

## Sak 1: Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser

Målet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser bidrar til å sikre læring og forbedring. Undersøkelsen er avgrenset til å se på læring etter uønskede hendelser som er pasientrelatert, og som meldes i helseforetakenes interne avvikssystem.

Det er innhentet informasjon fra alle helseforetak<sup>1</sup> og fødeavdelinger for å belyse hvordan rutiner og internkontrollen for uønskede hendelser fungerer både på helseforetaksnivå og på avdelingsnivå. Fødeavdelingene er valgt ut fordi samtlige helseforetak og de fleste sykehus har en fødeavdeling, og fordi pasientforløpene i slike avdelinger er relativt sammenliknbare. Undersøkelsen omfatter en spørsmålsliste til 19 helseforetak og alle fødeavdelinger, og dokumentanalyse av styreprotokoller i 19 helseforetak med vedlagte sakspapirer, årlige meldinger og årsberetninger. I tillegg er det gjennomført kvalitative intervjuer i tre utvalgte fødeavdelinger for å finne trekk ved kultur og praktiske forhold som er av mer allmenn karakter, og som kan ha overføringsverdi til andre fagavdelinger i alle landets helseforetak. Undersøkelsesperioden er hovedsakelig 2015.

God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser, og at de aktivt forebygger at hendelser gjentar seg. Systemer og rutiner for avvikshåndtering er en viktig del av helseforetakenes internkontroll. Det interne avvikssystemet bør være et system der helsepersonell kan melde alle typer uønskede hendelser, også nestenulykker. For at helseforetakene skal lære av uønskede hendelser, er det viktig at ansatte melder hendelsene i avvikssystemet, slik at det er mulig å gjøre systematisk forbedringsarbeid. Helseforetakene har i tillegg en plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen, til Helsedirektoratet. Det skal også meldes fra til Helsedirektoratet om hendelser som kunne ført til betydelig personskade. Tidligere årsrapporter<sup>2</sup> for Kunnskapssenterets meldeordning viser at det er variasjoner mellom helseforetak i antall meldte uønskede hendelser. Dette indikerer at det er variasjoner i tilbøyeligheten til å melde. Det er også en risiko for at ikke alle alvorlige hendelser blir meldt i avvikssystemet, og at helsetjenesten ikke lærer av uønskede hendelser.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende lover, vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001* (helseforetaksloven)
- *forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten av 20. desember 2002* (internkontrollforskriften)
- Innst. 424 L (2010–2011), jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. 195 S (2014–2015), jf. Meld. St. 11 (2014–2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*
- Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*
- Innst. 217 (2015–2016), jf. Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet 28. juni 2016. Departementet har i brev av 22. august 2016 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er i all hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1) Sunnaas sykehus HF er utelatt da det er et spesialistsykehus som ikke dekker alle funksjoner.

2) Årsrapporten for 2013 og 2014 fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.

---

## 1 Hovedfunn

- Den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp.
- Helseforetakene utnytter i liten grad informasjonen fra avviksmeldingene for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter:
  - Helseforetakene bruker i liten grad informasjonen fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.
  - Styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser.

---

## 2 Riksrevisjonens merknader

### 2.1 Den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp

Helse- og omsorgskomiteen peker på at helse- og omsorgstjenestene har behov for å videreutvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Komiteen peker videre på at tydelig ledelse og gode systemer og prosedyrer er avgjørende for å unngå skader og svikt.

Selv om alle helseforetakene har på plass elektroniske avvikssystem, overordnede retningslinjer for å melde og kvalitetsutvalg, viser statistikken at antall hendelser som meldes i de ulike helseforetakene, varierer. I tillegg er det variasjon i meldekulturen mellom enheter og mellom stillingsgrupper innad i samme avdeling. Dette indikerer at flere enheter og avdelinger har et potensial for å få en bedre meldekultur.

Kulturen og ledelsen innad i hver enkelt enhet og avdeling har betydning for hva som meldes, og hvor ofte noe meldes. Det er særlig tre ulike faktorer som påvirker hvorvidt uønskede hendelser blir meldt, og hvordan disse blir fulgt opp.

For det første må de ansatte ha tilgang til avvikssystemet, kjenne til hvordan de bruker det og ha tid til å melde. Flere informanter mener at det elektroniske avvikssystemet har en høy brukerterskel, og de opplever den elektroniske løsningen som et hinder for å melde. I tillegg opplever ansatte tidspress som et hinder for å melde om uønskede hendelser.

For det andre vil ulike holdninger til hvilke hendelser som skal meldes, påvirke hva som faktisk blir meldt, og omfanget av meldinger. Det er ulike holdninger i de tre utvalgte fødeavdelingene til hva som regnes som en uønsket hendelse. Det er større variasjon i hva som blir meldt der det ikke er forhåndsdefinert hva som skal være meldepliktige hendelser. En snever definisjon av hva som anses som en uønsket hendelse, kan legge begrensninger på de ansatte, slik at færre uønskede hendelser blir meldt. I tilfeller hvor nestenulykker ikke blir meldt, mister ledelsen muligheten til å få oversikt over risikoområder og dermed også grunnlaget for å drive systematisk forbedringsarbeid.

Det er variasjon i hvilke yrkesgrupper som melder, og hva de ulike yrkesgruppene melder. Ett sted var nesten alle de 20 siste hendelsene meldt av leger, mens i en annen avdeling var det kun sykepleiere og jordmødre som meldte. Legene meldte hovedsakelig alvorlige hendelser som hadde ført til eller kunne ført til pasientskade, mens jordmødrene meldte mye nestenulykker.

For det tredje påvirkes omfanget av meldinger om uønskede hendelser av hvorvidt ledere og ansatte forklarer hendelsen med menneskelig svikt eller systemsvikt. Uønskede hendelser blir ofte forklart med at enkeltpersoner har gjort en feil eller en glipp. Dette kan føre til en kultur hvor ansatte ser på avvikssystemet som et angiversystem, og det kan bli en høy terskel for å melde om uønskede hendelser. Der lederen forklarer årsaken til en hendelse med menneskelig svikt, vil det i større grad være relevant å gi tilbakemelding til enkeltpersonen. I andre avdelinger søker ledere i større grad etter bakenforliggende årsaker og er opptatt av å finne potensielle systemforklaringer. Lederen vil i slike tilfeller oftere kunne finne generelle læringspunkter som det er relevant å gi tilbakemelding om til flere ansatte.

Helse- og omsorgskomiteen understreker at det er et ledelsesansvar å skape en kultur i helse- og omsorgstjenestene for å melde fra om og lære av egne og hverandres feil. En åpenhetskultur skapes ved at ledelsen – fra departementet og nedover i styringskjeden – er tydelige på at dette er ønsket. En leder som har en aktiv holdning i form av å oppfordre til å melde, sørger for at uønskede hendelser er et tema. Hvis man har en analytisk tilnærming til hva som er årsaken til en uønsket hendelse, vil man kunne påvirke at hendelser blir meldt. Dermed vil helseforetaket også kunne lære av hendelsene og forebygge nye uønskede hendelser. Toppledelsen er representert i kvalitetsutvalget i de aller fleste helseforetak. Etter Riksrevisjonens vurdering er dette viktig for å forankre arbeidet med uønskede hendelser i styringslinjen. Utviklingen av meldekultur skjer imidlertid lokalt, innad i hver enkelt avdeling og enhet hvor pasientbehandling foregår. Etter Riksrevisjonens vurdering vil derfor måten nærmeste leder prater om hendelser på, og hvordan de blir håndtert, i stor grad påvirke både antall meldinger og hvilke hendelser som meldes. Det er toppledelsen i helseforetakene sitt ansvar å legge til rette for at nærmeste leder kan inneha en slik rolle.

## **2.2 Helseforetakene utnytter i liten grad informasjonen fra avviksmeldingene for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter**

### **2.2.1 Helseforetakene bruker i liten grad informasjonen fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet**

Hvorvidt helseforetakene lærer av uønskede hendelser, avhenger av hvem som får tilbakemelding, og hvordan dette skjer. De elektroniske avvikssystemene er satt opp slik at det kun er den som har meldt en hendelse, som får tilbakemelding når saken er lukket. I mange tilfeller er dette den eneste tilbakemeldingen som gis. Dersom det i tillegg er en muntlig tilbakemelding, gis denne som regel til den eller de som har vært involvert i hendelsen. Det er i mindre grad tilbakemeldinger til alle ansatte om generelle læringspunkter eller forbedringsområder. Helsepersonell har samtidig andre fora hvor de diskuterer og lærer av uønskede hendelser, også de hendelsene som ikke er meldt i avvikssystemet.

Hendelser blir i liten grad analysert på en systematisk måte. En årsaksanalyse innebærer at helseforetaket går gjennom en uønsket hendelse for å finne ut hva som skjedde, hvorfor det skjedde, og hva som kan gjøres for at noe lignende ikke skal skje igjen. At toppledelsen etterspør årsaksanalyser, kan indikere at ledelsen aktivt er på utkikk etter svakheter i organisasjonen og bruker ulike datakilder for å avdekke disse svakhetene. I et mindretall av helseforetakene har toppledelsen etterspurt årsaksanalyser i 2015. Årsaksanalyser er også i liten grad tatt i bruk i fødeavdelingene. Videre kartlegger ikke alltid nærmeste leder hendelsesforløpet og finner den egentlige årsaken til hendelsen.

Nesten alle helseforetakene og fødeavdelingene kan dokumentere at de har statistikk over totalt antall meldte hendelser i helseforetaket og i de enkelte avdelingene. Statistikken er i ulik grad kategorisert etter avdeling, alvorlighetsgrad og type hendelse. Dette betyr at helseforetakene i liten grad kan bruke statistikken til analyseformål som for eksempel å indentifisere gjentakende hendelser og risikoområder, og som et grunnlag for å iverksette tiltak.

Om lag halvparten av helseforetakene og en tredjedel av fødeavdelingene har dokumentert at de har risikoanalyser om pasientsikkerhet. Dette er i all hovedsak risikoanalyser som gjelder pasientsikkerhet generelt, og som ikke er basert på meldinger om uønskede hendelser i avvikssystemet. Dette betyr at helseforetakene i liten grad bruker meldinger i avvikssystemet som innspill til risikoanalysene.

Det er videre svært få helseforetak som kan dokumentere at de har evaluert tiltak som er satt i gang som følge av en eller flere uønskede hendelser. Det kan likevel være gjennomført evaluering av tiltak etter uønskede hendelser.

Det er helseforetakene som har ansvaret for systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Det er opp til helseforetakene å beslutte hvordan meldingene håndteres internt. Som ledd i internkontrollen skal helseforetakene sørge for kontinuerlig forbedringsarbeid i helsetjenesten, gjennomgå og analysere hendelser som har eller kunne ha medført betydelige pasientskader, og iverksette korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Det er et sentralt element i virksomhetenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet å utrede uønskede hendelser som har medført eller som kunne ha medført en pasientskade, herunder klarlegging av hendelsesforløpet og gjennomføring av nødvendige tiltak. Etter Riksrevisjonens vurdering utnytter ikke helseforetakene godt nok informasjonen fra avvikssystemet i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette gjelder analyser av enkelthendelser, analyser av statistikk og bruk av data som grunnlag for risikoanalyser. Videre må helseforetakene legge til rette for at tilbakemeldinger om uønskede hendelser som er relevant for flere, formidles til alle nivåer i helseforetaket.

### **2.2.2 Styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser**

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2015 gitt føringer til styrene via oppdragsbrev og veilederen for styrearbeid i regionale helseforetak om at styrene må prioritere faglige spørsmål, kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen av styrereferater med vedlegg, ledelsens rapportering til styret, årsberetninger og årlig melding viser at styrene får informasjon om pasientsikkerhet generelt. Imidlertid er styrene i varierende grad informert om uønskede pasientrelaterte hendelser.

Det er stor variasjon i hva som legges fram for styrene av statistikk over uønskede hendelser, både i omfang og i detaljeringsgrad. Saker hvor uønskede hendelser er temaet, blir i hovedsak tatt til orientering eller etterretning. De helseforetakene som synes å ha kommet lengst med å legge fram, analysere og bearbeide statistikk for styret, har også kommet lengst med å få på plass rutiner, retningslinjer og risikoanalyser. Styrene i disse helseforetakene etterspør i større grad ytterligere informasjon og ber helseforetakene om å følge opp funnene fra de analysene de blir presentert for.

Styret skal fastsette planer for foretakets virksomhet, holde seg orientert og føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Styret skal påse at selskapet har god internkontroll og tilstrekkelige systemer og ressurser for å sikre at lovbestemmelser etterlevs, og at

helseforetakene har hensiktsmessige systemer for risikostyring. For å oppnå effektiv internkontroll og risikostyring er det viktig at svakheter i kontrollmiljøet identifiseres, og at det iverksettes relevante tiltak. Riksrevisjonen mener flertallet av styrene i helseforetakene i større grad bør etterspørre og systematisk ta i bruk informasjon om uønskede hendelser i sitt arbeid med pasientsikkerhet som ledd i sin tilsynsrolle.

Videre bør styrene jevnlig foreta en systematisk vurdering av kontrollmiljøet. Det er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning å ha systemer og skriftlige rutiner for å sikre at uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. Styret har også en sentral rolle i å sikre at meldekultur blir satt på dagsorden, slik at helseforetakene i større grad kan forebygge at uønskede hendelser gjentar seg. Det er samtidig viktig at styrene sørger for at helseforetakene lærer av hverandre, slik at det utvikles en god praksis for meldekulturen i sektoren.

---

### 3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene sørger for at ledelsen på alle nivåer legger til rette for at det er kultur for å melde fra om og lære av egne og hverandres feil. Dette kan blant annet gjøres ved å
  - sikre at ansatte har tilgang til avvikssystemet og kompetanse til å bruke systemet
  - ha en definisjon som ikke i for stor grad begrenser hva som skal anses som en uønsket hendelse
  - søke etter systemforklaringer til uønskede hendelser som legger til rette for at mange kan lære av de meldte avvikene
- helseforetakene tar i bruk informasjonen fra avvikssystemet i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette gjelder både analyser av enkelthendelser og analyser av statistikk. Slike analyser bør brukes som innspill til risikoanalyser.
- styrene i helseforetakene i større grad etterspør og systematisk tar i bruk informasjon om uønskede hendelser i sitt arbeid med pasientsikkerhet. Videre bør styrene jevnlig foreta en systematisk vurdering av kontrollmiljøet.
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger opp at helseforetakene har systemer og en kultur som sikrer at de aktivt forebygger at uønskede hendelser gjentar seg, og at helseforetakene lærer av hverandre, slik at det utvikles en god praksis for meldekulturen i sektoren.

