



Styresak 102-2014 Dashbord analyse: Åpne hendelser i Docmap

Saksbehandler:

Hilde Normann, seksjon for pasientsikkerhet og
Anne Rokke, KIP

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

14.10.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Status i klinikkene

Ikke trykt vedlegg:

[Dashbord nov -12 \(Styresak 71/12\)](#)

[Dashbord mars -13 \(Styresak 25/13\)](#)

[Dashbord juni -13 \(Styresak 60/13\)](#)

[Dashbord oktober -13 \(Styresak 83/13\)](#)

Prosedyrer for avvikshåndtering i Docmap ([DS1473](#)
[Avvikssystemet](#))

Bakgrunn

Siden 2012 har alle enheter i Nordlandssykehuset hatt elektronisk avvikshåndtering. Det gjør at vi nå har tilgjengelig statistikk både på antall hendelser som er meldt, og hvor hendelsene er i saksbehandlingsprosessen. Foretaket ønsker en utvikling mot en enda bedre meldekultur, med få barrierer for å si fra. Et premiss for dette er at ledere tar tak i de forhold som meldes, og at melder får tilbakemelding ved avsluttet saksbehandling.

Behandling av hendelser/ meldekultur er ett av parametrene som siden våren 2012 har blitt målt og rapportert i Nordlandssykehusets dashbord for kvalitet og pasientsikkerhet. Siden målingene i dashbordet skulle indikere målekultur har målingene vært avgrenset til fire foregående måneder for et gitt måletidspunkt. I saksframlegget har det imidlertid kommet fram at det er en restanse også på avvik som er til dels betydelig eldre enn dette.

Styret vedtok i styresak 83/2013 at dashbordet også skulle presenteres som ”dyptgående analyser av enkeltparametre”. I samme styresak lovte direktøren også å komme tilbake med mer detaljert informasjon om hvordan foretaket jobber med gamle avvik. Denne saken er en oppfølging av begge disse punktene.

Hvert ledd i saksbehandlingen i Docmap har automatisk en tidsfrist på 14 dager. Ved tidsfristens utløp genererer Docmap purringer pr e-post. Enkelte hendelser vil kreve en lang og omstendelig saksbehandling. Det kan derfor ikke settes noen endelig frist for når saksbehandlingen skal være lukket. Men etter KIPs erfaring vil de langt fleste avvik kunne lukkes etter fire måneder, med normal saksbehandlingstid i hvert ledd.

Det må nevnes at 21 % av de gamle avvikene ligger til behandling i kvalitetsutvalget. Behandling her gir flere ledd i saksbehandlingsprosessen, og foregår i formelle møter. Dette er som oftest meldinger om pasientskader, som krever en detaljert utredning og utvidet saksbehandling. Det er ikke grunnlag for å si at saksgangen for kvalitetsutvalget er unødig lang.

Denne saken tar utgangspunkt i åpne meldinger som er påbegynt før 1.4.14. Det vil si meldinger som på måletidspunktet (31. August -14) var eldre enn 5 måneder, og der saksbehandlingen ennå ikke var avsluttet. Begrepet «gamle avvik» vil i denne saken referere til disse.

