette er.

Figur 12: Oppleving av om manglande tilgang til avviksmeldesystemet er ei hindring for å melde avvik – tilsette og leiarar[22]



Respondentane blei også bedne om å ta stilling til om manglande tilgang til PC er eit hinder for å melde avvik. Ein relativt liten andel (12 prosent av 310 respondentar) svarte at dei var heilt eller delvis einige i dette.

Gjennom intervjua som er gjennomført går det fram at det er ulike oppfatningar av **brukarterskelen** for å melde uønskte hendingar i Synergi. Medan nokre opplever at det er enkelt å melde saker i Synergi, viser andre til at det er eit lite brukarvennleg system og at det er omstendeleg i bruk. Likevel er det gjennomgåande peikt på at det er enklare å *melde* sakene enn å saksbehandle dei. Omlag ein tredjedel av respondentane i spørjeundersøkinga som opplever at det finst hindringar for å melde avvik, er heilt eller delvis einige i at det er teknisk vanskeleg å melde avvik/at Synergi er eit lite brukarvennleg avvikssystem (31,8 prosent av 311 respondentar), men det er også mange som er ueinige i dette. I ny versjon av Synergi, implementert sommaren 2022, er det gjort endringar i brukargrensesnittet.

3.5.8 Opplæring til medarbeidarar

Internrevisjonen får opplyst at nye medarbeidarar får opplæring i Synergi og innføring i rutinar for å melde avvik. Det er utarbeidd fire regionale kurs som omhandlar melding og oppfølging av uønskte hendingar og som er tilgjengeleg i Læringsportalen:

- Synergi for meldarar
- Meldekultur
- Læring frå uønskte hendingar
- Synergi for saksbehandlerar

Kurset «Meldekultur» inneheld informasjon om kva som skal reknast som ei uønskt hending, kva type saker som skal meldast i Synergi og kva som er føremålet med å rapportere uønskte hendingar. «Synergi for meldarar» er eit noko meir teknisk kurs, og omtalar t.d. korleis ein skal melde ei uønskt hending i Synergi. Læring frå uønskte hendingar omhandlar korleis ein i praksis

[22] Spørsmålet er berre stilt til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det finst hindringar som gjer at avvik/uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

kan arbeide med å sikre læring etter uønskte hendingar, slik som rettleiing knytt til å vurdere årsakssamanhengar, introduksjon til forbetringssirkelen, vurdering av årsak og konsekvens, samt rettleiing knytt til å setje i verk gode/målbare tiltak og korleis ein kan vurdere effekt av kvalitetsarbeidet. Kurset vektlegg også at det er viktig at hendingar med læringsverdi for andre, blir delt på tvers. Kurset «Synergi for saksbehandlarar» er retta mot leiarar, og blir nærare omtalt i kapittel 3.6.1.

Internrevisjonen har etterspurt statistikk på gjennomføringsgraden av desse kursa. Statistikken som er tilsendt frå føretaka er varierande, og gir samla sett ikkje eit tydeleg bilete av om alle medarbeidarar faktisk gjennomfører obligatoriske kurs. Det er likevel tydeleg at det relativt sett er få som har gjennomført kurset «læring frå uønskte hendingar».

Det finst ifølgje fleire av dei intervjua funksjonalitet for at leiarar kan hente ut statistikk over kva tilsette (ved si avdeling) som har gjennomført e-læringskurs i Læringsportalen, men det blir peikt på at dette i varierande grad blir gjort. Dette skuldast mellom anna at ein manglar kapasitet. Det blir også vist til at særleg vikarar og studentar i mindre grad gjennomfører kurs knytt til melding av uønskte hendingar, og at dette handlar om manglande tid/anledning til å gjennomføre kursa.

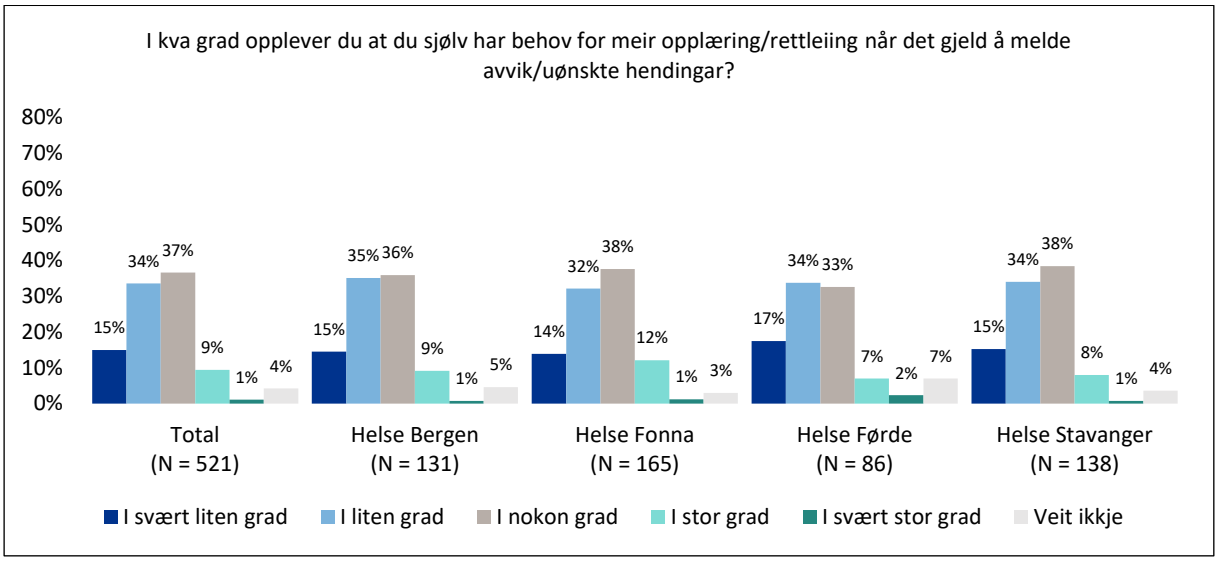
Vidare går det fram at det er ulikt om dei obligatoriske kursa automatisk blir lagt inn i tilsette sine kompetanseplanar, eller om avdelingsleiar/ansvarleg leiar sjølv må sikre at dette blir gjort. Ein leiar i Helse Bergen viser til at dette ikkje skjer automatisk hos dei, medan Helse Førde opplyser at registrering/tildeling av kurs til nye medarbeidarar skjer automatisk. Helse Fonna viser til at det har vore ein periode der den enkelte leiar skulle tildele kursa, men at ein har sett på gjennomføringsgraden og har endra det til automatisk tildeling for å sikre at alle medarbeidarar blir registrert på obligatoriske kurs. Helse Stavanger viser til at kursa «Synergi for meldarar» og «Meldekultur» er obligatorisk for alle tilsette og blir tildelt automatisk. Kursa «Læring frå uønskte hendingar» og «Synergi for saksbehandlarar» er obligatorisk for leiarar og blir tildelt av leiar.

Føretaka har i tillegg til dei regionale kursa, ofte eigne opplegg på avdelingsnivå for opplæring av medarbeidarar når det gjeld det å melde avvik.

Over ein tredjedel av tilsette som har svart på spørjeundersøkinga svarar at dei *i nokon grad* har behov for meir opplæring/rettleiing når det gjeld å melde uønskte hendingar. 10 prosent[23] svarar at dei *i stor/svært stor grad* har behov for meir opplæring. Sjå figuren under.

[23] Dette tilsvarar 52 personar

Figur 13: Behov for opplæring når det gjeld å melde avvik – tilsette



I Helse Fonna er det ein noko høgare andel enn i andre føretak som meiner at dei i stor/svært stor grad har behov for meir opplæring/rettleiing når det gjeld å melde avvik.

Tilsette blei også spurt om dei opplever at **avdelinga/personalgruppa** generelt har behov for meir opplæring i å melde uønskte hendingar. Ein betydeleg del (43 prosent) svarar at avdelinga i *nokon grad* har behov for meir opplæring.

Dei som anten svarte at det i nokon eller i stor/svært stor grad er behov for meir opplæring når det gjeld det å melde uønskte hendingar fekk høve til å gje innspel i fritekst på kva opplæring dei meiner det kunne vore nyttig å få meir av. Totalt er det 174 personar som har gitt innspel til dette. Her blir det vist til at det er behov for meir opplæring både når det gjeld bruk av Synergi (korleis melde), kva som skal meldast og kven som skal melde. Fleire viser også til behov for meir informasjon og fokus på oppfølging av meldte uønskte hendingar, samt viktigheita av å melde uønskte hendingar og kva som er føremålet med dette. Under er nokre sitat frå respondentane om kva dei meiner det er behov for:

- *Kva skjer vidare ved innmelding av avvik/uønskt hending? Kva konsekvensar kan det få?*
- *Hvilke avvik som skal prioriteres, når og hvordan skrive best mulig avvik for å få fram det viktigste i hendelsen.*
- *Kanskje en internundervisning om viktigheten av å melde med fokus på at det er ment som forbedring, og ikke for å "ta noen", som sikkert mange føler det blir brukt som. Skal jo bare være en "forbedringsmelding" på en måte.*
- *Ulike caser som demonstrerer ulike former for avvik, ulik alvorlighetsgrad etc. Kanskje også noe basert på rapporterte avvik fra andre avdelinger som har fått konsekvenser for rutiner eller annet, dette for å få forståelse av viktigheten av rapportering, og hvordan det jobbes med de avvikene som skrives. Kanskje også noe hjelp til å formulere "mindre alvorlige" avvik...*
- *Korleis melde avvik (bli kjent med Synergi) Kva skal meldast til Helsetilsynet? - og kven skal melde det? Få ein felles kultur for kva type hendingar som skal meldast.*

3.6 Analysar av bakanforliggjande årsakar til at uønskte hendingar oppstår

Manglande oversikt over årsakssamanhengar og bakanforliggjande årsaker, kan gjere det vanskelegare for føretaka å lære av uønskte hendingar. For å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak for å redusere risiko for at hendinga gjentek seg på nytt, må tiltaka adressere rotårsakene til at hendinga skjedde.

Leiarane skal som del av saksbehandlingsprosessen gjere årsaksanalysar av uønskte hendingar i Synergi. Internrevisjonen meiner funn i undersøkinga indikerer at ein ikkje alltid gjer slike årsaksanalysar. Ein del leiarar og tilsette opplever at det kan vere uklart kva som er årsaka til hendingar, og at læring blir hindra som følgje av at det ikkje er klart kva som vil vere gode tiltak for å lukke avvika. Leiarane opplever at saksbehandling tar mykje tid, og at viktige saker kan «drukne» litt i det store omfanget av avvik som blir meldt. Mange leiarar opplever vidare at dei ikkje har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande.

Alle føretaka har rutinar for å gjennomføre meir omfattande årsaksanalysar i dei mest alvorlege hendingane, såkalte hendingsanalysar og hendingsgjennomgangar. Dette er ressurskrevjande analysar som ofte krev involvering av støtteressursar innan kvalitet- og pasienttryggleik. Det er ulikt om føretaka opplever at det i eit tilstrekkeleg omfang blir gjennomført slike årsaksanalyser.

Føretaka analyserer også statistikk frå Synergi, mellom anna med omsyn til omfang og typar avvik, for å sjå om det er hendingar som går igjen og vurdere tiltak på systemnivå. Samtidig er det vist til at datakvalitetet i Synergi ikkje nødvendigvis er god nok til å kunne brukast i forbetringsarbeid, mellom anna som følgje av ulik bruk av kategoriar i systemet, samt også feil- og dobbeltregistrering av hendingar.

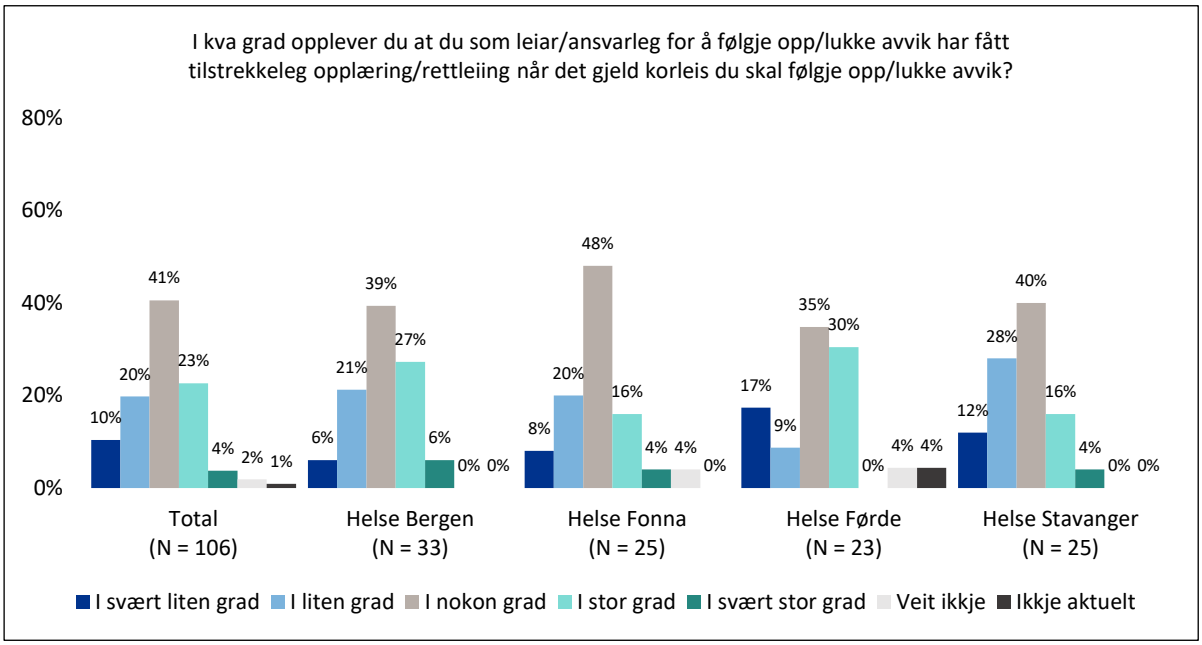
3.6.1 Kompetanse til å følgje opp uønskte hendingar

Som nemnd i kapittel 3.5.8 er det utarbeidd regionale e-læringskurs for melding og oppfølging av uønskte hendingar. Kurset «Synergi for sakshandsamarar» er retta mot leiarar som har rollen som saksbehandlar i Synergi. Kurset går gjennom dei ulike stega i saksbehandlingsprosessen, samt også korleis leiarar kan hente ut rapport og statistikk frå Synergi som kan nyttast til å analysere omfanget av avvik. Kurset «læring etter uønskede hendelser» inneheld rettleiing knytt til å vurdere årsakssamanhengar, introduksjon til forbetringssirkelen, vurdering av årsak og konsekvens, samt rettleiing knytt til å setje i verk gode/målbare tiltak og korleis ein kan vurdere effekt av kvalitetsarbeidet.

I intervju er det fleire leiarar med saksbehandlingsansvar som viser til at dei ikkje i tilstrekkeleg grad har fått opplæring eller deltatt på kursing i korleis dei skal saksbehandle avvik, eller korleis dei skal ta ut statistikk frå Synergi. Fleire viser til at dei har måtte finne ut av korleis systemet fungerer på eiga hand.

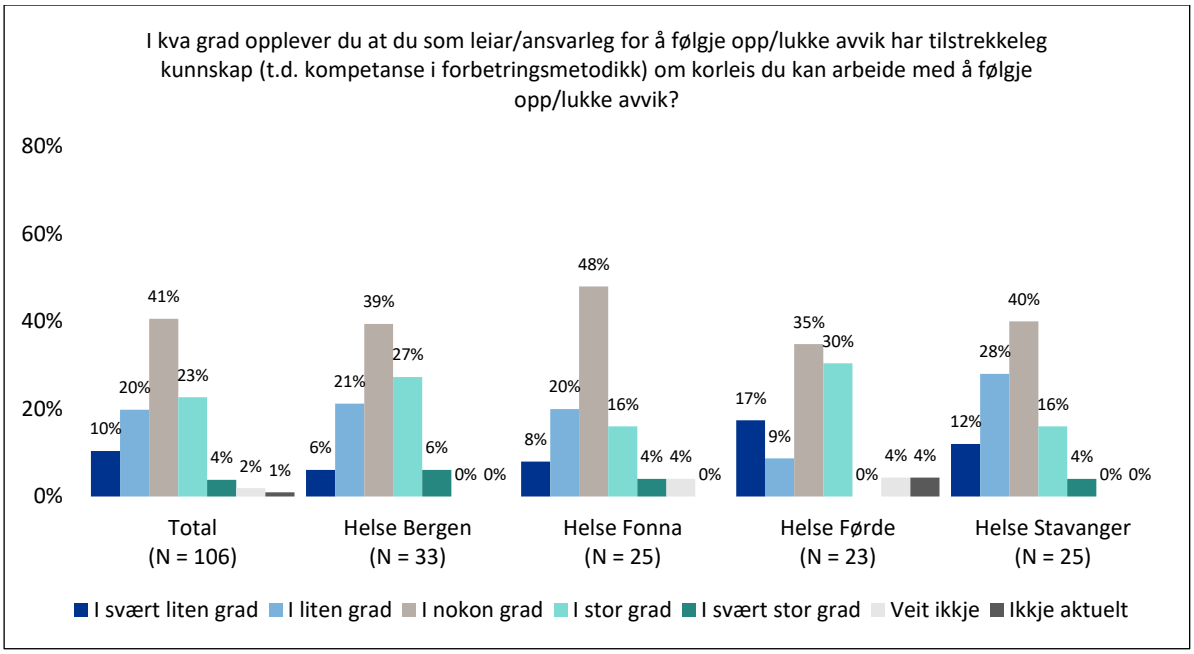
Spørjeundersøkinga viser også at ein betydeleg andel leiarar med saksbehandlingssansvar opplever å ikkje ha fått tilstrekkeleg opplæring i avvikshandtering. Berre rundt 1 av 4 leiarar opplever at dei i stor/svært stor grad har fått tilstrekkeleg opplæring i korleis dei skal følgje opp eller lukke avvik. Sjå figuren under.

Figur 14: Opplæring i å følgje opp og lukke avvik -leiarar[24]



Spørjeundersøkinga viser vidare at nesten ein av tre leiarar svarar at dei i liten/svært liten grad opplever å ha tilstrekkeleg kunnskap om korleis dei kan arbeide med å følgje opp og lukke avvik (t.d. kompetanse i forbetringsmetodikk). Det er også ein betydeleg andel som svarar at dei berre i nokon grad har dette. Sjå figuren under.

