

Sluttrapport for tiltak 8A- felles retningslinjer for avviksmelding og oppfølging

Innhold

1. Bakgrunn	3
2. Sammendrag	3
2.1 Tid	3
2.2 Kostnad	3
2.3 Kvalitet	4
3. Beskrivelse av arbeidet	4
3.1 Organisering	4
3.2 Tidsplan	4
3.3 Møter	5
3.4 Innspillsrunde	5
3.5 Læringspunkter	5
3.6 Avhengigheter til andre tiltak	6
3.7 Retningslinjen med definisjoner og kategorisering	6
3.8 Involvering av konserntillitsvalgte	7
3.9 Innkjøpsfaglige forhold ved utvikling av systemløsninger basert på retningslinjen	7
4. Pasientreisens retningslinje og NOKUP-kodeverket	7
5. Statistikk og rapportering	8
6. Implementering og anbefaling for videre arbeid med tiltak 8	9
6.1 Helse Nord	9
6.2 Helse Midt-Norge	9
6.3 Helse Vest	9
6.4 Helse Sør-Øst	10
6.5 Oppsummering	11
6.6 Anbefaling	12
7. Gevinstrealisering	12
8. Risikovurdering	13
9. Læring og videreutvikling av retningslinjen	14
10. Kilder som er benyttet i arbeidet med tiltaket	14

Vedlegg

1: Felles retningslinje for avviksmelding og oppfølging

2: Oppsummering av innspill til neste fase i tiltak 8

1. Bakgrunn

I utredningen av effektivitets- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon, ble avviksmelding og oppfølging identifisert som et viktig tiltak. Denne rapporten omfatter fase a – felles retningslinjer – i dette tiltaket.

Ved å innføre felles nasjonal retningslinje med felles kategorisering blir det enklere å måle og følge opp kvaliteten på tjenesten. Standardisering av avviksoppfølging skal bidra til likebehandling, bedre statistikk og rapportering og bedre mulighet til læring og erfaringsutveksling på tvers av helseforetakene.

I henhold til oppdragsbeskrivelsen, har arbeidsgruppen levert

- Felles retningslinje
- Felles kategorier
- Plan for læring og videreutvikling
- Plan for implementering og gevinstrealisering, med risikovurdering

Anbefaling og forslag til implementering er behandlet i Utvidet samarbeidsforum, og må deretter godkjennes av styret i Pasientreiser HF før retningslinjen kan innføres nasjonalt.

2. Sammendrag

Arbeidsgruppen har levert på kvalitet og under budsjett, men det har vært nødvendig å forlenge tidsplanen med halvannen måned på grunn av usikkerhet rundt utfordringer med å implementere retningslinjen uten tilstrekkelig system-støtte hos flere av regionene.

2.1 Tid

Arbeidet har gått ut over opprinnelig tidsplan, men med forsinkelsen er arbeidet likevel fullført på et halvt år, i tråd med det første tidsestimater. Utvidet samarbeidsforum forlenget tidsrammen to uker før arbeidet skulle leveres, og presiserte at det var viktig å bruke ekstra tid for å involvere pasientreisekontorene og sikre gode risikoreduserende tiltak. Nedenfor vises en oversikt over milepælene i arbeidet.

Tidsplan	2021					2022
	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	Jan
Milepæler	Felles retningslinjer for avviksmelding og oppfølging					
1. Etablere arbeidsgruppe og detaljere plan	█					
2. Gjennomgå og presentere de regionale retningslinjene i Helse Nord for avviksmelding og oppfølging		█				
3. Bearbeide innspillene fra arbeidsgruppen og fremme forslag til nye retningslinjer			█	█		
4. Plan for implementering av de nye nasjonale retningslinjene					█	

2.2 Kostnad

Tiltaket hadde et budsjett på kr. 500.000, som skulle dekke eventuelle møtekostnader og frikjøp av ressurser. Med unntak av en heldagssamling for arbeidsgruppen i starten av arbeidet ble det utelukkende holdt digitale møter, noe som har holdt møtekostnadene på et minimum. Endelig regnskap er ikke klart, men det er estimert en total kostnad på kr. 365 000. I og med at tidsplanen for arbeidet ble noe forlenget, har det krevd ressurser over noe lengre tid enn opprinnelig planlagt.

2.3 Kvalitet

Arbeidsgruppen mener at sluttproduktet er levert med den kvaliteten som var bestilt og beskrevet i oppdragsbeskrivelsen. Tiltaket har laget det vi mener er de beste retningslinjene, uten begrensninger i forhold til eksisterende systemer. Arbeidsgruppen er omforent om retningslinjen, men plan for implementering og gevinstrealisering er utfordrende på grunn av ulike forutsetninger knyttet til systemer i foretakene, med ulike muligheter for tilpasning. Dette gjelder både mellom regionene, og innad i den enkelte region. Når det gjelder implementering og gevinstrealisering er det derfor ikke hensiktsmessig å utforme en konkret plan på nåværende stadium.