---

#### 4 Departementets oppfølging

Statsråden mener at undersøkelsen gir innblikk i hvordan leders holdning til det å melde påvirker meldekultur og oppfølging av hendelsene, og at helseforetakene kan forbedre seg når det gjelder å bruke meldte hendelser i det lovpålagte, systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Statsråden viser til at de regionale helseforetakene i foretaksmøtet er bedt om fortsatt å prioritere ledelse og lederutvikling, ha stor oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet, ha en årlig gjennomgang av helseforetakene basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, jf. tidligere stilte krav, og å delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette.

Statsråden viser til at det i oppdragsdokumentet for 2016 framgår at de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å øke kvaliteten og bedre pasientsikkerheten. Som ledd i dette, arbeider de regionale helseforetakene med å lage et felles spørreskjema for kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Kartleggingen planlegges gjennomført i 2017.

På bakgrunn av resultatene fra kartleggingen av pasientsikkerhetskultur i norske sykehus som gjennomføres i regi av pasientsikkerhetsprogrammet, fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle en plan for å få frem kunnskapen på området og følge opp med tiltak for å endre kulturen der det er behov for det. Statsråden legger til grunn at kunnskapen fra pasientsikkerhetsprogrammets kartlegging av pasientsikkerhetskultur anvendes.

Statsråden vil følge opp oppdragene gitt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene i 2016 og vil i 2017 ha særskilt oppmerksomhet på Riksrevisjonens funn i revisjonen av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser.

Videre viser statsråden til Helsedirektoratet som på oppdrag fra departementet, utfører et arbeid med å utvikle et felles klassifikasjonssystem for uønskede hendelser. Dette kan brukes både lokalt av helseforetakene og av den nasjonale meldeordningen i klassifisering av hendelsestype og medvirkende årsaker til hendelser.

Regjeringens tredje årlige melding om kvalitet og pasientsikkerhet sendes Stortinget høsten 2016. Meldingen skal bidra til økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken og gjøre det mulig å følge utviklingen regelmessig og over tid.

Statsråden viser til at Helse- og omsorgsdepartementet er i slutfasen i arbeidet med en ny forskrift som stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten som også omfatter krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I mars i år gikk høringsfristen ut for Ariansonutvalgets NOU 2015:11 "Med åpne kort" – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser. Utvalget fremmer over 50 forslag til tiltak rettet mot pasienter og pårørende, tjenesten, tilsyn og meldeordninger. Flere tiltak fordrer lovendringer. Regjeringen tar sikte på å fremme en lovproposisjon med en meldingsdel til Stortinget før sommeren 2017.

---

#### 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Vedlegg 1:  
Brev og rapport til sak 1 om  
helseforetakenes håndtering av  
uønskede hendelser

---

1.1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse-  
og omsorgsdepartementet

1.2 Statsrådets svar

1.3 Rapport fra utvidet kontroll av  
helseforetakenes håndtering av uønskede  
hendelser

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

0030 Oslo

Att.: Statsråd Bent Høie

### **Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015**

Vedlagt oversendes saksframstillingen av Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser, som legges fram for Stortinget i Dokument 3:2 (2016–2017).

Saksframstillingen er basert på en rapport som Helse- og omsorgsdepartementet fikk et utkast til 28. juni, og på departementets svar 22. august 2016.

Statsråden bes om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i den endelige saksframstillingen til Stortinget. Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt i Dokument 3:2.

Svarfrist: 5. oktober 2016

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss  
riksrevisor

*Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur*

Vedlegg





Statsråden

Riksrevisjonen  
Postboks 8130 Dep  
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 5  
andre ledd

Deres ref  
2016/01406

Vår ref  
16/808-

Dato  
05.10.2016

### **Vedrørende Riksrevisjonens undersøkelse om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser**

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 21. september hvor jeg er bedt om å redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Å yte trygg og sikker helsehjelp til pasienten er helseforetakenes ansvar. Når uønskede hendelser skjer er det derfor viktig at helseforetakene følger disse opp på en måte som fremmer læring og forebygging av tilsvarende hendelser. Ledelsen på alle nivå har et ansvar for å legge til rette for at det er enkelt å melde, at det er kultur for å melde fra om uønskede hendelser, og at de følges opp på en måte som bidrar til å forebygge liknende hendelser og fremme kvalitet og pasientsikkerhet i hele virksomheten. Ledere på alle nivå, samt styrene i helseforetakene bør etterspørre og være kjent med kvalitet og risiko i virksomheten som grunnlag for å iverksette målrettede tiltak for å forbedre virksomheten.

Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser gir innblikk i hvordan leders holdning til det å melde påvirker meldekultur og oppfølging av hendelsene. Riksrevisjonens undersøkelse viser videre at helseforetakene har kan forbedre seg når det gjelder å bruke meldte hendelser i det lovpålagte systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet gjennom analyser av enkelthendelser, samt analyser av statistikk for å identifisere forbedringsområder og gi innspill til risikoanalyser.

Jeg har vært tydelig på at kvalitet og pasientsikkerhet skal på dagsorden og inn i bevisstheten til alle som leder og arbeider i helse- og omsorgstjenesten. Jeg har rettet kvalitetsarbeidet særlig mot tre områder: mer kvalitetsorientert ledelse, systemer som skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet og en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten.

Det har vært bred politisk enighet de siste årene om at åpenhet om uønskede hendelser er en nødvendig forutsetning for å bedre pasientsikkerheten. Etablering av meldeordningen for uønskede hendelser i Helsedirektoratet (tidligere Kunnskapssenteret) og pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender" er to tiltak som fremmer en kultur hvor en melder for å lære, bidrar til å avdekke risikoområder, samt bruke forbedringsmetodikk ved innføring av konkrete tiltak på risikoområder. Disse tiltakene er ment å understøtte tjenestens lovpålagte ansvar for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Høsten 2016 kommer denne regjeringens tredje årlige stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Hovedformålet med en årlig melding er større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet som et grunnlag for å skape pasientens helsetjeneste. Meldingen skal bidra til økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken og gjøre det mulig å følge utviklingen regelmessig og over tid. Meldingene gir en overordnet beskrivelse av status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten slik det kom til uttrykk i årsmeldinger fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets meldeordning, og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligninger.

Helse- og omsorgskomiteen har i sin behandling av de to første meldingene gitt bred tilslutning til at det årlig legges frem meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og uttrykte i sin behandling av den andre meldingen at "målet må være at dette kan bidra til det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet og sikre mindre variasjon, færre uheldige hendelser og bedre kvalitet i tjenestetilbudet", jf. Innst. 217 S (2015 – 2016).

I oppdragsdokumentet for 2016 framgår det at de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

I oppdragsdokumentet slår jeg fast at helse, miljø og sikkerhet er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Som ledd i dette arbeider de regionale helseforetakene med å lage et felles spørreskjema for kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Dette planlegges gjennomført i 2017.

Videre skal de regionale helseforetakene rapportere andel pasientskader basert på kartleggingen i regi av pasientsikkerhetsprogrammet ved bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT), og rapportere på hvordan de skal nå målet om å redusere andel skader. De skal også rapportere på andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.

I foretaksmøtet, som er gjengitt i foretaksprotokollen, ba jeg de regionale helseforetakene om blant annet å:

- fortsatt prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon.
- gjennomføre årlig gjennomgang av helseforetakene basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, jf. tidligere stilte krav, og delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette.

Implisitt i disse oppdragene ligger det en forventning om at ledere skal ha oppmerksomhet på pasientsikkerhet i alt de gjør og å inkludere statistikk fra avvikssystemene i årlig gjennomgang. Helsedirektoratet utfører på oppdrag fra departementet et arbeid med å utvikle et felles klassifikasjonssystem for uønskede hendelser som kan brukes både lokalt av helseforetakene og av den nasjonale meldeordningen i klassifisering av hendelsestype og medvirkende årsaker til hendelser. Systemet bygger på WHO's klassifiseringssystem.

Jeg vil følge opp oppdragene gitt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene i 2016, og i 2017 ha særskilt oppmerksomhet på Riksrevisjonens funn i revisjonen av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser.

Jeg vil videre følge opp et tilleggsoppdrag til de regionale helseforetakene våren 2016 knyttet til forbedring av kulturen der det er behov for dette. Vinteren 2016 var det en debatt i mediene hvor begrepet "fryktkultur" og opplevelsen av manglende åpenhet i sykehusene var tema. I samme tidsrom ble resultatene fra kartleggingen av pasientsikkerhetskultur i norske sykehus, som gjennomføres i regi av pasientsikkerhetsprogrammet, offentliggjort. Rapporten viste at anslagsvis 44 prosent av behandlingseenhetene på landsbasis kan ha en forhøyet risiko for uønskede hendelser på grunn av for dårlig pasientsikkerhetskultur.

Pasientsikkerhetskulturen kartlegges her med utgangspunkt i hvor lett medarbeiderne synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted, og i hvilken grad de ansatte føler de får støtte fra sitt team til å prioritere trygg pasientbehandling. På bakgrunn av dette fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle en plan for å få frem kunnskapen på området og følge opp med tiltak for å endre kulturen der det er behov for det. Jeg legger til grunn at de anvender kunnskapen fra pasientsikkerhetsprogrammets kartlegging av pasientsikkerhetskultur i arbeidet.

Helse – og omsorgsdepartementet er i slutfasen i arbeidet med en ny forskrift som stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal erstatte dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Det vil gå tydeligere frem at internkontroll er en integrert og naturlig del av virksomhetenes styringssystem. Det nærmere innholdet i hvilke krav som omfattes av styringssystemet og hvor ansvaret for å oppfylle plikten, utdypes nærmere. Lovbestemte krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet utdypes også. Det legges bl.a. i forskriften opp til at alle virksomheter minst en gang årlig systematisk skal 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.

I mars i år gikk høringsfristen ut for Ariansonutvalgets NOU 2015:11 "Med åpne kort" – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser. Det kom inn ca. 80 hørings svar. De overordnede verdiene ansvarlighet, åpenhet, tillit, medvirkning og rettssikkerhet har stått sentralt i utvalgets vurderinger. Utvalget fremmer over 50 forslag til tiltak rettet mot pasienter og pårørende, tjenesten, tilsyn og meldeordninger. Flere tiltak fordrer lovendringer. Regjeringen tar sikte på å fremme en lovproposisjon med en meldingsdel til Stortinget før sommeren 2017.

Med vennlig hilsen

Bent Høie

*Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.*

# Vedlegg 1.3: Rapport fra utvidet kontroll av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

God pasientsikkerhet forutsetter at helseforetakene lærer av uønskede hendelser, og at de aktivt forebygger at hendelser gjentar seg.<sup>1</sup> All pasientbehandling er forbundet med risiko, og det må arbeides systematisk for å redusere risiko for komplikasjoner og svikt. Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenestene er temaer som Stortinget anser som viktige.<sup>2</sup> Helse- og omsorgsdepartementet har siden 2014 fremmet en årlig melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er et sentralt element i helseforetakenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet at de har systemer for å registrere uønskede hendelser.<sup>3</sup> Systemer og rutiner for avvikhåndtering er en viktig del av helseforetakenes internkontroll. Det interne avvikssystemet bør være et system der helsepersonell kan melde alle typer uønskede hendelser, også nestenulykker.

Helseforetakene har i tillegg en plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen, til Helsedirektoratet, tidligere Kunnskapssenteret.<sup>4</sup> Det skal også meldes fra til Helsedirektoratet om hendelser som kunne ført til betydelig personskade. Videre skal Statens helsetilsyn varsles ved dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.<sup>5</sup>

I 2015 mottok Kunnskapssenteret 9707 meldinger om uønskede tilfeller fra meldepliktige virksomheter.<sup>6</sup> Det finnes ikke offisielle tall på antallet tilfeller som er meldt i de interne avvikssystemene, men det er grunn til å anta at antallet er høyere siden det også omfatter mindre alvorlig hendelser.

Tidligere årsrapport<sup>7</sup> for meldeordningen fra Kunnskapssenteret viser at det er variasjoner mellom helseforetak i antall meldte uønskede hendelser. Variasjonene kan til dels komme av ulik størrelse på helseforetakene og dermed ulikt hendelsesomfang, men de indikerer også at det er variasjoner i tilbøyeligheten til å melde. Det er også en risiko for at ikke alle alvorlige hendelser blir meldt i avvikssystemet. En undersøkelse som sammenligner saker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og hendelser meldt i sykehusenes interne avvikssystem viser at kun 20 prosent av NPE-sakene fra St. Olavs hospital, hvor pasienten hadde fått erstatning, var meldt i sykehusets interne avvikssystem.<sup>8</sup>

Det er kjent at helsetjenesten har hatt utfordringer når det gjelder å lære av uønskede hendelser.<sup>9</sup> Spesialisthelsetjenesten består av mange enheter som er avhengige av

- 1) I trygge hender, Pasientsikkerhetsprogrammet.
- 2) Innst. 424 L (2010–2011) og Innst. 195 S (2014–2015).
- 3) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap 21.3.5.2
- 4) Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Tidligere gikk meldingene til Kunnskapssenteret. Fra og med 1. januar 2016 ble meldeordningen flyttet til Helsedirektoratet.
- 5) Lov 1999-07-02-61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 3-3 a.
- 6) Årsrapporten for 2015 fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.
- 7) Årsrapporten for 2013 og 2014 fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten
- 8) Smeby, Susanne skjervold, Roar Johnsen og Gudmund Marhaug (2005). *Documentation and disclosure of adverse events that led to compensated patient injury in a Norwegian university hospital*. I: International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(6), s. 486–491.
- 9) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 42.8.1.

god koordinering og godt samarbeid. I Innst. 217 S (2015–2016) påpeker Helse- og omsorgskomiteen at mangelfull kommunikasjon og informasjon er en gjenganger, og at systematisk deling og bruk av resultater fra pasientsikkerhetsarbeidet i større grad må inngå i utviklings- og forbedringsarbeidet.<sup>10</sup>

For at helseforetakene skal lære av uønskede hendelser, er det viktig at ansatte melder hendelsene i avvikssystemet. Først når hendelsene er meldt, er det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid for å unngå lignende hendelser. Dette gjelder både i hver enkelt avdeling hvor pasientbehandlingen foregår, og på helseforetaksnivå.

Styret i helseforetakene har det overordnede ansvaret for at de helsepolitiske målsettingene som settes for foretaket, nås. Forvaltningen av foretaket hører under styret, som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet.

## 1.2 Formål og problemstillinger

Målet med revisjonen er å undersøke om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser bidrar til å sikre læring og forbedring.