Figur 15: Kunnskap/kompetanse i korleis følgje opp avvik – leiarar[25]

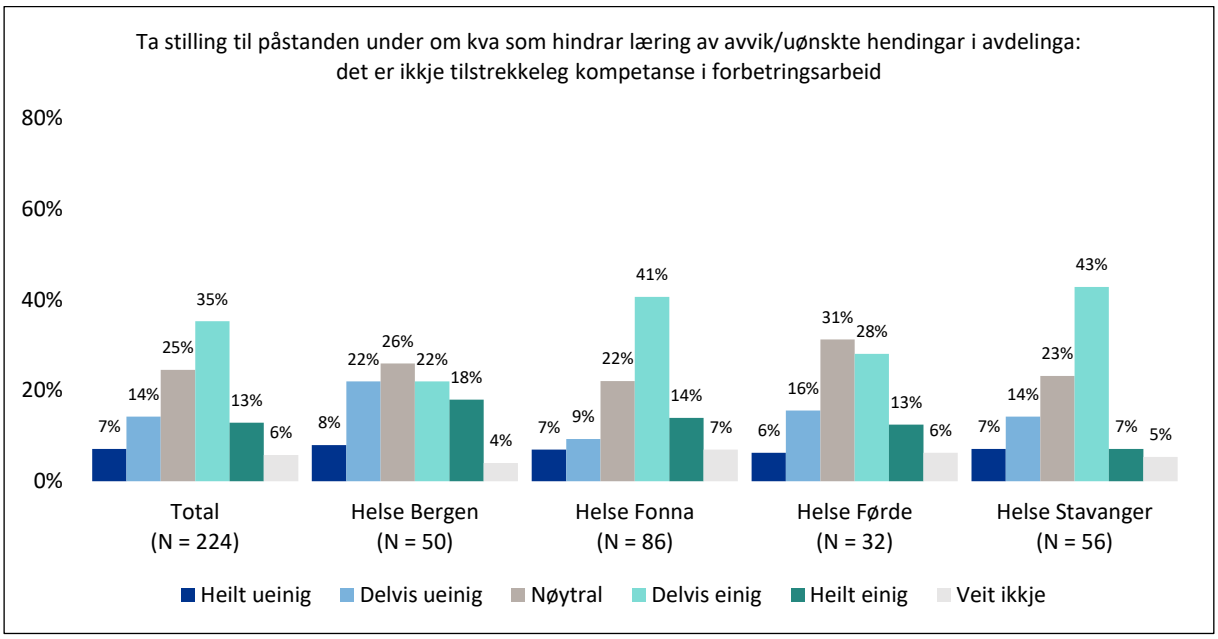


I intervju oppgir også fleire av leiarane i føretaka at dei ikkje har fått formell opplæring i forbetringsmetodikk eller kvalitetsarbeid, og at dei ser behov for meir opplæring.

[24] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har ansvar for å ta imot og følgje opp avvik.
[25] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har ansvar for å ta imot og følgje opp avvik.

Spørjeundersøkinga viser vidare at ein del av respondentane opplever at manglande kompetanse i forbetringsarbeid er eit hinder for å lære av uønskte hendingar. Sjå figuren under.

Figur 16: Ikkje tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid som hinder for å lære av avvik[26]



For å sikre tilstrekkeleg kompetanse blant leiarar i forbetringsmetodikk, er det ønskjeleg å leggje til rette for ei **felles regional leiaropplæring knytt til forbetringsmetodikk.** Internrevisjonen får opplyst at det i utgangspunktet skulle vore klart i 2021, men at det ikkje har vore mogeleg å få til, mellom anna som følgje av covid-19-pandemien. Internrevisjonen får opplyst at det i 2022 pågår arbeid med å få etablert eit rammeverk for leiaropplæringa i Helse Vest.

Fleire av føretaka viser også til at dei arbeider på eiga hand med kompetansetiltak overfor leiarane. Helse Førde opplyser t.d. å vere i gang med å utarbeide eit individuelt utviklingsprogram (ILUP) med fokus på endring og forbetring, som skal ruste leiarar til å vere pådrivarar og ha ei aktiv rolle i forbetringsarbeidet i si eining. Helse Bergen opplyser at dei arbeider med å sikre betre saksbehandling i Synergi, der det mellom anna blir vurdert å sette saksbehandlingskrav til dei som skal vurdere årsakssamanhengar, og om det berre bør vere utvalt personell som skal gjere denne oppgåva.

Helse Vest RHF har etablert ei **regional forbetringsutdanning** som gir ei innføring i forbetringsmetodikk. Utdanninga er retta mot alle yrkesgrupper i sjukehusa, og strekkjer seg over ti månader. Føremålet er å gje tilsette kompetanse til å drive og gjennomføre forbetringsprosjekt, samt til å lære opp andre i organisasjonen til å arbeide med kontinuerleg forbetring. Dette er altså utdanning som fleire enn leiarane kan ta.

I følgje Helse Vest RHF sin regionale plan for kvalitet og pasienttryggleik er det eit mål at ti prosent av tilsette i kliniske avdelingar skal ha forbetringskompetanse (t.d. gjennom regional forbetringsutdanning) som går utover den grunnleggande opplæringa som alle tilsette i Helse Vest får. Det er også eit mål at ein prosent av tilsette i Helse Vest skal ha rettleiarkompetanse i

[26] Spørsmålet er betinga, og gjekk berre til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det er hindringar for å kunne lære av avvik/uønskte hendingar i avdelinga?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

kvalitetsforbetring (t.d. gjennom «regional veilederutdanning»). I intervju blir det kommentert at ein er langt unna desse måla, og enkelte peikar også på at dette truleg er for ambisiøse mål som vil vere vanskeleg å oppfylle i praksis. I fleire av føretaka sine lokale oppfølgingsplanar for regional plan for kvalitet og pasienttryggleik er status sett som «pågår» for måla knytt til forbetringsutdanning, utan at det er nærare konkretisert korleis ein ligg an. Føretaka har gjennom dokumentasjonen som er sendt i samband med internrevisjonen opplyst følgjande om talet på tilsette som har forbetringskompetanse eller utdanning:

- Helse Bergen har opplyst at 86 tilsette har fullført eller er undervegs i løpet med regional forbetringsutdanning. Vidare har 16 personar fullført eller er undervegs med rettleiarkompetanse. Det er også andre forbetringsutdanningar, mellom anna BLEST (forbetringsopplæring på legemiddeltryggleik) med 90 deltakarar som er ferdige, samt også om lag 30 personar som har tatt anna kvalitetsforbetringsutdanning.
- Helse Fonna har opplyst at 36 tilsette har fullført eller er undervegs i løpet med regional forbetringsutdanning I tillegg har dei registrert andre 10 tilsette med utdanning innan forbetringsmetodikk og teoretisk kvalitetsforbetring frå andre utdanningsinstitusjonar. I følgje føretaket sin oppfølgingsplan for regional plan for kvalitet og pasienttryggleik hadde 3 tilsette rettleiarkompetanse i forbetringsmetodikk per januar 2021. Det blir ifølgje planen vurdert å vere vanskeleg å nå målet om 1 prosent innan 2024, dette gjeld også målet om 10 prosent som skal ha fullført forbetringsutdanning.
- Helse Stavanger har opplyst at i overkant av 70 tilsette har forbetringskompetanse (der i underkant av 40 har tatt regional forbetringsutdanning) per november 2021. Tala er ikkje medrekna dei som starta frå hausten 2021. Vidare er det opplyst at 20 tilsette har rettleiarkompetanse.
- Helse Førde har opplyst at føretaket har 40 tilsette med forbetringskompetanse, der dei fleste har tatt utdanninga anten gjennom regional forbetringsutdanning, nasjonalt program eller i felles forbetringsutdanning mellom Helse Førde og kommunane i området (USHT – Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimeteneste).

Fleire av leiarane som er intervjua har tilsette på si avdeling som er i gang med, eller som har fullført, den regionale forbetringsutdanninga. Utdanninga blir framheva som eit positivt tiltak, som gir inspirasjon og motivasjon til å arbeide vidare med tematikken på heile avdelinga. Samtidig blir det også i intervju påpeikt at det kan vere enkelte utfordringar som hindrar avdelingane å ta i bruk forbetringsmetodikk og kompetanse etter fullført utdanning, mellom anna knytt til manglande tid til å prioritere forbetringsarbeid, manglande forståing og forankring hos leiinga til å få jobbe med forbetringsarbeid og manglande kultur for å systematisk bruke forbetringsmetodikk til å setje i verk og teste ut tiltak.

3.6.2 Rutinar for å analysere bakanforliggjande årsaker i den enkelte sak

Hendingsanalysar og hendingsgjennomgangar ved alvorlege hendingar

Alle føretaka har etablert rutinar som skal bidra til å kartleggje hendingsforløp og avdekke bakanforliggande systemårsaker ved alvorlege uønskte hendingar. Det er skilt mellom

hendingsanalysar[27,28,29] og **hendingsgjennomgangar**,[30,31] der førstnemnte er meir omfattande og ressurskrevjande enn sistnemnde. Ei hendingsanalyse er vidare ofte forankra på eit høgare nivå, ved administrerande direktør eller fagdirektør (dette varierer mellom føretaka), og gjennomført i regi av eller med betydeleg støtte frå sentrale stabsressursar. Ein hendingsgjennomgang er normalt ofte leia og analysert på klinikk- eller avdelingsnivå.

Internrevisjonen får opplyst at omfanget av hendingsanalysar varierer både frå år til år og mellom føretaka. Omfanget er generelt avgrensa til dei mest alvorlege sakene og talet er derfor relativt lågt. Helse Bergen viser som eksempel til at det blir gjennomført fem-seks hendingsanalysar hos dei per år, og Helse Stavanger viser til at det blir gjennomført mellom to og fire per år. Det er noko variasjon når det gjeld om ein meiner det er behov for å gjere fleire slike analysar eller om det i hovudsak blir gjennomført på eit hensiktsmessig nivå. I Helse Stavanger er det fleire som er tydelege på at avgrensa ressursar og kompetanse hos støttefunksjonar innan kvalitet og pasienttryggleik har betydning for kor mange slike analysar det er mogeleg å gjennomføre, og at ein gjerne skulle sett at ressursane og kompetansen var styrka slik at dette kan gjerast i større grad enn i dag. Også i Helse Førde blir det peikt på at det kunne vore føremålstenleg å gjennomføre slike analysar i eit noko større omfang.

Alvorlege hendingar endar ofte opp som tilsynssaker

Fleire viser til at dei mest alvorlege hendingane ofte endar opp i ei tilsynssak ved Statsforvaltaren og/eller Statens Helsetilsyn, eller undersøking ved UKOM, og at desse sakene dermed både er gjennomgått internt og eksternt. Fleire viser til at både undersøkingar frå UKOM og tilsyn av Statsforvaltaren blir opplevd som nyttige og at det er eit tydeleg føremål at tilsyna skal bidra til læring og forbetring. Enkelte viser til at tilsyna frå helsetilsynet ikkje i like stor grad blir opplevd å bidra til dette, og at desse tilsyna ber meir preg av å avdekke brot på lov og forskrift og har karakter av «straff».

Fleire toppleiarar viser også til at det er krevjande i dei sakene der politiet er involvert. Det blir peikt på at pågåande etterforsking hos politiet kan vere til hinder for læring fordi tilsette kan vere redde for å inkriminere seg sjølve, og dermed ikkje tør å vere heilt opne om kva som har skjedd. Ein annan dimensjon som blir trekt fram, er at politiet ikkje nødvendigvis har god nok kompetanse til å vurdere sakene, og at etterforskinga ofte tek lang tid. Dette blir peikt på å vere svært belastande og krevjande for tilsette som har vore involvert. Internrevisjonen får opplyst at Helse Vest RHF ønskjer å løfte desse problemstillingane med politiet.

Saksbehandling i Synergi – leiarane opplever at saksbehandlingsprosessen er for tidkrevjande

I spørjeundersøkinga går det fram at ein betydeleg andel av leiarane totalt sett behandlar mange meldingar om uønskte hendingar i løpet av eit år. 20 prosent av leiarane svarar at dei i løpet av eit år behandlar over 100 uønskte hendingar. Ein leiar oppgir å handsame 500 uønskte hendingar årleg.

[27] Helse Bergen. *Hendelsesanalyser*. Gyldig frå/til: 28.01.2021/28.01.2022
[28] Helse Førde. *Hendingsanalyse etter alvorleg pasientskade*. Gyldig frå: 30.03.2021.
[29] Helse Stavanger. *Hendelsesanalyser ved uønskede hendelser*. Gyldig frå 11.06.2019. Revisjonsfrist 26.11.2020.
[30] Helse Bergen. *Hendelsesgjennomgang*. Gyldig frå/til: 28.01.2021/28.01.2022
[31] Helse Førde. *Handbok i årsaksanalyse etter uønskte hendingar*. Gyldig frå 26.03.2020. Rev. Innan 26.03.2022.

Tabell 5: Tal uønskte hendingar leiarar behandlar årleg

Tal behandla uønskte hending årleg per leiar	
10 eller færre uønskte hendingar	29 prosent (tilsvarande 28 leiarar)
11-50 uønskte hendingar	36 prosent (tilsvarande 35 leiarar)
51 – 100 uønskte hendingar	15 prosent (tilsvarande 15 leiarar)
Over 100 uønskte hendingar	20 prosent (tilsvarande 20 leiarar)

I intervju med leiarar blir det gjennomgåande vist til at det er for tidkrevjande å saksbehandle saker i Synergi. Noko av dette er knytt til omfanget av saker, og noko er knytt til sjølve systemet.

Det blir vist til at det totalt sett **blir meldt mange saker i Synergi**, inkludert mange driftsrelaterte avvik. Tomt for papir og manglande såpe i dispenser blir gitt som eksempel på avvik som burde vore ordna opp i utan at det nødvendigvis er behov for å melde og saksbehandle i Synergi. Det blir også vist til at det blir meldt ein del uønskte hendingar på manglande tid, t.d. «travelt på avdelinga i dag», utan at det er konkretisert kva som var konsekvensen eller mogeleg konsekvens av dette. Fleire leiarar gir uttrykk for at det er krevjande å bruke denne typen avviksmeldingar i forbetringsarbeid. Nokre viser til at dei konkret har jobba med å rettleie tilsette om at dei i større grad må formulere kva som er konsekvensen av at det er lite personell eller travelt på avdelinga, t.d. at det har medført at pasient har fått medisin for seint. Det blir også peikt på at det kan vere føremålstenleg å ha objektive kriterier som seier noko om kor travelt det er på avdelingane, og at ein også kan sjå hen til dette når ein saksbehandlar meldte avvik. Nokre av leiarane i Helse Stavanger viser mellom anna til sjukehuset sin plan for høg aktvitet (PHA), som inneber at data på mellom anna ventetid på lege og tal på pasientar blir lagt til grunn for å vurdere kva nivå avdelinga er på, frå nivå 0 til nivå 2, der nivå 2 er høgaste aktivitetsnivå. På nivå 2 vil ein ofte måtte prioritere mellom oppgåver, og i visse tilfelle avvike frå prosedyre ved normal aktivitet. Det blir peikt på at dersom det blir meldt i Synergi at det vore avvik frå prosedyre for eksempel knytt til prøvetaking som normalt sett blir gjort før pasienten blir overført til anna avdeling, og avdelinga var på nivå 2, kan det vere at det reelt sett ikkje var eit avvik fordi avdelinga måtte prioritere i situasjonen. Også ein leiar i Helse Bergen viser til at ein bør vurdere hensiktsmessigheten av å fortsette å melde på dei områda dei ikkje nødvendigvis får gjort noko med, og viser som eksempel til at det er krevjande å ha 100 prosent bemanning for alle akuttsituasjonar. Også denne leiaren framhevar at ein i periodar med mykje pågang må prioritere oppgåver, og at også Helse Bergen har system for dette gjennom prioriteringssirklar.

«Mitt inntrykk er at det er mer underrapportering av mer «ufarlige» ting, ting som er mindre synlige/ åpenbare, men som kanskje en dag likevel kan føre til alvorlige hendelser. Tenker kanskje vi burde hatt mer fokus på den type avvik som jeg tror meldes i mindre grad, men som kunne gitt oss viktig læringsutbytte på sikt.» Sitat frå spørjeundersøkinga

«Dei viktige sakene druknar i mengden». Sitat frå intervju

Sjølv om fleire peikar på at dei brukar mykje tid på å saksbehandle meldte avvik som dei ikkje opplever at inneber risiko for pasienttryggleiken, er det også enkelte som påpeikar at mangel på oppfølging av mindre alvorlege hendingar eller hendingar utan faktisk konsekvens, kan medføre risiko for at avdelingane ikkje fangar opp små åtvaringar før det skjer ei større alvorleg hending. I ei av sakene internrevisjonen har undersøkt i casegjennomgangen (sjå nærare omtale i kapittel 4), er det eksempel på at det var varsla om risiko for svikt og fare for pasienttryggleiken før hendinga skjedde, men at risikoen ikkje blei følgt opp før den faktiske konsekvensen inntraff og ein pasient døde.

«Flere hundre saker ligger ubehandlet. Det er ikke nok at ansatte melder, sakene må behandles kontinuerlig. Det er for lite fokus på saksbehandling. Har inntrykk at det er noe som skjer innimellom en travel drift.» Sitat frå spørjeundersøkinga

Leiarane viser vidare til at saksbehandlingsprosessen i Synergi er **tidkrevande**. Prosessen inneber mange klikk, og er ikkje tilpassa type sak, eksempelvis alvorsgrad. I systemet skal ein gjennom ei rekke steg, uavhengig av type sak. Dette inkluderer mellom anna å:

- Velge rett type sakstype og kva type hending det er snakk om (her må ein velje mellom ei rekke ulike kategoriar. T.d. kan ei sak vere Sakstype «Uønskt hending – pasientrelatert», kategorisert som «legemiddelrelatert», og underkategori «Feil legemiddel gitt»
- Gjere ei vurdering av alvorsgrad og faktisk konsekvens
- Gjere ei risikovurdering/potensiell konsekvens (m.a. sannsynleg gjentakingsfrekvens)
- Gjere årsaksanalyse
- Leggje til tiltak

Det blir peikt på at det at ein skal gjennomføre alle desse stega uavhengig av type sak, inneber at ein nesten kan bruke like lang tid på å saksbehandle saker som i utgangspunktet er enkle og lite alvorlige, som på dei komplekse og alvorlege sakene. Som omtalt i kap. 3 blei det meldt om lag 19 500 pasientrelaterte uønskte hendingar i Synergi i 2021. Dersom det i snitt tar 10 minutt å saksbehandle ei sak i Synergi, tok det 195.150 minutt eller 3252,5 timar å saksbehandle hendingane som blei meldt i 2021 i Synergi. Dette inkluderer ikkje andre uønskte hendingar klassifisert som sakstype HMS, drift eller informasjonstryggleik og personvern.

Fleire av leiarane etterlyser ein «fast track» for å raskare kunne saksbehandle saker av mindre alvorleg karakter i Synergi, og peikar på at dette ville frigitt tid til å arbeide meir med dei sakene der det er eit reelt behov for å gjere gode analyser av årsakssamanhengar og setje i verk tiltak og forbetringsarbeid. Det blir også peikt på at det manglar funksjonalitet for å lukke forelda saker. Ein avdelingssjukepleiar viser i intervju til at han ved oppstart i stillinga hadde 480 gamle saker i Synergi som ikkje var handsama, og at det i slike tilfelle vil vere føremålstenleg med ein enkel måte å registrere at saka er lukka utan å handsame den vidare.

Vidare blir det vist til at det ville vore føremålstenleg dersom det var mogleg å samle like saker i Synergi for å handsame dei under eitt. Det blir vist til at det enkelte dagar kan kome fleire avvik om same sak, og at det i slike tilfelle vil vere meir effektivt å saksbehandle desse ilag, framfor å saksbehandle kvar enkelt sak slik systemet no krev at ein gjer.