3. Beskrivelse av arbeidet

3.1 Organisering

Arbeidet har vært organisert med en arbeidsgruppe og en kompetansegruppe.

Arbeidsgruppen bestod av:

Bernt Nerberg	Oppdragsleder/regional representant, Helse Nord RHF
Karl Erik Aas	Representant Pasientreiser HF
Else-Marie Kroken Hagen	Representant Pasientreiser HF
Sondre Berg	Representant Pasientreiser HF
May Britt Bjørgum	Regional representant Helse Sør-Øst
Hanne Brenden	Regional representant Helse Sør-Øst
Svein Arild Skjæveland	Regional representant Helse Vest
Tor Egil Skrødal	Regional representant Helse Midt-Norge
Svein Helgesen	Brukerrepresentant, Pensjonistforbundet

Oppdragseier Roy Smelien fra Pasientreiser HF var invitert til alle møter i arbeidsgruppen og deltok i enkelte møter ved behov.

Kompetansegruppen bestod av:

Pål Eidsheim	Helse Vest
Ellinor Ellingsve	Helse Nord
Per Espen Soleim	Helse Midt-Norge
Anita Johansen	Helse Sør-Øst
Bjørn Arild Lundquist	Helse Sør-Øst

I tillegg har Pasientreiser HF sitt brukerutvalg deltatt som en egen kompetansegruppe.

3.2 Tidsplan

I henhold til den opprinnelige tidsplanen, skulle arbeidet være ferdig 31. januar 2022.

I starten av januar ble det avdekket en uklarhet i forhold til forståelsen av oppdraget. Utvidet samarbeidsforum ble bedt om en avklaring av oppdragsbeskrivelsen. 17.januar 2022 ble det gitt en presisering fra Utvidet samarbeidsforum og tidsfristen ble samtidig forlenget slik at sluttrapporten kunne behandles i Utvidet samarbeidsforum i møtet i mars 2022.

Omfanget av innspillene i andre runde hos regionene gjorde også at det var nødvendig å bruke mer tid på gjennomgang selv om det var tatt høyde for at det i andre runde kunne komme flere innspill enn i første runde (når innholdet i arbeidet og retningslinjen fortsatt var mindre kjent for helseforetakene).

Ferdige dokumenter ble lagt frem for Utvidet samarbeidsforum 17. mars 2022.

3.3 Møter

Arbeidsgruppen gjennomførte ett fysisk heldagsmøte i begynnelsen av arbeidet, men har deretter gjennomført alle møter digitalt, blant annet med bakgrunn i den pågående pandemien. Det har vært ukentlige to timers-møter, samt ekstra møter ved behov. Kompetansegruppen har hatt møter ved behov, i siste halvdel av perioden, totalt fem møter. Det har vært avholdt tre møter med brukerutvalget som kompetansegruppe, samt at den ferdige retningslinjen ble presentert i brukerutvalgets møte 24.mars 2022. I tillegg har det vært gjennomført møter med pasientreiseledernetverkene i regionene, øvrige ressurser i Helse Nord RHF, NOKUP-forum og Helsedirektoratet.

3.4 Innspillsrunde

Grunnlaget (retningslinjen fra Helse Nord fra 2018) ble 1.oktober 2021 sendt ut til helseforetakene, Pasientreiser HF og brukerrepresentant, via arbeidsgruppen, med forespørsel om å gi innspill til arbeidet med retningslinjen. Det ble også presentert for kompetansegruppe brukerutvalg.

Arbeidsgruppen mottok tilbakemeldinger fra alle regionene og øvrige. Det kom totalt 47 innspill. Alle innspill ble koordinert per region og kategorisert av de regionale representantene, før de ble sendt videre og vurdert i arbeidsgruppen.

Etter gjennomgangen av innspillene og arbeid med definisjoner og kategorier ble utkast til felles retningslinje sendt ut på ny runde for innspill til de samme aktørene 24.desember 2021. Også denne gangen ble innspillene kategorisert og koordinert per region. I andre runde kom det inn 196 innspill. Med fire ganger så mange innspill som i første runde krevde det ekstra møteaktivitet for å levere i henhold til den utvidede tidsfristen.

Innspill som ikke var relevante for dette tiltaket, sendes videre til neste fase eller andre nettverk og tiltak. Svært mange av innspillene som er mottatt er relatert til system, mer enn retningslinje og kategorisering, og disse er derfor samlet i et eget dokument (vedlegg 2). Dette oversendes Utvidet samarbeidsforum med tanke på videre arbeid i tiltak 8.

Oppdragsbeskrivelsen la føringer for involvering av behandlere og transportører. Helse Nord ba om innspill fra både transportører og behandlere i utviklingen av retningslinjen fra 2018 som tiltaket har tatt utgangspunkt i, men mottok svært få tilbakemeldinger. Involvering av eksterne aktører ble diskutert i arbeidsgruppen både i en tidlig fase av arbeidet og i forbindelse med arbeidet med utkastet til retningslinje. Arbeidsgruppen mener det er lite gevinst ved å involvere behandlere og transportører i denne fasen, men at dette bør gjøres i neste fase av tiltaket.