Formålet er belyst gjennom følgende problemstillinger:

- 1 Hvordan sikrer helseforetakene læring etter uønskede hendelser?
  - a Hva påvirker omfanget og innholdet av det som meldes i helseforetakenes avvikssystem?
  - b Hvordan bruker helseforetakene det som meldes, til å lære?
- 2 Hvordan er styret i helseforetakene involvert i arbeidet med å forebygge og lære av uønskede hendelser?

Undersøkelsen er avgrenset til å se på læring etter uønskede hendelser som er pasientrelatert, og som meldes i helseforetakenes interne avvikssystem.

## 1.3 Revisjonskriterier

### Krav til helseforetakenes avvikssystem

Helseforetakene skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.<sup>11</sup>

Det er hjemlet i lov at helseforetakene skal sende visse typer meldinger til eksterne instanser. Helseforetakene skal for det første sende melding til Helsedirektoratet om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.<sup>12</sup> Departementet viser i Prop. 91 L (2010–2011)<sup>13</sup> til at intensjonen med å flytte meldeordningen til Kunnskapssenteret, nå Helsedirektoratet, ikke er å undergrave internkontroll, styring og avvikshåndtering internt.

Kunnskapssenteret, nå Helsedirektoratet bør ha en rådgivende rolle for å støtte det interne arbeidet med å lære av og forebygge uønskede hendelser. Det skal ikke herske tvil om at virksomheten selv har ansvaret for systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Hvordan meldingene håndteres internt, er det opp til virksomheten å beslutte.<sup>14</sup>

10) Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*.

11) Lov 1999-07-02-61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* § 3-4 a

12) Lov 1999-07-02-61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* § 3-3.

13) Innst. 424 L (2010–2011).

14) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap 21.3.1, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

Helseforetakene skal etter spesialisthelsetjenesteloven opprette kvalitetsutvalg.<sup>15</sup> Det vil være opp til virksomheten om det skal opprettes ett eller flere kvalitetsutvalg. Pliktsubjektet i bestemmelsen er helseinstitusjonen, og det innebærer at ansvaret for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid ligger på ledelsen, selv om det er opprettet slike utvalg.<sup>16</sup> Etter departementets oppfatning er det nødvendig at det er en klar kobling mellom styringslinjen og arbeidet i kvalitetsutvalgene.<sup>17</sup> Departementet understreker viktigheten av at utvalgenes arbeid er forankret i virksomhetenes ledelse.<sup>18</sup> Meldeplikten er ment å støtte opp under helseinstitusjonenes internkontrollsystem og kvalitetsforbedringsarbeid, hvor kvalitetsutvalgenes arbeid utgjør et viktig element.<sup>19</sup>

### **Krav til systematisk arbeid med uønskede hendelser**

Helseforetakene er pålagt gjennom lov å ha et internkontrollsystem. Internkontrollplikten til helseforetakene er blant annet regulert i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Formålet med internkontrollforskriften er at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.<sup>20</sup> Den interne styringen og kontrollen skal tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten.<sup>21</sup> Identifisering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser er således ett av flere sentrale elementer i virksomhetsstyringen. Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetenes art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.<sup>22</sup> Krav til intern styring og kontroll som innholdsmessig er konsistent med internkontrollforskriften, framgår også av internasjonalt anerkjent rammeverk for intern kontroll og helhetlig risikostyring.<sup>23</sup>

Det følger av prinsippene for internkontroll at helseforetakene skal ha prosedyrer for vurdering og iverksetting av korrigerende tiltak ved avvikshendelser. Utredning av uønskede hendelser i virksomheten som har medført eller som kunne ha medført en pasientskade er sentrale elementer i virksomhetenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet. Det samme gjelder å klarlegge hendelsesforløpet og gjennomføre de tiltak som er nødvendige for å forebygge at pasienter utsettes for skade.<sup>24</sup>

Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a pålegger enhver som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, å drive systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med plikten til å drive internkontroll. Metoder og satsingsområder for kvalitetsforbedring er langt på vei de samme som ligger til grunn for internkontrolltenkning og -metodikk. En plikt til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring vil derfor ikke stille vesentlige nye krav til virksomhetene, men innebærer blant annet at det kan føres tilsyn med at styringssystemet ivaretar systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.<sup>25</sup> Systematisk pasientsikkerhetsarbeid, som det vises til i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, vil være alle systematiske tiltak som iverksettes for å opprette og vedlikeholde vern mot unødig skade.<sup>26</sup> Følgende elementer er sentrale i virksomhetenes

15) Lov 1999-07-02-61: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 3-4.

16) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 48, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

17) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.3.5.3, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

18) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.3.5.3, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

19) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven), jf. Innst. 424 L (2010–2011).

20) FOR-2002-12-20-1731 Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 1.

21) Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 4.

22) Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten § 5.

23) Helhetlig risikostyring og integrert rammeverk (COSO-ERM).

24) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.3.5.2

25) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.2.5.2, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

26) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 48, jf. kap. 47, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

systematiske arbeid med pasientsikkerhet<sup>27</sup>:

- systemer for at uønskede hendelser blir rapportert og registrert som ledd i lærings- og forbedringsarbeidet
- utredning av uønskede hendelser i virksomheten som har medført, eller som kunne ha medført en pasientskade, herunder klarlegging av hendelsesforløpet og gjennomføring av de tiltak som er nødvendige for å forebygge at pasienter utsettes for skade
- systemer for måling av pasientsikkerhet og risiko

For at det skal bli lagt nok vekt på pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten, er det viktig at ledelsen etterspør resultater fra pasientsikkerhetsarbeidet. Resultater og erfaringer bør også deles og gjøres fortløpende kjent. På denne måten kan resultatene bidra til læring både innad i virksomheten og i andre deler av helsetjenesten.<sup>28</sup>

Foretaksstyrene og ledelsen har et selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og foreta lukking av avvik. Helseforetakenes styrer og ledelse må etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene, og at det gjøres forbedringer der det trengs.

Kontrollmiljøet danner grunnlaget for de øvrige elementene som inngår i et helhetlig system for internkontroll, og har således en sterk innvirkning på om arbeidet med internkontroll og risikostyring blir effektivt. Kontrollmiljøet omfatter forhold som holdninger, adferd, verdier og kompetanse.

I Innst. 217 (2015–2016) peker Helse- og omsorgskomiteen på at helse- og omsorgstjenestene har behov for å videreutvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er også behov for systematisert kunnskap om kvalitet i tjenesten.<sup>29</sup> Komiteen peker videre på at tydelig ledelse og gode systemer og prosedyrer er avgjørende for å unngå skader og svikt. Komiteen presiserer at å skape en kultur i helse- og omsorgstjenestene for å melde fra om og lære av egne og hverandres feil er et ledelsesansvar. Det er viktig at både ansatte og pasienter melder fra om kritikkverdige forhold eller om feil som blir begått. En avgjørende forutsetning for en lærende kultur er åpenhet om feil og vilje til endring.<sup>30</sup> Selve grunnlaget for at helsevesenet skal være en åpen og lærende organisasjon, er at ansatte ikke er redde for å ta opp ting internt og for å ytre seg offentlig.<sup>31</sup> Helse- og omsorgskomiteen uttaler at en åpenhetskultur skapes ved at ledelsen – fra departementet og nedover i systemene – er tydelige på at dette er ønsket.<sup>32</sup>

### Krav til styret

Styret skal fastsette planer og holde seg orientert om foretakets virksomhet. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.<sup>33</sup> Styret skal påse at selskapet har god internkontroll, tilstrekkelige systemer og ressurser for å sikre at lovbestemmelser etterleves, og at helseforetakene har hensiktsmessige systemer for risikostyring. Formålet med risikostyringen og selskapets interne kontroll er ikke å eliminere risiko, men å håndtere risiko knyttet til virksomhetsutøvelsen på en forsvarlig måte.<sup>34</sup>

27) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.3.5.2, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

28) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.3.5.2, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

29) Innst. 195 S (2014–2015).

30) Innst. 217 (2015–2016).

31) Innst. 195 S (2014–2015), jf. Meld. St. 11 (2014–2015) – om kvalitet og pasientsikkerhet 2013.

32) Innst. 217 (2015–2016).

33) LOV-2001-06-15-93 *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 28.

34) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap.



Styrets rolle med å føre tilsyn med den daglige ledelsen og selskapets virksomhet er en av styrets kjerneoppgaver.<sup>35</sup> Styret skal blant annet føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det. Styrene må engasjere seg i et aktivt og konstruktivt pasientsikkerhetsarbeid.<sup>36</sup>

#### 1.4 Metode og gjennomføring

Undersøkelsen omfatter 19 helseforetak.<sup>37</sup> Undersøkelsen har i hovedsak benyttet tre metoder: kartlegging med spørsmålsliste til alle helseforetak og alle fødeavdelinger, kvalitative intervjuer i tre fødeavdelinger og tilhørende helseforetak, samt dokumentanalyse av styreprotokoller i alle helseforetak med vedlagte sakspapirer, årlige meldinger og årsberetninger.

#### Kartlegging av alle helseforetak

Det er sendt brev med spørsmål til samtlige 19 helseforetak for å innhente informasjon om foretakenes rutiner og systemer i arbeidet med uønskede hendelser. For å belyse hvordan rutiner og internkontrollen fungerer på avdelingsnivå i helseforetakene, er det i kartleggingen også innhentet informasjon fra fødeavdelingene til de respektive helseforetakene. Fødeavdelingene er valgt ut fordi samtlige helseforetak og de fleste sykehus har en fødeavdeling, og pasientforløpene i slike avdelinger er relativt sammenlignbare. Til sammen er det samlet inn informasjon fra 39 fødeavdelinger.<sup>38</sup>

I kartleggingen har samtlige helseforetaksledere og ledere av fødeavdelingene besvart spørsmål om organisering av helseforetakenes kvalitetsutvalg, saksbehandling av meldinger om uønskede hendelser, årsaksanalyser av uønskede hendelser, hvordan statistikken om uønskede hendelser er brukt, samt om det er gjennomført evaluering av tiltak etter uønskede hendelser. I tillegg er alle helseforetak og fødeavdelinger bedt om å sende dokumentasjon på rutiner for lukking av meldinger, tilbakemelding til melder og pasient, og rutiner for debrifing. Ikke alle disse rutinene berører behandling av avviksmeldingene direkte, men kan ha betydning for hvordan hendelser følges opp, og gir dermed grunnlag for læring.

Det er videre innhentet risikoanalyser om pasientsikkerhet på helseforetaksnivå og for den enkelte fødeavdeling for 2015, og statistikk over uønskede hendelser for årene 2013, 2014 og 2015 både på helseforetaksnivå og for hver enkelt fødeavdeling. Helseforetakene ble også bedt om å sende dokumentasjon på hvorvidt toppledelsen har etterspurt årsaksanalyser, kopi av fødeavdelingens to siste årsaksanalyser samt evaluering av tiltak som fulgte av uønskede hendelser.

Hensikten med kartleggingen er å få fram hvilke elementer i internkontrollen som er etablert for å sikre læring av uønskede hendelser, både på helseforetaksnivå og i den enkelte fødeavdeling. Videre gir kartleggingen informasjon om hvordan helseforetakene benytter opplysningene fra meldesystemet for å lære av uønskede hendelser, sette i verk tiltak og styrke den interne kontrollen. Spørsmålene til fødeavdelingene er stilt både for å belyse hvilke rutiner som er etablert på avdelingsnivå, og hvordan de generelle rutinene på helseforetaksnivå er tatt i bruk i fagavdelingene hvor pasientbehandlingen utføres.

#### Kvalitative intervjuer

For å undersøke hva som påvirker omfanget og innholdet av det som meldes og hvordan helseforetakene sikrer læring etter uønskede hendelser, er det gjennomført

35) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*.

36) Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) kap. 21.3.1., jf. Innst. 424 L (2010–2011).

37) Sunnaas sykehus HF er utelatt da det er et spesialistsykehus som ikke dekker alle funksjoner.

38) Fødestuer er utelatt fra undersøkelsen. 39 fødeavdelinger og kvinneklinikker inngår i undersøkelsen.

kvalitative intervjuer i tre fødeavdelinger. Alle de tre fødeavdelingene er en av flere fødeavdelinger i hvert sitt helseforetak. Det er valgt ut en stor, en mellomstor og en liten fødeavdeling. Store fødeavdelinger er definert som avdelinger med flere enn 1500 fødsler i året. Mellomstore avdelinger har mellom 500 og 1500 fødsler, mens små avdelinger har færre enn 500 fødsler i året.

Kvalitative intervjuer har vært brukt for å undersøke ansatte og lederes synspunkter og holdninger og for å identifisere hvorvidt en bestemt type holdning fører til en bestemt type handling. Hensikten har vært å undersøke hvilke forhold som kan bidra til en god meldekultur og læring etter uønskede hendelser, og hvilke forhold som kan hindre slik læring. Målet har vært å finne trekk ved kultur og praktiske forhold som er av mer allmenn karakter, og som kan ha overføringsverdi til andre fagavdelinger i alle landets helseforetak.

I tillegg til intervjuene er også de siste 20 lukkede hendelsene som er meldt i hver av de tre fødeavdelingene, innhentet og analysert. De 20 siste hendelsene gir innblikk i hva som meldes av hendelser. Hendelsene er også brukt i forberedelsene til de kvalitative intervjuene.

Ved hver av de tre utvalgte fødeavdelingene er det gjennomført kvalitative intervjuer med representanter fra følgende stillingsgrupper/roller:

- barnepleiere
- jordmødre
- leger
- avdelingsleder og enhetsleder
- kvalitetsleder/kvalitetsrådgiver
- administrerende direktør<sup>39</sup>

### **Dokumentanalyse av styreprotokoller**

For å belyse hvordan styret i helseforetakene er involvert i arbeidet med å forebygge og lære av uønskede hendelser, er det gjennomført dokumentanalyse av styreprotokoller med vedlagte styredokumenter for alle helseforetak. Analysen omfatter alle protokoller med vedlegg for de til sammen 186 avholdte styremøtene i 2015 samt enkelte styremøter i 2016 hvor relevante saker for 2015 er behandlet. Dette inkluderer blant annet ledelsens rapportering til styret for 2015, årsberetninger for 2015 og årlige meldinger for 2015. I dokumentanalysen er det undersøkt hvorvidt styrene behandler saker om pasientsikkerhet og uønskede hendelser, hvordan uønskede hendelser blir styrebehandlet, og om det er statistikk eller enkeltsaker som blir behandlet. Videre er omfanget og detaljeringsgraden av statistikken og informasjonen om uønskede hendelser som framlegges for styrene, vurdert.