Det at det tek lang tid å handsame saker i Synergi, blir også påpeikt å kunne medføre at «restanselista» blir lang. Det tek dermed også lang tid før tilsette får tilbakemelding på uønskte hendingar som dei har meldt, noko som kan påverke tilsette sin motivasjon for å melde.

Helse Bergen omtalar tidsbruken for saksbehandlinga i si årlege melding til Helse Vest RHF i 2021. Her blir det vist til at: *Helse Bergen har registrert mange meldingar om uønskte hendingar. Det er per i dag ressurskrevjande å saksbehandle desse sakene. Vi må utvikle Synergi slik at vi bruker mindre tid på saksbehandling og meir tid på å forbetre helsetenestene.*

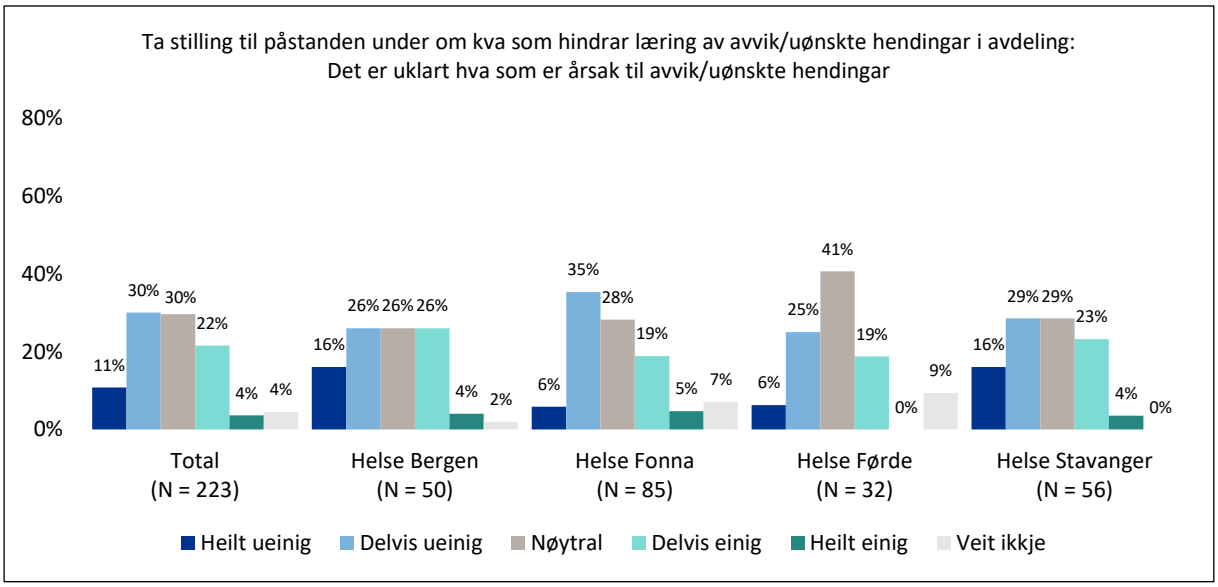
Internrevisjonen får opplyst at ein ny versjon av Synergi er implementert i 2022 der brukargrensesnittet er noko endra, men at det i utgangspunktet ikkje er gjort store endringar med omsyn til kva som skal vurderast i saksbehandlingsprosessen.

Ein del opplever at manglande oversikt over årsaker hindrar læring frå uønskte hendingar

Manglande oversikt over årsakssamanhengar og bakanforliggjande årsaker, kan gjere det vanskelegare for føretaka å lære av uønskte hendingar. For å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak for å redusere risiko for at hendinga gjentek seg på nytt, må tiltaka adressere rotårsakene til at hendinga skjedde.

Ein del tilsette og leiarar er heilt eller delvis einige i at læring etter uønskte hendingar blir hindra av at det er uklart kva som er årsaka til den uønskte hendinga. Sjå figuren under.

Figur 17: Hindringar for å lære av avvik/uønskte hendingar – uklare årsaker til avvik[32]

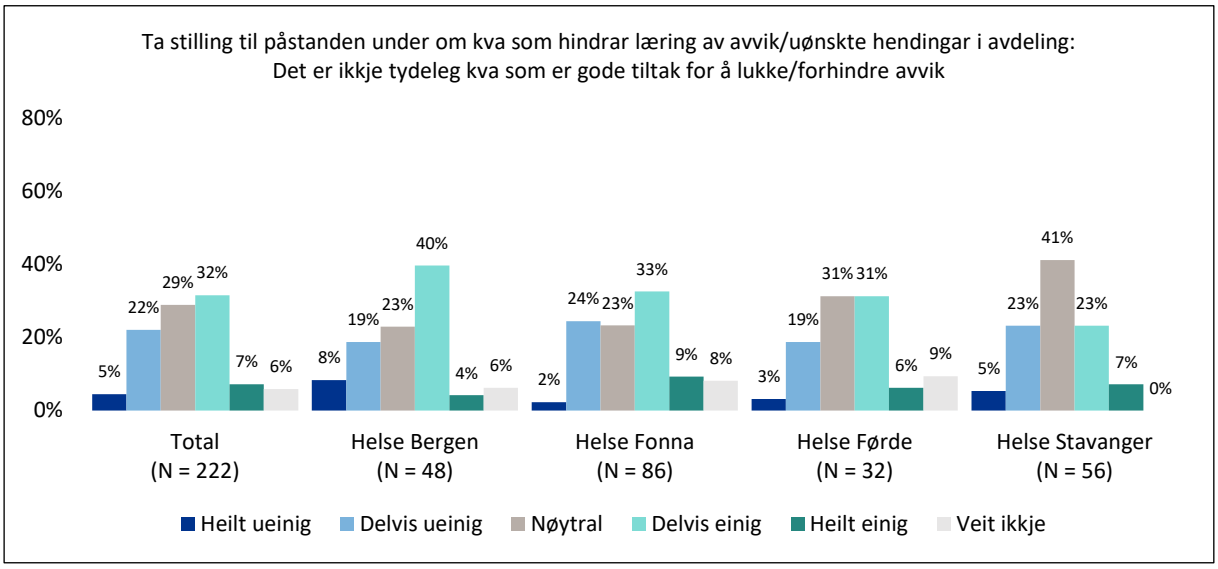


Totalt sett meiner omlag ein fjerdedel av dei som meiner at det finst hindringar for å lære av avvik, at uklarheit i kva som er årsaka til avviket er ei slik hindring.

Det er også ein del som opplever at utydelegheit rundt kva som er gode tiltak for å lukke og forhindre avvik, hindrar læring av uønskte hendingar i deira avdeling. Sjå figuren under.

[32] Spørsmålet er betinga, og berre stilt til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det er hindringar for å kunne lære av avvik/uønskte hendingar i avdelinga?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Figur 18: Hindringar for å lære av avvik/uønskte hendingar – ikkje tydeleg kva som er gode tiltak[33]



3.6.3 Systematiske analysar av omfanget og typar avvik

Helse Vest RHF har lagt til rette for at det kan hentast ut rapportar frå Synergi til bruk i forbetringsarbeidet (t.d. rapportar over omfang og type sak/hending). Funksjonen finst som eit «dashboard». I intervjua går det fram at det er varierande i kva grad leiarane aktivt brukar denne funksjonen. Det blir vist til at dette både handlar om manglande kompetanse om korleis ein skal gjere det, og at tida blir prioritert på andre oppgåver som blir opplevd å vere meir presserande. Nokre avdelingar opplyser at dei har eigne ressursar (kvalitetsrådgjevar e.l.) som bistår med å gjere analyser av omfanget av og typar avvik.

Leiarar som viser til at dei brukar dashboard-funksjonen peikar på at dei opplever dette som eit godt verktøy for å få oversikt over både omfanget av avvik og kva kategoriar avvik som blir meldt. I ny versjon av Synergi, som er implementert etter at intervjua var gjennomført, er det også gjort forbetringar av rapportfunksjonen/dashboardet i Synergi. Helse Vest IKT har også oppdatert elæringskursa for saksbehandlarar i Synergi med meir informasjon om endringar i rapportfunksjonen.

Fleire peikar på at kategoriseringa av type sak/hending i Synergi ikkje fungerer tilfredsstillande. Nokre viser til at det **manglar kategoriar**, slik som eksempelvis uønskte hendingar knytt til manglande omsorg for pasienten eller at Synergi blir opplevd å vere meir tilrettelagt for legefaget enn for sjukepleiarfaget, medan andre opplever at utfordringa i større grad gjeld at **kategoriane blir brukt feil** eller tolka ulikt.

Det blir også peikt på at datakvaliteten i Synergi ikkje nødvendigvis er god nok. Helse Bergen opplyser at dei gjennom eigne undersøkingar har erfart at datakvaliteten i Synergi ikkje er tilfredsstillande, og at den ikkje er god nok til å kunne brukast aktivt i kvalitetsarbeid. Det blir vist til at føretaket har gjort eit uttrekk av Synergi der ein ville måle effekten av intervenering (tiltak) på legemiddeltryggleik ved å sjå på dødsfall knytt til legemiddel. I uttrekket frå Synergi fann Helse

[33] Spørsmålet er betinga, og berre stilt til respondentar som tidlegare har svart på spørsmålet «I kva grad opplever du at det er hindringar for å kunne lære av avvik/uønskte hendingar i avdelinga?» med «i svært stor grad», «i stor grad» eller «i nokon grad»

Bergen eit visst tal dødsfall på legemiddelfeil dei siste to åra, men tala var ikkje i samsvar med omfanget § 3 3 a saker som var meldt i same periode. Det blei derfor gjort nærare analyse av sakene i Synergi, og ein såg mellom anna at det var mange dublettar og feil, mellom anna at pasientar var registrert som død fleire gongar i Synergi. Dermed kunne ein ikkje bruke data frå Synergi til å måle effekten av interveneringa.

I intervju er det fleire som også påpeikar at Synergi i stor grad er brukt som eit «rapporteringssystem» heller ein eit system som bidreg til læring. Ein av respondentane i spørjeundersøkinga oppsummerer dette slik:

> *Det er nødvendig med bedre saksbehandling av sakene. Hensikten med systemet er læring, ikke rapportering. I dag brukes systemet mye til å rapportere i, og i mindre grad til å hente ut læring fra.*

3.7 System og rutinar for å lære av uønskte hendingar på tvers i eige føretak

Føretaka har etablert både system, rutinar og fora som skal bidra til å lære på tvers av uønskte hendingar som har skjedd i eige føretak. Dei etablerte strukturane ser i stor grad ut til å leggje til rette for læring i styringslinjene, der det primært blir sikra at leiarar på ulike nivå blir informert om uønskte hendingar som har skjedd hos andre. Det framstår som ei utfordring å sikre at informasjonen når ut til fagmiljøa, og at læringa skjer horisontalt.

Kvalitets- og pasienttryggleiksutval

Alle dei fire føretaka har etablert kvalitets-/pasienttryggleiksutval. Samansetjing, organisering og namna på utvala varierer noko, men utvala har i stort same funksjon, under dette sikre at føretaka arbeider systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik.[34] Oppfølging av uønskte hendingar, både på enkeltsaksnivå og på systemnivå, samt deling av informasjon og læring på tvers, ligg også i utvala sine oppgåver.

Det er både etablert overordna utval på føretaksnivå, samt utval eller råd på klinikk- og avdelingsnivå. I tillegg har fleire av føretaka etablert meir saksførebuande eller rådgjevande organ som ligg utanfor styringslinja. Sjå oversikten nedanfor. Vi gjer merksam på at fleire av føretaka også har andre utval/nettverk/møtefora som arbeider med kvalitet og pasienttryggleik som ikkje er inkludert i denne oversikten.

[34] Helse Fonna: Mandat for kvalitetsutvalet. Helse Bergen: Mandat for kvalitets- og pasienttryggleiksutvalget. Helse Førde: Mandat kvalitetsutvalet og mandat pasienttryggleiksutvalet. Helse Stavanger: Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

FØRETAK	UTVAL I STYRINGSLINJA	RÅDGJEVANDE/FØREBUANDE ORGAN	MANDAT OVERORDNA UTVAL (FORKORTA)
HELSE BERGEN	Sentralt kvalitets- og pasienttryggleiksutval – nivå 1 (leia av AD) Kvalitets- og pasienttryggleiksutval på nivå 2 (klinikk/avdelingsnivå)	Fagrådet for kvalitet og pasienttryggleik	Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget skal sørge for at Helse Bergen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-4 og 3-4 a.
HELSE FONNA	Kvalitetsutvalet, (leia av fagdirektør) Kvalitetsutvalet kan løfte saker til direktørmøtet i føretaket (leia av AD) Medisinsk klinikk har kvalitetsråd. Dei andre klinikkane gjennomgår referat frå kvalitetsutvalet i leiarmøte.		Kvalitetsutvalet skal vera eit verkemiddel i føretaket sitt arbeid med å sørgje for å fremje tryggleik og kvalitet på helsetenestene gjennom å stimulere til førebyggjande og kvalitetsfremjande arbeid i institusjonane.
HELSE FØRDE	Kvalitetsutvalet – føretaksnivå (leia av AD) Klinikkråd på nivå 2	Pasienttryggleiksutvalet	Kvalitetsutvalet er eit rådgjevande organ for administrerande direktør, og har som hovudoppgåve å vere pådrivar for kvalitetsforbetrande tiltak samt medverke til å førebyggje kvalitetssvikt i tenesta. Utvalet skal og sørgje for gode interne system for måling, oppfølging og utvikling av kvalitet i helsetenesta og organisasjonen i samsvar med kvalitetsstyringssystemet.
HELSE STAVANGER	Kvalitets- og pasientsikkerhetsutval – føretaksnivå (leia av AD) Kvalitetsråd på nivå 2		Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg skal sikre foretaket systematiske internkontrollarbeid på området kvalitet og pasientsikkerhet, i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd og § 3-4 a.

Utvala på klinikk- og avdelingsnivå behandlar avvik og uønskte hendingar frå si avdeling/sin klinikk. Dersom det er saker som er av ein slik karakter at det er relevant for andre, kan saka løftast til sentralt kvalitet/pasienttryggleikutval for behandling der. Det blir vist til at dette ofte er dei alvorlege sakene, eller saker som kan knyttast til system eller risikofaktorar som vil gjelde for fleire avdelingar i føretaket.

Utvala går gjennom avviksstatistikk, enkeltsaker og gjer vurderingar av kva det er behov for å undersøkje nærare på eige initiativ, og er derfor ikkje avhengig av at den enkelte saksbehandlar identifiserer kva saker eller områder som bør løftast opp til utvalet. Fleire viser til utvala gjer dette

kontinuerleg, og at det til kvart møte blir vurdert om det er enkelthendingar eller områder/trendar som bør takast opp.

I intervju går det fram at det er noko ulike oppfatningar rundt kva betydning det har at uønskte hendingar blir tatt opp og behandla i kvalitets- og pasienttryggleiksutvala. Mange gir uttrykk for at det er viktig at uønskte hendingar blir behandla i utvala, og gir uttrykk for at dette sikrar at det blir delt viktig informasjon på tvers. Samtidig peikar nokre på at det ikkje nødvendigvis fører til læring på alle relevante nivå, ettersom det i liten grad ligg føre rutinar eller uttrykte forventningar om *korleis* informasjonen skal behandlast vidare av dei som deltek i utvalet, utover at dette er eit linjeansvar. Ingen av føretaka har etablert rutinar som skal sikre tilbakerapportering til kvalitets-/pasienttryggleiksutvala om korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers i utvalet er blitt følgt opp. Det blir i alle føretaka vist til at det er eit leiaransvar å sørgje for at viktig informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold blir følgt opp og delt vidare med klinisk personell på eiga avdeling. Samtidig blir det peikt på at det nok er varierande korleis og kor systematisk dette blir gjort. Det blir mellom anna peikt på at tid, ressursar og kompetanse til å følgje opp informasjonen, kan variere.

Læringsmeldingar, læringsnotat, les og lær og liknande tiltak

I eit utval saker utarbeider føretaka læringsmeldingar/læringsnotat eller liknande etter uønskte hendingar, som grunnlag for å kunne dele viktige læringspunkt med fleire enn det personalet som har vore direkte involvert. Formata og forma varierer mellom føretaka, men i korte trekk beskriv denne typen notat kva som har skjedd, kva som var årsaka, og kva som er viktige læringspunkt. Internrevisjonen har også sett eksempel på notat som minner om at det er viktig å bruke rutinar og for å varsle om mogeleg risiko knytt til utstyr og liknande.

Læringsmeldingar/læringsnotat blir ofte lagt fram for kvalitetsutval, men fleire av føretaka publiserer også dokumenta på sine intranett/e-handbøker slik at det skal vere tilgjengeleg for dei tilsette. Men fleire peikar likevel på at det er ei utfordring at dokumenta ikkje blir lest i stor nok grad. Helse Fonna viser som eksempel til at dei har sjekka kor mange som har lest læringsmeldingane som er tilgjengelege i e-handboka, og at talet er for lågt. Også Helse Førde, som har ein tilsvarande modell med å gjere tilgjengelege slike les og lær-meldingar elektronisk, erfarer at dei ikkje i stor nok grad blir lest av tilsette.

Det er krevjande å få ut informasjon til klinisk personell

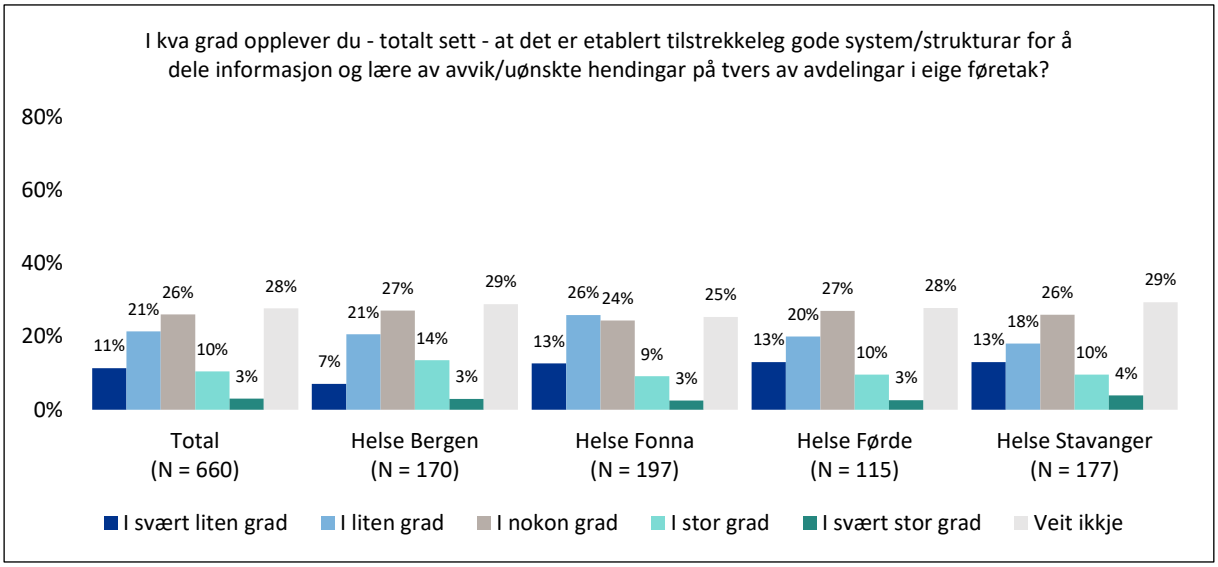
Fleire peikar på at det er mange utval på leiarnivå, slik som klinikkråd, avdelingssjefmøte, kvalitetsutval og pasienttryggleiksutval, men at det ikkje gjennomgåande finst arenaer for å sikre at klinisk personell får informasjon om uønskte hendingar som har skjedd hos andre. Fleire viser til at dei tek opp uønskte hendingar på avdelingsmøte og liknande, men at det likevel er krevjande å nå ut til alle. Det blir mellom anna vist til at det er vanskeleg å få samla alle tilsette i same personalmøte på grunn av turnus, kvelds- og nattevakt, ferie m.m.