3.5 Læringspunkter

Arbeidsgruppen har vært godt sammensatt, og det har vært nyttig å bruke kompetansegruppene. Regionene og øvrige som ga innspill på retningslinjen viste stort engasjement, og ga svært mange tilbakemeldinger, spesielt i andre runde.

Arbeidsgruppen har vært tydelig på utfordringer i sluttleveransen, og at implementering blir utfordrende i flere regioner før videre leveranser i tiltak 8 er avklart. Det blir også viktig å legge en plan for videreutvikling over tid.

Arbeidsgruppen har jobbet grundig, spesielt med definisjonene og å få grep om fundamentet for avviksbehandling. Det har også vært nødvendig å bruke mye tid på gjennomgang av innspill, gitt at arbeidet med avviksbehandling og kvalitetsforbedring er svært detaljert og forskjellige områder har litt ulikt fokus i de enkelte foretakene, blant annet ut fra geografisk og demografisk variasjon.

Tiltaket har hatt en relativt jevn flyt i arbeidet, med noen avbrudd knyttet til pandemi og sykefravær som har krevd ekstra møteaktivitet for å komme i rute igjen. Det har vært utfordrende å få til ekstra møter med full deltakelse på grunn av tette kalendere hos deltakerne. Med prosjektstøtte, eller en annen form for bredere ledelse av oppdraget ville det vært mulig å gjennomføre møter ved fravær på oppdragsleder, slik at man kunne redusert behovet for ekstra møter. Oppdragsleder har hatt fokus på å sikre innspill fra regioner som ikke har vært tilstede i de enkelte møter så langt det har vært mulig. Prosjektstøtte i form av at referentrollen har blitt ivaretatt av en annen enn møteleder har lettet arbeidet betraktelig. Rolleavklaring i arbeidsgruppen kan sikre god bruk av den enkeltes kompetanse.

Ulik oppfatning av mandatet, eller uklarheter i oppdragsbeskrivelsen, har skapt noen utfordringer i arbeidet. Presiseringen av oppdraget medførte endret fokus i avslutningsfasen for de deltakerne som opprinnelig så hele tiltak 8 under ett, og fase A kun som et forprosjekt avhengig av felles systemleveranse. Det som har vært av kritiske tilbakemeldinger i arbeidsgruppen er stort sett knyttet til denne uklarheten og betydningen av presiseringen for implementering og gevinstrealisering. Det er vanskelig å se at tiltaket kunne vært tydeligere i oppstartsfasen for arbeidsgruppen, men det er mulig tiltakets omfang og ulike faser kunne vært tydeligere kommunisert på et tidligere stadium.

Samlet opplever arbeidsgruppen at det har vært en ryddig gjennomført prosess, med god takhøyde. Det har vært viktig med tydelig ledelse, spesielt knyttet til uklarhetene rundt tolkning av oppdragsbeskrivelsen. Et siste læringspunkt er at det har vært gunstig å ta utgangspunkt i et arbeid som er gjort tidligere, fremfor å begynne helt fra bunnen av.

3.6 Avhengigheter til andre tiltak

Tiltak 3 Serviceparametere la til grunn at forholdet mellom avviksbehandling og saksbehandling av serviceklager og rettighetsklager skulle avklares i dette tiltaket. Dette er ivaretatt i avsnittet om definisjoner og i selve retningslinjen for saksbehandling.

Forslag til videreutvikling av datagrunnlag for serviceparametere er behandlet i kapitlet om statistikk og rapportering.

3.7 Retningslinjen med definisjoner og kategorisering

Arbeidet har resultert i en felles retningslinje, med felles definisjoner og punkter for kategorisering av avvik og uønskede hendelser (vedlegg 1).

Punktene er definert og utformet på en slik måte at de skal kunne brukes systemuavhengig. For at retningslinjen skal være enkel og i tråd med målsetningen om å få meldt inn og registrert flest mulig av de uønskede hendelsene som oppstår er kategoriseringen holdt på et moderat nivå («*need to have*», i stedet for «*nice to have*»), mens det er lagt til et valgfritt standardisert nivå to slik at det senere er mulig å utvikle en felles plattform som ivaretar enkelte helseforetaks behov for ytterligere detaljering.

3.8 Involvering av konserntillitsvalgte

Tiltaket har utarbeidet en orienteringssak til samarbeidsmøtet mellom Helse Nord RHF og KTV/KVO etter anbefaling fra HR-direktør i Helse Nord RHF. Saken ble presentert i samarbeidsmøtet 8.mars 2022. Videre involvering av konserntillitsvalgte og konsernverneombud ivaretas av Pasientreiser HF i tråd med krav i oppdragsdokumentet for 2022.

