



**HELSETILSYNET**  
I ROGALAND



RF-Rogalandforskning. <http://www.rf.no>

**Anne Barkve Andersen, Bjørg Botne, Ole Mathis Hetta, Preben H.  
Lindøe, Ove Njå, Torunn Salte og Torleiv Robberstad.**

## **Et verktøy for risikovurdering ved prioritering av tilsyn i helse- og sosialsektoren**

Rapport RF – 2004/105

Prosjektnummer: 7201957  
Prosjektets tittel: ROS i tilsyn  
Kvalitetssikrer: Terje Aven  
  
Oppdragsgiver(e): Statens helsetilsyn  
  
Gradering: Åpen

## Forord

Denne rapporten er kommet i stand etter initiativ fra Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Rogaland. Helsetilsynet i Rogaland ble 1. januar 2003 integrert i Helse- og sosialavdelingen hos Fylkesmannen i Rogaland. Hensikten med arbeidet har vært å utvikle et verktøy for en mer systematisk risikovurdering ved prioritering av tilsynsaktiviteter. I denne rapporten legger vi til grunn at tilsynet skal være *risikoinformert*, ikke risikobasert. Et risikobasert tilsyn kan lett gi inntrykk av at risikovurderinger skal styre all tilsynsaktivitet, og at andre forhold er irrelevante.

Rapporten er disponert i tre hoveddeler. Den første delen (kap. 1 og 2) beskriver grunnlaget for å utvikle verktøyet. I dette inngår planprosesser hos Helsetilsynet i Rogaland og erfaringer fra tilsyn som ble gjennomført av Fylkeslegen i Rogaland før fylkeslegekontoret ble integrert i fylkesmannsembedet og fikk navnet Helsetilsynet i Rogaland. Den andre delen (kap. 3) beskriver hvordan de ulike delene av verktøyet er utviklet, både sentrale begreper, data- og informasjonskilder og perspektiver på tilsynsaktiviteter. Selve verktøyet gjennomgås som en trinnvis prosess med tre hovedfaser (kap. 4) som til slutt settes inn i en lærings- og forbedringsprosess (kap. 5).

Vedlegg 1 består av en liste med vurderinger av datakilder for et risikoinformert tilsyn og vedlegg 2 er sjekklister som kan inngå som en del av verktøyet.

Helsetilsynet i Rogaland takker for utfordringen som ble gitt oss gjennom dette pilotprosjektet, og håper at rapporten kan være et godt underlagsmateriale for en videre utprøving og utvikling av verktøyet i Statens helsetilsyn.

Stavanger, juni 2004

Bjørg Botne, prosjektleder

## Innhold

Forord.....	2
1 INNLEDNING/BAKGRUNN.....	4
1.1 Tilsyn og risikovurderinger.....	4
1.2 Avgrensning av prosjektet.....	4
2 PROSJEKTGRUPPENS TILNÆRMING.....	5
2.1 Arbeidsmåte.....	5
2.2 Erfaringer fra tilsyn .....	7
2.3 Tilsynsplanlegging .....	11
3 UTVIKLING AV VERKTØYET .....	13
3.1 Om bruken av risikobegrepet.....	13
3.2 Sentrale begreper: Arena, område og tema .....	18
3.3 Informasjonskilder.....	20
3.4 Internkontroll .....	22
3.5 Kvalitet i tjenestetilbudet.....	23
4 VERKTØY FOR RISIKOVURDERING VED PRIORITERING AV TILSYN.....	24
Fase 1:    Rammebetingelser.....	25
Fase 2:    En grov risikovurdering av tilsynsarenaer, -områder og -tema .....	26
Fase 3:    Prioritering av tilsynsområder og tilsynsystema.....	29
5 TILSYN SOM EN LÆRINGS- OG FORBEDRINGSPROSESS .....	36
REFERANSER.....	38
VEDLEGG 1.....	39
VEDLEGG 2.....	45
VEDLEGG 3.....	53

# 1 Innledning/bakgrunn

## 1.1 Tilsyn og risikovurderinger

Det pågår i dag en grunnleggende debatt om hvordan samfunnet kan og bør reguleres og hvilken rolle myndighetenes skal spille når det gjelder tilsyn og kontroll innen ulike samfunnsområder og typer av virksomheter. Diskusjonen om myndighetsrollen henger sammen med en økende oppmerksomhet omkring risikotema i samfunnet. Dette innebærer at teknologisk, økologisk, medisinsk og sosial risiko blir tematisert og derved får større oppmerksomhet. Når myndighetene legger opp til en indirekte form for kontroll gjennom tilsyn (St. meld. 17 (2002-2003), så forventes det at vurdering av risiko blir lagt til grunn ved utvelgelse av tilsynsaktivitetene. Utprøving av prinsipper om "egenkontroll" eller "internkontroll", der virksomheter pålegges et ansvar for å "holde orden i eget hus" er en del av denne aktiviteten.