I intervju på avdelingsnivå der vi har spurt om korleis uønskte hendingar som er delt på tvers i føretaket er følgt opp, er det fleire av dei intervjua som ikkje var kjent med sakene. I fleire intervju blir det vist til at ein berre unntaksvis har fått informasjon om uønskte hendingar som har skjedd på andre avdelingar, og at det ikkje er noko struktur rundt å informere på tvers anna enn på leiarnivå. Det er også tilfelle av at tilsette ikkje er kjent med uønskte hendingar som har skjedd på eiga avdeling – på trass av at informasjon om den uønskte hendinga finst tilgjengeleg og/eller er delt gjennom læringsmeldingar, les og lær eller liknande tiltak.

Fleire viser til at det blir sendt mange e-postar, informert på møter, lagt ut informasjon på intranett og hengt opp informasjon på lunsjrom og liknande, men at det likevel ikkje er tilstrekkeleg for å sikre at alle tilsette får med seg viktig informasjon. Medan nokre viser til behov for å etablere betre arenaer for tilsette der læring etter uønskte hendingar er tema, peikar nokre leiarar også på at det i større grad bør vere fokus på at helsepersonell har eit sjølvstendig ansvar for å halde seg oppdatert, mellom anna på det som blir formidla gjennom e-post.

Spørjeundersøkinga internrevisjonen har gjennomført, viser at 32 prosent av respondentane i liten/svært liten grad opplever at det er etablert tilstrekkeleg gode system/strukturar for å dele informasjon og lære av avvik på tvers i eige føretak. Sjå figuren under.

Figur 19: Oppleving av om det er etablert tilstrekkeleg gode system for å lære av avvik på tvers i eige føretak – tilsette og leiarar



Andelen respondentar som meiner det i liten/svært liten grad er etablert tilstrekkeleg gode system for å lære av avvik på tvers av avdelingar i eige føretak, varierer noko mellom føretaka, frå 28 prosent i Helse Bergen, 31 prosent i Helse Stavanger, 33 prosent i Helse Førde og 39 prosent i Helse Fonna.

3.8 Vurdering

Undersøkinga viser at det er ei rekke faktorar som påverkar omfanget og innhaldet av det som blir meldt i Synergi. Mangel på tid, opplæring, tydelegheit rundt kva som skal meldast og kven som skal melde, samt frykt for å henge ut kollegaer synest å vere dei mest betydelege hindringane som gjer at uønskte hendingar ikkje alltid blir meldt. Dette er faktorar som det er mogeleg å gjere noko med gjennom både betring av rutinar, opplæring og oppfølging frå leiinga. Å systematisk arbeide langs desse aksane, vil også truleg bidra til å etablere eller vedlikehalde ein god avvikskultur. Undersøkinga viser at det både er varierande tersklar for å melde avvik, og at det er varierande om tilsette og leiarar opplever at det er ein god avviksmeldekultur.

Internrevisjonen meiner funn i undersøkinga indikerer at ein ikkje alltid gjer analysar av bakanforliggande årsaker til uønskte hendingar. Ein del leiarar og tilsette opplever at det kan vere uklart kva som er årsaka til hendinga, og at læring blir hindra som følgje av at det ikkje er klart kva som vil vere gode tiltak for å lukke avvika. Leiarane opplever at saksbehandling tar mykje tid, og at viktige saker kan «drukne» litt i det store omfanget av avvik som blir meldt. Det er også ulikt

om føretaka meiner at det i tilstrekkeleg grad blir gjennomført hendingsanalysar. Dette er også eit ressursspørsmål.

Tid – både hos tilsette og leiarar – er ein knapp ressurs i sjukehusa. Det er mange oppgåver, krav og forventningar. Det er derfor viktig at tidsbruken blir prioritert riktig. Internrevisjonen meiner at det er klare indikasjonar på at føretaka bør arbeide med å tydeleggjere både kva som skal og ikkje skal meldast i Synergi, for å sikre at det er dei rette sakene som blir meldt, og for å frigi tid til å jobbe med dei viktige sakene. Vidare meiner internrevisjonen at det er mykje som talar for at RHF-et og føretaka bør vurdere om det er mogeleg å setje i verk tiltak for å gjere saksbehandlinga av like hendingar eller mindre alvorlege hendingar enklare for leiarane. Risikoen for å gjere saksbehandlinga enklare, t.d. gjennom ein slags «fast track» funksjon, er at også saker som bør behandlast grundig blir behandla i «fast track» som følgje av at tida ikkje strekk til. Likevel framstår det som at det også i dag blir meldt mange avvik som i avgrensa grad blir reelt saksbehandla. Om det blir gjort endringar i systemet som forenklar saksbehandlinga for visse typar saker, bør det vere tydelege rutinar på kva saker som ev. kan behandlast på ein mindre omfattande måte.

Mange leiarar opplever ikkje at dei har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande. Det å gjere gode årsaksanalysar av kvifor uønskte hendingar oppstår, setje i verk korrigerande tiltak, samt evaluere om tiltaka adresserer rotårsakene og verkar, er avgjerande for å lære, men dette krev både systematikk og kompetanse.

Internrevisjonen meiner i utgangspunktet at helseføretaka har etablerte hensiktsmessige system, strukturar og rutinar for å lære på tvers i eige føretak, men undersøkinga viser likevel at informasjonsdelinga primært går i styringslinja. Leiarane har mange arenaer der dei blir informert om uønskte hendingar som har skjedd hos andre, men informasjonen – og dermed læringsgrunnlaget – når ikkje i tilstrekkeleg grad fram til klinisk fagpersonell. Mangel på einskaplege rutinar for korleis leiarane skal følgje opp informasjon om uønskte hendingar, samt mangel på gode arenaer for fagpersonell, framstår som betydelege hindringar for å lære på tvers internt i eige føretak. Også kulturen for å dele, og forbetringskompetansen til leiarane, er faktorar som verkar å ha betydning. Vi vil omtale dette ytterlegare i kapittel 6.

Internrevisjonen stiller også spørsmål ved at kvalitets-/pasienttryggleiksutvala i liten grad ettergår eller etterspør korleis uønskte hendingar som er delt på tvers i utvala er blitt følgt opp.

4 LÆRING ETTER UØNSKTE HENDINGAR PÅ TVERS MELLOM FØRETAK

Avviksmeldesystemet Synergi har sidan 2021 hatt funksjonalitet for å kunne dele meldingar om uønskte hendingar på tvers mellom føretaka. Gjennomgåande er det uttrykt at det er viktig å lære på tvers mellom føretaka, men det gjenstår arbeid med å sikre god implementering og å gjere viktige avklaringar knytt til bruken av systemet. Sidan 2021 har det blitt meldt omlag 15 saker på tvers mellom føretaka. Dette tilsvarar omlag *fem promille* av det samla omfanget pasientrelaterte uønskte hendingar som blei meldt i Helse Vest sidan 2021.

4.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstillingar med underproblemstillingar:

Korleis sikrar helseføretaka læring etter uønskte hendingar på tvers mellom føretaka?
Under dette:

- *Kva for system, rutinar og strukturar har helseføretaka for å bruke det som blir meldt, til læring mellom føretak?*
- *Er avviksmeldesystemet tilstrekkeleg tilrettelagt for å melde og følgje opp avvik som gjeld på tvers av føretak/avdelingar?*
- *Korleis blir system, rutinar og strukturar brukt?*
- *Vurderer den som behandlar avviksmeldinga om den uønskte hendinga kan vere relevante for andre føretak/avdelingar/personell?*
- *Korleis sikrar helseføretaka at avviksmeldingar og informasjon om uønskte hendingar kjem til dei avdelingane og personane som dei er relevante for og blir behandla der, og ikkje blir spreidd generelt?*
- *Korleis blir avvik og korrigerande tiltak som er vurdert å vere relevante for andre enn dei som har vore involvert i den aktuelle hendinga delt og følgt opp?*
- *I kva utstrekning blir varig læring oppnådd både av det ein får til og av det ein gjer feil?*

4.2 Synergi er tilrettelagt for å melde avvik på tvers mellom føretaka i regionen

I januar 2021 blei det gjort mogeleg å sende meldingar om avvik og uønskte hendingar på tvers mellom føretaka gjennom Synergi. Føretaka har utarbeidd rutinar for dette, samt melde på tvers-grupper som er ansvarleg for mottak, vurdering og vidaresending av meldingar.

Fagdirektørane i Helse Vest har slutta seg til eit forslag frå ei arbeidsgruppe i Helse Bergen som har utarbeidd ein metode for å sende meldingar om viktige/alvorlege uønskte hendingar **på tvers mellom føretak gjennom Synergi**. Føremålet med ordninga er å dele informasjon om hendingar

som har potensiale for å kunne skje igjen, med ei viss alvorsgrad, slik at andre kan førebyggje og lære av hendinga.

Melde på tvers-funksjonen var ferdig etablert januar 2021, og ligg inne som ein knapp i Synergi. Tilsette melder uønskte hendingar på vanleg måte i Synergi, medan saksbehandlar får anledning til å melde saka vidare på tvers dersom det blir vurdert at andre føretak kan lære av hendinga.

Føretaka har utarbeidd eigne rutinar som skildrar korleis ein kan melde saker på tvers, og for vidare saksbehandling av mottekne saker som blir meldt inn via denne funksjonaliteten. I korte trekk er det etablert melde på tvers-grupper i kvart føretak som går gjennom innmeldte saker frå eige føretak. Melde på tvers-gruppa har ansvar for vurdere om saka skal vidaresendast, samt også kvalitetssikre/gjere justeringar i saka før den ev. blir vidaresendt til andre avdelingar og føretak. Gruppa har også ansvar for at saker frå andre føretak blir sendt til relevante mottakarar i eigen organisasjon.

Det er ikkje etablert funksjonalitet knytt til å sikre tilbakemelding på saker som blir meldt på tvers, dvs. at ein leiar som brukar melde på tvers-funksjonen i Synergi får ikkje nødvendigvis tilbakemelding om saka er mottatt hos andre og korleis den ev. er følgt opp.

4.2.1 Omfang av saker meldt på tvers i Helse Vest er lågt

Undersøkinga viser at det totalt sett er meldt få saker på tvers mellom føretaka. I 2021 var det delt 12 meldingar på tvers i Helse Vest. Sjå tabellen under. I 2022 er omfanget endå lågare, 3-4 saker etter det internrevisjonen får opplyst.

Tabell 6: Omfang av meldingar på tvers i Helse Vest per 2021

Føretak/sjukehus	Tal på meldingar
Helse Bergen	8
Helse Stavanger	2
Haraldsplass Diakonale sykehus	1
Helse Fonna	1
Helse Førde	0
SAV	0
Totalt	**12**

Kjelde: notat til det regionale fagdirektørmøtet 9.11.2021 frå FoU-avdelinga i Helse Bergen samt opplysningar gitt frå føretaka

I november 2021 behandla fagdirektørmøtet ei sak om evaluering av melde på tvers-funksjonen (notat frå FoU-avdelinga, Helse Bergen). I evalueringsnotatet til fagdirektørmøtet blir det peikt på at erfaringane så langt viser at det har vore behov for råd og støtte til saksbehandlarane for å få utforma meldingane på ein god måte slik at dei kan delast med andre føretak.

Det blir også vist til at ein har sett at det juridiske grunnlaget angåande personvern og teieplikt når det gjeld deling av informasjon om hendingar på tvers mellom føretak er utfordrande. Det blir utdjupa at sjølv om meldingane blir bearbeidd, vil informasjonen kunne vere eigna til identifisering. Det blir peikt på at for stor grad av bearbeiding vil innebere at meldinga kan miste sin verdi for læring. Vidare blir det vist til at media har vist stor interesse for avvikssaker og

uønskte hendingar, og at ein derfor også må vurdere om melde på tvers-funksjonen er å betrakte som interne meldingar som kan unntakast offentleglova § 14.

Fagdirektørane gjorde følgjande vedtak i møtet sak 122/21:

> *Fagdirektørane bad Helse Vest RHF avklare korleis personvern og teieplikt er ivaretatt mellom helseføretak/sjukehus og RHF, ev. sak til regionalt personvernutval.*

Internrevisjonen blei først gjort kjent med dette vedtaket hausten 2022, etter at intervjua var gjennomført, og har i etterkant etterspurt kva som er status for oppfølging av vedtaket. Det er opplyst at vedtaket ikkje er følgt opp, og det går fram at det har vore ulike oppfatningar om kven som hadde ansvar for å følgje opp vedtaket. Internrevisjonen merkar seg at vedtakslyden er at Helse Vest RHF skulle følgje det opp.

Ingen av dei som er intervjua som del av revisjonen har konkret vist til at dette vedtaket har vore til hinder for å dele på tvers. Helse Bergen opplyste først hausten 2022 at dei har vore restriktive i bruken av systemet i vente på ei avklaring frå Helse Vest RHF, men føretaket rapporterte også om behov for avklaring knytt til systemet i si årlege melding til Helse Vest RHF i 2021:

> *Helse Bergen har utarbeidd ei evaluering av «Melde på tvers» med forslag til tiltak som er presentert for fagdirektørmøtet i Helse Vest. Oppfølging av denne vil sette retning for vidare arbeid.*

Internrevisjonen har etterspurt oppdaterte tal på kor mange meldingar som er delt på tvers i etterkant av evalueringa av ordninga i november 2021. Etter det internrevisjonen har fått informasjon om er det berre Helse Stavanger og Helse Bergen som har sendt meldingar på tvers i 2022. Helse Bergen opplyser at dei berre har sendt to-tre meldingar, typisk knytt til utstyr, og at dei har vore restriktive med å sende vidare pasientrelaterte hendingar i vente på avklaring frå Helse Vest RHF. Helse Stavanger viser til at dei har sendt ei melding på tvers i 2022.

Totalt sett er det altså sendt færre meldingar på tvers i 2022 enn i 2021.

Fagdirektørane har i tillegg til evalueringa av melde på tvers-funksjonen, hatt oppe «læring av avvik på tvers» som fast sak på sine møte. Seinare er dette tatt ut som fast sak, og blir no tatt opp etter behov. Det blir kommentert at det har vore ulike oppfatningar om kor godt dette har fungert, mellom anna med omsyn til om ein opplever å ha fått tilstrekkeleg informasjon om sakene som har blitt presentert. Etter det internrevisjonen får opplyst har presentasjonane i hovudsak vore gjort munnleg eller med nokre lysbilde, og at til dømes hendingsanalysar som er gjennomført i dei aktuelle sakene ikkje har blitt delt av ulike årsaker. Etter det internrevisjonen får opplyst, er det to til tre saker som har blitt presentert. Det blir peikt på at det ikkje har blitt presentert saker den siste tida, fordi fagdirektørane må vurdere om forma er hensiktsmessig og om det er rett arena å ta opp desse sakene på.

4.2.2 Kjennskap til melde på tvers-funksjonen i Synergi

Fleire leiarar som er intervjua i samband med denne revisjonen har opplyst at dei ikkje har kjennskap til «melde på tvers»-funksjonen i Synergi. Dette gjeld i hovudsak leiarar på nivå 3 og 4 som har saksbehandlingsansvar i Synergi. Nokre viser til at dei berre har sett den aktuelle knappen i Synergi og ikkje veit kva som skjer om dei trykker på den, andre viste til at dei så vidt har høyrt om funksjonen, t.d. på eit møte, men at det i liten grad er gitt informasjon eller signal om

at det er forventa at funksjonen blir brukt og i kva tilfelle den skal brukast. I intervju med leiarar på nivå 1 og 2, og med leiarar i stab, er funksjonaliteten derimot godt kjent.

Som nemnd i kapittel 3 er det etablert eit regionalt e-læringskurs om læring på tvers etter uønskte hendingar. Dette kurset inneheld ikkje informasjon om melde på tvers-funksjonen i Synergi. Det er heller ikkje utarbeidd eigne spesifikke kurs knytt til melde på tvers-funksjonen.

Svara i spørjeundersøkinga stadfestar inntrykket av at mange leiarar med saksbehandlingsansvar i Synergi ikkje har kjennskap til melde på tvers-funksjonen i systemet. 106 leiarar har i spørjeundesøkinga svart på spørsmål om dei kjenner til denne funksjonen, og omlag halvparten av desse leiarane svarte nei.[35]

Dei 54 leiarane som svarte at dei kjente til funksjonen, fekk oppfølgingsspørsmål om i kva grad dei opplever at melde på tvers i Synergi er eit godt system for erfarings/informasjonsdeling om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Svara er ikkje eintydige. Nokre opplever det som eit godt system, andre meiner det i nokon grad er eit godt system, og ein del svarar at dei ikkje veit, noko som kan indikere at dei ikkje har brukt funksjonen sjølv.

«Avviksmeldingane er konkrete og det er pasientinformasjon, og eg er redd for at det kan bli dårleg omdømme. Eg kunne heller tenka meg å skriva eit læringsnotat der eg «anonymiserer» meldaren. Det er ikkje sikkert at meldar ønsker meldinga si ut i heile Helse Vest.» Sitat frå spørjeundersøkinga

I fritekstsvar blir det også peikt på at ein er usikre på kva saker som er relevante å melde og på korleis informasjonen om uønskte hendingar blir delt vidare.

At «melde på tvers»-funksjonen i liten grad er kjent og blir brukt, blir ytterlegare understreka av at berre 15 prosent (av 54 leiarar) svarar at dei har nytta funksjonaliteten ein gong eller meir det siste året.

4.2.3 Vurdering av om uønskte hendingar kan vere relevante for andre avdelingar

Som omtalt i kapittel 3.6 går føretaka sine kvalitet- og pasienttryggleiksutval gjennom avviksstatistikk, enkeltsaker og gjer vurderingar av kva det er behov for å undersøkje nærare på eige initiativ. Desse utvala blir vist til å vere viktig for å identifisere saker med læringspotensial og bidreg til å dele informasjon om uønskte hendingar på tvers i eige føretak, men det blir også gitt eksempel på at utvala har tatt opp saker som er meldt frå andre føretak.