### **Begrepsavklaring: Enhet og avdeling**

Fødeavdelingene er organisert på ulik måte og har forskjellige begreper som tilsvarer samme organisatoriske nivå. I presentasjonen av resultatene fra undersøkelsen (kapittel 2) er det derfor brukt standardiserte begreper om de ulike organisatoriske nivåene.

- *Enhet*: Dette er det laveste organisatoriske nivå hvor pasientbehandling foregår. For eksempel kan det være slik at jordmødre og barnepleiere utgjør en enhet med egen leder, mens legene utgjør en annen enhet med egen leder. Flere enheter inngår i en avdeling.
- *Avdeling*: Dette er nivået over enhet, og det blir ledet av en avdelingsleder. Avhengig av størrelsen vil det variere hvor mange enheter som inngår i en avdeling. Enkelte steder blir dette nivået kalt klinikk, men i rapporten blir begrepet avdeling brukt gjennomgående.

39) Et sted var ikke administrerende direktør tilgjengelig. Stedlig leder ble intervjuet istedenfor.

## 2 Resultatet av undersøkelsen

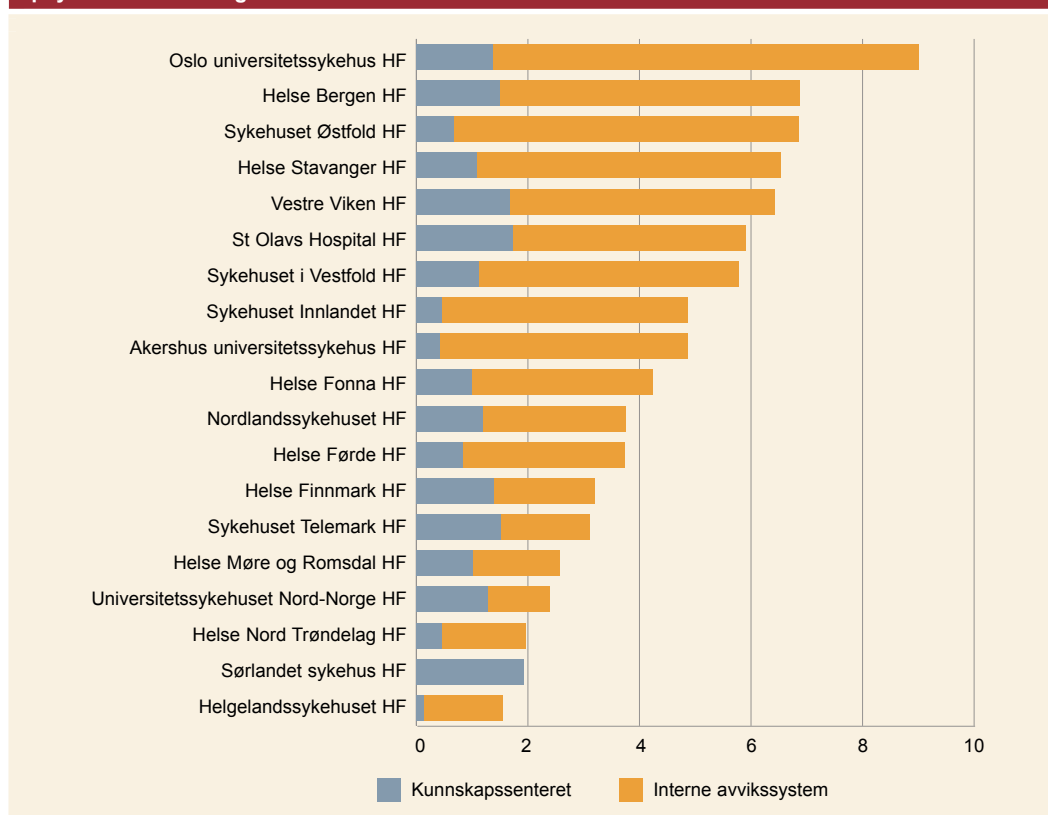
### 2.1 Helseforetakenes avvikssystemer og omfanget av meldinger

Alle helseforetakene har elektroniske avvikssystemer hvor ansatte kan melde om uønskede hendelser.<sup>40</sup> Helseforetakene benytter til sammen fem ulike versjoner av elektroniske avvikssystemer.<sup>41</sup> Alle avvikssystemene har innebygde retningslinjer for hvordan de ansatte skal melde, og saksgangen etter at en ansatt har meldt en hendelse, er relativt lik i alle systemene. Nærmeste leder mottar hendelsen og vurderer om saken skal lukkes på dette nivået eller sendes videre til ledelsen over. Når saken er lukket, får melder en elektronisk beskjed om dette.

Alle helseforetak og alle fødeavdelinger oppgir at de gir føringer til ansatte om hva som skal meldes som en uønsket hendelse. Omtrent halvparten av fødeavdelingene og nesten alle helseforetak oppgir at slike føringer blir formidlet ved at det er fast tema på kurs for nyansatte og/eller opplæringsprogram for ansatte. Majoriteten av fødeavdelingene og nesten alle helseforetak oppgir videre at slike føringer blir formidlet på møter, og at de er beskrevet i det interne systemet for å melde uønskede hendelser.

Alle helseforetakene har kvalitetsutvalg på sentralt nivå, og enkelte helseforetak har også kvalitetsutvalg på lavere organisatorisk nivå. Her blir utvalgte saker om uønskede hendelser behandlet. Administrerende direktør sitter i kvalitetsutvalget i 15 av 19 helseforetak. I 18 av 19 helseforetak er ledere under administrerende direktør representert. I de aller fleste helseforetak er altså toppledelsen representert i kvalitetsutvalget, noe som gir en forankring i styringslinja.

**Figur 1: Antall meldinger om uønskede hendelser per 100 utskrivninger. Totalt for somatikk, psykisk helsevern og rus. 2015.**



Kilde: Innsendt dokumentasjon til Riksrevisjonen fra helseforetakenes interne avvikssystem, Årsrapport fra Kunnskapssenterets meldeordning 2015, Statistikkbanken SSB (antall utskrivninger).

40) Kartleggingen av alle helseforetak.

41) Avvikssystemene som brukes, er henholdsvis TQM, Synergi, Achilles (OUS), Docmap og QMS.

Figur 1 viser at antall meldinger om uønskede hendelser varierer mellom helseforetak. En årsak til variasjonene kan være forskjeller i hvordan helseforetakene har tolket spørsmålet om pasientrelaterte hendelser. Ulik sammensetning av pasientgrupper kan også forklare noe av variasjonen. I tillegg kan tilbøyeligheten til å melde variere mellom helseforetakene.

Figur 1 viser også at det varierer mellom helseforetakene hvorvidt det er en lav eller høy andel av meldingene som meldes videre til Kunnskapssenteret.

### **Meldepraksis i de tre utvalgte fødeavdelingene**

Undersøkelsen viser at det er ulik meldepraksis både mellom og innad i de tre utvalgte fødeavdelingene.

Fødeavdeling A er en stor fødeavdeling. En gjennomgang av de 20 siste hendelsene som er lukket, viser at alle de 20 hendelsene er meldt innenfor samme måned. Alle er meldt av jordmødre. Tre hendelser er meldt videre til Kunnskapssenteret.

Fødeavdeling B er en mellomstor fødeavdeling. De 20 siste meldingene som er lukket, strekker seg over en periode på to år og fire måneder. 19 av 20 hendelser er meldt av leger. Alle hendelsene er meldt videre til Kunnskapssenteret.

Fødeavdeling C er en liten fødeavdeling. De 20 siste meldingene som er lukket, strekker seg over en periode på 5 år. Det er hovedsakelig jordmødre som melder. Ingen av hendelsene er meldt videre til Kunnskapssenteret.

De tre fødeavdelingene bruker ulike meldesystemer. Alle de tre fødeavdelingene er organisert med henholdsvis en eller flere enhetsledere for legene og en eller flere enhetsledere for jordmødrene og barnepleierne. Over disse er det en avdelingsleder for hele avdelingen og for alle yrkesgruppene.

En analyse av de 20 siste meldte hendelsene i de tre utvalgte fødeavdelingene viser at det varierer hva som regnes som en uønsket hendelse. Innholdet i hendelsene som er meldt inn, viser at det er stor ulikhet i hva som meldes. I avdeling A blir det meldt mange nestenulykker mens det i avdeling B og C er få slike nestenulykker. I avdeling A meldes det også hyppigere enn i avdeling B og C. Det er derfor grunn til å anta at fødeavdeling A har større omfang av meldinger fordi de ansatte melder flere nestenulykker.

Flere av informantene på de tre fødeavdelingene har aldri meldt en uønsket hendelse, til tross for at de har vært i situasjoner hvor den ansatte mener at hendelsen burde vært meldt. Dette gjelder alle tre stillingsgrupper.

### **2.2 Hva påvirker omfanget og innholdet av det som meldes i helseforetakenes avvikssystem?**

Analysen av intervjuene fra de tre fødeavdelingene har identifisert tre faktorer som i særlig grad påvirker tilbøyeligheten til å melde, og dermed muligheten til å lære gjennom avvikssystemet.

Den første faktoren er **praktisk** tilrettelegging for å kunne melde. Den andre faktoren er hvorvidt helseforetakene har en snever eller vid definisjon **av hva som er en uønsket hendelse**. Den tredje er synet på om den uønskede hendelsen skyldes **person eller system**.

I tillegg viser undersøkelsen at det er eksempler på både god og dårlig meldekultur i alle de tre fødeavdelingene, uavhengig av størrelsen på avdelingen. Det er også variasjon i meldekulturen mellom enheter og mellom stillingsgrupper innad i samme avdeling.

### **2.2.1 Praktiske og tekniske forutsetninger for å kunne melde uønskede hendelser**

I alle tre avdelinger er det informanter som mener det elektroniske avvikssystemet har en høy brukerterskel, og de opplever avvikssystemet som et hinder for å melde. De samme ansatte opplever det også som vanskelig å få hjelp til å melde.

I alle fødeavdelingene er det ansatte som savner opplæring i det elektroniske avvikssystemet. Noen av disse har vært ansatt i helseforetaket i mange år, men har aldri fått spesiell opplæring i å melde uønskede hendelser. Disse har heller aldri meldt om uønskede hendelser, selv om de har vært i situasjoner hvor de mener hendelser burde vært meldt.

Selv om det er utarbeidet rutiner, retningslinjer og brukerhåndbøker for systemene, kan disse være vanskelige å bruke for en som bare sporadisk benytter systemet. Noen funksjoner i systemet<sup>42</sup> er ikke tatt i bruk eller fungerer ikke. Dette gjør det vanskeligere å melde i systemene. Flere av informantene viser til situasjoner hvor det har vært teknisk vanskelig å melde i systemet, og dette har gjort at hendelser ikke har blitt meldt. En informant beskriver en konkret hendelse slik: «[...] jeg skjønnte rett og slett ikke, for det skulle inn noen koder. Jeg prøvde jo å spørre avdelingsleder, og jeg fikk ikke hjelp, så det endte til slutt med at jeg tok en kopi av hele beskrivelsen av hendelsen og skrev den ut, og den ligger i skapet mitt den dag i dag. Jeg kom aldri videre i meldesystemet for jeg fikk det rett og slett ikke til». Denne hendelsen ble dermed aldri registrert i avvikssystemet. Dette er ifølge informantene ikke noe enestående tilfelle.

I situasjonene som de ansatte beskriver, kan et tiltak være å utpeke superbrukere som kan hjelpe til med teknisk kompetanse. I alle de tre avdelingene er det utpekt superbrukere. For at superbrukere skal fungere etter intensjonen, må ledelsen sørge for at disse har tilstrekkelig kompetanse, og at de får nødvendig opplæring. I en avdeling var ikke dette tilfelle: «Altså, hvis du skal være superbruker, sånn som jeg er, så blir du satt til den oppgaven for at det ikke er så mange som ønsker å ta den. Og jeg tror jeg er den dårligste på data i hele avdelingen.»

Det framkom videre i intervjuene at ansatte opplever tidspress som et hinder for å melde om uønskede hendelser. Informanter fra alle tre fødeavdelingene påpeker at de ofte ikke har tid til å sette seg ned og melde om en uønsket hendelse. Dette gjelder alle stillingsgrupper. En informant forklarer hvorfor en hendelse ikke ble meldt: «Nei, dette var midt på natten, [...] det er mange pasienter og ting som skjer. Snakket om det på morgenmøtet, det gjorde vi og informerte om det til lederen vår [...] Og da har vi langfrie til mandag. Og da var det borte igjen, da var det hverdagen. Så det er direkte glemsel. Ikke fordi jeg ikke ville melde det, men fordi jeg ikke satte meg ned og tok meg tid til det.»

I fødeavdeling A forsøker ledelsen å bøte på de praktiske utfordringene ved at de ansatte hadde muligheten til å melde uønskede hendelser på papir, som en midlertidig ordning. Meldingene ble deretter lagt inn av noen som hadde god kjennskap til systemet. Dette er en måte å unngå at tekniske utfordringer blir et hinder for å melde,

42) Det er spesielt Docmap og Synergi som rammes av denne kritikken, jf. intervjuer og rapporten *Handtering av uønskete hendinger i helseforetaka*. Helse Vest RHF, februar 2016 s. 22.

og i tillegg tok det mindre tid for den enkelte ansatte. Papirløsningen ga de ansatte trening i å melde og bidro til å få opp volumet av meldinger, slik at problemområder ble synlige for ledelsen.<sup>43</sup> Avdelingen hadde også ansatt en person som både hadde ansvar for opplæring, og som bisto med å melde enkelthendelser. En andel av stillingen til denne ansatte var satt av til å jobbe med avvikssystemet. På denne avdelingen ble det generelt meldt om mange uønskede hendelser.

I en internrevisjon i Helse Vest RHF framgår det at det sannsynligvis er en underrapportering av uønskede hendelser. Også her blir tidspress og usikkerhet på grunn av manglende opplæring trukket fram som mulige forklaringer.<sup>44</sup>

### 2.2.2 Ulike holdninger til hva som regnes som en uønsket hendelse

Det er ulike holdninger i de tre utvalgte fødeavdelingene til hva som skal regnes som en uønsket hendelse som skal meldes i avvikssystemet. Et eksempel på dette er fødselsrifter. I en avdeling var det eksplisitt nevnt at fødselsrifter skulle registreres i avvikssystemet, og her var det meldt flere slike hendelser. I en annen avdelingen ble fødselsrifter diskutert blant legene, men ble sjeldent eller aldri meldt som avvik. Der gikk legene i stedet gjennom alle rifter i en arbeidsgruppe. I den tredje avdelingen hadde lederne på forhånd bestemt at fødselsrifter *ikke* skulle meldes, siden det ble vurdert som en påregnelig skade ved fødsel.