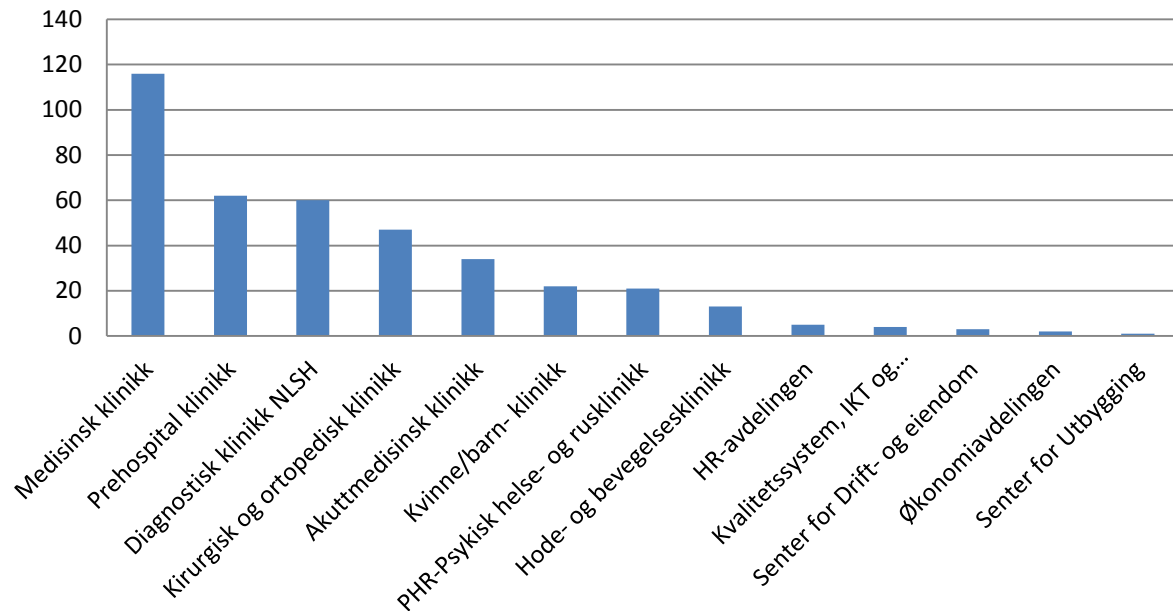
Organiseringen av Docmap i NLSH

KIP har formelt det daglige ansvaret for å følge opp kvalitetssystemet Docmap, og har en supporttjeneste for Docmap på dagtid. Foretaket har også 11 klinikk-/avdelingsadministratorer i Docmap, i denne saken kalt administratorer (\approx en i hver klinikk/stab). Administratorene skal bistå klinikkledelsen med å følge opp kvalitetsverktøyet Docmap i egen klinikk. De har utvidet kompetanse og tilganger i Docmap. Hovedoppgavene er å drive opplæring i egen klinikk, og å passe på at lokale systemer er i tråd med overordnede retningslinjer for dokumentstyring og avvikshåndtering. Administratorene har jevnlig nettverksmøter med hverandre og med Docmap support på foretaksnivået (systemadministrator og brukerstøtte).

Status i klinikkene

Docmap brukerstøtte har jevnlig tatt ut statistikk over gamle avvik, og statistikken tas opp i nettverksmøtet med administratorene. Ved utløpet av august var det totalt snakk om 402 avvik fordelt på 155 personer/enheter.

Gamle avvik pr klinik/stab pr 22/8-14, absolute tall



20 % av de gamle avvikene ligger hos primærmelder. Mange av disse blir aldri sendt til nærmeste leder. Meldinger kan også bli sendt tilbake fra leder med behov for ytterligere informasjon/ oppklaring. Vi ser at i disse tilfellene er det en tendens til at primærmelder av ulike årsaker ikke gjør nødvendig oppfølging.

Innad i klinikkene er det systematiske forskjeller i enhetenes håndtering av hendelser. Hos de fleste enhetene skjer det bare unntaksvis at saksbehandlingen stopper opp. Men enkelte enheter har særlige utfordringer med å få gjennomført saksgangen innenfor gitte frister. En gjennomgang av statistikken viser at 10 «enheter» eier 50 % av de gamle hendelsene. Noen av disse hendelsene har hatt svært lang saksbehandlingstid. For noen er det snakk om over ett år.

Som en del av saksutredningen ble Docmap administratorene bedt om å komme med en kort redegjørelse fra sin klinikk/stab. De ble bedt om å vektlegge hvilke utfordringer de opplevde lokalt, og å beskrive hvordan de evt jobber med dette. Alle klinikkene har besvart forespørselen. Svarene er bearbeidet og lagt inn i et MTO skjema. Et MTO-skjema rydder momentene i tre kategorier: **M**enneske, **T**eknikk og **O**rganisasjon (MTO). Dette er et oppsett som gir bedre oversikt over utfordringer på ulike nivå og tydeliggjøre at løsninger må finnes på samme nivå som problemet.