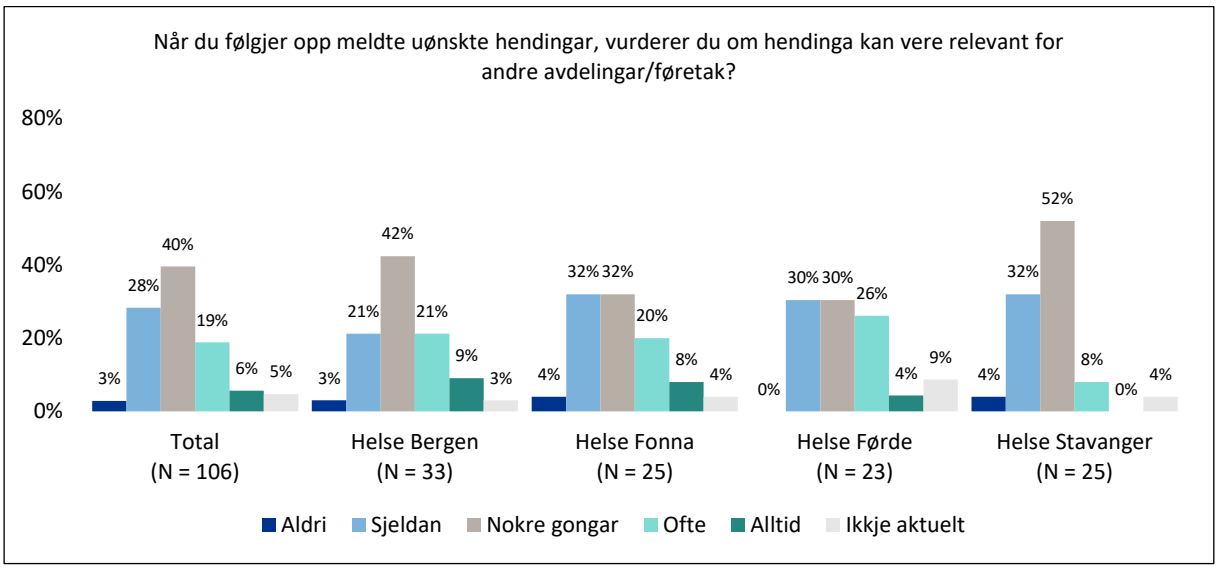
Når det likevel er lagt til rette for at den enkelte saksbehandlar kan melde saker på tvers i Synergi, er ein føresetnad at saksbehandlar vurderer om avvik som blir meldt og behandla kan vere av relevans for andre føretak.

Internrevisjonen har spurt leiarane som har saksbehandlingsansvar i Synergi om dei i saksbehandling av enkelthendingar vurderer om hendinga kan vere relevant for andre avdelingar og føretak. Flest leiarar, om lag 40 prosent, svarar at dei «nokre gongar» gjer dette. Om lag ein av

[35] Flest leiarar kjenner til funksjonaliteten i Helse Fonna (76 prosent, tilsvarande 19 respondentar), medan færrast kjenner til funksjonaliteten i Helse Stavanger (28 prosent, tilsvarande 7 respondentar). Internrevisjonen understrekar at det er få respondentar som har svart på spørsmålet, og at svara ikkje nødvendigvis er representative for føretaka.

fem svarar at dei ofte vurderer om hendinga kan vere relevant for andre avdelingar og føretak. Sjå figuren under.

Figur 20: Vurdering av om uønskte hendingar kan vere relevant for andre avdelingar/føretak – leiarar[36]



4.3 Potensial for å dele meir

Samtidig som melde på tvers-funksjonen i Synergi så langt er lite brukt, viser undersøkinga at både leiarar og tilsette opplever at avvik som har skjedd på deira avdeling er av relevans for andre, og at det er potensiale for å dele meir på tvers.

Både i intervju og i spørjeundersøkinga blir det gitt uttrykk for at det er eit potensiale for å lære meir på tvers av kvarandre.

I intervju blir det gjennomgåande peikt på at det er potensiale for å sende fleire meldingar på tvers av føretaka, men at ein ikkje heilt har funne forma og det riktige nivået endå. Det blir også peikt på at systemet må bli betre kjent ute i organisasjonen. Vidare blir det kommentert at ein ved implementeringa av systemet var bekymra for at det ville bli sendt for mange meldingar på tvers, og at leiarane ville bli overlessa av e-postar med meldingar som ikkje nødvendigvis var relevant for dei. Dei fleste medgir at dette ikkje har blitt ei reell problemstilling så langt, og at det nok er ei større utfordring at systemet ikkje er godt nok kjent endå.

«Det ser ut til å vere høg terskel for å melde på tvers, og mykje kunne potensielt ha vore delt. Men samtidig: kven skal ta imot og korleis skal ein handtere det? Det er jo enkelt å melde på tvers, men utfordringa er å implementere det inn i drifta.» Sitat frå intervju

Samtidig er mange leiarar tydelege på at det må vere eit avgrensa omfang meldingar som blir sendt gjennom melde på tvers-funksjonen. Fleire framhevar at det er viktig å gjere gode og kritiske vurderingar av kva meldingar som blir sendt vidare til andre. Føretaka opplyser at nokre saker som har kome inn via melde på tvers-funksjonen i eige føretak ikkje har blitt vidaresendt til andre

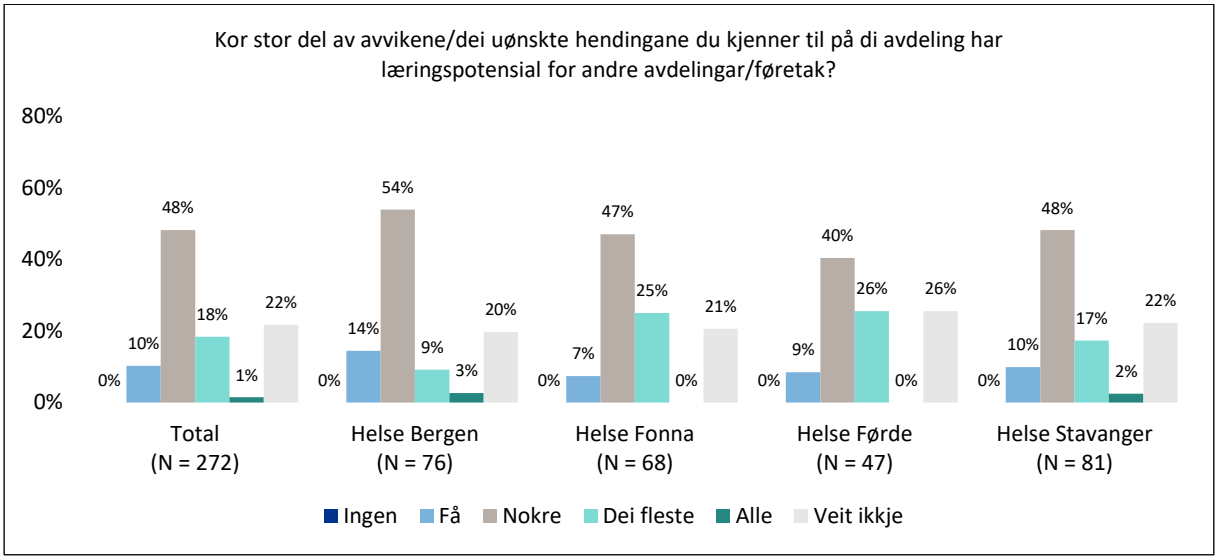
[36] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har oppgitt at dei har ansvar for å ta imot og følgje opp uønskte hendingar.

føretak. Her blir det vist til at melde på tvers-gruppa har ein viktig funksjon med å gå gjennom meldingane og vurdere kva som vil vere relevant for andre. Nokre viser til eksempel der meldinga berre er delt på tvers internt i eige føretak, fordi ein ser at dei andre føretaka har rutinar på det aktuelle området og at hendinga dermed ikkje vil vere relevant for dei.

I spørjeundersøkinga blei tilsette spurt om dei kjente til uønskte hendingar som har oppstått på deira avdeling som kunne vore nyttig for andre avdelingar eller føretak i Helse Vest å lære av. Over halvparten av alle respondentane svarte ja på dette. Respondentane som svarte ja, blei vidare spurt om informasjonen om den uønskte hendinga faktisk blei delt på tvers med andre avdelingar eller føretak. Berre 18 prosent av respondentane svarte bekreftande på dette, medan over halvparten svarte at dei ikkje visste.

I spørjeundersøkinga blei respondentane[37] bedt om å ta stilling til kor stor del av dei uønskte hendingane dei kjente til som har læringspotensial for andre avdelingar eller føretak. Flest respondentar (48 prosent) svarte at *nokre* av dei uønskte hendingane hadde slik læringspotensial, mens 18 prosent meinte at *dei fleste* av sakene hadde læringspotensial for andre.

Figur 21: Andel av avvik som har læringspotensial for andre avdelingar/føretak – tilsette og leiarar



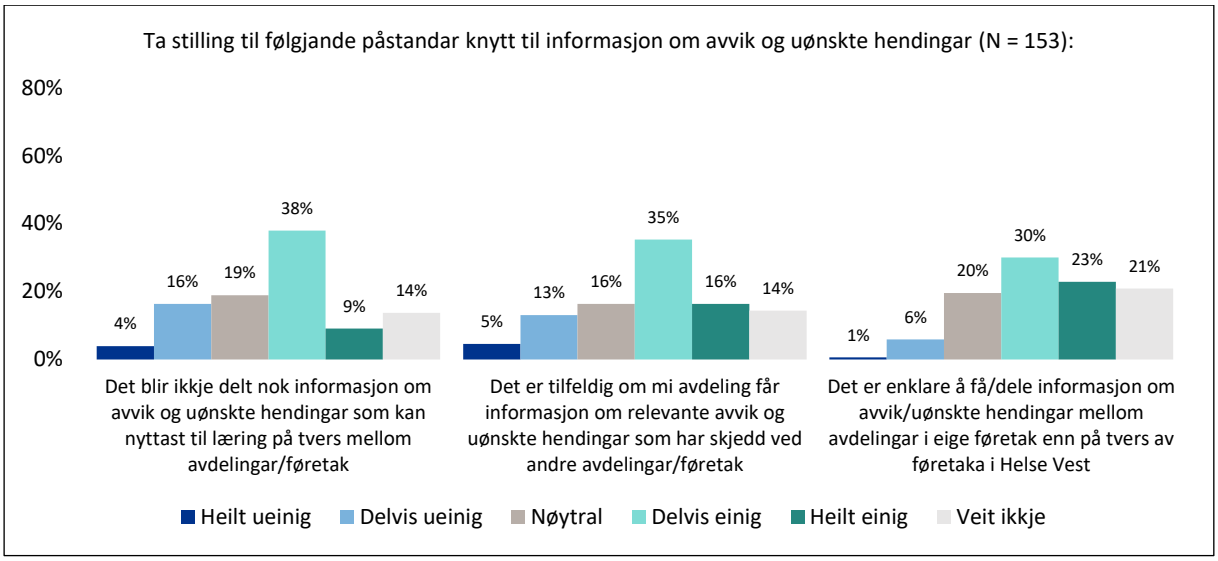
I spørjeundersøkinga er også tilsette og leiarar spurt om dei har fått informasjon om uønskte hendingar som har skjedd andre stadar enn på si avdeling. Medan 30 prosent (tilsvarande 206 av 675 respondentar) svarar at dei har fått informasjon om uønskte hendingar i andre avdelingar i eige føretak, er det berre 14 prosent (tilsvarande 95 av 668 respondentar) som har fått informasjon om uønskte hendingar som har skjedd i eit anna føretak. Flest oppgir å få denne informasjonen gjennom uformell informasjon frå kollegaer og fagmiljø eller på avdelingsmøte og fagmøte i avdelinga.

Samtidig som undersøkinga viser at leiarar i liten grad tar i bruk «melding på tvers» i Synergi, viser undersøkinga at om lag halvparten av leiarane er delvis eller heilt einige i at det ikkje blir delt nok informasjon om uønskte hendingar som kan nyttast til læring på tvers. Tilsvarande er også om lag halvparten av leiarane delvis eller heilt einige i at det kan vere tilfeldig om deira

[37] Spørsmålet blei berre stilt til respondentar som tidlegare hadde svart at dei kjenner til avvik/uønskte hendingar på eigen avdeling som kunne vore nyttig for andre avdelingar/føretak i Helse Vest å lære av.

avdeling får informasjon om uønskte hendingar som har skjedd på andre avdelingar/føretak. Leiarane er vidare delvis eller heilt einige i at det er enklare å dele/få informasjon om uønskte hendingar i eige føretak enn på tvers av føretaka. Sjå figuren under.

Figur 22: Deling av informasjon om avvik og uønskte hendingar mellom avdelingar og føretak - leiarar[38].

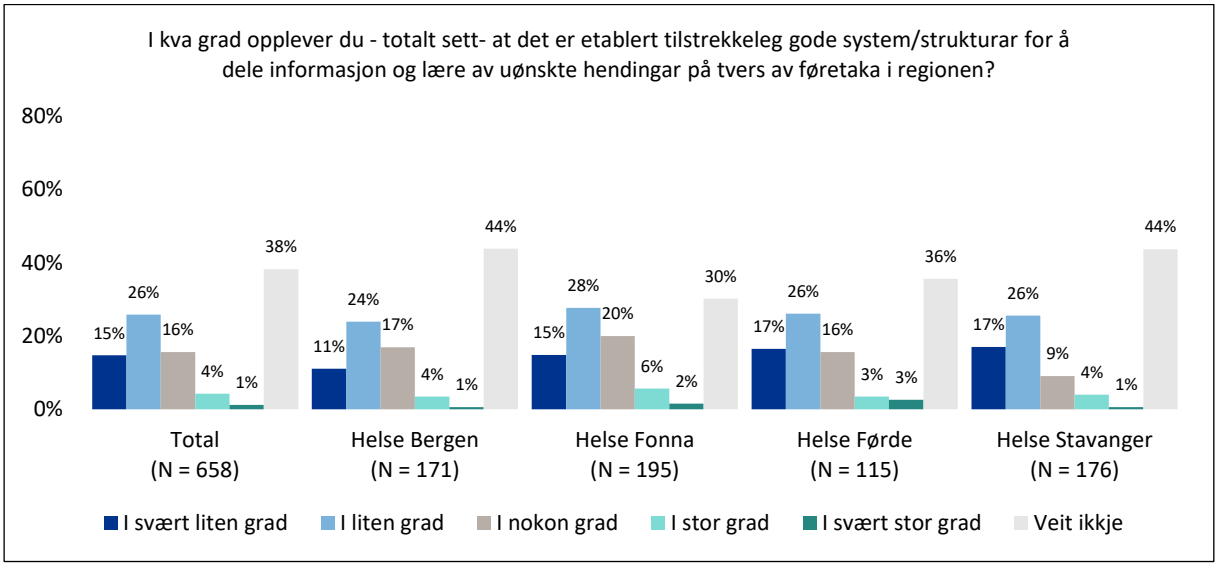


I spørjeundersøkinga svarar ein del leiarar (60 av 105 respondentar) at dei **brukar andre kanalar enn Synergi for å dele informasjon om uønskte hendingar på tvers**. Leiarar deler og mottar informasjon om uønskte hendingar frå andre føretak og avdelingar i størst grad gjennom ulike møtefora og uformelle samtalar/dialog. Gjennom fritekstsvar går det også fram at kvalitetsråd, kvalitetsutval og leiarmøte er viktige kanalar for å dele informasjon om uønskte hendingar med andre føretak og avdelingar.

Svara i spørjeundersøkinga viser vidare at 40 prosent av leiarar og tilsette i liten/svært liten grad opplever at det totalt sett er etablert tilstrekkeleg gode system/strukturar for å dele informasjon og lære av uønskte hendingar på tvers av føretaka i regionen. Ein betydeleg andel svarar samtidig «veit ikkje».

[38] Spørsmålet er berre stilt til leiarar.

Figur 23: Oppleving av om det er etablert gode system for å dele informasjon på tvers av føretaka i regionen – tilsette og leiarar



4.3.1 Mangel på arenaer for fagpersonell

Som omtalt tidlegare viser fleire til at det på leiarnivå er etablert fleire utval og møtefora som er sentrale for å dele informasjon og lære på tvers av uønskte hendingar, men at det er ei utfordring å sikre at informasjonen når ut til klinisk personell. Dette blir peikt på å vere ei endå større utfordring å få til når det gjeld å sikre læring mellom fagpersonell på tvers av føretaka, og at det på regionalt nivå ikkje er etablert tilstrekkeleg med arenaer der fagpersonell kan møtast for å lære av uønskte hendingar på tvers av miljøa.

> *«Avvikene blir kanskje tatt opp på møter med bare ledere. Ledere deltar også i alle utvalg og møter, mens klinisk personell blir «skånet» for læring fordi de kanskje ikke har tid, selv om det er de som burde deltatt.» Sitat frå intervju*

Fleire av leiarane internrevisjonen har intervjua, er opptatt av at læring må skje på det nivået det er relevant for, og at systemet ikkje må bli for topptungt. Engasjement og gode diskusjonar mellom fagpersonell blir peikt på som ein viktig faktor for å få til læring på tvers, og det blir peikt på som avgjerande at fagmiljø sjølv får ta eigarskap til læringsprosessane. Det blir vist til at det også vil bli ein «propp i toppen» om alle uønskte hendingar skal innom leiinga, og at dette ikkje legg til rette for gode diskusjonar mellom fagpersonell på tvers.

Når det gjeld kva arenaer som kan fungere for å sikre læring på tvers mellom fagmiljø, peikar fleire på regionale kasuistikkmøter og regionale fagnettverk som potensielt gode møteplassar der ein kan diskutere uønskte hendingar og korleis ein kan arbeide med å lære frå slike. Fleire viser i intervju til at det også kan vere føremålstenleg å formalisere ansvaret for læring, for å rette ei tydeleg forventing om dette. Ein administrerande direktør viser mellom anna til at det bør gå fram av mandatet til dei regionale fagnettverka at læring og deling på tvers skal vere tema for nettverka.

4.3.2 Kultur og psykologisk tryggheit som faktorar for å lære på tvers

Openheitskultur, ivaretakande leiarar og psykologisk tryggheit i organisasjonane blir peikt på å vere avgjerande for at føretaka skal kunne lære av kvarandre, på tvers av avdelingar, fagmiljø og

føretak, og frå topp til botn i linja. Som tidlegare omtalt i rapporten blir det peikt på at det er variasjon på slike faktorarar på fleire nivå, både på personnivå, avdelingsnivå og mellom ulike fagmiljø. Enkelte viser også til eksempel der ein har erfart at informasjon om feil som har skjedd i eige føretak og som er delt på tvers med andre føretak, blir gjort «narr av» i fagmiljøa i andre føretak. Det blir peikt på at dette er øydeleggande dersom ein skal klare å vere opne om feil som har skjedd.

Andre framhevar at det er belastande for den som har gjort «feil» å stå fram. Det blir kommentert at det er enklare å dele og lære på tvers dersom det er tekniske feil eller utstyr som sviktar. Vidare blir det kommentert at det er mange omsyn å ta når ein melder uønskte hendingar på tvers i regionen, både overfor tilsette, pasientar og pårørande. Mange av dei mest alvorlege uønskte hendingane er mogeleg å kjenne igjen, og gjer det potensielt mogeleg å identifisere kven som har vore involvert.

4.4 Casegjennomgang av uønskte hendingar

Casegjennomgangen av eit utval uønskte hendingar viser at sjølv om det blir delt informasjon og læringspunkt frå hendingane, er ikkje dette tilstrekkeleg for å sikre læring på tvers i praksis.