3.9 Innkjøpsfaglige forhold ved utvikling av systemløsninger basert på retningslinjen

Det bør gjøres en innkjøpsfaglig kvalitetssikring i forhold til Bliksund og eventuelt andre store systemleverandører i dag, i forhold til mulig diskvalifikasjon ved en potensiell fremtidig anskaffelse. Retningslinjen kan i praksis utgjøre store deler av den funksjonelle delen av en kravspesifikasjon i forbindelse med anskaffelse av et eventuelt felles system for å håndtere saksbehandling av uønskede hendelser.

4. Pasientreisers retningslinje og NOKUP-kodeverket

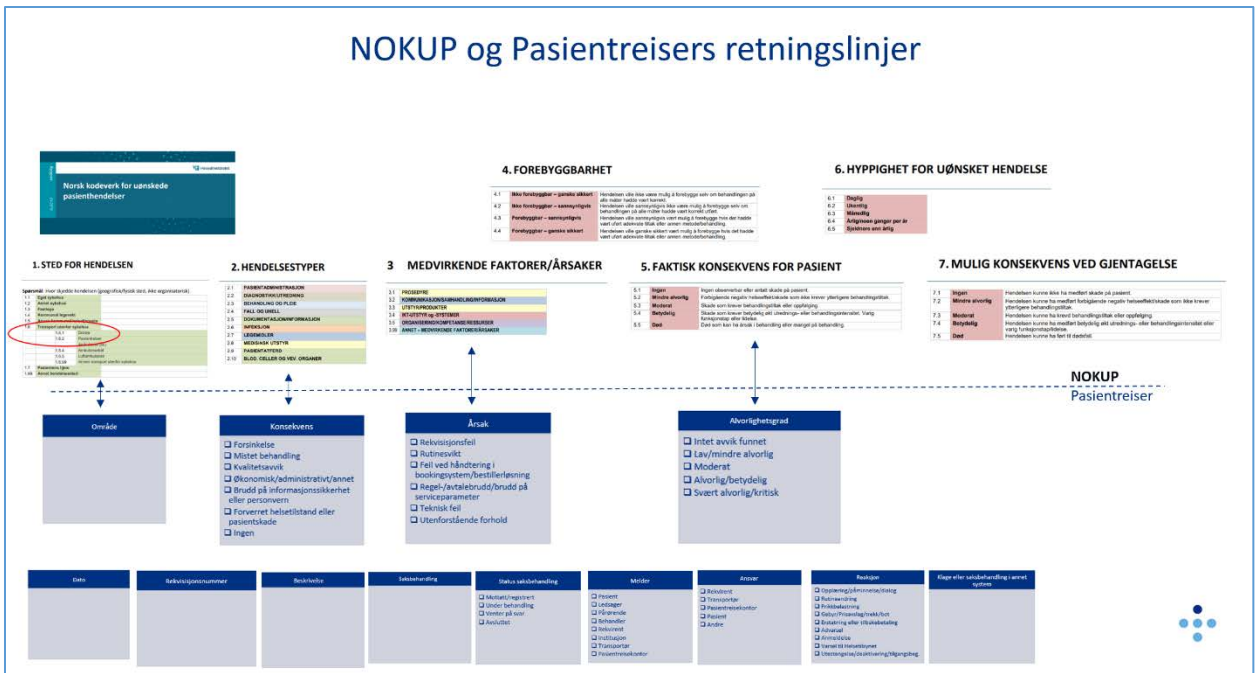
Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) er spesialisthelsetjenestens felles nasjonale klassifikasjonssystem for uønskede hendelser og nesten-uhell.

Pasientreiser er knyttet til både spesialist- og primærhelsetjenesten, mens NOKUP-kodeverket bare gjelder i helseforetakene. Mange av punktene (kategoriseringene) i NOKUP-kodeverket har svært begrenset verdi i pasientreisesammenheng og kommer dårlig ut av en kost/nyttevurdering for saksbehandling. Ikke alle uønskede hendelser ved pasientreiser har konsekvens av vesentlig betydning for pasient, eller pasientens helse. Svært ofte er de knyttet til plunder og heft, samt økonomisk/administrative konsekvenser.

Systematikken i NOKUP-kodeverket er basert på type hendelse, mens pasientreisers metodikk er basert på en prinsipiell kategorisering av årsak og konsekvens. Tiltak 8a er kommet i stand blant annet på grunn av at eksisterende overordnede systemer og retningslinjer i helseforetakene ikke er tilstrekkelig for pasientreisekontorene, i tillegg til behovet for likebehandling og lik rapportering nasjonalt. Pasientreisers behov går ut over NOKUP, spesielt i forhold til avtaleforvaltning.

Arbeidsgruppen anbefaler med bakgrunn i dette:

- Å ta inn en referanse til Pasientreisers retningslinje i NOKUP
- Å knytte sammen denne retningslinjen og NOKUP på pkt.1 i NOKUP (1.6.2)
- At det er mulig for helseforetakene å benytte begge side om side. Det vil si at pasientreiskategoriseringen kan tas inn i kvalitets- og avvikssystemene i helseforetakene og brukes i tillegg til, eller i stedet for, kategorier fra NOKUP ved hendelser som gjelder pasientreiser.