MTO – skjema: Åpne avvik eldre enn 4 måneder i NLSH

Administratorenes samlede oppfatning av problemområder og forslag til tiltak. Skjematisk framstilt.

Utfordringer

Menneske	Teknikk	Organisasjon
Meldingen blir liggende hos primærmelder <ul style="list-style-type: none">Melder vet ikke at meldingen skal sendes videreMelder vet ikke hvordan man sender videreMelding kommet i retur uten at melder vet detteMelder vet ikke om/ sjekker ikke arbeidslista ↓ Kompetanse hos Leder <ul style="list-style-type: none">Kan ikke DocmapKjenner ikke saksbehandlingsprosessenKjenner ikke NLSHs organisasjon, ”feil” adresserte avvik får ikke riktig adresse Ansatte leser ikke e-post, purring når ikke fram	Ledere har problemer med ”utvidet søk” – finner ikke sine egne meldinger Lederoversikt i Docmap ikke oppdatert (avvik sendes saksbehandlere i permisjon) Ansatte oppført på feil klinikk (f. eks turnusleger)	Sakseier utenfor NLSH Sakseier utenfor egen klinikk Saksbehandling med mange ledd Saker i skjæringsfeltet mellom flere sakseiere, meldinger sendes på kryss og tvers Formalkrav tar tid (KVAM behandling= møte hvert kvartal) Saksbehandling som krever møter mellom personer med mye bundet tid. Vanskelig å møtes Kultur: saksbehandling prioriteres ikke Høyt arbeidspress på mellomledere (flaskehals) Høyt arbeidspress på enkelte ansatte (flaskehals) Avvikshåndtering ingen ”fast” oppgave, gjøres innimellom alt annet Periodevis ustabil ledelse Manglende kompetanse/ Tilgjengelig opplæring blir ikke brukt

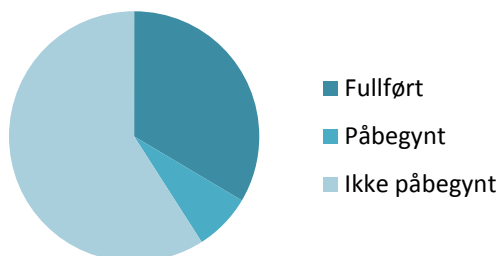
Foreslåtte løsninger

Menneske	Teknikk	Organisasjon
”Skippertak” med hjelp fra egen klinikk Oppfordre ansatte til å etterspørre tilbakemeldinger Personlig oppfølging til ”flaskehalsen” Kultur – ledere må være tydelige på at meldinger er viktige, og det nytter å si fra	Systematisk opplæring av ledere Gjennomføre e-læring i Docmap: alle/ledere Oppdatere brukerregisteret	Egenrevisjon på enhetsnivå hvert kvartal Hyppigere bruk av erfarne saksbehandlere Sette av fast, og nok, tid til avviksbehandling Åpne avvik tas jevnlig opp i klinikkens ledergruppe Administrator gjør seg mer tilgjengelig for mellomlederne Administrator monitorerer og følger opp jevnlig Fokus fra øverste ledelse Avvik som fast punkt på KVAM Lederoppfølging – avvik skal håndteres raskt Sørge for at alle tar tilgjengelig opplæring

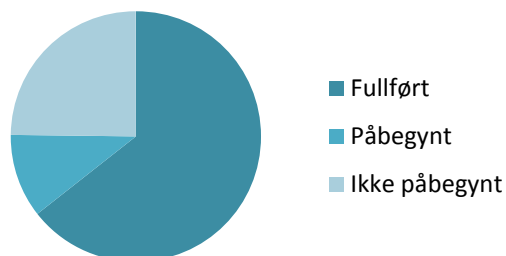
Opplæring

Tidligere har det vært lokale ledere og administratorene som har drevet opplæring i sin klinikk. Siden mai -14 har et e-læringsprogrammer om de viktigste funksjonene i avvikssystemet vært tilgjengelig gjennom Campus, Helse Nord's felles e-lærings portal. Det finnes et grunnleggende kurs for alle ansatte, samt et utvidet kurs rettet mot saksbehandling av hendelser (Docmap for ledere)