Det er blant flere ansatte og ledere en oppfatning av at det hovedsakelig er de alvorlige hendelsene, som har ført til pasientskade, som skal meldes som uønskede hendelser. I årsberetningen for Sørlandssykehuset HF kommer det fram at mange av NPE-sakene ikke er registrert som hendelser i det interne avvikssystemet.<sup>45</sup> Dette illustrerer at selv ikke alvorlige hendelser nødvendigvis blir meldt i avvikssystemet.

Noen informanter (hjelpepleiere/sykepleiere) forteller at lederen har avvist hendelser de selv mener burde bli meldt. De mener at ledere bagatelliserer hendelser hvor det tilfeldigvis går bra, men hvor hendelsen potensielt kan få konsekvenser for pasienten. Eksempler på slike hendelser er at nyfødte ikke hadde fått navnebånd, senger ikke er vasket, nyfødte ikke har blitt veiet eller blodprøve ikke er tatt osv.

En episode i en fødeavdeling med lav meldefrekvens illustrerer at leder mener det ikke er nødvendig å melde en nesten-ulykke. En ansatt skulle følge en pasient på do, det var få folk på jobb og det var ingen som hadde anledning til å hjelpe henne med å støtte pasienten. Den ansatte prøvde å støtte pasienten alene men det endte med at pasienten gikk i gulvet. Da den ansatte etterpå spurte leder hvordan dette skulle meldes, var svaret "*men gikk det ikke bra?*". Det var med andre ord ikke nødvendig å melde ettersom pasienten ikke var blitt skadet. På en annen avdeling ved samme sykehus er det innført en kampanje<sup>46</sup> for å melde alle fall, også de som ikke fører til skade. Synet på hva som er en uønsket hendelse kan altså variere mellom avdelinger ved samme helseforetak.

Et eksempel fra ett av sykehusene illustrerer hvordan helseforetakene kan analysere nestenulykker som fall, og dermed forebygge lignende hendelser. På dette sykehuset ble det oppdaget at flere fall hadde skjedd i samme bygg, og alle fallsakene skjedde på bad. Det viste seg at det var gjort en bygningsmessig

43) Løsningen med å skrive papir var midlertidig og de ansatte har nå gått over til å melde elektronisk. Papirløsningen medførte blant annet at den som hadde meldt ikke fikk noen tilbakemelding.

44) *Handtering av uønskete hendingar i helseforetaka*. Helse Vest RHF, februar 2016, s. 21.

45) Årsberetning for Sørlandssykehuset HF 2015, s. 3.

46) Forebygging av fall er et innsatsområde i pasientsikkerhetskampanjen. Formålet er å redusere fall med og uten skade i helseinstitusjoner.

oppjustering av badene, og tersklene var feilmontert, noe som medførte en ekstra risiko for å snuble. Ved en systematisk tilnærming hadde sykehuset mulighet til å gå inn å se hvorfor det var så mange fall på akkurat dette stedet.

I avdeling A er lederen opptatt av at de ansatte skal melde alle typer hendelser, som for eksempel at medisiner ikke er gitt til rett tid, selv om det ikke har ført til pasientskade i akkurat dette tilfellet. Leder viser til at det er viktig at de ansatte melder alle hendelser, også nestenulykker, fordi slike meldinger kan avdekke risikoområder og føre til forbedringer.

På fødeavdeling B er det utarbeidet skriftlig prosedyre med konkrete eksempler på hva som alltid skal meldes. Dette er hendelser som har ført til pasientskade, for eksempel store blødninger. En forhåndsdefinisjon av hva som skal meldes, kan bidra til å tydeliggjøre hva som anses som en uønsket hendelse. Ved å definere visse typer hendelser som meldepliktige, er det større sannsynlighet for at akkurat disse typene hendelser fanges opp.

Selv om det ikke er uttalt eller nedfelt at dette er det eneste som skal meldes, viser de siste 20 hendelsene fra denne avdelingen at det kun er meldt hendelser som er beskrevet i den skriftlige prosedyren.<sup>47</sup> I tillegg er det relativt stor grad av enighet blant de som ble intervjuet i denne avdelingen, om at det hovedsakelig er hendelser hvor det har oppstått en pasientskade, som er viktige å melde. Det er større variasjon i hva som blir meldt der det ikke er forhåndsdefinert hva som skal være meldepliktige hendelser. En forhåndsdefinering kan dermed føre til at sykehusene går glipp av meldinger fordi de ansatte har oppmerksomhet rundt de hendelsene som er beskrevet i den skriftlige retningslinjen.

Det er også ulike holdninger til hvorvidt ressursmangler i form av lav bemanning skal meldes. I to av fødeavdelingene uttaler informanter at de har fått beskjed av leder om at dette ikke skal meldes. Dette kan føre til at avdelingen går glipp av meldinger om uønskede hendelser, inkludert nestenulykker, som er forårsaket av lav bemanning. I den tredje fødeavdelingen har ledere og ansatte en annen holdning til dette. Også her mener de at ressursmangel i seg selv ikke er en uønsket hendelse, men enkelte enhetsledere er tydeligere på at det kan få konsekvenser for pasientbehandlingen. I avdelingen hvor dette ble uttalt, vurderer de hvilke potensielle konsekvenser en travel vakt kan få. Her er det blant annet flere meldinger om pasienter som må vente lenge, og som ikke får tilstrekkelig pleie og oppfølging fordi de ansatte har for mye å gjøre. Det blir altså meldt i avvikssystemet når ressursmangler hadde reelle konsekvenser. Avdelingsleder viser til at ledelsen på bakgrunn av slike meldinger får en mulighet til å vurdere hvordan de kan løse arbeidsoppgavene på en bedre og mer effektiv måte.

### **2.2.3 Ulike syn på hva som er årsaken til uønskede hendelser**

De aller fleste lederne sier i intervju at avvikssystemet for uønskede hendelser ikke skal legge vekt på hvem som var involvert i en uønsket hendelse, men heller undersøke om hendelsen skyldes systemsvikt. Disse utsagnene kommer når ledere snakker om avvikssystemet i generelle vendinger. Alle ledere uttrykker på ulike måter at avvikssystemet er til for å lære av uønskede hendelser. Flere ansatte påpeker også at de fleste lederne generelt oppfordrer til å melde om uønskede hendelser.

Når ledere forteller om konkrete episoder som har skjedd i deres avdeling, gir de imidlertid i flere tilfeller uttrykk for at det er en person som er skyld i hendelsen, og de forklarer ofte enkelthendelser med menneskelig svikt. I de enhetene ledere gir uttrykk for denne typen synspunkter, er det også en høyere terskel blant ansatte for å melde.

47) Sykehuset oversendte imidlertid kun det de selv definerte som pasientrelaterte hendelser. Det ble fortalt i intervju at de meldte andre typer hendelser, som manglende navnebånd på barn, men dette var definert som administrative hendelser.

I motsatt fall er det eksempler på ledere, både på enhetsnivå og avdelingsnivå, som har en mer systemorientert tilnærming, det vil si at lederen søker etter bakenforliggende årsaker og er mindre opptatt av hvem som har gjort feil.

Å melde om uønskede hendelser kan ha en kostnad for den som melder. Flere ansatte beskriver en kultur hvor de opplever det som ubehagelig å melde om en uønsket hendelse, særlig dersom det er en kollega som er involvert. Noen omtaler det å melde om en uønsket hendelse som «personangrep», mens andre bruker uttrykk som «sladrehank» om de som melder. Andre framhever viktigheten av å beholde gode relasjoner til kolleger. Der hvor det har utviklet seg en kultur med høy terskel for å melde, vil det være få som melder. Når det sjelden blir meldt om uønskede hendelser, kan det å melde bli oppfattet som noe spesielt og uvanlig. De få som melder, blir dermed fort synlige og utsatt, og kan bli sett på som angivere av sine kollegaer. De negative sidene hever terskelen for å melde hendelser inn i avvikkssystemet:

*Det er skikkelig kjipt å melde, og jeg synes det er en følelse av sånn her sladrehankopplegg. Selv om lederen vår sier at alle skal melde, og at det skal meldes, så er det ikke lett. [...] Du skal ganske langt over en strek for at du melder.*

*[...] og så kan du jo ikke være den eneste som melder i avdelingen heller, for da blir du jo: «Ja der kommer melder. Hva slags avvik skal vi ha i dag?». Man har ikke lyst å være sånn, du har lyst å ha et ok forhold til alle kollegaer.*

Felles for disse utsagnene er at de illustrerer en opplevelse av press mot å la være å melde hendelser. Begge utsagnene er fra samme enhet, men lignende synspunkter kommer også til uttrykk i andre enheter.

I de samme enhetene gir ansatte uttrykk for at ledere bagatelliserer hendelser dersom hendelsen ikke fører til pasientskade, og at leder i flere tilfeller forklarer hendelser med menneskelig svikt.

Kombinasjonen av at ansatte oppfatter at ledere bagatelliserer nestenulykker, og at ledere legger vekt på menneskelig svikt som forklaring på en hendelse, kan i sum bidra til at det utvikler seg en vegring for å melde blant de ansatte, og at terskelen for å melde øker.

Når meldingen på den andre siden håndteres med tanke på å finne årsaker i systemet og ikke feil hos en person, gir dette en annen kultur for å melde. Et viktig skille mellom enheter som har en god meldekultur, og enheter som har en mindre god meldekultur, er skillet mellom hvorvidt ledere forklarer årsaken til en hendelse med menneskelig svikt eller systemsvikt. Når det er systemet det rettes oppmerksomhet mot, handler håndteringen av meldingen mindre om å plassere skyld og mer om å løfte et problemområde. En ansatt i avdeling A beskriver det slik:

*Men man snakket om det i generelle termer, man tok opp problemområder i én og én sak. Jeg vet ikke om det var et bevisst mål, men målet skulle ikke være å peke på én og én person, men at man løftet opp problemområder.*

En enhetsleder i samme avdeling forklarer hvordan hun forsøker å forstå hvorfor en pasient ikke har fått medisin til riktig tid:

*Så snakker vi om det [...] Alle vet jo at vi skal gi medikamenter til riktig tid. Vi må finne ut hvorfor det ikke ble gjort. Det kan være samtidighetskonflikter som har kommet opp. Da må det komme fram.*



Dette er et eksempel på hvordan lederen spør om det er andre grunner til at den ansatte glemte å gi medisiner, istedenfor å stoppe forklaringen med at «hun glemte det, husk på dette til neste gang». En slik holdning og søken etter bakenforliggende årsaker vil kunne gi lederen og helseforetaket en bedre mulighet til å finne generelle problemområder og eventuell systemsvikt. Det reduserer også vektleggingen av menneskelig svikt, noe som kan senke terskelen for å melde. I denne avdelingen er det eksempler både på at enhetsleder og avdelingsleder har oppmerksomheten mot systemårsaker, i tillegg til at det er en vid definisjon av hvilke hendelser som skal meldes. Dette er en avdeling hvor det generelt blir meldt om mange hendelser, inkludert flere nestenulykker.

Også i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen understrekes nødvendigheten av at ansatte opplever det som trygt å snakke om uønskede hendelser, og at hendelser blir analysert uten å legge vekt på enkeltpersoner som har gjort feil: «En trygg og åpen kultur bygges erfaringsmessig best ved systematisk å gjennomgå årsakene til uønskede hendelser, hva som gjøres for unngå dem, og hvordan risikoen kan reduseres. For å komme videre må fokus være på omstendigheter som bidrar til uønskede hendelser framfor å peke ut enkeltpersoner som syndebukker».<sup>48</sup>

Noen av informantene i både avdeling B og C trekker fram muntlig dialog som en bedre måte å lære på i det daglige enn å melde i avvikssystemet. Ansatte gir uttrykk for at det er unødvendig å trekke lederen inn hver gang noen har glemt å gjøre noe eller det har vært brudd på en prosedyre, så lenge episoden ikke er av alvorlig karakter med pasientskade. For eksempel fortalte en ansatt om en episode hvor hun hadde glemt å følge en retningslinje, og en annen ansatt hadde meldt dette som en uønsket hendelse. Dette ble hun irritert på, og mente det hadde vært mer redelig om kollegaen hadde kontaktet henne direkte enn å melde hendelsen i avvikssystemet:

*Jeg føler ofte det at mye av det som andre avdelinger sender avvik på, så tenker jeg at: Kunne dere ikke heller ringt!*

Sitatet illustrerer en holdning til det å melde en uønsket hendelse som noe negativt. Slik irritasjon kan være et uttrykk for at den ansatte ser på det å melde som angiveri, istedenfor en mulighet til forbedring. Det kan også være et uttrykk for at ansatte ikke ser hensikten med å melde om hendelser fordi de ikke ser at det fører til forbedringer. I en avdeling kom det blant annet fram at de ansatte så på nestenulykker som enkeltstående episoder som kun gjelder enkeltpersoner. I slike situasjoner oppleves det av informantene som mer realt å ta det opp muntlig direkte med kollegaen det gjelder, istedenfor å «sladre» til lederen. Da slipper de samtidig belastningen med å «angi» en kollega.

Når ansatte tar opp hendelser direkte med kollegaer, kan dette innebære god læring for enkeltpersoner i den konkrete saken. Det kan også bidra til åpenhet når kollegaer tør å si ifra til hverandre. Dersom muntlig dialog erstatter det å melde i avvikssystemet, kan imidlertid lederen miste muligheten til systematisk å undersøke hendelser, finne eventuelle gjentakende risikoer og generelle forbedringsområder.

Det at en systemorientert holdning til uønskede hendelser påvirker meldekulturen i en positiv retning, utelukker ikke at enkelte uønskede hendelser faktisk kan skyldes enkeltpersoner. I intervju kom det fram at i noen tilfeller kan det være nødvendig å følge opp enkeltpersoner, for eksempel dersom det er en som utmerker seg ved å gjenta samme feil. I tillegg vil det i mange tilfeller være mindre alvorlige hendelser som

48) Fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014, fra pasientsikkerhetsprogrammet.

meldes, som ikke krever en grundig gjennomgang av den bakenforliggende årsaken. Noen ganger er det heller ikke alltid enkelt å finne årsakene til systemsvikten.