5. Statistikk og rapportering

Avviksbehandling er en av våre viktigste kilder til målrettede forbedringstiltak, og god meldekultur er veldig viktig. Det er viktig å ikke publisere avvik og hendelser på en måte som reduserer viljen til å registrere avvik og hendelser.

Det er ikke lagt opp til omfattende nasjonal eller ekstern rapportering basert på den felles retningslinjen, men det kan tilgjengeliggjøres datagrunnlag og statistikk i Radar-portalen. Det bør være mulig å hente ut data om antall hendelser innenfor gitte tidsrom og sortere på de ulike kategoriene. Kategorisering på nivå to kan ikke benyttes i forbindelse med nasjonal statistikk. Ut over serviceparametere er det opp til hvert enkelt foretak hva de rapporterer på, men retningslinjen gir grunnlag for felles statistikk/datagrunnlag.

Det bør utarbeides et format som gjør det mulig å lage felles datagrunnlag, som enkelt kan lastes inn i Radar jevnlig. Det anbefales at Nettverk for styringsinformasjon og støttesystemer ivaretar dette. Det beste er automatisert daglig oppdatering, slik som det er fra eksempelvis NISSY. Et felles system for avvikshåndtering vil kunne gjøre det enklere å få dette til. Det vil også kunne hjelpe mange av helseforetakene om man utvikler en integrasjon mot de systemene som er mest brukt av pasientreisekontorene i dag. Et nasjonalt datasett må inneholde feltet «pasientreisekontor» (eller «helseforetak») i tillegg til punktene som er angitt i retningslinjen.

Å få til god registrering og rapportering er viktig for å kunne videreutvikle gode målinger for pasientreiseområdet generelt og serviceparametere spesielt. Konkret er det foreslått fra tiltak 3 - serviceparametere at grunnlag for målingene av «Informasjon til pasient» og «Kvalitet i gjennomføring av rekvirerte pasientreiser» på sikt kan baseres på innspill, avviksmeldinger og klager fra pasienter, etter innføring av felles retningslinjer for avviksmelding.

Arbeidsgruppen mener, med støtte fra kompetansegruppen, at datagrunnlag basert på felles retningslinje for uønskede hendelser bør være et supplement til andre målinger og ikke nødvendigvis er velegnet som overordnet grunnlag for måling av serviceparametere.

hatt system for felles rapportering (riktignok mindre omfattende enn Helse Nords retningslinje fra 2018), men uten felles system.

De fleste foretakene i Helse Vest benytter Bliksund for uønskede hendelser, og systemet anses realistisk å tilpasse til ny retningslinje. Foretaket som ikke benytter Bliksund vurderer anskaffelse, men ønsker en avklaring rundt eventuelt nasjonalt system.

Bliksund brukes spesielt mye ut mot transportørene, hvor systemet har funksjonalitet som ikke er mulig å ivareta i et større felles system i helseforetaket. Systemet brukes ikke på samme måte mot rekvirentene, men det er ønskelig at et fremtidig system kan ivareta dette. En pasientreiseavdeling kan eksempelvis få inn hendelser fra forskjellige aktører, via Elements, Synergi, muntlig osv. For å ivareta helhetlig oversikt registreres alt i Bliksund. Gevinsten er fullstendig kategorisert og systematisert oppfølging av uønskede hendelser, som gir godt grunnlag for å svare på henvendelser fra media og andre. Det brukes mye tid på dette, men gevinsten er stor og det oppleves ikke som ekstraarbeid.

De felles systemene i helseforetakene må også pasientreiseavdelingene forholde seg til, og det regionale kvalitetssystemet Synergi må uansett benyttes ved alvorlige hendelser eksempelvis. Synergi benyttes for hendelser som meldes fra avdelingene på sykehuset. I tillegg kommer det inn klager i Elements og skriftlig toveis-kommunikasjon med pasientene skal gjennom Elements. Pasienten melder uønskede hendelser i ulike kanaler, og det kan ikke begrenses.

Regionen er positiv til arbeidet, og er fornøyd med presiseringen og utsettelsen av tiltaket, med involvering av regionale ledernettverk. Det er usikkerhet rundt hvor utfordrende det blir å implementere de nasjonale retningslinjene, men Helse Vest vil klare å levere i forhold til retningslinjen i en eller annen grad. Foretakene har et godt utgangspunkt med den regionale rapporteringen siden 2014, men det må diskuteres regionalt rundt IT-systemer og veien videre i forhold til innføring av retningslinjen og fase 8b, eventuelt 8c.