**Gjennomføring av kurset:
Docmap for alle**



**Gjennomføring av kurset:
Docmap for ledere**



Grafen er basert på data som ble hentet ut av Campus i september 2014. Denne viser at foreløpig har kun ca 1/3 av vanlige ansatte gjennomført hele kurset, mens tallet for ledere er ca 2/3. Vi ser en klar tendens til at ledere på avdelinger/enheter som går igjen på lista med gamle avvik, ennå ikke har tatt dette kurset.

Særlig om samhandlingsavvik

Antallet registrerte samhandlingsavvik har vært lavt, men er nå økende. Slike meldinger går til samhandlingsavdelingen, får derved minst et ekstra ledd i saksbehandlingen. Mange av disse meldingene skal også til behandling i en eller flere kommuner, og får derved ekstern saksbehandling. Samhandlingsavdelingen melder at rutinene på kommunikasjon mellom kommuner og foretak i disse sakene, ennå ikke er gode nok. Dette vil i løpet av året bli behandlet i en egen sak i OSO.

Direktørens vurdering

Utfordringen med avvik som ikke blir lukket, selv etter lang tid, har hatt fokus i foretaket. Det har blant annet vært tema både i direktørens månedlige oppfølgingsmøte med klinikkene, og i Docmap administratormøtet.

Direktøren er tilfreds med at de fleste enhetene ser ut til å ha gode rutiner og tilstrekkelig kunnskap for egen håndtering av hendelser gjennom Docmap. Direktøren vil også anerkjenne den innsatsen og det engasjementet som klinikkadministratorene over lang tid har lagt inn for å øke kompetansen og skape gode systemer i egen klinikk. Administratorene har en nøkkelrolle i Nordlandssykehusets kvalitetssystem.

En forutsetning for å kunne fremme en åpenhetskultur og en god pasientsikkerhetskultur, er at det eksisterer arenaer hvor de ansatte faktisk kan kommunisere åpent. Direktøren mener at et levende kvalitetssystem, med effektiv saksbehandling og der meldinger fører til endringer, er en slik arena. Innføringen av et elektronisk kvalitetssystem har ikke vært uten utfordringer.

At manglende kjennskap til Docmap og til saksbehandlingsprosessen oppgis som en årsak kan, sammen med den store andelen hendelser som ligger på melderers arbeidslister, tyde på at vi ennå ikke har kommet helt i mål med innføringen av kvalitetssystemet. At de største utfordringene har en såpass begrenset utbredelse, bør likevel gjøre det enklere å få på plass målrettede tiltak. Direktøren forutsetter at klinikkene intensiverer arbeidet med å sørge for at alle ledere får gjennomført tilgjengelig opplæring i Docmap.

Direktøren ser særlig to områder der det må iverksettes tiltak for å få ned antallet åpne hendelser. For det første må meldere som lar hendelser ligge i egen arbeidsliste følges opp. Ikke-videresendte meldinger, er i tillegg et potensielt tapt bidrag til foretakets samlede kvalitetsarbeid. For det andre er det enkelte mellomledere som blir flaskehals i avvikssystemet. Det finnes sikkert mange årsaker til dette. Organisering av arbeidet og prioritering av ressurser lokalt, er klinikkene og enhetenes ansvar. Vedvarende flaskehals kan tyde på at arbeidet ikke er optimalt organisert, og dette er noe vi må se nærmere på.

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med redegjørelsen for håndteringen av gamle, åpne avvik i NLSH
2. Styret understreker viktigheten av en god og effektiv saksbehandling av hendelser og avvik. Dette er et viktig premiss for den åpenhetskulturen som vi ønsker i Nordlandssykehuset
3. Styret forventer at det jobbes videre med å løse de utfordringene som blir presentert i saken og ber om å få en ny oversikt om ett år.
4. Styret ber direktøren iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte og ledere har gjennomført e-læring i Docmap innen utgangen februar 2015.