Internrevisjonen har gjennom ein casegjennomgang undersøkt korleis åtte uønskte hendingar er følgt opp i helseføretaka, for å kartleggje læringsprosessen meir i detalj. Vi har undersøkt om sakene er meldt i Synergi, om det er gjennomført analysar av årsaker til hendingane, kva tiltak som er sett i verk, om informasjon om hendinga og læringspunkt er delt internt i eige føretak og på tvers av føretak, og om andre avdelingar kan stadfeste å ha motteke og følgt opp informasjonen og læringspunkta.

Under er ei anonymisert oversikt over sakene.

Sak nr.	Kategori/type sak	Konsekvens for pasient
1	Svikt i system og rutinar, legemiddelrelatert	Død
2	Svikt i system og rutinar, legemiddelrelatert	Død
3	Svikt i rutine - manglande informasjon ved overføring av pasient mellom to avdelingar	Unødvendig smerte
4	Svikt i system og rutinar, legemiddelrelatert	Livstruande reaksjon
5	Svikt i system og rutinar, manglande tilsyn av pasient	Død
6	Svikt i system og rutinar, kompetanse og tilsyn av pasient	Død
7	Feilkopling av utstyr	Midlertidig forverring i tilstand
8	Monitorering/oppfølging av tilstand	Død

Alle saker er meldt i Synergi

Alle sakene som er undersøkt som del av casegjennomgangen, er meldt som avvik i Synergi. I dei fleste tilfelle har internrevisjonen kjennskap til saksnummeret i Synergi.

Det er gjennomført hendingsanalysar i fire av åtte saker

I fire av åtte saker er det gjennomført anten hendingsanalyse eller hendingsgjennomgang. I sak 3, 4 og 7 er saka gjennomgått og det er utarbeidd læringsmelding eller liknande. I sak 2 er det ikkje gitt informasjon om at det er gjennomført hendingsanalyse eller hendingsgjennomgang.

Det er sett i verk tiltak i alle saker, men i varierande omfang

Det er sett i verk forbetringstiltak i alle saker, men omfanget varierer betydeleg. I dei fem sakene der konsekvensen er dødsfall, er det sett i verk tiltak både når det gjeld system, rutinar og opplæring. I hovudsak blir det peikt på at hendingsanalysane har vore viktige for å avdekke kva som er årsakene til hendingane og for å kunne setje i verk tilstrekkelege tiltak. I sakene 3, 4 og 7 som er av mindre alvorleg karakter, er tiltaket primært å informere tilsette om risiko og minne om bruk av allereie etablerte rutinar.

Alle saker er delt på tvers internt i eige føretak

Alle åtte saker er opplyst å vere behandla internt i kvalitets/pasienttryggleiksutval eller -råd. Det varierer i kva utval dei er lagt fram. I nokre av sakene er det i tillegg delt informasjon på anna vis, mellom anna gjennom læringsmeldingar.

Tre av åtte saker er delt på tvers mellom føretak, men på ulike måtar

Berre ei av åtte saker er meldt på tvers i Helse Vest gjennom melde på tvers-funksjonen. Fleire av hendingane som er undersøkt skjedde før melde på tvers-funksjonen i Synergi var innført. Internrevisjonen har i desse sakene spurt om det på anna vis er informert på tvers mellom føretaka. Dette har berre unntaksvis blitt gjort. I ei av sakene blir det opplyst at det blei ringt rundt til andre føretak då hendinga skjedde, for å gjere andre merksame på risikoen. Det kjem også fram at det før hendinga inntraff, var varsla om risiko, men at den ikkje blei tatt på alvor og følgt opp. I ei anna sak blir det opplyst at saka er delt på tvers ved at den er presentert for det regionale fagdirektørmøtet.

I dei øvrige sakene, er informasjon om hendingane primært delt internt i føretaket.

I ei av åtte saker har leiarar i andre føretak vurdert behov for tiltak

Casegjennomgangen indikerer at det i for liten grad har skjedd *læring på tvers* i dei utvalte åtte sakene, men med nokre unntak.

I sak 1 kan fleire stadfeste å ha motteke informasjon om hendinga og viktige læringspunkt. Det er i denne saka sett i verk tiltak eller undersøkt behov for tiltak i alle føretak. Dei intervjua som kjenner til saka meiner det er liten risiko for at hendinga kan gjenta seg.

I tre av åtte saker har leiarar i andre avdelingar i same føretak vurdert behov for tiltak. Dette gjeld sak 1, sak 5 og sak 6. Fellesnemnaren for desse sakene er at fleire avdelingar og miljø anten var direkte eller indikerte involvert i hendingane.

I sak 5 og 6 meiner dei intervjua at risikoen for at tilsvarande hendingar kan skje igjen er redusert som følgje av tiltak som er sett i verk på systemnivå, men at det likevel ikkje kan utelukkast som følgje av den menneskelege dimensjonen (m.a. at folk kan gjere feil).

I fleire av dei andre sakene, er det indikasjonar på at det ikkje har skjedd læring på tvers:

- I sak 2 er det gjennomført intervju ved ei anna avdeling enn der hendinga skjedde (i same føretak), og avdelinga skal ha motteke informasjon om hendinga. Dei intervjua var ikkje kjent med hendinga.
- I sak 3, 4 og 7 er det i alle sakene formidla informasjon om hendingane gjennom læringsmelding eller liknande tiltak, men i intervju ved andre avdelingar enn der hendingane skjedde, er det ingen som kjenner til desse. Fleire medgir at dei ikkje kjenner til kor dei kan finne informasjon om læringsmeldingar.
    - I sak 4 er det fleire leiarar som meiner det er risiko for gjentaking av hendinga, ettersom feilen er knytt til to system som ikkje snakkar saman (Meona og Dips). Internrevisjonen får opplyst at det er ei kjent problemstilling i Helse Vest at desse systema ikkje kommuniserer godt nok med kvarandre.
    - Fleire av dei intervjua meiner også at det er risiko for at sak 7 kan gjenta seg. Sak 7 er knytt til feilkopling av utstyr som blir brukt på mange sjukehusavdelingar. I denne saka er det også døme på at tilsette ved avdelinga der hendinga skjedde, heller ikkje var kjent med saka.
- I sak 8 går det fram at det er ulikt korleis ein vurderer læringspotensialet. Nokre av dei intervjua meiner hendinga har viktige læringspunkt som kan vere relevante for andre, medan enkelte meiner at saka ville enda i dødsfall uavhengig av kva ein gjorde, og at det i liten grad er læringspunkt i denne saka. Uavhengig av denne saka var det på føretaksnivå igangsett eit arbeid knytt til å innføre system for å monitorere og følgje opp pasientane sin tilstand, samt også andre kompetansehevande tiltak. Sjølv om det altså er ulikt korleis ein vurderer læringspotensialet i den aktuelle saka, blir det vist til at tiltaka som er sett i verk reduserer risiko for at denne typen hendingar kan skje.

4.5 Læring av dei tinga ein gjer rett

Denne revisjonen har primært omhandla læring på tvers etter uønskte hendingar, men fleire har påpeikt potensiale for å også lære meir av kvarandre på dei områda der ein gjer ting rett.

Fleire av dei intervjua framhevar eit ønskje om å lære meir av dei områda der ein gjer ting rett, og å identifisere viktige faktorar og korleis ein kan bruke dette til å arbeide førebyggjande på andre område. Det blir vist til at ein tradisjonelt har retta merksemda mot å korrigere, heller enn å førebyggje, men at det truleg er eit urealisert potensial i å lære meir av det ein får til. Det blir samtidig peikt på at dette krev systematisk arbeid og ressursar, og at det framleis er slik at ein i størst grad arbeider korrigerande. Gode risikoanalysar, men også eksempel på der det har gått godt, blir trekt fram som aktuelle tiltak for å kunne arbeide meir førebyggjande.

«Lederne må være engasjerte og ønske å få det til. To faktorer er nødvendig for at det skal skje en endring; enten må lederne følge endringen så lenge at endringen blir automatisk – ellers må endringen være så positiv at alle ønsker å få det til.» Sitat frå leiar i intervju

Fallproblematikk blir av fleire trekt fram som eit eksempel der det er stor variasjon mellom avdelingar, men som totalt sett er ei betydeleg utfordring for alle føretaka. Fleire stiller spørsmål ved kvifor nokre avdelingar får til å arbeide med å redusere fallproblematikk, medan andre held fram med å melde avvik på fall utan at det skjer ei utvikling. Her blir det peikt på at avdelingar som har klart å redusere omfanget av fall burde blitt invitert til å dele informasjon om korleis dei har jobba, og at døme der ein får det til kan virke inspirerande og engasjerande. Samtidig er også

leiardimensjonen peikt på som avgjerande for å få til endring, der engasjement i leiinga er av stor betydning for korleis ein både jobbar med det ein gjer feil og det ein gjer rett. Det blir peikt på at dette også gjeld for læring på tvers.

4.6 Vurdering

Internrevisjonen meiner helseføretaka har gjort eit hensiktsmessig grep ved å leggje til rette for at Synergi kan brukast til å sende meldingar om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Internrevisjonen meiner vidare at strukturen med «melde på tvers»-grupper i kvart føretak er eit godt tiltak for å sikre at det er dei rette sakene som blir sendt vidare til andre, og for å sikre at informasjonen kjem til dei avdelingane og personane dei er relevant for, og ikkje blir spreidd generelt.

Det er sidan innføringa av systemet i januar 2021 meldt omlag 15 saker på tvers i regionen. Bekymringa om at leiarane ville bli overlessa med melde på tvers-saker har ikkje blitt aktuell, og det synest som ei større utfordring at melde på tvers-funksjonen i for liten grad er kjent i føretaka. Mange leiarar peiker på at dei ikkje har fått informasjon eller signal om å bruke funksjonen, og at det er uklart kva saker systemet skal brukast til. Samtidig viser undersøkinga at mange opplever at det er potensiale for å dele meir med kvarandre.

Slik internrevisjonen vurderer det, gjenstår det arbeid med å sikre god implementering og å gjere viktige avklaringar knytt til bruken av systemet. Internrevisjonen meiner det ikkje er tilfredsstillande at fagdirektørane sitt vedtak om å vurdere teieplikt og personvern ved bruk av systemet ikkje er følgt opp. Internrevisjonen merkar seg at det har vore ulike oppfatningar om kven som hadde ansvar for å følgje opp vedtaket, sjølv om det i vedtaksformuleringa står at det er Helse Vest RHF som skal følgje det opp. Internrevisjonen finn grunn til å påpeike at fagdirektørane må sikre at dei har eit tilfredsstillande system for vedtaksoppfølging. Når det gjeld det aktuelle vedtaket spesielt, meiner internrevisjonen at det er viktig at dette blir følgt opp og vurdert slik at ein kan kome vidare med bruken av systemet for å lære på tvers. Så snart viktige avklaringar er gjort, bør føretaka sikre meir informasjon og opplæring om bruken av systemet. Det bør også rettast merksemd mot at leiarar som saksbehandlar uønskte hendingar, tar stilling til om hendinga kan vere relevante for andre avdelingar og føretak. Basert på det som kjem fram av undersøkinga synast ikkje dette å bli gjort i stor nok grad per i dag.

Det å sikre betre kjennskap til melde på tvers-funksjonen er likevel ikkje nok for å sikre at læring skjer på alle relevante nivå. Manglande arenaer for læring for fagpersonell, samt opplevd tryggheit og kultur for å dele, er føresetnadar ein må arbeide vidare med for å leggje til rette for læring på tvers av uønskte hendingar. Leiardimensjonen og tonen på toppen er i denne samanheng viktig. Leiarar på ulike nivå må gå fram med gode eksempel, oppfordre til bruk av systemet og trygge og støtte tilsette til å vere opne om feil og uønskte hendingar. Det å etablere ein god kultur for å dele på tvers krev truleg oppfølging og merksemd over lang tid. Internrevisjonen meiner vidare at det bør vurderast tiltak som sikrar at læring på tvers er noko som systematisk blir tatt opp i ulike fora (utover kvalitetsutvala), for å kome i gang med arbeidet. Det bør både leggjast til rette for at læring etter uønskte hendingar blir tatt opp avdelingsvis der ulike yrkesgrupper kan treffast (eks. som fast tema i samband med avdelingsvise handlingsplanar, årshjul, møter), samt at det også bør vurderast kva fora og arenaer som ev. kan leggje til rette for at fagpersonell på tvers av regionen kan bidra til å sikre læring på tvers av uønskte hendingar. Fleire har peikt på regionale kasuistikkmøter og fagnettverk som moglege fora.

5 STYRING OG OPPFØLGING AV PASIENTTRYGGLEIKSARBEIDET I FØRETAKA

Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaka, og toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet- og pasienttryggleik.

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men får generelt mykje rapportering på risikoforhold, indikatorar og arbeid med kvalitet og pasienttryggleik. Når det gjeld rapportering på uønskte hendingar spesielt, ser det ut til at det er variasjon i kva føretaka rapporterer til styra.

5.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande problemstillingar:

- *Korleis og i kva grad er arbeidet med pasienttryggleik integrert i etablerte styringsliner?*
- *Korleis er styra i helseføretaka og i RHF-et involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka?*

5.2 Integrering av pasienttryggleiksarbeidet i styringslinjene i føretaka

Arbeidet med pasienttryggleik er på ulike måtar integrert i styringslinjene i føretaka. Alle føretaka har sentrale kvalitet- og pasienttryggleiksutval i styringslinjene, leia av anten administrerande direktør (tre føretak), eller fagdirektør (eit føretak).

Vidare er det etablert fast rapportering på indikatorar knytt til kvalitet og pasienttryggleik. Alle føretaka gjennomfører også årleg «leiinga sin gjennomgang», som ledd i å vurdere styringssystemet og sitt kontinuerlege forbetringsarbeid. Det finst vidare ei rekke planar og mål knytt til pasienttryggleik, og det blir vist til at det blir jobba med dette på mange nivå. Internrevisjonen stiller likevel spørsmål ved om oppfølging og gjennomføringa av planar og tiltak alltid er systematisk nok.

Tonen på toppen

Både i intervju og i spørjeundersøking er det gjennomgåande gitt uttrykk for at toppleiinga i føretaka uttrykker klare forventingar om kvalitet og pasienttryggleik. Dei administrerande direktørane gir også sjølv uttrykk for at kvalitet og pasienttryggleik har høg merksemd, og at dei er opptatt av å kommunisere dette tydeleg. I intervju blir det vist til fleire døme på korleis dei administrerande direktørane følgjer opp pasienttryggleik både gjennom formell rapportering og møtebehandling og gjennom andre tiltak som pasienttryggleiksvisittar og besøk på avdelingane (ytterlegare omtala under).

I spørjeundersøkinga som internrevisjonen har gjennomført svarar 4 av 5 leiarar (tilsvarande 84 av 105 respondentar) at dei i stor/svært stor grad opplever at overordna leiing har tilstrekkeleg merksemd på pasienttryggleik. Svara i Helse Vest si eiga forbetringsundersøking understøttar også at toppleiinga i føretaka uttrykker klare forventningar om kvalitet og pasienttryggleik.

Andelen som er einige i påstanden «administrerande direktør støttar opp om arbeidet med pasienttryggleik i helseføretaket» er generelt høg, sjølv om det er noko variasjon mellom føretaka.

Kvalitets- /pasienttryggleiksutval

Som omtala i kapittel 3.7 har alle dei fire føretaka etablert kvalitets-/pasienttryggleiksutval som har som føremål å sikre at føretaka arbeider systematisk med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik. I intervju viser fleire leiarar til at det har vore viktig å sikre at kvalitets- og pasienttryggleiksutval er integrert i styringslinjene, og ikkje ligg på sida som rådgjevande organ.

I tre av føretaka er det overordna kvalitets-/pasienttryggleiksutvalet administrerande direktør sitt utval, og er leia av den administrerande direktøren sjølv (Helse Bergen, Helse Førde og Helse Stavanger). I Helse Fonna er utvalet leia av fagdirektør. Fagdirektør rapporterer derimot vidare aktuelle saker frå kvalitetsutvalet til direktørmøtet i føretaket, som er leia av administrerande direktør.

Pasienttryggleiksvisittar

Pasienttryggleiksvisitt er eit tiltak for å ta opp pasienttryggleik mellom administrerande direktør, einingsleiarar og tilsette. På revisjonstidspunktet blir det gjennomført pasienttryggleiksvisittar i Helse Bergen, i Helse Førde, og i Helse Stavanger.

I pasienttryggleiksvisitten besøker administrerande direktør utvalde avdelingar for å diskutere pasienttryggleik og aktuelle hendingar med tilsette og leiarar for å utvikle ein openheitskultur. Det blir i intervju påpeikt at pasienttryggleiksvisitten er viktig for å rette merksemd mot pasienttryggleik og forbetringsarbeid på avdelinga, og at det er eit viktig signal om at øvste leiing er opptatt av korleis avdelingane arbeider med pasienttryggleiken.

Det går fram av intervju at det har vore vanskeleg å gjennomføre pasienttryggleiksvisittar under pandemien, og at det derfor har blitt gjennomført færre slike enn ønskeleg i ein periode.

AD-ane blir informert om alvorlege hendingar og pågåande tilsyn

Internrevisjonen får opplyst at alle administrerande direktørar (samt også øvrig leiing) i føretaka blir informert om alvorlege pasientrelaterte hendingar, og at dei er godt informert om tilsyn med verksemda. Som tidligare omtalt er det etablert rutinar som skal sikre at leiinga i føretaka blir informert om alvorlege pasientrelaterte hendingar, såkalte § 3-3 a meldingar. I nokre tilfelle blir også administrerande direktør eller fagdirektør involvert i å vurdere om ei sak skal meldast til Statens Helsetilsyn. Informasjon om § 3-3 a meldingar blir ofte gitt raskt etter hendinga har skjedd, t.d. på leiarmøte eller morgonmøte. § 3-3 a meldingar blir også gjennomgått i føretaka sine sentrale kvalitets- og pasienttryggleiksutval.

Leiinga sin gjennomgang

Helseføretaka gjennomfører årleg «leiinga sin gjennomgang» for å evaluere verksemda på ein systematisk måte, og sikre at styringssystemet fungerer som føresett. Leiarar på nivå 2 gjennomfører først ein gjennomgang og vurdering av styringssystemet i eigen klinikk, før resultatet av vurderingane blir samanstilt, og dannar grunnlag for administrerande direktør sin vurdering og gjennomgang.