Dersom skillet mellom stillingsgrupper kommer i tillegg til en holdning om at det er «noen som har gjort en feil», kan terskelen for å melde om en hendelse økes ytterligere. Som et eksempel på dette forteller en jordmor om en fødsel der legen brukte en prosedyre som ikke er tillatt. Det var flere jordmødre til stede da det skjedde, og i etterkant diskuterte de hendelsen seg imellom, men landet på at de ikke skulle melde:

*Alle så på hverandre og vi lurte, skal vi si noe? Eller skal vi la det bare gå [...]? Så gikk det jo bra [...]. Og så var det etterpå: Ja, hvorfor sa vi ikke noe? Skal vi gjøre noe i ettertid? Vi må jo like mye melde oss selv som ikke stoppet [legen], men sto og bare så på at det skjedde noe som ikke er lov å gjøre.*

En annen jordmor i samme avdeling var klar på at hun ikke ønsket å melde dersom en lege hadde gjort noe, fordi det ville være tydelig hvem som hadde meldt, og det kunne ødelegge samarbeidsklimaet:

*Og det blir jo litt sånn her, du er en lege og du er en jordmor som er med på fødselen, og det blir så tydelig hvem som har meldt avvik [...] ja, jeg kjenner i hvert fall veldig selv på det, jeg kan godt si ifra om ting, men den her melderollen, blir en sånn «fy, fy», jeg kjenner nå at jeg orker ikke [...] for jeg vil ikke at en lege skal være sur på meg, jeg vil ikke ha den konflikten, for jeg vet at jeg er så avhengig av deres goodwill for å hjelpe meg når jeg trenger det.*

Begge sitatene er fra en avdeling hvor det generelt er en høy terskel for å melde. Eksemplene illustrerer at det er særlig ubehagelig for jordmødre å melde noe en lege har gjort, selv om det er et klart brudd på en prosedyre. Dette kan blant annet komme av at det er en sterk vektlegging av person og hvem som har skyld i hendelsen. I motsatt fall, der det er en praksis hvor både ledere og ansatte legger mer vekt på bakenforliggende årsaker enn hvem som har gjort noe galt, kan skiller mellom stillingsgrupper ha mindre betydning for om uønskede hendelser blir meldt.

#### **2.2.4 Nærmeste leders mulighet til å påvirke om uønskede hendelser blir meldt**

Leder kan legge til rette for at de praktiske forutsetningene for å bruke avvikssystemet er på plass, sørge for at definisjonen på hva som skal meldes ikke er for snever og legge vekt på å finne bakenforliggende årsaker til hendelser. I tillegg til lederen har også ansatte et ansvar for å bidra til en god meldekultur.

Hvorvidt nærmeste leder har en aktiv eller passiv holdning til enkelthendelser og uønskede hendelser mer generelt kan også ha betydning for meldekulturen i en enhet. En leder fra fødeavdeling A forteller hvordan hun prater med den ansatte for å forstå hva som skjedde. Hun oppfordrer ansatte til å melde dersom de selv mente det var en uønsket hendelse. Denne lederen prater ofte, nesten daglig, med sine ansatte om uønskede hendelser – enten mer generelt om hva de skal bruke avvikssystemet til, eller konkret med ansatte som vil melde om en hendelse. Dette illustrerer en aktiv innstilling fra lederen, med både en vid definisjon av hva som skal meldes, og med en systemtilnærming til uønskede hendelser, noe som igjen bidrar til en god meldekultur. Enheten blir trukket fram av andre ansatte som et eksempel hvor meldekulturen er god, og ansatte melder mye.

Den samme lederen fortalte at det var vanskelig å få de ansatte til å bruke avvikssystemet i starten, da det ble innført. Videre forklarte hun hva de gjorde for å endre på dette.

*Hvis du skal få det til, så må det jo forankres i avdelingsledelsen og hos alle. Så vi snakket om det hele tiden. Og til slutt så ble det mye lettere å melde. Jo oftere du melder, dess lettere er det, ikke sant.*

I en annen avdeling hvor det er lavere meldefrekvens, kommer det fram at leder har en mer passiv holdning til hvordan vedkommende selv kan bidra til en god meldekultur:

*I: Hvem tenker du har ansvar for å bidra til at det blir lettere å melde?*

*O: Nei, det vet jeg ikke. [...] Det enkelte fagmiljø skal ha ansvar for det. [...] At doktor kommuniserer det ut til sine grupper, sykepleierne sine. Jeg vet ikke. Men jeg tror det må være på et mer overordnet nivå. Noen skal ha ansvar for det.*

På denne avdelingen var meldekultur og uønskede hendelser sjelden et tema på avdelingsmøter eller i andre fora der de ansatte var samlet på tvers av stillingsgrupper. Noen ansatte ga uttrykk for at de savnet en mer aktiv holdning fra lederen.

## **2.3 Hvordan bruker helseforetakene det som meldes, til å lære?**

### **2.3.1 Ledelsens håndtering av uønskede hendelser**

Hvordan ledelsen behandler uønskede hendelser som faktisk er meldt, vil påvirke mulighetene for læring. Håndtering av uønskede hendelser og grad av læring vil igjen også påvirke meldekulturen og de ansattes oppfatning av hvorvidt det er nyttig å melde eller ikke.

Gjennom intervjuene på de tre utvalgte fødeavdelingene kommer det fram variasjoner i hvilken grad hendelsene blir analysert på en systematisk måte, og hvordan den nærmeste lederen gir tilbakemelding til ansatte. Tilbakemelding blir som regel gitt til den eller de som har vært involvert i en konkret hendelse, og i mindre grad til alle ansatte om generelle læringspunkter eller forbedringsområder.

En ansatt ved en av avdelingene forteller at hun er nysgjerrig på tilbakemelding fra lederen etter at hun hadde meldt om en skade på pasient. Denne ansatte var opptatt av tilbakemeldinger på enkelthendelser hun selv hadde meldt fra om, men hadde ikke reflektert over om det kunne være nyttig for andre ansatte å høre om hva slags tilbakemeldinger som ble gitt. Denne ansatte mente også at det å skrive seg gjennom hendelsen i seg selv ga et viktig læringsaspekt, fordi man neste gang kanskje var ekstra påpasselig i en tilsvarende situasjon. Dette er et eksempel på at å melde en hendelse kan gi god læring til enkeltpersoner, men i mindre grad til andre ansatte.

I en avdeling kom det fram at en enhetsleder gikk inn i vaktsystemet for å sjekke hvem som var på vakt på det aktuelle tidspunktet en hendelse hadde skjedd, for å kunne snakke direkte til den personen det gjaldt. En annen leder ved samme avdeling viser til at der en ansatt ikke har fulgt prosedyre, går tilbakemeldingen kun til denne personen:

*Men så kan det være at man ikke har gjort jobben sin. Det er brudd på prosedyrer. Da må jo vedkommende få beskjed om det. Og får beskjed om det.*

Sitatet illustrerer at lederen mener årsaken til en hendelse er at en ansatt ikke har gjort jobben sin – altså at personen selv har skyld i hendelsen. Da kan det også virke relevant å kun gi tilbakemelding til enkeltpersonen. Når ledere ikke stiller spørsmål om hvorfor prosedyrer ikke blir fulgt, kan de miste en mulighet til å avdekke eventuelle bakenforliggende utfordringer som kan gjelde for flere ansatte. I tillegg til å miste mulighet for bredere læring, vil det å gi tilbakemelding kun til enkeltpersoner bidra til å styrke eller vedlikeholde et syn på at menneskelig svikt er årsakene bak uønskede hendelser, noe som igjen kan påvirke de ansattes tilbøyelighet til å melde.

Selv om tilbakemeldinger ofte blir gitt til enkeltpersoner, forteller ansatte fra alle avdelinger at det har vært avdelingsmøter og felles e-poster hvor det blir gitt informasjon om enten enkelthendelser eller gjentakende hendelser. Imidlertid er det ingen ansatte som har fått systematisk oversikt over antall meldinger og typiske hendelser meldt på sin avdeling den siste måneden eller det siste året. Dette gjelder alle stillingsgrupper.

På fødeavdeling A har avdelingsledelsen månedlige ledermøter og går systematisk gjennom alle meldingene. På denne avdelingen er det flere forbedringstiltak som er satt i gang på grunn av meldinger om uønskede hendelser, men de ansatte har likevel ikke systematisk oversikt over hva som blir meldt i andre enheter i samme avdeling, og av andre stillingsgrupper. Det kommer fram eksempler på tiltak som er innført i en enhet, uten at den andre enheten har fått informasjon om dette.

En leder i avdeling C savner muligheten til å systematisere de uønskede hendelsene som allerede var meldt. Som ny leder hadde vedkommende nettopp fått en melding om en hendelse som skyldtes kommunikasjonssvikt mellom to ansatte. Lederen kunne ikke finne en oversikt over tilsvarende hendelser. På denne avdelingen er det ingen som har utarbeidet systematiske oversikter over meldte avvik. Lederen for hele avdelingen får oversikt over type hendelser ved fortløpende å lese gjennom det som blir meldt.

Dersom ansatte ser at meldingene fører til endring og forbedring, og samtidig får informasjon om at endringen skjer nettopp på grunn av at hendelser har blitt meldt, kan motivasjonen til å melde øke. En enhetsleder i avdeling A påpeker at det viktigste for de ansatte ikke nødvendigvis er å få tilbakemelding på hver enkelthendelse, men at de ser at det skjer noe etter at de har meldt. Den som melder, må oppleve at det har en hensikt å melde, og se at det får konsekvenser i form av en bedre helsetjeneste. Passivt lederskap kan komme til uttrykk ved manglende behandling av saker internt. Ved alvorlige saker som er meldt til Helsetilsynet eller Kunnskapssenteret, oppgir flere ledere på ulike nivåer at de avventer å behandle saken fram til Helsetilsynet eller Kunnskapssenteret har konkludert. En enhetsleder forteller om en alvorlig hendelse som var meldt i avdelingen og sendt videre opp i linja og til Kunnskapssenteret.

*O: Det er utrolig hvor lang tid det tar, vi har enda ikke fått svar på den [meldingen]. Jeg vet ikke hva som har skjedd i den saken [...] jeg har spurt min leder hvor saken ligger. For mine medarbeidere spør jo meg. Hva, nei den er under behandling. For hva skal jeg si til dem når de spør meg? Du må bare si at den er fortsatt under behandling.*

*I: Men er det noe dere kan gjøre selv, utenom Kunnskapssenteret, uavhengig av hva som skjer fra Kunnskapssenterets side?*

*O: Det vet jeg ikke.*

Avdelingen har ikke behandlet saken internt, men venter på vurdering fra Kunnskapssenteret. I tillegg kommer det fram at lederen ikke har noen klar formening om hva de kan gjøre lokalt, uavhengig av hva Kunnskapssenteret gjør.

Helsetilsynet understreker i en rapport at uavhengig av hva en ekstern tilsynsmyndighet eller undersøkelseskommissjon gjør, vil det være vesentlig at virksomheten selv gjennomgår alvorlige hendelser for å identifisere hva som gikk galt og hvorfor.<sup>49</sup>

49) Status og erfaringer 2014 fra undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn, s. 4.

## Andre læringsarenaer enn avvikssystemet

Både ansatte og ledere trekker fram ulike fora hvor de mener de lærer av hendelser som ikke nødvendigvis er blitt meldt i avvikssystemet.

De aller fleste legene som er intervjuet, viser til morgenmøtene som viktige fora for læring der det ofte blir diskutert enkelthendelser. Morgenmøter er imidlertid et «ad hoc»-forum, hvor ting diskuteres fortløpende og muntlig, og det er ikke gitt at uønskede hendelser blir meldt selv om de blir diskutert på morgenmøtet. Det forutsettes en åpenhetskultur for å kunne ta opp hendelser muntlig på slike møter.

En lege ved fødeavdeling A beskriver hvordan det er å legge fram en uønsket hendelse på morgenmøtet blant legene: "Altså, de er veldig ærlige og åpne, og blitt mer harmløse, forumene, å legge fram ting i. [...] Det er ikke feil, egentlig, vi snakker om, det er mer valg du gjør. [...] Jeg gleder meg av og til, for jeg står og lurar om jeg kunne ha gjort det på en annen måte – da gleder jeg meg til å høre hva andre hadde tenkt."

Sitatet viser at holdningen til det å diskutere noe som har skjedd eller potensielt kunne ha skjedd, er mer positiv dersom dialogen preges av å være saksorientert snarere enn personorientert. De fleste legene ved alle avdelingene fortalte på ulike måter at det var stor takhøyde for å diskutere uønskede hendelser. Dette gjaldt imidlertid situasjoner hvor vedkommende lege selv hadde vært involvert. Ingen av legene fortalte om en situasjon hvor en *annen* lege var involvert.

Et annet forum som enkelte steder blir trukket fram som viktig for læring, er perinataalkomiteen.<sup>50</sup> Her tas utvalgte saker opp til diskusjon, og medlemmene i komiteen går mer detaljert gjennom hendelsesforløpet og vurderer om skaden kunne vært unngått. Det er imidlertid ikke gitt at læringspunktene fra perinataalkomiteen blir tatt tilbake til resten av de ansatte. Det var ikke alle fødeavdelingene som trakk fram perinataalkomiteen som en sentral kilde til læring.

Andre rutiner som ikke direkte berører behandling av avviksmeldinger, kan også ha betydning for hvordan hendelser følges opp, og dermed gi grunnlag for læring. Etter en alvorlig hendelse kan det være behov for at blant annet involvert personell gjennomgår hendelsen (debrifing). Pasient eller pårørende skal også ha informasjon om hva som har skjedd, og hvilke vurderinger som er gjort.<sup>51</sup> Kartleggingen av alle helseforetakene viser at det er variasjon innad i helseforetakene og mellom helseforetakene i hvorvidt det er utarbeidet skriftlige rutiner for debrifing og informasjon til pasient.

### 2.3.2 Hvordan bruker helseforetakene uønskede hendelser til systematisk læring?

En årsaksanalyse innebærer at helseforetaket går gjennom en uønsket hendelse for å finne ut hva som skjedde, hvorfor det skjedde, og hva som kan gjøres for at noe lignende ikke skal skje igjen.<sup>52</sup> Årsaksanalysenes omfang og grundighet vil kunne variere.<sup>53</sup> At toppledelsen etterspør årsaksanalyser kan indikere at ledelsen aktivt er på utkikk etter svakheter i organisasjonen og bruker ulike datakilder for å avdekke disse svakhetene.<sup>54</sup>

En tredjedel av fødeavdelinger (13 av 39) dokumenterer at de har rutiner for å gjennomføre årsaksanalyser. Ni fødeavdelinger har sendt de to siste gjennomførte

50) Perinataalkomiteer er et av mange tiltak som er en del av de nasjonale kvalitetskravene til fødselsomsorgen. I komiteene drøftes medisinske problemer. Det er perinataalkomiteer i alle RHF-ene, og enkelte HF har også egne perinataalkomiteer.

51) LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter §§ 3-2 og 3-3.

52) Ifølge NOU 2005:11 *Med åpne kort* finnes det ulike retninger innen årsaksanalyser, men alle har til felles en søken etter svar på disse tre grunnleggende spørsmålene

53) NOU 2005:11 *Med åpne kort* kap. 4.6.5.

54) NOU 2005:11 *Med åpne kort* kap. 4.6.2.