Vedlegg 1 – Statusbeskrivelse fra klinikkene:

Nordlandssykehuset har 11 Docmap-administratorer, som har som en del av sin stilling et særlig ansvar for oppfølgingen av kvalitetssystemet Docmap i sin klinikk.

Som en del av informasjonsinnhenting til denne saken administratorene bedt om å komme med en statusrapport fra egen klinikk. Vedlagte versjon er noe forkortet/omskrevet av saksbehandlerne. Svarene ble hentet inn i månedsskiftet august/ september 2014.

Diagnostisk klinikk

Antall avvik meldt fra vår klinikk fra 1.4.13 til 1.4.14 totalt 1375. 75 avvik er fortsatt åpne, av disse er nærmere 30 avvik meldt med hendelsessted utenfor Diagnostisk klinikk. De eldste åpne avvikene vi har er fra 2012 og dreier seg om blodbanksystemet LabCraft. Dette ligger hos Helse Nord IKT, vi purrer med jevne mellomrom, foreløpig uten resultat.

50 åpne avvik er registrert før 1.4.14 hvor vi selv har ansvar for saksbehandling og lukking. 14 av disse sakene ligger ennå hos melder. Fordeles disse sakene på våre 10 organisatoriske områder blir det om lag 5 avvik pr enhet.

I noen tilfeller er det avvik med komplisert saksbehandling. Det er viktig at vi behandler avvikene grundig, slik at korrigerende tiltak blir iverksatt og i enkelte tilfeller evaluert før avvikene lukkes. Noen saker skal også tas opp i KVAM eller andre møter og møtekonklusjon påføres før avviket kan lukkes.

Alle ledere i klinikken gjennomfører egeninspeksjon hvert kvartal for å skaffe seg oversikt over Docmap status, både avviksmodulen og styrende dokumenter. Dette er et tiltak som ser ut til å fungere bra. Enkelte ledere har opplevd problemer med utvidet søk og får ikke frem korrekte tall i utvidet søk i avviksmodulen, dette er tatt opp med Docmap brukerstøtte.

Kirurgisk ortopedisk klinikk

Kir/ort registrerer at saksbehandlingen i avviksmodulen tar lengre tid i enkelte organisasjonsheter enn andre. Årsakene er kjente og flere: Kompetanse/opplæring av avviksbehandler, kulturforskjeller i enhetene, og særlig tid til behandling. Mange av avvikene kommer fra andre klinikker og saksbehandlingen er ofte både tidkrevende og kompleks.

Vi har gjort og vil videre gjøre tiltak som vi håper vil avhjelpe dette:

- Gjentatt opplæring
- Større bruk av saksbehandler
- Forebygge opphoping og behov for ”skippertak” med planlagte, jevnligte møter mellom avviksbehandler og docmapadministrator/ass.klinikksjef
- Til en hver tid stående tilbud om bistand fra docmapadministrator og ved behov ass. Klinikksjef.
- Frigjøre fast tid til avviksbehandling.

Kvinne Barn klinikken

Kvinne-/barn klinikken har pr d.d. 21 åpne avvik. Slike avvik blir tatt opp i ledergruppen. I sommer har administrator gjennomgått alle avvikene og sjekket hvor i arbeidsflyten det har stoppet opp. Det er så sendt e-post til de aktuelle personene og der de er bedt om å behandle avviket snarest. Noen tar ansvar, andre ikke.

Vi har ingen sterk formening om hvorfor det stopper opp, men tror ikke uvilje er hovedårsak. I flere tilfeller er avvikene påbegynt, lagret, men ikke videresendt. Noen tror de har sendt videre. I noen tilfeller har leder returnert for å innhente mer info, og det har ikke medarbeideren fått med seg. Arbeidslisten i Docmap er langt fra godt kjent blant alle og det huskes ikke på å sjekke denne. I vårt tilfelle har veldig mange av avvikene stoppet opp i andre enheter/staber utenfor vår klinikk. Det gjør det vanskeligere å få det ferdigbehandlet. Enkelte avvik er purret på opp til flere ganger over en lengre periode.