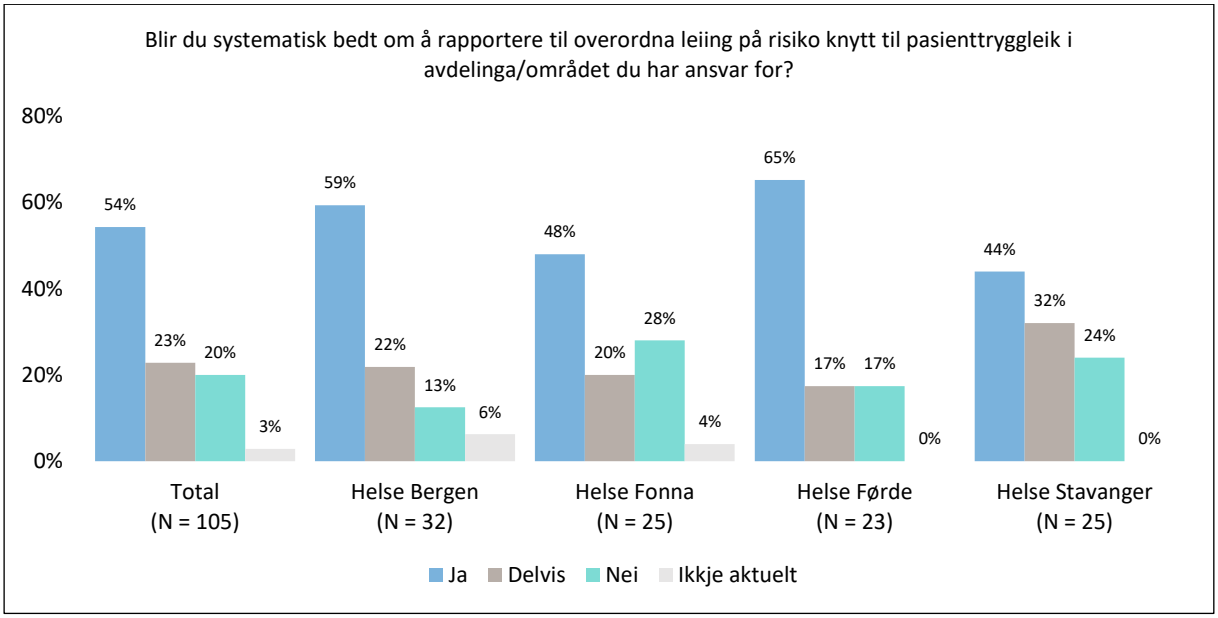
Fleire leiarar i ulike føretak viser i intervju til at dei framleis jobbar med å finne riktig innretning på leiinga sin gjennomgang, både med omsyn til kva som blir gjennomgått, korleis ein kan sikre at all informasjon blir behandla på ein god måte, og å ha tilstrekkeleg tid til å gjennomgå og følgje

opp det som kjem fram i gjennomgangen. Fleire har erfart at det er nødvendig å sikre involvering frå lågare nivå, og at det ikkje er føremålstenleg at gjennomgangen blir for toppstyrt.

Rapportering

Alle føretaka har system for rapportering både på økonomi og på utvalde kvalitetsindikatorar. Internrevisjonen har i spørjeundersøkinga spurt om leiarar systematisk blir bedt om å rapportere til overordna leiing på risiko knytt til pasienttryggleik. Eit fleirtal av leiarane (over halvparten), svarte ja på dette spørsmålet. Det er likevel også ein del leiarar som svarar delvis eller nei. Sjå figuren under.

Figur 24: Rapportering til overordna leiing på risiko knytt til pasienttryggleik - leiarar[39]



5.2.1 Regionale satsingar på pasienttryggleik

Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik

Helse Vest RHF har utarbeidd ein regional plan for kvalitet og pasienttryggleik.[40] Planen presenterer utfordringar i pasienttryggleiken i føretaka, forslag til tiltak for å utvikle tenestene, samt informasjon om oppfølging og rapportering. Tiltaka er organisert under kategoriane standardisering, kompetanse og kultur, teknologi, målingar og monotorering, samt organisering og oppgåver.

Det går fram av den regionale planen at føretaka skal operasjonalisere tiltaka frå planen ytterlegare, samt supplere desse med eigne mål og tiltak. Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger har utarbeidd eigne oppfølgingsplanar, medan Helse Førde opplyser at dei ikkje har utarbeidd ein eigen oppfølgingsplan, men brukar den regionale planen[41,42,43] I oppfølgingsplanane til føretaka blir måla ytterlegare konkretisert, og det går fram kven som har oppfølgingsansvar.

[39] Spørsmålet er berre stilt til leiarar som har oppgitt at dei har ansvar for å ta imot og følgje opp avvik
[40] Helse Vest RHF. *Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024*. Vedtatt av styret i Helse Vest RHF den 11. mars 2020.
[41] Helse Bergen. Oppfølging av «Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024» i Helse Bergen. Godkjent i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget 01.12.2020.
[42] Helse Fonna. *Oppfølging av regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024 i Helse Fonna.* Godkjent dato: ukjent.
[43] Helse Stavanger. *Handlingsplan kvalitet og pasientsikkerhet SUS, 2020-2024*. Sist oppdatert: 14.01.2021.

Framdrift for kvart enkelt tiltak blir skildra, men ikkje konkret kor langt ein er komne, t.d. står det at eit tiltak «pågår», «har oppstart september 2021» eller «fullført innan 2021».

I intervju blir det påpeikt at det er usikkert kor godt planar for kvalitet og pasienttryggleik er kjent i dei kliniske miljøa. Det er heller ikkje alle leiarane som er intervjua som kjenner til den regionale planen for kvalitet og pasienttryggleik.

Styret i Helse Vest RHF skal årleg skal få ein rapport om status og oppfølging av regional plan for kvalitet og pasienttryggleik. Rapporteringa til styret for 2021 inneheld ikkje ein gjennomgang av status på kvart enkelt tiltak, men gir ein overordna oppsummering.[44] Rapporteringa viser mellom anna at det er variasjon i korleis helseføretaka har følgt opp den regionale planen.

Blant dei intervjua leiarane blir det gitt utrykk for ein uvissheit knytt til om deira føretak systematisk har rapportert på måla i planen for kvalitet og pasienttryggleik, og det blir påpeikt at det er ein omfattande plan å rapportere på. Administrerande direktør i Helse Vest RHF viser til at det bevisst har vore avgrensa rapportering på planen under pandemien for å skjerme føretaka frå oppgåver slik at dei kunne få konsentrere seg om å sikre stabil drift, men at det tidlegare har vore årleg rapportering på tiltaka i planen.

Topp fem risiko

I 2020 vedtok Helse Vest RHF «topp fem risiko». Dette er fem risikoområde som føretaka skal ha eit særleg fokus på dei kommande åra.[45] Følgjande fem område er peikt ut:

- Legemiddelområdet
- Vald og truslar mot medarbeidarar
- IKT og informasjonssikkerheit
- Ekstern turnover
- Uønskt variasjon –radiologi og ortopedi

Føremålet med prosjektet er å få eit betre og meir aktivt grep om risikostyringa, samstundes som det blir lagt til rette for styrke regionalt samarbeid og læring på tvers av helseføretaka. Administrerande direktør i Helse Vest RHF viser til at opprettinga av dei fem risikoområda til dels er eit forsøk på å omsette plan for kvalitet og pasienttryggleik i praksis, slik at det skal bli enklare å synleggjere Helse Vest RHF sine mål for arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik for føretaka.

Rapportering på dei fem risikoområda blir ivaretatt på fleire plan. I tertialrapporten til Helse Vest RHF blir status på områda presentert, mellom anna kva mål som er oppnådde så langt, og kva vidare oppfølgingspunkt er. Dei fem risikoområda er også omtalt i Helse Vest RHF si årlege melding til Helse- og omsorgsdepartementet.[46]

[44] Helse Vest RHF: Rapportering på Regional plan for kvalitet og pasienttryggleik 2020-2024. Styresak 042/21.
[45] Helse Vest RHF: *Topp 5 risiko for felles risikostyring i Helse Vest*. Sak 135/20. Godkjent i styret 09.12.202
[46] Helse Vest RHF: Årleg melding 2021 for Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet.

5.3 Styra si involvering i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men får generelt mykje rapportering på risikoforhold, indikatorar og arbeid med kvalitet og pasienttryggleik. Når det gjeld rapportering på uønskte hendingar spesielt, ser det ut til at det er variasjon i kva som blir rapportert til styra.

Rapportering til styra

Føretaka rapporterer til styra gjennom faste rapportar (rapport frå verksemda eller virksomhetsrapportar – namna er litt ulike). Det blir rapportert på faste indikatorar på pasientbehandling og kvalitet (t.d. inntak, ventetider, døgn- og korridorpasientar, epikriser), personell, HMS og økonomi.

Alle styra i føretaka får informasjon om leiinga sin gjennomgang (jf. omtale i førre kapittel)[47][48][49][50], samt status for risikostyring. Alle desse dokumenta gir viktig informasjon om identifiserte utfordringar innan kvalitet og pasienttryggleik, og om styringgssystemet.

Styra får også rapportering gjennom året som er knytt til kvalitet og pasienttryggleik, mellom anna tilsynssaker i verksemdene, pasientskadar (målt ved GTT), omfang av § 3-3 a saker m.m. Når det gjeld uønskte hendingar spesielt, er det litt ulikt i korleis og i kva grad dette blir rapportert. I avsnitta under trekk vi fram noko av det som er rapportert. [51]

I **Helse Bergen** skal styret ifølgje årshjul for indikatorar i «Rapport frå verksemda» få rapportering om meldetilbøyelegheit og registrerte hendingar i Synergi fire gongar per år. Dette gjeld likevel berre HMS-saker, og ikkje uønskte pasientrelaterte hendingar. Det er derimot rapportert på omfanget av § 3-3 a hendingar som er meldt til Statens Helsetilsyn og UKOM i styremøta i oktober og desember 2021. Det er ikkje omtalt kva sakene dreier seg om eller gjort ei vurdering av omfanget, utover utviklinga mot året før. Til styremøtet i juni (både i 2021 og 2022) er det rapportert om førekomst av pasientskadar målt ved hjelp av GTT. Begge åra er det rapportert om nedgang i førekomsten av pasientskadar.

I protokoll frå styremøtet 8. oktober 2021 er det vist til at styret ønskjer ein gjennomgang av korleis føretaket rapporterer og arbeider med dei særleg alvorlege pasientrelaterte hendingane som er omtala i rapport frå verksemda til aktuelt styremøte.

I årleg melding for 2021 frå Helse Bergen til Helse Vest RHF (som er styrebehandla i Helse Bergen) blir det vist til at sentralt kvalitets- og pasienttryggleiksutval og lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutval har viktige roller i arbeidet med å følgje med og setje i verk tiltak for å redusere risiko for pasientrelaterte uønskte hendingar, og at utvala går gjennom rapportar om både alvorlege hendingar som er varsla Helsetilsynet og UKOM, rapportar om uønskte

[47] Helse Fonna: Leiinga sin gjennomgang 2021
[48] Helse Bergen: Leiinga sin gjennomgang 2021
[49] Helse Førde: Leiinga sin gjennomgang første kvartal 2022
[50] Helse Stavanger: Ledelsens gjennomgang 2021
[51] Internrevisjonen gjer merksam på at vi ikkje har gått gjennom alle styresaker, men at vi har sett på eit utval styresaker, der det er tydeleg frå sakslista at sakene gjeld pasienttryggleik, leiinga sin gjennomgang, avviksrapportering og liknande. Internrevisjonen er også kjent med at det i tillegg til saksdokumenta som ligg ute også blir gitt munnlege orienteringar til styra.

pasientrelaterte hendingar som er meldt internt i Helse Bergen og læringsnotat om kjende risikoområde. I årleg melding er også melde på tvers-funksjonen i Synergi omtalt (sjå kapittel 4).

I **Helse Fonna** får styret gjennom fast sak «rapport frå verksemda» ei oversikt over uønskte hendingar som gjeld HMS, men informasjon om pasientrelaterte hendingar er ikkje inkludert i denne rapporteringa. Nokre månadar får styret også gjennom «rapport frå verksemda» oversikt over talet på § 3-3 a-saker, men det går ikkje fram kva saka omhandlar utover kva klinikk hendinga har skjedd på. Styret i Helse Fonna har vidare fått ein årsrapport om avvikshandtering som gjeld pasientrelaterte hendingar, med analysar av utviklinga i omfang av avvik og ulike typar kategoriar avvik. [52] I rapporten får styret mellom anna informasjon om kva typar avvik (kategoriar) det blir meldt flest av, og grafar og figurar som viser utviklinga over tid.

I Helse Fonna si årlege melding for 2020,[53] blir også GTT-metoden omtalt, og korleis føretaket ligg an med tanke på målsetningar for dette. Statistikken viser at Helse Fonna hadde pasientskadar i 17 prosent av sjukehusopphalda i 2019. Det blir vist til at føretaket jobbar med å redusere legemiddelfeil, fall, trykksår, underernæring og infeksjonar, og at det er iverksett fleire forbetringsprosjekt for å redusere pasientskadar. I årleg melding for 2021[54] går det fram at andelen pasientskadar har gått ned til 12,5 prosent, men at ein framleis ikkje er på målet som er 10 prosent.

Det går vidare fram av årleg melding at Helse Fonna deltek i arbeidet med å leggje til rette for melding på tvers mellom føretak i regionen. Vidare at føretaket har publisert og distribuert tre læringsmeldingar med utgangspunkt i uønskte hendingar. Det er ikkje konkretisert kva hendingane omhandlar.

I den årlege meldinga for 2021 får styret også informasjon om føretaket sine rutinar for § 3-3 a saker.[55]

I **Helse Stavanger** får styret gjennom den faste styresaka «virksomhetsrapport» statistikk over talet på pasientrelaterte saker og uønskte hendingar i Synergi den siste månaden. Det går også fram om det er auke eller reduksjon i talet på hendingar frå føregåande månad. Enkelte månadar får styret gjennom verksemdsrapporten også eit samandrag over Synergimeldingar dei siste 12 månadane, samt kva kategoriar det blir meldt flest avvik i. I verksemdsrapporten frå april 2021 går det fram at det er meldt flest avvik innan behandling og pleie og legemidlar dei siste 12 månadane.[56]

Gjennom verksemdsrapporten får styret i Helse Stavanger også ein månadleg oppdatering på § 3-3 a-saker, samt kva område desse sakene er frå. Det blir også gitt informasjon om oppfølgingstiltak som er iverksett på klinikkar med mange § 3-3 a-saker. I verksemdsrapporten frå august 2021 blir det t.d. vist til at kvinneklinikken, som gjennom sommaren har hatt fleire § 3-3 a-saker, har igangsett eit analysearbeid for å finne eventuelle fellestrekk og risikoområde.[57] Saka blir vidare

[52] Helse Fonna: Avvikshandtering – årsrapport 2020
[53] Helse Fonna: Årleg melding 2020
[54] Helse Fonna: Årleg melding 2021
[55] Helse Fonna: Årleg melding 2021
[56] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per april 2021
[57] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per august 2021

følgt opp i verksemdsrapporten frå august 2021, der det går fram at klinikken ikkje har funne fellestrekk mellom sakene, men identifisert læringspunkt i kvar sak.[58]

Det går også fram av verksemdsrapporten frå september 2021[59] at Helse Stavanger har eit forbetringsarbeid for å sikre betre oppfølging av pasientar og pårørande som har opplevd alvorlege uønskte hendingar.

I Helse Stavanger si årlege melding for 2020,[60] går det fram at Helse Stavanger planlegg ein kommunikasjonssatsing som skal bidra til å fremme en kultur som legg til rette for at tilsette har lav terskel for å sei ifrå om risiko og at leiarar kan ta imot tilbakemeldingar på ein god måte frå sine tilsette. I årsmeldinga blir styret også informert om «melde på tvers»-funksjonen i Synergi. I årsmeldinga for 2021[61] får også styret informasjon om at Helse Stavanger har «sendt og mottatt meldingar i systemet (melde på tvers)», men det blir ikkje spesifisert kor mange meldingar det er, eller på kva område dei er på. Det går vidare fram av årleg melding for 2021 at alvorlege uønskte hendingar blir følgt opp gjennom hendingsanalysar-/gjennomgang, og at resultatet av dette blir presentert i kvalitets- og pasienttryggleiksutvalet for å sikre erfaringsoverføring til andre einingar. Det står vidare at det «i nokon grad» blir utarbeidd læringsnotat i etterkant. Vidare står det i årsmeldinga at det er etablert læringsnettverk for erfaringsoverføring i føretaket, og at simulering blir nytta aktivt som læringsarena.

Både i årsmeldinga for 2020 og 2021, samt i ein verksemdsrapport frå oktober får styret informasjon om føretakets arbeid med GTT-gjennomgangar. I verksemdsrapporten går det fram at 12 prosent av pasientoppholda i 2020 hadde minst ein pasientskade. Målet er å redusere dette til 10 prosent.[62]

I **Helse Førde** blir det ikkje gitt fast rapportering på avvik, uønskte hendingar eller 3-3 a-meldingar gjennom «rapport frå verksemda», men i eit styremøte i mai 2021 får styret informasjon om talet på meldte saker i Synergi frå 1. januar til 31. mars 2021. Det går fram av saka at det har blitt meldt 620 saker i Synergi denne perioden, som er ein nedgang frå 781 saker same periode året før. Dei fleste sakene er klassifisert som mindre alvorlege, men utover dette er det ikkje gitt noko informasjon om type avvik eller kor avvika har skjedd. Administrerande direktør viser i intervju til at rapporteringa på Synergimeldingar til styret har medført at føretaket har avdekka mange uønskte hendingar med høg alvorsgrad innan radiologi, men ved nærare ettersyn viste det seg at årsaka var ulik forståing av korleis avvika skal graderast. Det blir vist til at Helse Førde som følgje av dette også har bidratt i eit regionalt arbeid med å lage tydlegare definisjonar av alvorsgrad i Synergi.

I rapportering frå verksemda januar 2021, står det at «i styremøte planlegg administrerande direktør å gjere nærare greie for status når det gjeld trygg pleie, trygg kirurgi, avviksmeldingar i Synergi, tal kliniske behandlingsstudiar og pasientopphald med pasientskade (målt med GTT).»[63]

I årleg melding for 2020 og 2021 blir det informert om funksjonalitet for å sende melding om uønskte hendingar på tvers av føretaka. Det går fram at føretaket har etablert rutinar for

[58] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per september 2021
[59] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per oktober 2021
[60] Helse Stavanger: Årleg melding 2020
[61] Helse Stavanger. Årleg melding 2021
[62] Helse Stavanger: Virksomhetsrapportering per oktober 2021
[63] Helse Førde: Rapportering frå verksemda per desember 2021

oppfølging av dette, men det er ikkje ytterlegare informasjon om kor mange meldingar føretaket har sendt eller mottatt.[64]. Det blir også gitt informasjon om føretaket sin bruk av GTT-metoden. Statistikken viser at 14 prosent av pasientopphalda hadde minst ein skade i 2019, og 17 prosent av pasientopphalda i 2020. Målet er 10 prosent. Det er registrert flest legemiddelrelaterte skadar, og årsaka til dei fleste av desse er biverknadar eller reaksjonar. Det går fram av den årlege meldinga at dersom føretakets GTT-team ser eit mønster i skadefunn, tek dei kontakt med aktuell avdeling.

Det går vidare fram av årleg melding for 2021 at føretaket har som mål å publisere minst 10 nye Les og Lær kvart år. Det er ikkje rapportert om kor mange Les og Lær føretaket har publisert i 2021.[65]

I intervju med administrerande direktør i Helse Førde blir det opplyst at styret også har fått informasjon om to enkelthendingar det siste året.

Styret i RHF-et får også fast rapportering på indikatorar knytt til kvalitet gjennom rapportering frå verksemda. Styret blir også informert om pågåande tilsynssaker, og oppfølging og rapportering på dei «topp fem» risikoområda som føretaka skal ha særleg merksemd på dei komande åra. Årlege meldingar blir også styrebehandla.