6.4 Helse Sør-Øst

Alle foretakene i Helse Sør-Øst har i oppdragsdokumentet krav om fungerende avvikssystem, og alle tilfredsstillende disse kravene. Det benyttes ulike systemer for å løse dette, for enkelte kontor så mye som fire ulike systemer, som i seg selv er tidkrevende. Dagens systemer er langt unna å dekke det retningslinjen beskriver. Overordnede, foretaksinterne avvikssystemer ligger fast, uavhengig av felles retningslinjer og system for pasientreiseområdet.

Helse Sør-Øst opplever å ha stabile systemer, noe som i seg selv høyner terskelen for endring av disse. Implementering av retningslinjen er komplisert, og griper inn i mange systemer som benyttes i forbindelse med avvik i det enkelte foretak. Disse må tilpasses i forhold til retningslinjen, noe som gjør innføring vanskelig i praksis. Hos enkelte foretak er det kanskje ikke praktisk mulig å tilpasse, slik at implementering er vanskelig på kort sikt.

Bildet er sammensatt og foretakene har noe ulike forutsetninger. Mange av foretakene bruker Bliksund, men også andre systemer i tillegg. For de som bruker Bliksund anses det som mulig å gjøre en jobb med tilpasning av dette systemet til felles retningslinje.

Hovedutfordringen i dag er at det meldes inn for få avvik eller uønskede hendelser, og det er enighet om at arbeidet med et felles system for at pasient kan melde om uønskede hendelser bør prioriteres. Det viktigste er å få innmeldt de uønskede hendelsene, og så må det som meldes inn håndteres uavhengig av tekniske forutsetninger.

Det bør vurderes hvor omfattende en ekstra fase (tiltak 8c) med felles system for håndtering av de innmeldte hendelsene bør være. Det må lages en felles plattform, eventuelt en integrasjon mot systemene som finnes. Det er viktig å se mot prehospitaltjenester for øvrig i forhold til systemer for avvikshåndtering, og ikke nødvendigvis lage store løsninger for pasientreiseområdet alene. Pasientreiseområdet har samhandlingsflater mot andre aktører innenfor prehospitaltjenester og bør opprettholde en sterk kobling mot helseforetaket på dette området, i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

6.5 Oppsummering

Det er store ulikheter i forutsetningene for implementering av retningslinjen i de ulike helseforetakene, først og fremst knyttet til systemtekniske forhold. Dette medfører stor usikkerhet knyttet til implementeringsfasen. Derfor er ikke en samlet nasjonal utrulling hensiktsmessig.

Flere helseforetak har gitt uttrykk for at det i forhold til implementering i praksis er en avhengighet mellom tiltak 8a og et system som kan håndtere denne retningslinjen. I forhold til implementering i det enkelte helseforetak er det derfor viktig å få avklart de videre leveransene i tiltak 8, slik at foretakene kan ta stilling til om de skal tilpasse dagens systemer, gå til anskaffelse av nye systemer eller vente på en felles nasjonal løsning. Dette har avgjørende betydning for tidshorisonten i implementeringen for mange av helseforetakene.

Tiltak 8a og nasjonalt system for at pasientene kan melde avvik (8b) har medført forventninger hos flere helseforetak om system-støtte i arbeidet med saksbehandlingen av uønskede hendelser. Felles retningslinjer og felles kanal for å melde uønskede hendelser kan imidlertid også ivaretas ved integrasjoner mot ulike systemer i de enkelte helseforetak.

Felles system for håndtering av innmeldte avvik er ikke beskrevet som en leveranse i forbindelse med målbildet for RMR-området, men det bør vurderes om dette er nødvendig å legge til (som fase 8c) for å løse utfordringene som oppstår i forbindelse med innføring av felles retningslinjer og sikre at retningslinjene faktisk blir gjeldene nasjonalt. Av samme årsak bør et slikt arbeid settes i gang så raskt som mulig. Det er ulike oppfatninger om hvorvidt det er mulig eller hensiktsmessig med et felles nasjonalt system for avvikshåndtering ved pasientreiser som alle plikter å bruke, all den tid helseforetakene har ulike overordnede kvalitetssystemer som pasientreisekontorene må benytte i større eller mindre grad og det er nasjonale føringer om utvidet samarbeid med prehospitaltjenester. Derfor bør omfanget av en slik leveranse utredes på et tidlig tidspunkt. I og med at felles retningslinje allerede setter krav til standardisering og nasjonal praksis på området kan et felles system implementeres av de helseforetakene som har behov for det, mens øvrige tar i bruk felles retningslinjer med eksisterende systemer. Helseforetakenes forpliktelse i forhold til en eventuell fase 8c bør avklares før oppstart og tiltaket bør igangsettes snarest mulig.