Oppfatter det ikke slik at avvikene er så kompliserte at det er det som utgjør årsaken til at de ikke behandles. Mer at det ”glemmes”.

Psykisk Helse og Rus klinikken

PHR klinikken har 19 åpne avvik eldre enn fire måneder. Dette er ca. 2 % av totalt antall meldte avvik. Av disse ligger 6 avvik fortsatt hos melder. Disse har det vært purret (tips en kollega) på flere ganger, men melder gjør ingenting med påbegynt avvik.

Noen leser ikke e- post. Nærmeste leder blir da bedt om å følge opp, men vi ”når ikke frem til dem” via leder heller.

Mulige årsaker til at øvrige avvik har stoppet opp, er:

- Kompliserte avvik som det er vanskelig å finne løsning på
- Avvik som involverer saksbehandlere / godkjenner utenfor egen klinikk
- Høyt arbeidspress hos enkelte der avviksbehandling tas innimellom annet viktig
- At kunnskapen om arbeidsflyten ikke er god nok, og avvik havner på feile arbeidslister
- Endring i ledelsen meldes ikke inn – da blir saksgangen feil.

Det som klinikken har erfart virker, er at administrator jevnlig overvåker meldingene, og gir personlig tilbakemelding til de som ikke følger opp. Der enkeltansatte trenger ytterligere påminnelse gjøres dette gjennom linja til dennes leder.

Hode og bevegelsesklinikken (HBEV)

Hode og bevegelsesklinikken kommer godt ut på denne statistikken. Det er ikke så enkelt å peke på en enkelt grunn til dette. Fra klinikkledelsen legges det vekt på å ta opp statistikken over meldte avvik på KVAM møtene, en gang pr kvartal. Ellers er det en bevisst holdning til at lederne skal behandle avvik så raskt som mulig, og medarbeiderne er stort sett flinke til å etterspørre svar/vurderinger. Dersom klinikken ikke får til dette, vil systemet ”uthules” og miste legitimitet etter hvert.

De avvik som er mest problematiske i forhold til tid for lukking/saksbehandling er der oppgagelsessted og hendelsessted ikke er sammenfallende. Erfaringsmessig kan det da bli en del snubling i saksbehandlingen. Klinikken ønsker seg andre begreper som er vanskeligere å misforstå.

Selv om saksbehandlingstiden er akseptabel, så er spørsmålet om saksbehandlingen fører til en reelt mindre risiko for en ny hendelse. Fokuset kan i noen grad i seg selv redusere risikoen, men den viktige prosessen er å etablere læringssløyfer og prøve ut tiltak som gir effekt (forbedrings sirkler) Vi er i gang, men et godt stykke igjen før denne arbeids- og tenkemåten er en del av vår arbeidshverdag og kultur

Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk har pr. i dag 222 hendelser som ikke er lukket. Av disse 222 hendelsene er 125 eldre enn 4 måneder. En feilkilde kan f. eks være turnusleger som ikke er flyttet til ny klinikk i Docmap.

Klinikken er kjent med utfordringen, og også med hvordan avvikene fordeler seg på våre enheter. Administrator sender månedlig ut rapport til alle avdelinger i klinikken med en klinikkoversikt på meldinger og status på Docmap generelt. Med oppfordring til ledere om å se på sine arbeidslister. Administrator vil i denne omgang tilby de som har mange meldinger bistand for å få saksbehandlet disse ferdig. Vi vil også sende ut epost til hver enkelt ansatt/leder som har meldinger liggende på sine arbeidslister. Vi ser også ca. 20 meldinger som er opprettet, men ikke videresendt. Det vil bli sendt påminnelse til disse om å enten ferdigbehandle eller slette disse meldingene.