Styra sin funksjon i å leggje til rette for læring på tvers

I intervju med toppleiinga i alle føretaka blir det gitt uttrykk for at styret er engasjert i og opptatt av kvalitet- og pasienttryggleik, risikoområder/risikostyring og korleis føretaka arbeider med uønskte hendingar. Som omtalt over, mottar styra rapportering på arbeid med, og risiko knytt, til kvalitet- og pasienttryggleik, mellom anna omfanget av uønskte hendingar og § 3-3 a saker. Enkelte viser til at styret også kan få informasjon om enkelthendingar, men at møta i slike tilfelle må lukkast for ålmenta, eller at sakene må anonymiserast.

Nokre leiarar fortel at dei er usikre på kor mykje rapportering styret eigentleg ønskjer om uønskte hendingar. Ein av dei intervjua fortel at det for nokre år sidan blei gjort eit arbeid for å summere opp alle § 3-3 a-sakene slik at dei kunne presenterast for styret, men at det blei tatt bort fordi styret ikkje ønska rapportering om dette.

Etter det internrevisjonen får opplyst, har ikkje styra ein spesifikk funksjon i å sikre at uønskte hendingar blir delt på tvers mellom føretaka. Fleire av leiarane som er intervjua gir uttrykk for at det ikkje er nødvendig at styret kjenner til enkeltsaker, og at det vil vere svært omfattande dersom styret skal involverast i og diskutere enkelståande uønskte hendingar.

Det blir i intervju poengtert av fleire leiarar at det er viktigare å sikre at det finst system, rutinar, møteplassar og kultur for at fagmiljøa delar informasjon og lærer av kvarandre, snarare enn at toppleiarar og styret kjenner til og deler informasjon om enkeltsaker. Styret og leiinga bør derfor vere opptatt av om det er etablert rutinar og strukturar, samt etterspørje korleis dette verkar og om det bidreg til læring på tvers.

I Helse Vest RHF si årlege melding for 2021 blir melde på tvers-funksjonen i Synergi kommentert. Her blir det peikt på at det er behov for å vidareutvikle ordninga og gjere den betre kjend i kvart

[64] I 2020 var det tilrettelagt for melding på tvers i testversjonen i Synergi, men ikkje i driftsversjonen.
[65] Helse Førde: Årleg melding 2021

føretak/institusjon. Det er ikkje lagt fram tal på kor mange hendingar som er meldt, og kva dei ev. handlar om.

5.4 Vurdering

Internrevisjonen meiner undersøkinga viser at toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet og pasienttryggleik. Dette er viktig fordi tonen på toppen påverkar det som skjer lenger nede i organisasjonen. Føretaka jobbar med kvalitet og pasienttryggleik på ulike nivå og på mange område. For at toppleiinga skal ha betryggande kontroll, utan å kjenne alle detaljane i drifta, er det nødvendig med god rapportering på risikoforhold og korleis desse blir følgt opp. Det er gjennom undersøkinga ikkje kome fram at leiarane opplever å mangle vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har betydning for pasienttryggleiken, sjølv om det blir vist til at ein arbeider med å finne ein god form på risikostyring og leiinga sin gjennomgang.

Internrevisjonen har gjennom intervjua likevel merka seg at både oppfølging av planar og gjennomføring av leiinga sin gjennomgang, ikkje nødvendigvis framstår systematisk nok. Det blir vist til at pandemien har prega sjukehus på alle nivå, og at ei viktig prioritering i pandemien har vore å sikre stabil drift framfor å rapportere på planar og tiltak.

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers. Når det gjeld rapportering på uønskte hendingar spesielt, ser det ut til at det er variasjon i kva som blir rapportert til styra. Basert på den informasjonen som er offentleg tilgjengeleg i styredokument, ser det ut til at Helse Stavanger rapporterer meir omfattande til sitt styre enn dei andre føretaka når det gjeld uønskte hendingar.

Internrevisjonen si samla vurdering av rapporteringa til styra om uønskte hendingar, er at den hos nokre føretak framstår noko fragmentert. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om dette legg til rette for at styra kan vurdere om etablerte system og rutinar som skal leggje til rette for læring av uønskte hendingar – og læring på tvers – fungerer tilfredsstillande.

6 KONKLUSJON OG TILRÅDINGAR

Helseføretaka har etter forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta **plikt til å avdekke og ha oversikt over risiko, svikt, uønskte hendingar og forbetringsområde**, jf. § 6 d og § 6 g. Det er likevel ikkje nok å ha oversikt, kunnskapen må også brukast til forbetring. Når det blir avdekka svikt eller uønskte hendingar, har helseføretaka **plikt til å lukke avvik og setje i verk korrigerande tiltak** jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 9 a og § 9 b.

Det har vore fleire eksempel på alvorlege hendingar i Helse Vest der avdelingar på same sjukehus ikkje har lært av kvarandre, og der konsekvensen har vore fatal for pasientane. Det er **svekkande for tilliten til spesialisthelsetenesta at same feil kan gjenta seg fleire gongar på ulike avdelingar eller sjukehus, når det finst tiltak som kunne ha forhindra det**.

Helsedirektoratet er tydelege på at øvste leiing bør sikre at verksemda følgjer opp og vurderer om identifiserte utfordringar og tiltak som er sett i verk kan vere aktuelle for andre avdelingar. Tiltak som er gjennomførbare og som gir effekt, bør delast med resten av verksemda der det er relevant. [66]

Føretaka i Helse Vest har system og rutinar som skal bidra til dette, gjennom at uønskte hendingar, risikoforhold og statistikk frå avviksmeldesystemet blir behandla og vurdert i føretaka sine kvalitet- og pasienttryggleiksutval. Helse Vest RHF har, etter initiativ frå eit av føretaka, også vidareutvikla avviksmeldesystemet Synergi slik at det frå januar 2021 er gjort mogeleg å dele viktig informasjon og læring frå uønskte hendingar på tvers *mellom føretaka*. Dette er etter internrevisjonen si vurdering eit stort skritt i riktig retning, og legg til rette for at det no både kan lærast på tvers i eige føretak og mellom føretak.

Gode planar, system og strukturar, og systematisk og kontinuerlig forbetringsarbeid, er viktig for å lukke avvik og førebygge uønskte hendingar. Men det bør ikkje undervurderast kor krevjande det er å få til endring i praksis. Endring krev systematisk og kontinuerleg leiaroppfølging. Endring føreset også ein kultur prega av openheit, der feil og uønskte hendingar blir ansett som ei kjelde til forbetring, heller enn som uthenging av personar og skuld og skam.[67]

Internrevisjonen meiner det er eit potensial for å lære meir av kvarandre i Helse Vest. Både leiarar og tilsette er i stor grad einige i dette. Sjølv om både system og rutinar på fleire område er på plass, er det barrierar som hindrar at det skjer læring på alle relevante nivå. Desse barrierane, med nokre unntak, gjeld både for læring på tvers *i eige* føretak og læring på tvers *mellom* føretaka.

For det første er det **utfordringar med «input» i avviksmeldesystemet.** I undersøkinga blir det både peikt på forhold som blir meldt som avvik, men som ikkje burde vore meldt, og på forhold som burde vore meldt som avvik, men som ikkje blir det. Totalt sett blir det meldt eit stort omfang pasientrelaterte avvik i Helse Vest, i underkant av 20.000 saker kvart år. Resultatet er at leiarane ikkje opplever at dei har nok tid til å arbeide med dei viktige sakene, og at dei brukar mykje tid på å saksbehandle mindre viktige saker. Det er altså både utfordringar med innhaldet i det som blir meldt, og med omfanget. At avvikssystemet legg opp til at leiarane skal gjennom mange ulike steg

[66] Helsedirektoratet: Rettleiar til forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Gjennomføre - Helsedirektoratet
[67] Ibid, Korrigere - Helsedirektoratet

i saksbehandlingsprosessen, uavhengig av alvorsgrad og type sak, forenklar ikkje jobben til leiarane. **Dette påverkar også «output» av systemet, både når det gjeld læring, og moglegheit for god styringsinformasjon frå systemet.** Systemet blir i stor grad brukt til rapportering, og i mindre grad til læring.

Årsakene til at dette skjer er samansette, og krev tiltak på fleire nivå. **Mangel på kompetanse/opplæring**, er ei opplevd utfordring både for leiarar og tilsette. Tilsette er usikre på kva dei skal melde som avvik, og mange etterlyser meir opplæring og rettleiing. Sjølv om føretaka har rutinar for avviksmelding, indikerer undersøkinga at tilsette er usikre på korleis dei skal handheve desse i praksis, og det kan vere behov for nærare operasjonalisering av rutinar eller rettleiing/opplæring på avdelingsnivå. Mange leiarar opplever ikkje at dei har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid. I intervju blir det vist til at kompetansen til leiarane i Helse Vest er svært varierande. Det å gjere gode årsaksanalysar av kvifor uønskte hendingar oppstår, setje i verk korrigerande tiltak, samt evaluere om tiltaka adresserer rotårsakene og verkar, er avgjerande for å lære, men dette krev både systematikk og kompetanse. **Mangel på tid** er også ei opplevd utfordring både for tilsette og for leiarar. Det er ikkje nok tid til å melde avvik, og det er ikkje nok tid til å følgje dei opp. Å skape tid, kan handle om å prioritere rett. Tydelegare avklaring og meir opplæring rundt kva som skal og ikkje skal meldast, kor ulike hendingar skal meldast, og kven som skal melde dei, kan bidra positivt til dette.

Sjølv om mange gir uttrykk for at det er ein god **openheitskultur** om uønskte hendingar, er det samtidig både gjennom spørjeundersøkinga og intervju peikt på at det er variasjon. Å ha ein god openheitskultur er både viktig for å sikre at uønskte hendingar blir meldt og følgt opp på den enkelte avdeling, og for å sikre læring på tvers. At openheitskulturen på ei avdeling er god, er ikkje nok for at det skal opplevast trygt å dele om uønskte hendingar utanfor avdelinga – på tvers av postar, avdelingar, fagområde og føretak. For å kunne lære av kvarandre, må det vere ein god openheitskultur på alle nivå, og tilsette og leiarar på tvers av avdeling, fagmiljø, profesjon og føretak må møte kvarandre med raushet når ein opnar opp om uønskte hendingar som har skjedd. Gjennom undersøkinga er det gitt døme på at fagmiljøa på tvers av føretaka ikkje alltid møter kvarandre på denne måten. Internrevisjonen meiner at føretaka må arbeide meir med å legge til rette for ein god openheitskultur på tvers. Det er avgjerande at leiarane går fram med gode eksempel. Internrevisjonen meiner vidare at leiarar må agere i tilfelle der fagmiljøa ikkje omtalar kvarandre med rausheit når det er blitt delt på tvers om uønskte hendingar i læringsføremål. Dette bør ikkje vere akseptabelt.

Sjølv om internrevisjonen meiner at føretaka og RHF-et i utgangspunktet har etablert system og rutinar som skal bidra til læring på tvers, manglar det etter internrevisjonen si vurdering ei oppfølgingssløyfe i desse systema. Det blir brukt tid og ressursar på å skrive gode læringsnotat og meldingar om uønskte hendingar, samt også tid til å behandle desse i kvalitets- og pasienttryggleiksutval, men tilsynelatande er det ingen som veit med sikkerheit korleis informasjonen og læringspunkta blir følgt opp. Informasjonsdelinga skjer primært i styringslinja, via kvalitets- og pasienttryggleiksutval eller melde på tvers-funksjonen. Det er ikkje etablert einskaplege system og rutinar for korleis leiarar skal følgje opp denne informasjonen, og som sikrar at informasjon og læring frå uønskte hendingar skjer horisontalt og når heilt fram til alle relevante nivå. Dette opnar for at det er stor variasjon i korleis dette blir gjort, og følgjeleg risiko for at viktig informasjon og læringspunkt ikkje når fram til klinisk personell det kan vere relevant for. I undersøkinga er det eksempel på at både leiarar på lågare nivå og klinisk personell ikkje er kjent med læringspunkt frå uønskte hendingar som kan vere

relevant for dei, på trass av at informasjonen er tilgjengeleg og delt. Internrevisjonen meiner denne risikoen for informasjonssvikt bør reduserast. Melde på tvers-gruppene og/eller kvalitets- og pasienttryggleiksutval kan t.d. ha ei rolle i å etterspørje korleis informasjon og læringspunkt som er delt, har blitt følgt opp. Det bør også utarbeidast ei rutine som omtalar korleis informasjonen skal følgjast opp av den enkelte leiar.

Internrevisjonen meiner det også bør vurderast å legge til rette for at klinikarar og fagmiljø har arenaer der dei får drøfte og lære av uønskte hendingar. Fleire meiner slike arenaer vil vere viktig for at ein skal klare å skape engasjement og eigarskap til læring på tvers etter uønskte hendingar. Internrevisjonen meiner det bør leggjast til rette for at læring på tvers etter uønskte hendingar både blir tatt opp avdelingsvis der dei ulike yrkesgruppene kan treffast (eks. som fast tema i samband med avdelingsvise handlingsplanar, årshjul, møter), samt at det også bør vurderast kva fora og arenaer som ev. kan legge til rette for at fagpersonell på tvers av regionen kan bidra til å sikre læring på tvers av uønskte hendingar. Fleire har peikt på regionale kasuistikkmøter og fagnettverk som moglege fora.

Vidare vil det vere viktig å gjere nødvendige avklaringar om vidare bruk av melde på tvers-funksjonen i Synergi. Det regionale fagdirektørmøtet behandla ei evaluering av melde på tvers-funksjonen i november 2021. Her blei det reist spørsmål om teieplikt og personvern når føretaka deler informasjon om uønskte hendingar på tvers.

Fagdirektørane gjorde eit vedtak der dei bad Helse Vest RHF avklare korleis personvern og teieplikt er ivaretatt mellom helseføretak/sjukehus og RHF, men vedtaket har ikkje blitt følgt opp. Internrevisjonen meiner dette ikkje er tilfredsstillande, og meiner det ser ut til at manglande avklaring har fått følgjer for bruken av systemet. Sjølv om ingen av dei vi intervjua gjennom våren og sommaren 2022 har vist til at manglande avklaring rundt desse spørsmåla har vore til hinder for bruk av systemet, er det tydeleg at omfanget av saker meldt på tvers har gått betydeleg ned. I 2022 er det berre meldt eit fåtal saker.

Oppfølging og styring av pasienttryggleiksarbeidet

Som del av denne revisjonen er det også undersøkt i kva grad arbeidet med pasienttryggleik er integrert i etablerte styringsliner, og korleis styra er involvert i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar, på tvers i føretaka og mellom føretaka.

Internrevisjonen meiner undersøkinga viser at toppleiinga i føretaka har høg merksemd på kvalitet og pasienttryggleik. Dette er viktig fordi tonen på toppen påverkar det som skjer lenger nede i organisasjonen. Føretaka jobbar med kvalitet og pasienttryggleik på ulike nivå og på mange område. For at toppleiinga skal ha betryggande kontroll, utan at kjenne alle detaljane i drifta, er det nødvendig med god rapportering på risikoforhold og korleis desse blir følgt opp. Det er gjennom undersøkinga ikkje kome fram at leiarane opplever å mangle vesentleg informasjon om uønskte hendingar og risikoforhold som har betydning for pasienttryggleiken, sjølv om det blir vist til at ein arbeider med å finne ein god form på risikostyring og leiinga sin gjennomgang. Internrevisjonen har gjennom intervjua likevel merka seg at både oppfølging av planar og gjennomføring av leiinga sin gjennomgang, ikkje nødvendigvis framstår systematisk nok. Det blir vist til at pandemien har prega sjukehus på alle nivå, og at ei viktig prioritering i pandemien har vore å sikre stabil drift.

Styra har i liten grad ei aktiv rolle i arbeidet med å førebyggje og lære av uønskte hendingar på tvers, men det blir rapport på indikatorar, arbeid med og risiko knytt til kvalitet og

pasienttryggleik. Når det gjeld særskilt rapportering om uønskte hendingar, er det internrevisjonen si samla vurdering av rapporteringa at den hos nokre føretak framstår noko fragmentert. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om dette legg til rette for at styra kan vurdere om etablerte system og rutinar som skal leggje til rette for læring av uønskte hendingar – og læring på tvers – fungerer tilfredsstillande.

Det er krevjande å konkludere på om det er forskjell mellom føretaka når det gjeld i kva grad dei systematisk arbeider med å førebyggje og lære av uønskte hendingar. Internrevisjonen merkar seg at tilsette i Helse Bergen i noko større grad enn i andre føretak svarar meir positivt på spørsmål knytt til om leiinga oppfordrar til å melde uønskte hendingar og at det er ein god kultur for å melde om avvik. Det er tydeleg at Helse Bergen gjennom erfaringar med fleire uønskte hendingar som har gjentatt seg, har tatt grep om oppfølginga av denne typen hendingar, og at det har hatt høg merksemd i organisasjonen.

Internrevisjonen meiner Helse Vest RHF og føretaka har påbegynt eit viktig arbeid med å leggje til rette for læring på tvers. I det vidare arbeidet er det avgjerande å sikre at systema blir brukt og fungerer etter føremålet, slik at pasientar kan møte ei helseteneste som lærer av sine feil uavhengig av kor dei skjer, og som kontinuerleg arbeider med å gi trygge og gode tenester.

Internrevisjonen tilrår at:

1. Helseføretaka sørgjer for at leiinga på alle nivå legg til rette for ein god openheitskultur om uønskte hendingar
2. Helseføretaka sørgjer for at det er tydeleg for tilsette, gjennom rutinar og opplæring, kva avvik som skal meldast, kor dei skal meldast og kven som skal melde dei
3. Helseføretaka arbeidar vidare med å betre datakvaliteten og redusere diskrepansen mellom faktiske avvik og meldte avvik i Synergi (utfordringar knytt til dobbeltregistrering, feilregistreringar m.m), slik at data frå Synergi i større grad kan brukast i det systematiske kvalitetsforbetringsarbeidet
4. Helseføretaka og RHF-et sørgjer for at leiarar har tilstrekkeleg kompetanse i forbetringsarbeid
5. Helseføretaka sørgjer for at læring av uønskte hendingar skjer på alle relevante nivå, også ved å
    - Utarbeide rutinar som er tydelege på korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, skal følgjast opp
    - Etterspørje korleis informasjon om uønskte hendingar som er delt på tvers, har blitt følgt opp
    - Sørgjer for horisontal læring og etablerer hensiktsmessige arenaer som legg til rette for dette, både på avdelingsnivå og mellom fagmiljø i regionen, t.d. gjennom regionale fagnettverk eller regionale kasuistikkmøter
6. Helseføretaka sørgjer for å implementere og gjere melde på tvers-funksjonen kjent i organisasjonen, inkludert opplæring og rettleiing i kva saker som bør meldast mellom føretaka
7. Helse Vest RHF sørgjer for at spørsmål rundt personvern og teieplikt blir avklart med omsyn til bruk av melde på tvers-funksjonen i Synergi
8. Helse Vest RHF følgjer opp om føretaka i tilstrekkeleg grad har system, rutinar og kultur for å førebygge at uønskte hendingar gjentek seg
9. Styra i føretaka etterspør informasjon om i kva grad føretaka lærer av uønskte hendingar, både internt i eige føretak og mellom føretaka

7 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. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av IIA. Les meir på Helse Vest.

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, kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av Deloitte på oppdrag frå internrevisjonen i Helse Vest RHF.