6.6 Anbefaling

- *Tiltaket anbefaler at implementering i de ulike regionene gjøres basert på de enkelte foretakenes forutsetninger, med en tidshorisont tilpasset forutsetningene. Målet er at foretakene tar i bruk felles retningslinje så langt det er mulig. Regionene beslutter plan for utrulling i egne helseforetak og må ta stilling til om implementering i foretak der det ventes store systemmessige utfordringer knyttet til implementering bør avvendes til de neste fasene i tiltak 8 er avklart.*
- *Arbeidsgruppen anbefaler at det raskt gjøres en avklaring av tidspunkt for oppstart av fase 8b. Det anbefales at fase 8b flyttes inn i tiltaket Selvbetjeningsløsning, hvor det antas å være vesentlige synergier som kan medføre tidligere leveranse.*
- *Arbeidsgruppen anbefaler videre at det vurderes om det bør legges til en ny fase i tiltak 8 med felles saksbehandlingssystem for uønskede hendelser og at det på kort sikt utredes hvilket omfang et slikt tiltak bør ha og når det kan starte. Den nye fasen anbefales igangsatt parallelt med eller før det nåværende tiltak 8b, og er viktig for å sikre full gevinst av 8a.*
- *Arbeidsgruppen anbefaler at alle helseforetak må ta i bruk felles retningslinje senest i forbindelse med utrulling av felles saksbehandlingssystem nevnt i punktet over.*

7. Gevinstrealisering

Gevinstene av felles retningslinjer for avviksmelding og oppfølging vil gi HF-ene og Pasientreiser HF et bedre grunnlag til å jobbe systematisk og målrettet med å forbedre/utvikle pasientreisetjenesten.

Det vil også gi grunnlag for bedre samhandling og læring på tvers av HF-ene, RHF-ene og Pasientreiser HF og sikre en felles grunnmur for rapportering av avvik og uheldige hendelser på tvers av foretakene.

Målsetningen for tiltaket er at vi skal være sikker på at vi får opp alle relevante avvik. Med enkle og systematiske retningslinjer for håndtering av uønskede hendelser, som fokuserer på intensjonen om at vi ønsker å få oversikt over alle feil og avvik i tjenesten, er det forventet at mørketallene går ned og at helseforetakene får bedret kontroll med kvaliteten i tjenesten. Gevinstene av felles retningslinje vil i hovedsak være kvalitative. Økt tillit til Pasientreiser er en viktig gevinst ved felles nasjonale retningslinjer.

Stor variasjon i forutsetningene for implementering av retningslinjene fører til at konkrete planer for gevinstuttak bør utformes når implementering er besluttet i de enkelte regionene.

Videre detaljering av gevinstrealiseringsplanene for tiltaket skal etter oppdragsbeskrivelsen utføres som en del av arbeidet med å realisere tiltaket. Nullpunktsanalyse eller kartlegging av dagens retningslinjer og rapportering i regionene vil være et mulig tiltak for å kartlegge gevinstene ved implementering.

8. Risikovurdering

Arbeidsgruppen har diskutert risikovurdering og utarbeidet en risikotabell basert på gjennomsnitt av vurderingene til de enkelte regionene og Pasientreiser HF.

Nr	Underliggende risiko	Årsak til risiko	S	K
1	Pasientsikkerhet	Innføring av nasjonal retningslinje vil utfordre pasientsikkerheten	1,2	4,0
2	Kvalitet for pasient	Standardisering kan føre til dårligere kvalitet	1,0	2,0
3	Kapasitet hos transportør	Skjerpede krav til kvalitet kan føre til dårligere utnyttelse av bilene og dermed kapasitetsproblemer hos transportørene	2,0	3,2
4	Omdømmet til Pasientreiser	Innføring av retningslinjen og synliggjøring av resultater kan påvirke omdømmet til Pasientreiser.	3,2	2,8
5	Økonomi for helseforetakene	Bedre oppfølging av (og forventninger til) transportørene kan føre til høyere pristilbud	2,2	3,2
6	Økt ressursbehov hos pasientreiseavdelingene	For å sørge for en god gjennomføring av reisen kreves det oppfølging av hendelser ut over dagens nivå i enkelte helseforetak	3,8	2,8
7.1	Underrapportering	Standardisering og benchmarking fører til motivasjon for underrapportering* (*restrisiko gitt motvirkende tiltak ved at serviceparameter måler kun avvik med større alvorlighetsgrad, ikke alle meldte hendelser og resultat vises per region)	3,4	3,0
7.2	Underrapportering	Innføring av felles retningslinjer uten system-støtte fører til mer underrapportering enn tidligere.	4,0	3,3
8	System og rutiner må tilpasses/endres som kan medføre at enkelte helseforetak ikke tar retningslinjen i bruk	Felles retningslinje er utfordrende å implementere i foretakene pga ulike foretaksspesifikke systemer og føyinger og manglende systemstøtte. (Retningslinjen er ikke kompatibel med eksisterende system i foretaket).	4,5	3,0
9	Motstand i egen avdeling eller helseforetak	Endringsmotstand eller hindringer i helseforetaket (ledelse/prehospitalet) fører til problemer med implementering av retningslinjen	2,6	2,6
10	Motstand fra helsemyndighetene	Retningslinjen og tiltaket er ikke koordinert med helsetjenesten for øvrig og medfører krav om endringer fra HOD/Helsedirektoratet/Helsetilsynet	2,0	2,8