årsaksanalysene. Årsaksanalyser er altså i liten grad tatt i bruk ved fødeavdelingene. Et mindretall av helseforetakene (7) har dokumentert at toppledelsen har etterspurt årsaksanalyser i 2015. I tre av de sju helseforetakene har fødeavdelingene gjennomført årsaksanalyser. Det er dermed ingen klar sammenheng mellom at fødeavdelingene utarbeider årsaksanalyser, og at toppledelsen etterspør årsaksanalyser generelt.

Nesten alle helseforetakene og fødeavdelingene kan dokumentere at de har statistikk over totalt antall meldte hendelser i helseforetaket og i de enkelte avdelingene. Statistikken er i ulik grad kategorisert og bearbeidet. Et par helseforetak, med tilhørende fødeavdelinger, har delt inn uønskede hendelser etter avdeling/klinikk, ti helseforetak har delt inn etter hvor alvorlig hendelsen er, og seks helseforetak har delt inn etter hendelsestype. Et fåtall av helseforetakene har delt inn i flere kategorier. Et par helseforetak har kun sendt en oppramsing av alle uønskede hendelser.

Kun én fødeavdeling<sup>55</sup> har sendt inn oversikt over hvordan avdelingen bruker statistikken til å identifisere gjentakende hendelser. Dette er en av fire fødeavdelinger i ett og samme helseforetak. De andre fødeavdelingene i samme helseforetak har ikke dokumentert tilsvarende. Dette indikerer at helseforetakene i liten grad bruker informasjonen fra avvikssystemet på tvers av avdelinger.

I undersøkelsen er det enkelte helseforetak<sup>56</sup> som ikke har sendt inn statistikk for fødeavdelingene. Dette indikerer at statistikken i enkelte helseforetak blir brukt på overordnet nivå, og ikke av avdelingene selv.

Om lag halvparten<sup>57</sup> av helseforetakene og en tredjedel av fødeavdelingene har sendt inn risikoanalyser om pasientsikkerheten. Det er stor variasjon i omfang, innhold og detaljeringsgrad mellom de ulike risikoanalysene. For eksempel har Helse Stavanger HF gjort en risikoanalyse med utgangspunkt i styringsmålet om at tallet på skader som kan unngås i helsetjenesten, skal halveres innen 2017. De andre helseforetakene i Helse Vest RHF har også gjort tilsvarende risikoanalyser, men ikke med samme detaljeringsgrad. I flertallet av risikoanalysene på helseforetaksnivå og for fødeavdelingene er pasientsikkerhet nevnt som en av flere risikoer, men det mangler beskrivelse av mulige årsaker, sannsynligheten for at risikoen inntreffer og eventuelle konsekvenser.

En gjennomgang av de innsendte risikoanalysene viser at uønskede hendelser i liten grad brukes når helseforetakene og fødeavdelingene skal kartlegge områder hvor det er risiko for pasientsikkerheten. Det framgår heller ikke av noen av de innsendte risikoanalysene at informasjonen fra statistikken over uønskede hendelser er brukt som grunnlag i risikoanalyser. Det kan dermed synes som at arbeidet med uønskede hendelser ikke blir sett i sammenheng med risikovurderinger på pasientsikkerhetsområdet. Gjennomgangen av risikoanalyser for fødeavdelingene viser også variasjoner innen det enkelte helseforetak, noe som igjen kan tyde på manglende kommunikasjon innad i helseforetaket, samt lite systematisk risikoarbeid.

I et helseforetak med fire fødeavdelinger har for eksempel én fødeavdeling gjennomført en risikoanalyse for sin avdeling. Denne fødeavdelingen<sup>58</sup> har utarbeidet grundige risikoanalyser for bemanning og er eneste fødeavdeling som har brukt tidligere uønskede hendelser aktivt i sin risikovurdering. De tre<sup>59</sup> andre fødeavdelingene i samme helseforetak har ikke utarbeidet noen risikoanalyser.

55) Elverum.

56) Alle i Helse Nord, unntatt Nordlandssykehuset.

57) Følgende HF har ikke dokumentert at de har utarbeidet ROS-analyser: Finnmarkssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, St. Olav, Nord-Trøndelag HF, Helse Vestfold HF, Østfoldsykehuset HF, Sørlandssykehuset HF, Vestre Viken HF.

58) Fødeavdelingen ved Bærum sykehus.

59) Drammen, Kongsberg og Ringerike.

I en internrevisjonsrapport<sup>60</sup> fra Helse Midt-Norge vises det også til manglende oversikt og analyser av uønskede hendelser. Internrevisjonen stiller spørsmål om helseforetaket/klinikkene i tilstrekkelig grad utnytter statistikk og annen tilgjengelig informasjon om uønskede hendelser til bruk i lærings- og forbedringsarbeidet i og på tvers av klinikkene.

To av helseforetakene har sendt inn dokumentasjon på at de har evaluert tiltak som er satt i gang som følge av en eller flere uønskede hendelser. En del foretak har sendt inn eksempler på igangsatte tiltak uten at det er dokumentert at de har evaluert om tiltakene har hatt ønsket effekt. Dette betyr at helseforetakene i liten grad kan dokumentere at de har en systematisk tilnærming til å følge opp uønskede hendelser ved å undersøke hvorvidt tiltakene de setter i gang, faktisk reduserer risikoen på området.

Det er kun ett helseforetak som har dokumentert at det har alle ovennevnte rutiner og tiltak for å systematisere og analysere uønskede hendelser. Her har også tilhørende fødeavdelinger dokumentert at de har de samme skriftlige rutinene som helseforetaket. De øvrige helseforetakene og fødeavdelingene mangler dokumentasjon for én eller flere av de etterspurte rutinene og analysene. Hos noen helseforetak er det rutiner på øverste nivå, men ikke tilsvarende nede i fødeavdelingene, og i noen helseforetak har ikke alle fødeavdelingene de samme rutinene.

#### **2.4 Hvordan er styret i helseforetakene involvert i arbeidet med å forebygge og lære av uønskede hendelser?**

I styreveilederen fra 2015 har styrene fått et klarere mandat enn de har hatt tidligere om å følge opp kvaliteten i tjenestene, inkludert pasientsikkerhet.<sup>61</sup> I veilederen legges det vekt på blant annet *systematisk styring for å sikre*

- *faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester*
- *kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Analysen viser at styrene har blitt orientert om og styrebehandlet temaer som gjelder kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet generelt. Styrene blir ikke i samme grad orientert om og behandler saker som gjelder helseforetakenes arbeid med uønskede hendelser.

Styrene blir orientert om pasientsikkerhetsarbeidet, spesielt saker knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet. Alle årlige meldinger fra helseforetakene har et eget kapittel om kvalitet og pasientsikkerhet. Imidlertid blir ikke uønskede hendelser omtalt her, utover rapportering knyttet til målet i oppdragsbrevet fra de regionale helseforetakene (RHF-ene) om at helseforetakene skal formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.

Uønskede hendelser som rapporteres via avvikssystemet, er i liten grad et tema for styrene. Informasjonen om uønskede hendelser blir i hovedsak gitt i rapporteringen «Ledelsens gjennomgang», som blir lagt fram for styret tre ganger i året. Rapportene etter disse gjennomgangene behandles på helseforetakenes styremøter som egen sak. De helseforetakene som har en mer omfattende rapportering om uønskede hendelser i sin ledelsesrapportering, er også de som påpeker utfordringer og forslag til rutineendringer.

60) Oppsummeringsrapport internrevisjonen Helse Midt-Norge 2014 *Forebygging av uønskede hendelser* s. 8.

61) HOD: Veileder – styrearbeid i regionale helseforetak, s. 10.

Det varierer hva helseforetakene legger fram for styret av opplysninger, analyser og statistikk om utviklingen av uønskede hendelser.

I hovedsak legges statistikk over uønskede hendelser fram sammen med annen statistikk over styringsparametere fra oppdragsdokumentene. Fem helseforetak<sup>62</sup> gir ikke informasjon til styret om utviklingen av uønskede hendelser, verken gjennom analyser eller statistikk. Tre av disse helseforetakene opplyser i styredokumenter at statistikk offentliggjøres på deres hjemmesider. Nesten halvparten (åtte) av helseforetakene legger fram overordnet statistikk i ledelsens rapportering til styret eller i årlig melding. Statistikken viser utvikling i antall meldinger av uønskede hendelser, både pasientrelaterte hendelser og andre type uønskede hendelser.

Seks andre helseforetak gir mer omfattende informasjon om utviklingen i uønskede pasientrelaterte hendelser fordelt på måned og år, avdeling, hendelsestype, årsak osv. De samme helseforetakene rapporterer også mer igjennom året og vektlegger temaet i større grad i styrearbeidet. Blant annet har tre<sup>63</sup> av disse helseforetakene hatt gjennomgang av uønskede hendelser som egen sak på styremøter utenom den ordinære rapporteringen.

Ett eksempel på helseforetak som gir mye informasjon til styret, er OUS HF som legger fram relativt omfattende statistikk i ledelsens gjennomgang. Også mindre helseforetak, som Helse Fonna HF og Nordlandssykehuset HF, legger fram mye informasjon om uønskede hendelser til styret. Dette er mer inngående presentasjoner av for eksempel type avvik fordelt på avdeling/klinikk, årsaker til uønskede hendelser og utvikling i uønskede hendelser over flere år. I tillegg legges det ved nærmere analyser av statistikken.

OUS HF og Nordlandssykehuset HF<sup>64</sup> har videre dokumentert at de har alle retningslinjer og risikoanalyser revisjonen har etterspurt. Det er imidlertid ingen klar sammenheng mellom hvorvidt styrene får omfattende informasjon om uønskede hendelser, og hva helseforetakene har på plass av rutiner og risikoanalyser. Noen av de helseforetakene som i minst grad rapporterer til styrene om uønskede pasientrelaterte hendelser, har likevel på plass retningslinjer og risikoanalyser.

Når det gjelder nestenulykker, er det to styrer som får presentert dette som eget tema. Både Helse Fonna HF<sup>65</sup> og OUS HF rapporterer om omfanget av meldte nestenulykker til styret. OUS HF opplyser også at omtrent halvparten av sakene ikke har medført en faktisk konsekvens for pasientene (nestenulykke)<sup>66</sup>.

Styrene blir i liten grad orientert om alvorlige enkelthendelser i helseforetakene. I fem<sup>67</sup> av helseforetakene er alvorlige enkelthendelser tatt opp i styremøter én eller flere ganger i løpet av året. I fire<sup>68</sup> av disse helseforetakene er informasjonen om alvorlige hendelser gitt som muntlige eller skriftlige orienteringer fra administrerende direktør til styret, hvorav ett av disse fire<sup>69</sup> orienterer rutinemessig om alvorlige enkelthendelser som orienteringssaker til styret, enten skriftlig eller muntlig. I det femte<sup>70</sup> helseforetaket er alvorlige enkeltsaker tatt opp som egen sak i styremøtene. Styret ba særskilt om å bli orientert om en alvorlig uønsket hendelse som var omtalt i media på neste

62) Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF.

63) Sykehuset Innlandet HF, Helse Bergen HF og Nordlandssykehuset HF.

64) Nordlandssykehuset HF har ikke sendt inn risikoanalyser.

65) Virksomhetsrapport for oktober 2015

66) Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014.

67) Ahus, Finnmarksykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, UNN HF og Sykehuset i Vestfold HF.

68) Ahus, Nordlandssykehuset HF, UNN HF og Finnmarkssykehuset HF.

69) Nordlandssykehuset HF.

70) Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF.



styremøte<sup>71</sup>. En av orienteringssakene til styret i et annet helseforetak<sup>72</sup> har også sin bakgrunn i medieomtale.

Styrene i helseforetakene får i liten grad informasjon om årsaksanalyser. Det er åtte helseforetak<sup>73</sup> som omtaler årsaksanalyser/hendelsesanalyser knyttet til uønskede hendelser i vedlegg til styresaker. For fire<sup>74</sup> av disse helseforetakene er omtalen av årsaksanalyser koblet til manglende gjennomføring av årsaksanalyser, opplæring eller ambisjon om å begynne med årsaksanalyser. Analysen viser at flertallet av de åtte helseforetakene som gjennomfører eller har ambisjoner om å gjennomføre årsaksanalyser, også er blant de helseforetakene som har rutiner og retningslinjer på plass. For eksempel framkommer det i St. Olav hospitals årsberetning for 2015 at helseforetaket har gjennomført prosjekt for innføring av hendelsesanalyser<sup>75</sup> for å lære av de uønskede hendelsene, slik at de kan sikre at lignende hendelser ikke skjer igjen. Det er gjennomført tre hendelsesanalyser i 2015. De sakene hvor årsaksanalyser er nevnt, er ikke enkeltsaker, men inngår i orienteringssaker til styret.

Ett annet eksempel er OUS HF<sup>76</sup>, som uttaler i sin ledelsesrapportering at sykehuset må arbeide mer med årsaksanalyser og styrke sin internkontroll gjennom hele lederlinjen. Videre framgår det i ledelsesrapporteringen at systematisk gjennomgang av dødsfallene i 2015 vil være ett av flere virkemidler for mer systematisk vurdering av årsaker i de alvorligste tilfellene, og at gode årsaksanalyser vil bidra til mer korrekte tiltak, mer effekt og bedre resultater.

Det er flere helseforetak som i sin rapportering til styret påpeker at de har utfordringer knyttet til sin meldekultur. Ett helseforetak jobbet med å bedre rapporteringen til styret for å gi bedre og mer relevant informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet til styret. Et annet foretak har i styredokumenter uttalt at de har rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge uønskede hendelser, men funn etter tilsyn viser at når det gjelder opplæring, iverksetting og etterlevelse, må helseforetaket bli bedre.

### **Styrebehandling**

Det er i alt 25 styresaker hvor uønskede hendelser er en del av saken, enten presentert som statistikk (22) eller enkeltsak (3). Av de 14 helseforetakene som legger fram statistikk over uønskede hendelser til styrene, er det 17 av 22 saker hvor sakene er tatt til orientering eller til etterretning. Det er enkelte tilfeller blant de styresakene som omhandler statistikk over uønskede hendelser eller enkeltsaker, hvor styret gjør aktive vedtak ved at styret ber helseforetakets ledelse prioritere eller legge vekt på arbeidet med uønskede hendelser.

Blant de fem helseforetakene der styrene gjør mer aktive vedtak, er det likevel ofte standardformuleringer. Et eksempel er at styret uttaler: *Styret viser til saksutredningen og ber om at kunnskapen fra skademeldingene brukes som grunnlag for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.* Den samme formuleringen er brukt i vedtaket for tilsvarende rapport for 2014. Det er også eksempler på at styret forutsetter at kunnskapen fra meldte hendelser brukes kontinuerlig som grunnlag for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det forekommer videre at styret ber administrasjonen utrede alternativer for å lukke avviket, eller at styret presiserer viktigheten av åpenhet om uønskede hendelser.