I 1997-1998 vurderte Riksrevisjonen seks av 13 distriktskontorer i Arbeidstilsynet.<sup>1</sup> Det viste seg da at et såkalt "risikobasert tilsyn" var et uklart begrep i etaten, og at hvert av distriktene hadde sine lokale varianter. Det er ikke urimelig å tro at en vil finne noe av det samme bildet innen Helsetilsynet i fylkene.

Målet med dette prosjektet har vært å utvikle et verktøy som kan hjelpe Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen til å gjøre systematiske risikovurderinger. Formålet er økt treffsikkerhet når det gjelder å fange opp fare for uønskede hendelser og derved oppnå større effekt av tilsyn. Verktøyet er ment å bidra til at prioritering, planlegging og iverksetting av tilsynsaktiviteter rettes mot *vesentlige* forhold i helse- og sosialsektoren, der tilsynet kan *avdekke* svakheter og mangler som kan *korrigeres*.

## 1.2 Avgrensning av prosjektet

Ot.prp. nr. 105 (2001-2002)<sup>2</sup> avklarer rollene til Statens helsetilsyn og fylkeslegene/helsetilsynene i fylkene. "For Statens helsetilsyn og fylkeslegene innebærer tilsyn å *ha oversikt over* befolkningens helsetilstand og behov for tjenester, *følge med* på hvordan helsetjenesten og helsepersonell utøver sin virksomhet og *gripe inn* overfor virksomheter og helsepersonell som utøver tjenester i strid med helselovgivningen."

---

<sup>1</sup> Se Riksrevisjonens undersøkelser vedrørende resultatoppgåelse i Arbeidstilsynet. Dokument nr. 3:9 (1999-2000).

<sup>2</sup>[2] Ot.prp. nr. 105 (2001-2002) "Om lov om endringer i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover.

Fylkesmannens tilsyn etter sosialtjenesteloven har endret seg med virkning fra 01.01.03. Fra denne datoen skal Fylkesmannen også føre tilsyn med kommunene etter sosialtjenestelovens kap. 4, 4A, 6 og 7. Tidligere hadde ikke Fylkesmannen hjemmel for systemtilsyn med kommunene etter sosialtjenesteloven, men kun med enkelte typer institusjoner/heldøgnsboliger.

Ot.prp. nr. 105 (2001-2002) trekker opp en ramme for hvilke faktorer Helsetilsynet i fylkene skal ta hensyn til i sine prioriteringer av det årlige tilsynet. Det er *”områder med stor risiko for svikt, områder der det er mange klager, områder der det er mange lovpålagte meldinger om feil eller uhell, områder der annen informasjon kan innebære at virksomheter drives i strid med helselovgivningen, områder som har høy politisk oppmerksomhet og tjenester for særlig utsatte eller sårbare grupper”*.

Vi kan skille mellom planlagte virksomhetstilsyn, hendelsesbaserte tilsyn og områdeovervåking, og disse tilsynsformene bør sees i et helhetsperspektiv. Med utgangspunkt i erfaringer med tilsynsaktivitet i Helsetilsynet i Rogaland utvikles et verktøy for planlagt virksomhetstilsyn. Som kjent kan ulike metoder anvendes ved virksomhetstilsyn, og valg av tilsynsmetoder ikke er behandlet her. Rapporten drøfter bare tilsyn med helse- og/sosialtjenester som blir initiert av regional stat. Vi regner likevel med at problemstillinger, tema og verktøy som drøftes kan anvendes i en videre sammenheng, som eks. ved bruk i Statens helsetilsyn ved prioritering av landsomfattende tilsyn .