Administrator vil påpeke at det til tider kan være utfordrende å drive meldingsbehandling i Docmap da det tilsynelatende er et kunnskapsgap i organisasjonen. Meldinger blir innimellom sendt på kryss og tvers. Dette kan gjøre prosessen med å saksbehandle meldingene utfordrende, også for oss som skal ha bred kunnskap om systemet og meldingshåndtering generelt.

Prehospital klinikk

Vi vil takke for at det blir tatt initiativ til å se på de avvik som har blitt liggende over tid ved NLSH. At melder får et svar innen ikke for lang tid, er viktig for å skape god meldekultur blant de ansatte. Prehospital klinikk har fokus på avvik og avvikshåndtering. Bland ledere i Ambulanseavdelingen er rask håndtering av avvik et mål, som de i all hovedsak når.

I akuttmottak, AMK og observasjonspost har ledere daglig avvikshåndtering på arbeidslisten, og det jobbes iherdig med dette. Ledere og fagansatte følger tett de ansatte, for å skape en god og positiv meldekultur.

For akuttmottak, AMK og observasjonspost har det over tid vært mye trykk i organisasjonen. Avvikene er ofte komplekse og krever utvidet saksbehandling. Etterslep pga perioder med hyppige lederbytter og hektisk møtevirksomhet har gjort det vanskelig å møtes for å behandle avvikene. God saksbehandling er ressurs- og tidkrevende. Tidvis er kunnskapen varierende om avvikshåndtering i DocMap blant lederne. Avvik som sendes annen avdeling oppleves å bli liggende, eller ikke bli besvart. Samhandlingsavvik og avvik utenfor (brann, politi osv) blir ofte ikke besvart slik at avvik kan lukkes.

Akuttmottak, AMK og observasjonspost er nå godt i gang i etablert ledelse og har stort fokus på rydding i avvik.

Akuttmedisinsk klinikk (AKUM)

AKUM er blitt registrert som hendelsessted i 29 avvik som ikke er blitt lukket innenfor tidsfristen. 4 av disse er aldri blitt sendt fra melder. Ca 50 % av avvikene er registrert uten at noen leder i AKUM er blitt registrert som leder for hendelsessted, eller har mottatt avviket som saksbehandler. De er mao utenfor klinikkens styring.

7 avvik ligger hos enhetsleder til behandling. Enhetslederen er klar over situasjonen, og vil behandle avvikene så snart som praktisk mulig. Resten er nå ferdig behandlet hos oss. Alle lederne i AKUM er oppfordret til å ta Docmap kurset, noe også mange har gjort (de fleste?). Resultatet er at alle har god kontroll over de avvik som er rett adressert. Avvik som blir registrert med AKUM som hendelsessted, men uten at vi tas med i saksbehandlingen har klinikken ingen styring på.

Mulig er manglende kunnskap om både NLSH's organisasjon (klinikkenes ansvarsområder) og Docmap's avviksmodul (flytskjema) fortsatt årsak til at det flyter avvik i systemet som ikke er riktig behandlet første gang. Nærmeste leders kunnskap og bevissthet omkring betydning av rett hendelsessted og avvikstype vil være utslagsgivende for at vi får redusert antall avvik som ikke blir behandlet innenfor tidsfristene.

Tidspress er også en faktor som man ikke kan se bort fra, og den enkelte vil alltid måtte prioritere oppgavene opp mot hverandre.

Senter for Drift og eiendom

Senter for Drift og eiendom tilstreber å lukke avvik fortløpende og har tradisjonelt lite åpne avvik. Pr. d.d. har senteret 21 åpne avvik, der 4 av disse avvikene er eldre enn 4 mnd. Administrator sender en gang i måneden ut en standard rapport på mail til avdelingslederne som har avvik liggende. I enkelte tilfeller kan saker eldes ut i fra at det er noe høy brukerterskel i DocMap.

Økonomiavdelingen

Meldinger økonomiavdelingen mottar blir i all hovedsak behandlet fortløpende.