71) Sykehuset i Vestfold HF.

72) Ahus.

73) Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF, St. Olavs hospital HF, Vestre Viken HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Stavanger HF.

74) Helse Fonna HF, Helse Innlandet HF, Helse Stavanger HF og Helse Vestfold HF.

75) Enkelte helseforetak benytter begrepet hendelsesanalyse i stedet for årsaksanalyse.

76) OUS HF: Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2014.

Styrene forholder seg i hovedsak til den informasjonen de får, uten å etterspørre mer statistikk eller dybdeinformasjon, og de kommenterer i liten grad statistikken. Imidlertid er det noen eksempler på at dette gjøres. Styret i Sykehuset Innlandet HF ber administrerende direktør om at oppfølgingen av uønskede hendelser styrkes etter at de har behandlet statistikk over uønskede hendelser i rapporteringen fra ledelsen. Styret ved St. Olav hospital HF har behandlet kvalitetssystemet med tilhørende statistikk og presiserer viktigheten av åpenhet om uønskede hendelser. Styret ber om at rutinen for formidling av uønskede hendelser på nett endres fra beskrivelse av enkelthendelser til rapportering av trender og årsaksforhold. Styret i Nordlandssykehuset HF har behandlet pasienthendelser i 2015 og ber om at kunnskapen fra skademeldingene brukes som grunnlag for de tiltak som iverksettes innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I ett tilfelle framkommer det av styreprotokollen for Helse Vestfold HF at styret ber om ytterligere informasjon om en alvorlig pasienthendelse som var omtalt i media. Ved innføring av et nytt hendelseshåndteringssystem i Sykehuset Innlandet HF ber styret om at det legges fram en plan for helhetlig opplæring i systemet og hvordan det skal utnyttes til bedre oppfølging og læring. En helseforetaksleder som er intervjuet, uttaler at det er lite spørsmål og merknader fra styret når slike statistikker legges fram. Dette stemmer med observasjoner gjort under analysen.

Både internrevisjonen i Helse-Midt Norge RHF og Helse Vest RHF har gjennomført revisjoner i helseforetakene i regionene hvor uønskede hendelser har vært tema, og hvor det er avdekket flere svakheter. Disse revisjonsrapportene er lagt fram for styrene enten som egen sak eller orienteringssak.

Rapporten fra internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF ble slutført i mars 2014. Styrene i helseforetakene i Helse Midt-Norge har behandlet rapporten på ulike måter. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF behandlet saken som egen sak på styremøte først den 24. august 2015. Styret tar rapporten til orientering og forutsetter at de anbefalinger som framkommer i rapporten, blir fulgt opp i tråd med de anførte tidsfrister i styresaken. Styret ved St. Olavs hospital HF har ikke behandlet revisjonsrapporten som egen sak, men handlingsplanen i etterkant av revisjonsrapporten er tatt opp som orienteringssak til styret. Styret i Helse Møre og Romsdal HF har ikke styrebehandlet denne rapporten. Dette er et helseforetak som melder relativt få uønskede hendelser. Internrevisjonen har imidlertid mottatt handlingsplaner fra de tre reviderte helseforetakene i etterkant.

Rapporten fra internrevisjonen i Helse Vest RHF ble slutført i februar 2016. De fire helseforetakene i region vest har behandlet revisjonsrapporten med tilhørende handlingsplan som egen sak på styremøter våren 2016. De fire styrene tar saken til etterretning eller til orientering. Helse Fonna HF er av de helseforetakene som rapporterer mest statistikk og opplysninger om uønskede hendelser til styret. Styret i Helse Fonna HF gjør også her et mer aktivt vedtak enn de andre styrene ved å be administrerende direktør om å følge anbefalingene i revisjonsrapporten og i tillegg at administrerende direktør skal rapportere på status for handlingsplanen til styret.

---

### 3 Vurderinger

#### 3.1 Den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp

Helse- og omsorgskomiteen peker på at helse- og omsorgstjenestene har behov for å videreutvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Komiteen peker videre på at tydelig ledelse og gode systemer og prosedyrer er avgjørende for å unngå skader og svikt.

Selv om alle helseforetakene har på plass elektroniske avvikssystem, overordnede retningslinjer for å melde og kvalitetsutvalg, viser statistikken at antall hendelser som meldes i de ulike helseforetakene, varierer. I tillegg viser undersøkelsen at det er variasjon i meldekulturen mellom enheter og mellom stillingsgrupper innad i samme avdeling. Dette indikerer at flere enheter og avdelinger har et potensialet for å få en bedre meldekultur.

Undersøkelsen viser at kulturen og ledelsen innad i hver enkelt enhet og avdeling har betydning for hva som meldes, og hvor ofte noe meldes. Det er særlig tre ulike faktorer som påvirker hvorvidt uønskede hendelser blir meldt, og hvordan disse blir fulgt opp. For det første må de ansatte ha tilgang til avvikssystemet, kjenne til hvordan de bruker det og de må ha tid til å melde. Undersøkelsen viser at flere informanter mener at det elektroniske avvikssystemet har en høy brukerterskel, og de opplever den elektroniske løsningen som et hinder for å melde. I tillegg framkom det i intervjuene at ansatte opplever tidspress som et hinder for å melde om uønskede hendelser.

For det andre vil ulike holdninger til hvilke hendelser som skal meldes, påvirke hva som faktisk blir meldt, og omfanget av meldinger. Det er ulike holdninger i de tre utvalgte fødeavdelingene til hva som regnes som en uønsket hendelse. Undersøkelsen viser at det er større variasjon i hva som blir meldt der det ikke er forhåndsdefinert hva som skal være meldepliktige hendelser. En snever definisjon av hva som anses som en uønsket hendelse, kan legge begrensninger på de ansatte slik at færre uønskede hendelser blir meldt. I tilfeller hvor nestenulykker ikke blir meldt, mister ledelsen muligheten til å få oversikt over risikoområder og dermed også grunnlaget for å drive systematisk forbedringsarbeid.

Det er variasjon i hvilke yrkesgrupper som melder og hva de ulike yrkesgruppene melder. Ett sted var nesten alle de 20 siste hendelsen meldt av leger mens i en annen avdeling var det kun sykepleiere og jordmødre som meldte. Legene meldte hovedsakelig alvorlige hendelser som hadde ført til eller kunne ført til pasientskade, mens jordmødrene meldte mye nestenulykker.

For det tredje viser undersøkelsen at hvorvidt ledere og ansatte forklarer årsaken til hendelsen med menneskelig svikt eller systemsvikt, påvirker hva som blir meldt av uønskede hendelser. Uønskede hendelser blir ofte forklart med at enkeltpersoner har gjort en feil eller en glipp. Dette kan føre til en kultur hvor ansatte ser på avvikssystemet som et angiversystem, og det kan bli en høy terskel for å melde om uønskede hendelser. Der lederen forklarer årsaken til en hendelse med menneskelig svikt, vil det i større grad være relevant å gi tilbakemelding til enkeltpersonen. I andre avdelinger søker ledere i større grad etter bakenforliggende årsaker og er opptatt av å finne potensielle systemforklaringer. Lederen vil i slike tilfeller oftere kunne finne generelle læringspunkter som det er relevant å gi tilbakemelding om til flere ansatte.

Helse- og omsorgskomiteen understreker at det er et ledelsesansvar å skape en kultur i helse- og omsorgstjenestene for å melde fra om og lære av egne og hverandres feil. En åpenhetskultur skapes ved at ledelsen – fra departementet og nedover i styringskjeden – er tydelige på at dette er ønsket. Undersøkelsen viser at en leder som har en aktiv holdning i form av å oppfordre til å melde, sørger for at uønskede hendelser er et tema. Hvis man har en analytisk tilnærming til hva som er årsaken til en uønsket hendelse, vil man kunne påvirke at hendelser blir meldt. Dermed vil helseforetaket også kunne lære av hendelsene og forebygge nye uønskede hendelser. Toppledelsen er representert i kvalitetsutvalget i de aller fleste helseforetak. Etter revisjonens vurdering er dette viktig for å forankre arbeidet med uønskede hendelser

i styringslinjen. Utviklingen av meldekultur skjer imidlertid lokalt, innad i hver enkelt avdeling og enhet hvor pasientbehandling foregår. Etter revisjonens vurdering vil derfor måten nærmeste leder prater om hendelser på, og hvordan de blir håndtert, i stor grad påvirke både antall meldinger og hvilke hendelser som meldes. Det er toppledelsen i helseforetakene sitt ansvar å legge til rette for at nærmeste leder kan inneha en slik rolle.

### **3.2 Helseforetakene utnytter i liten grad informasjonen fra avviksmeldingene for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter**

#### **3.2.1 Helseforetakene bruker i liten grad informasjonen fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet**

Undersøkelsen viser at hvorvidt helseforetakene lærer av uønskede hendelser avhenger av hvem som får tilbakemelding og hvordan dette skjer. De elektroniske avvikssystemene er satt opp slik at det kun er den som har meldt en hendelse, som får tilbakemelding når saken er lukket. I mange tilfeller er dette den eneste tilbakemeldingen som gis. Dersom det i tillegg er en muntlig tilbakemelding gis denne som regel til den eller de som har vært involvert i en konkret hendelse. Det er i mindre grad tilbakemeldinger til alle ansatte om generelle læringspunkter eller forbedringsområder. Undersøkelsen viser samtidig at helsepersonell har andre fora hvor de diskuterer og lærer av uønskede hendelser, også de hendelsene som ikke er meldt i avvikssystemet.

Hendelser blir i liten grad analysert på en systematisk måte. At toppledelsen etterspør årsaksanalyser kan indikere at ledelsen aktivt er på utkikk etter svakheter i organisasjonen og bruker ulike datakilder for å avdekke disse svakhetene. Undersøkelsen viser at i et mindretall av helseforetakene har toppledelsen i 2015 etterspurt årsaksanalyser. I tillegg er årsaksanalyser i liten grad tatt i bruk i fødeavdelingene. Videre viser undersøkelsen at nærmeste leder ikke alltid kartlegger hendelsesforløpet og finner den egentlige årsaken til hendelsen.

Nesten alle helseforetakene og fødeavdelingene kan dokumentere at de har statistikk over totalt antall meldte hendelser i helseforetaket og i de enkelte avdelingene. Statistikken er i ulik grad kategorisert etter henholdsvis avdeling, alvorlighetsgrad og type hendelser. Dette betyr at helseforetakene i liten grad kan bruke statistikken til analyseformål som for eksempel å identifisere gjentakende hendelser og risikoområder, og som et grunnlag til å iverksette tiltak.

Om lag halvparten av helseforetakene og en tredjedel av fødeavdelingene har dokumentert at de har risikoanalyser om pasientsikkerhet. Dette er i all hovedsak risikoanalyser som gjelder pasientsikkerhet generelt, og som ikke er basert på uønskede hendelser i avvikssystemet. Dette betyr at helseforetakene i liten grad bruker meldinger i avvikssystemet som innspill til risikoanalysene.

Det er videre svært få helseforetak som kan dokumentere at de har evaluert tiltak som er satt i gang som følge av en eller flere uønskede hendelser. Det kan likevel være gjennomført evaluering av tiltak etter uønskede hendelser.

Det er helseforetakene som har ansvaret for systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Det er opp til helseforetakene å beslutte hvordan meldingene håndteres internt. Som ledd i internkontrollen skal helseforetakene sørge for kontinuerlig forbedringsarbeid i helsetjenesten, gjennomgå og analysere hendelser som har eller kunne ha medført betydelige pasientskader, og iverksette korrigerende tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Det er et sentralt element i virksomhetenes systematiske arbeid med

pasientsikkerhet å utrede uønskede hendelser som har medført eller som kunne ha medført en pasientskade, herunder klarlegge hendelsesforløpet og gjennomføre nødvendige tiltak. Etter revisjonens vurdering utnytter ikke helseforetakene godt nok informasjonen fra avvikssystemet i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette gjelder analyser av enkelthendelser, analyser av statistikk og bruk av data som grunnlag for risikoanalyser. Videre må helseforetakene legge til rette for at tilbakemeldinger om uønskede hendelser som er relevant for flere, formidles til alle nivåer i helseforetaket.

### **3.2.2 Styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser**

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2015 gitt føringer til styrene via oppdragsbrev og veilederen for styrearbeid i regionale helseforetak om at styrene må prioritere faglige spørsmål, kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennomgangen av styrereferater med vedlegg, ledelsens rapportering til styret, årsberetninger og årlig melding viser at styrene får informasjon om pasientsikkerhet generelt, herunder pasientsikkerhetsprogrammet. Imidlertid er styrene i varierende grad informert om uønskede pasientrelaterte hendelser.

Det er stor variasjon i hva som legges fram for styrene av statistikk over uønskede hendelser, både i omfang og i detaljeringsgrad. Saker hvor uønskede hendelser er tema, blir i hovedsak tatt til orientering eller etterretning. De helseforetakene som synes å ha kommet lengst med å legge fram analyser og bearbeide statistikk for styret, har også kommet lengst med å få på plass rutiner, retningslinjer og risikoanalyser. Styrene i disse helseforetakene etterspør i større grad ytterligere informasjon og ber helseforetakene om å følge opp funnene fra de analysene de blir presentert for.

Styret skal fastsette planer for foretakets virksomhet, holde seg orientert og føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Styret skal påse at selskapet har god internkontroll, tilstrekkelige systemer og ressurser for å sikre at lovbestemmelser etterleves, og at helseforetakene har hensiktsmessige systemer for risikostyring. For å oppnå effektiv internkontroll og risikostyring er det viktig at svakheter i kontrollmiljøet identifiseres og at det iverksettes relevante tiltak. Revisjonen mener flertallet av styrene i helseforetakene i større grad bør etterspørre og systematisk ta i bruk informasjon om uønskede hendelser i sitt arbeid med pasientsikkerhet som ledd i sin tilsynsrolle.

Videre bør de vurdere å jevnlig foreta en systematisk vurdering av kontrollmiljøet. Undersøkelsen viser at det er en nødvendig men ikke tilstrekkelig forutsetning å ha systemer og skriftlige rutiner for å sikre at uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. Styret har også en sentral rolle i å sikre at meldekultur blir satt på dagsorden, slik at helseforetakene i større grad kan forebygge at uønskede hendelser gjentar seg. Det er samtidig viktig at styrene sørger for at helseforetakene lærer av hverandre, slik at det utvikles en god praksis for meldekulturen i sektoren.