## **2 Prosjektgruppens tilnærming**

### **2.1 Arbeidsmåte**

Prosjektet ble organisert under Helsetilsynet i Rogaland, som også hadde prosjektlederfunksjonen. Det ble etablert ei prosjektgruppe, med Bjørg Botne (prosjektleder), Anne Barkve Andersen, Ole Mathis Hetta, Torleiv Robberstad og Torunn Salte fra Fylkesmannen/Helsetilsynet i Rogaland. Preben Lindøe og Ove Njå deltok fra Rogalandsforskning, og Heidi Merete Rudi har fulgt prosjektet som observatør fra Statens helsetilsyn.

#### **Aktiviteter**

Vi har sett oss tilbake og etterprøvd hva som faktisk skjedde før, under og etter tilsyn som er gjennomført; Hvilke vurderinger lå til grunn for valget av det konkrete tilsynet, hvordan skjedde planlegging, gjennomføring og hvilken erfaring/lærdom kom fram av tilsynet? Var det systematisk arbeid med risikovurderinger som styrte utvikling og prioritering av virksomhetsplaner og aktiviteter, eller var det andre forhold som utløste tilsyn? Det kan for eksempel ha vært at virksomheten ”sto for tur”, at hendelser ble omtalt i media, tatt opp av politikere, publikum eller andre interessegrupper. Prosjektgruppa tok utgangspunkt i de 52 systemrevisjonene som Fylkeslegen/Helsetilsynet i Rogaland hadde gjennomført i tidsrommet 01.01.2001-

01.09.2003. Vi valgte ut fire av disse revisjonene for å få god spredning av erfaringer fra ulike tilsynsområder og tilsynstema. Rogalandsforskning intervjuet de som hadde planlagt og gjennomført systemrevisjonene, for å kartlegge bakgrunnen for disse tilsynene og hvordan de ble planlagt, gjennomført og fulgt opp. Rogalandsforskning var også observatør da tilsynsplanen for 2004 skulle legges. Sentrale begreper knyttet til tilsynspraksis ble også drøftet og presisert gjennom en rekke møter i prosjektgruppa. Aktivitetene i prosjektet er summert i tabell 2.1.

*Tabell 2.1 Aktiviteter i prosjektet*

<b>Aktivitet</b>	<b>Innhold</b>
Kartlegging	Systemrevisjonene Helsetilsynet i Rogaland hadde gjennomført i 2001, 2002 og 2003 ble gjennomgått.
Valg av eksempler	Det ble valgt ut fire eksempler med tre gjennomførte og en planlagt systemrevisjon. Hensikten var å undersøke nærmere hvorfor de ble prioritert, hvordan tilsynsaktivitetene ble planlagt, hvordan de ble gjennomført og rapportert og i hvilken grad kunnskapen/erfaringene er benyttet senere.
Virksomhetsplan legging 2004	Prosessen med fastsettelse av tilsynsplanen for 2004 ble fortløpende vurdert. Vi så på hvordan risiko, vesentlighet og revisjonsrisiko ble inkludert i planleggingen.
Erfaringer fra andre	Enkelte erfaringer fra andre som har gjennomført studier og etablert praksis omkring risikovurderinger ble trukket inn og diskutert.
Utvikling av et verktøy	Rammeverket ble utviklet i en felles arbeidsprosess mellom representantene for Helsetilsynet i Rogaland og Rogalandsforskning.

### *Valg av eksempler*

Prosjektgruppa valgte kun systemrevisjoner som Fylkeslegen/Helsetilsynet i Rogaland hadde gjennomført, eller planlagt gjennomført overfor helsetjenesten. Intensjonen var at verktøyet også skal kunne tilpasses Fylkesmannens tilsyn med sosialtjenesten.

*Tabell 2.2 Fire valgte eksempler*

<b>Eksempel</b>	<b>Tilsynsområde</b>	<b>Tilsynstema</b>
Nr. 1	Hjemmesykepleien i et kommunalt omsorgsboligkompleks.  Legetjenesten som en av fastlegene gir noen av beboerne i omsorgsboligene.	Saksbehandling ved tildeling av hjemmesykepleie. Dekking av grunnleggende behov. Samarbeid mellom hjemmesykepleie og legetjeneste i kommunen.  Medisinsk diagnostisering av eldre ved mistanke om mental svikt. Håndtering av pasientjournaler.
Nr. 2	En sykehusavdeling og kommunehelsetjenester (lege-, pleie- og	Utskriving av alvorlig syke pasienter fra sykehus til kommune (grenseflateproblem).

	omsorgstjenester) i to kommuner,	
Nr. 3	Kommunehelsetjenester (lege-, pleie- og omsorgstjenester) til beboer i kommunal barnebolig.	Organisering av ansvar og myndighet. Opplæring av personell. Rutiner for å sikre dekning av grunnleggende behov for pleie og omsorg. Nødvendige legetjenester. Saksbehandling ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester.
Nr. 4	Et sykehus (en del av et foretak).	Ansvarsforhold (uklarhet etter omorganisering) og internkontroll.