Risikovurdering

Risiko

- 1) Pasientsikkerhet
- 2) Kvalitet for pasient
- 3) Kapasitet hos transportør
- 4) Omdømmet til Pasientreiser
- 5) Økonomi for helseforetak
- 6) Økt ressursbehov hos Pasientreisekontor
- 7) Underrapportering (7.2)
- 8) System og rutiner må tilpasses/endres, som kan medføre at enkelte helseforetak ikke tar retningslinjen i bruk og den ikke blir gjeldende nasjonalt
- 9) Motstand i egen avdeling eller helseforetak
- 10) Motstand fra helsemyndighetene

		Sannsynlighet				
		1	2	3	4	5
Konsekvens	5					
	4	1				
	3		3 5		7 8	
	2	2	10 9	4	6	
	1					

Sannsynlighet

1. Usannsynlig
2. Mindre sannsynlig
3. Mulig
4. Sannsynlig
5. Svært sannsynlig

Konsekvens

1. Ubetydelig
2. Moderat
3. Alvorlig
4. Svært alvorlig
5. Kritisk

Det er variasjon i vurderingene mellom deltakerne på enkelte av punktene. Dette er mest fremtredende på risiko 7.2 og 8 som Helse Vest og Helse Midt-Norge vurderer høyere enn øvrige (med sannsynlighet 5, men konsekvens 4 for Helse Vest og 3 for Helse Midt-Norge på begge), samt risiko 5 som Helse Vest vurderer til høyere enn gjennomsnittet (sannsynlighet 5, konsekvens 4). For de høyeste risikoene er det vurderingene fra regionene som er lagt til grunn i risikomatriksen.

Hovedtiltakene for å redusere de største risikoene (5, 7 og 8) er reflektert i anbefalingen til innføring. Med andre ord at implementering tilpasses forutsetningene (spesielt i forhold til system) i de enkelte helseforetakene, og at eventuell systemstøtte fra neste fase i tiltak 8 avklares raskt og ses i sammenheng med implementeringen.

9. Læring og videreutvikling av retningslinjen

Arbeidsgruppen anbefaler at retningslinjen videreutvikles over tid. Videreutvikling av retningslinjen og erfaringsutveksling bør ivaretas av en gruppe eller nettverk, som ivaretar hele tiltak 8. Kontinuitet og kompetanse er viktig, ikke minst i en implementeringsfase. Det anbefales at det settes ned en midlertidig gruppe som ivaretar dette i påvente av neste fase(r) i tiltaket, og at det tas endelig stilling til plassering i eventuelt nettverk eller annet egnet fora når hele tiltak 8 er ferdigstilt.

10. Kilder som er benyttet i arbeidet med tiltaket

- Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (rapport IS-2979), versjon 2.0, utgitt av Helsedirektoratet
- SNOMED CT, Direktoratet for e-helse/kodeverk (samt snomed.org)
- Strålevernrapport 2006:3, avvikshåndtering ved norske stråleterapientre, utgitt av Statens strålevern 2006-04-10
- Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven, Helsetilsynet, internserien 1/2021
- Veileder i behandling av klagesaker etter sosialtjenesteloven, Helsetilsynet, Internserien 5/2013, revidert 2018
- Veiledning – prosedyre for registrering og håndtering av avvik, Direktoratet for økonomistyring
- An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS, chaired by the Chief Medical Officer, Department of Health (Storbritannia), 2000
- Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering, kronikk i Tidsskriftet den norske legeforening av Peter F. Hjort, publisert 30.oktober 2000
- Mener sykehus lærer for lite av kjente feil: - Et ledelsesproblem, Sarpsborg arbeiderblad, 16.12.2021
- NOU 2015: 11 Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene
- NITO – Bioingeniørfaglig institutt, Workshop 14.11.2017 ved Ann-Helen Aakernes
- Uønskede hendelser – melding, saksbehandling og læring, Helse Bergen, D63738, 21.03.2021
- Veileder – Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter, DFØ 2014
- Trinnvis.no (om avvik og uønskede hendelser)
- Tilsyn med ambulanseflytjenesten, Undersøkelse av om befolkningen i Nord-Norge får forsvarlige ambulanseflytjenester, Helsetilsynet, Saksnummer: 2020/545
- Risikovurdering for e-handelsprosjekt - mal med eksempler, Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI)
- Dokumenter fra Utredning RMR og øvrige tiltak innenfor RMR, fra intranett.pasientreiser.no
- Møter med Kvalitetsavdelingen i Helse Nord RHF ved henholdsvis kvalitetssjef Eirik Holand og rådgiver Jann-Hårek Reinvik Lillevoll
- Møter med NOKUP-forum 1.november 2021 og 17.januar 2022
- Møter med Helsedirektoratet, avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ved seniorrådgiver Øystein Flesland 27.januar 2022 og avdelingsdirektør Johnny Advocaat-Vedvik 7.mars 2022