## 2.2 Erfaringer fra tilsyn

I dette kapitlet gjennomgår vi de fire eksemplene som er bakgrunn for utviklingen av verktøyet (jf. kap 3 og 4). Videre viser vi hvordan planleggingen av tilsyn ble påbegynt gjennom virksomhetsplanlegging for 2004.

Vi valgte eksemplene for å få et spekter av ulike tilsyn. Hvert tilsyn ble gjennomgått i egne møter hvor de ble analysert etter fire kriterier: 1) hvorfor tilsynet ble prioritert, 2) hvordan tilsynsaktivitetene ble planlagt, 3) hvordan de ble gjennomført, og 4) i hvilken grad kunnskapen/erfaringene er benyttet senere.

### Eksempel 1: Hjemmesykepleien i et kommunalt omsorgsboligkompleks og en relatert privat allmennlegepraksis

Dette eksemplet består av to separate systemrevisjoner; én ved hjemmesykepleien i NN kommune, og den andre ved en privat allmennlegepraksis i samme kommune.

Pliktsubjekt	Planlagt	Varsling	Formøte	Befaring	Tilsynsbesøk	Rapport
Kommune	Januar	7. august	16. september	11. oktober	30. oktober	18. desember
Allmennlege		25. juli	-	-	29. oktober	18. desember

#### *Prioritering:*

Tilsyn med hjemmesykepleie og en fastlegepraksis ble valgt fordi Fylkeslegen, hadde mottatt en rekke meldinger fra personalet ved sykehjemmet og omsorgsboligene over lang tid. Meldingene inneholdt bekymringer for kvaliteten på helsetjenester beboerne fikk ved omsorgsboligene. Legepraksisen ble utvalgt fordi vedkommende var fastlege til omkring 10 (av 55) beboere i omsorgsboligene, hvorav flere hadde tegn på mental svikt. Nære relasjoner mellom en ansatt i boligen og en ansatt hos Fylkeslegen førte til at Fylkeslegen i Rogaland hadde rikelig tilgang av formelle og uformelle meldinger fra det kommunale omsorgsboligkomplekset.

Tilsyn med helsetjenester til beboere i omsorgsboliger ble dessuten ytterligere aktualisert som følge av den nasjonale satsingen på eldreomsorg (1998 – 2002). I Rogaland medførte gjennomføring av St. meld nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen* at kommunene erstattet sykehjems plasser med omsorgsboliger. Dette skjedde også i NN kommune. Fylkeslegen ønsket gjennom tilsyn å rette oppmerksomheten mot behovet for samordning av hjemmesykepleien og fastlegene.

Tema som ble valgt for tilsyn med hjemmesykepleien var: 1) saksbehandling ved søknad om hjemmesykepleie, 2) dekking av grunnleggende behov og 3) samarbeid med fastlege.

Tema for tilsyn med allmennlegepraksisen ble valgt med tanke på å kunne vurdere opplysningene fra tilsynet med hjemmesykepleien om 1) medisinsk utredning og diagnostisering av eldre ved mistanke om mental svikt, 2) samarbeid med hjemmesykepleien og 3) håndtering av pasientjournaler.

*Planlegging:* Tilsynet med hjemmesykepleien hadde en uvanlig lang planleggingsperiode. Kommunen ble "varslet" om tilsynet allerede to år tidligere gjennom Fylkeslegens rapport fra tilsynet med sykehjemmet. I løpet av denne tiden gjennomførte Fylkeslegen også tilsyn med andre deler av helsetjenesten i denne kommunen.

*Gjennomføring:* Tilsynet med hjemmesykepleien i NN kommune og den private allmennlegepraksisen ble gjennomført som to separate systemrevisjoner, men i nært samarbeid mellom partene.

Tilsynet avdekket ingen avvik. Mye av dokumentasjonen kommunen la fram var av ny dato, og den var antakelig produsert i perioden mellom tilsynet ble varslet og Fylkeslegen gjennomførte tilsynsbesøket.

*Evaluerings:* Dette tilsynet var, etter revisjonsteamets sin vurdering, en riktig prioritering, som en nødvendig oppfølging av et tidligere tilsyn. Det var også i tråd med den nasjonale satsingen på eldreomsorgen (1998-2002), og bekymringsmeldingene Fylkeslegen hadde mottatt.

Det gikk lang tid fra planlegging av tilsynet begynte og til det ble gjennomført. I denne perioden var det stor uenighet mellom Fylkeslegen og kommunen om hva som skulle defineres som avvik ved et tidligere tilsyn i samme kommune.

*Erfarings-  
overføring:* I denne prosessen igangsatte kommunen ulike forbedringstiltak som påvirket kommunens pleie- og omsorgstjenester og gav institusjonen god tid til å forbedre rutinene sine. Bekymringsmeldingene gjorde at revisjonsteamet var forberedt på å avdekke svikt, men det ble ikke funnet noen avvik.

Tiden fra planlegging til gjennomføring (om lag 2 år) har antakelig i seg selv fungert som et virkemiddel til forbedring av kommunens internkontroll. Dette kan være et uttrykk for nytten av å bruke "forvarsel" før det gis formelt "varsel om tilsyn".

Tilsynet ble en positiv erfaring for alle parter. Fylkeslegen har fått god tilbakemelding om sin arbeidsform fra virksomhetslederen ved omsorgsboligene



og den aktuelle allmennpraktiserende legen. Kommunen har i ettertid invitert Fylkeslegen/Helsetilsynet i Rogaland til sine halvårlige nettverksamlinger om kvalitetsarbeid for sosial- og helsetjenesten i kommunen. Den allmennpraktiserende legen som fikk tilsyn har ”reklamert” for Fylkeslegens tilsyn i samarbeidsmøte med kollegaer.

### **Eksempel 2: Deltjenester i kommunehelsetjenesten i to kommuner og spesialisthelsetjeneste (sykehus)**

<b>Pliktsubjekt</b>	<b>Planlegging</b>	<b>Formøte</b>	<b>Varsling</b>	<b>Tilsynsbesøk</b>	<b>Rapport</b>
Kommune 1	Januar		8. mars	17. juni	16. juli
Kommune 2	Januar		8. mars	19. juni	16. juli
Sykehus	Januar	Februar	8. mars	18. juni	16. juli

*Prioritering:* Fylkeslegen hadde informasjon fra flere hold om at det var fare for svikt ved overføring av informasjon mellom ulike tjenestenivå, og en ønsket derfor å gjennomføre et tilsyn som fokuserte på grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten (sykehus) og kommunehelsetjenestene. Kommunene 1 og 2 ble valgt ut fra følgende kriterier: størrelse, at de ”sto for tur” og avstand til sykehuset.

Pleie- og omsorgstjenesten og legetjenesten ble valgt fordi de er de deltjenester i kommunen som hovedsakelig har befatning med denne pasientgruppen. I den ene kommunen ble det valgt et distrikt etter samtale med pleie- og omsorgstjenesten sin leder i kommunen. Siden Fylkeslegen har tilsynsansvar for et stort sentralsykehus, var det naturlig å velge ut en avdeling fra dette sykehuset. Kirurgisk avdeling og den posten som hadde flest alvorlig syke pasienter ble valgt for å sikre en tilstrekkelig erfaring med denne pasientgruppen.

Videre ble utskrivning av alvorlig syke pasienter valgt fordi dette er en pasientgruppe der behovet for samarbeid er særlig stort. Informasjonskilder for dette valget var tidligere erfaringer, klager fra pårørende og hyppig omtalt i media.

Følgende tema ble valgt i kommunen: Ansvarsforhold, deriblant avtaler som regulerer samarbeidet. Informasjonsoverføring fra sykehus til kommune. Informasjonsflyt i kommunen. Definisjon av tjenestetilbud i kommunen, vedtak. Tiltrettelegging av tjenestetilbudet i kommunen. Individuelle planer

Følgende tema ble valgt i spesialisthelsetjenesten: Ansvarsforhold, deriblant avtaler som regulerer samarbeidet. Informasjonsoverføring fra sykehus til kommunen. Individuelle planer. Interne samarbeidsforhold, ledelsesansvar. Pasientansvarlig lege. Informasjon til pasienten. Opplæring av kommunens helsepersonell.

<i>Planlegging:</i>	Stadige forskyvninger av tidsfrister gjorde planleggingen av tilsynet vanskelig.
<i>Gjennomføring:</i>	Gjennomføringen gikk som planlagt, men en erfarte at revisjonsteamet var for lite samkjørt ved gjennomføring av tilsynet. Dette skyldtes praktiske forhold i planleggingsperioden. Det medførte at det oppsto diskusjoner i tilsynsteamet og at revisjonsleder måtte innta en mer autoritær rolle enn ønskelig.
<i>Evaluering og erfaringsoverføring:</i>	I ettertid viste det seg at Fylkeslegen i sin planlegging hadde oversett den sentrale rollen en desentralisert sykehusavdeling i den ene av kommunene spilte for samarbeidet mellom de to tjenestenivåene.  I ettertid ser en at "forforståelsen" for valg av område var mangelfull, og en fant ikke de grenseflateproblemene som en hadde ventet. Valg av tema ble likevel vurdert som rett og viktig og det vil fortsatt stå på dagsorden hos Helsetilsynet i Rogaland.

### Eksempel 3: Helsetjenester til beboer i kommunal barnebolig

Pliktsubjekt	Planlagt	Varsling	Tilsynsbesøk	Rapport
Kommune	Hendelse ved årsskiftet	6. mars	1. april	12. april

<i>Prioritering:</i>	Akutt krise, fordi Arbeidstilsynet stengte boligen av hensyn til personalet.
<i>Planlegging:</i>	Ikke-planlagt tilsyn, som kunne iverksettes umiddelbart, fordi fylkeslegen selv og den aktuelle saksbehandleren hos Fylkesmannen tilfeldigvis var på reise sammen da varsel om stengning av boligen kom via fylkeslegens mobiltelefon. Arbeidstilsynet ble kalt inn til møte hos Fylkesmannen. Resultatet var at Arbeidstilsynet gav noen ukers utsettelse med tanke på stenging av arbeidsplassen.
<i>Gjennomføring:</i>	Det var åpenbare interessekonflikter mellom Arbeidstilsynet (arbeidstakere) og Fylkeslegen/Helsetilsynet (beboer). Kommunen mente beboeren hørte inn under spesialisthelsetjenesten. Det ble påvist fem avvik. Boligen ble avviklet 1. september da beboeren ble 18 år. Ny administrasjonsordning og nytt personale i kommunen bidro til mye bedre oppfølging i saken.
<i>Erfaringsoverføring:</i>	Det er etablert en bedre samforståelse med Arbeidstilsynet og Helsetilsynet i Rogaland om hvordan en skal opptre og informere hverandre i liknende saker. Det skjer bl.a. når lederne for statsetatene i Rogaland møtes og gjør rede for sin tilsynspraksis.

#### Eksempel 4: Spesialisthelsetjeneste/sykehusavdeling

Pliktsubjekt	Planlagt
Sykehus/Helseforetak	Hendelser i løpet av omorganiseringsperioden ved sykehuset (2002- 2004)

- Prioritering av:* Det kom en rekke bekymringsmeldinger som omhandlet forhold ved omorganiseringsprosessen ved sykehuset. Det var innført en radikal teammodell og sammenslåing med to andre sykehus. Dette medførte store endringer og belastninger på organisasjonen. Tilsynet med sykehuset er lagt til Helsetilsynet i Rogaland, mens tilsynet med foretaket som sykehuset er en del av, er lagt til Helsetilsynet i nabofylket. Ansvarsforholdet mellom helsetilsynene i de to fylkene har vært uklart, og dette har medvirket til at systemrevisjonen har blitt utsatt. Sykehuset har vært inne i en langvarig omorganiseringsprosess, og Helsetilsynet i Rogaland har i hele denne perioden vurdert behovet for tilsyn med sykehuset. Bekymringsmeldingene dreide seg i hovedsak om uklare ansvarsforhold.
- Planlegging:* Det har vært vanskelig å vurdere i hvor stor grad bekymringsmeldingene fra personellet omhandler medisinsk faglige forhold, eller om det bare er motstand mot omorganiseringen. Dette har bidratt til at planene om tilsyn stadig er blitt utsatt. Videre har uklare ansvarsforhold mellom de to helsetilsynene medvirket til at tilsynene ikke har blitt gjennomført
- Gjennomføring:* Tilsynet er enda ikke gjennomført
- Erfaringsoverføring:* Ansvarsforholdene mellom de to helsetilsyn er per juni 2004 avklart og tilsyn vil bli gjennomført

### 2.3 Tilsynsplanlegging

Som del av tilsynsplanleggingen for 2004 hadde Helsetilsynet i Rogaland to gruppemøter; ett om kommunehelsetjenesten og deler av sosialtjenesten, og ett om spesialisthelsetjenesten.

#### ***Kommunehelsetjenesten og deler av sosialtjenesten (jf. sosialtjenesteloven kap. 4 og kap. 6 A)***

Planlegging av tilsyn for 2004 skjedde bl.a. i møte 15.12.2003. Til møtet forelå en liste over alle 27 kommunene i Rogaland med stikkord for hver kommune som gav noen indikasjoner for prioritering. Utgangspunktet for samtalen var at en ut fra denne listen skulle komme fram til en liste med "ti på topp" når det gjaldt prioritering.

*Følgende rammebetingelser lå til grunn for prioriteringer.*

- Føringer fra sentralt hold fastsetter at tilsynet med kommuner med flyktninger og asylsøkere skal prioriteres i 2004.
- I 2003 var det planlagt tilsyn i fem kommuner, men av ulike grunner ikke ble ikke tilsynet gjennomført. I møtet ble det bestemt å prioritere to av kommunene i 2004

Under samtalen ble ulike kriterier trukket inn. Sentrale føringer påla at tilsyn med kommuner med flyktninger og asylsøkere skulle prioriteres dette året. Et annet kriterium var de fem kommunene hvor det opprinnelig var planlagt tilsyn i 2003, men som av ulike grunner ikke var blitt gjennomført. Bare to av disse kommunene kom med på den nye listen for 2004.

Spørsmålet om de små kommunene skulle gis spesiell oppmerksomhet ble reist. Her er det ofte mindre formell saksbehandling, men saksbehandlerne har gjerne god oversikt over innbyggernes behov. Bruken av statistikk som kriterium ble også vurdert, med utgangspunkt i et eksempel fra en av kommunene. Der hadde det vært mye uro omkring omorganisering. Tallene fra 2002 viste at i kommunen hadde 56 % av aldersgruppa 80 år og eldre verken institusjonsplass eller hjemmebaserte tjenester, mot bare 38 % i nabokommunen. Likevel var det få klager fra kommunen. Det var vanskelig å påvise sammenheng mellom registrering av fornøydhet og tjenestekvalitet. Her ga statistikken liten eller ingen hjelp.

I planleggingsmøtet kom det en rekke konkrete innspill på hvilke kommuner som burde prioriteres/ikke prioriteres. Dette resulterte til slutt i en liste over åtte kommuner (*barnevern holdes utenfor i dette prosjektet*). Listen ble ikke satt opp ut fra en klar systematikk, og den ble heller ikke prioritert.

Tabell 2.3 Prioriterte tilsynsområder i kommunene

Kommune	Stikkord for prioriterte områder
A	Psykatri. Sosialtjenester etter lovens kap. 4 og 5
B	Psykatri og sosialtjeneste etter lovens kap. 6 A
C	Samhandling. Psykiatri, spesialisthelsetjenesten. Flyktningehelsetjenesten
D	Saksbehandling, opplæring, helse- og sosial
E	Pleie og omsorgstjenesten. Psykiatri
F	Alle deler av kommunehelsetjenesten
G	Flyktningehelsetjenesten
H	Hvilket virkemiddel er mest tjenlig i denne kommunen, tilsyn eller rådgivning?

### **Spesialisthelsetjenesten**

I møte 10.12.2003 gjennomgikk gruppen årets tilsynsvirksomhet med spesialisthelsetjenesten og drøftet prioritering av tilsynsarbeidet i 2004.

*Følgende rammebetingelser lå til grunn for prioriteringer*

- Omfanget av dette skulle være den samme som i 2003, noe som gruppen mente innebar en streng prioritering.
- Omfanget av tilsyn i 2003 skulle ligge til grunn for prioriteringer i 2004.

Prosessen ble startet uten å tenke på ressursbegrensningene. Helsetilsynet i Rogaland har tilsynsansvar overfor to foretak. Grenseoppgangen mellom helsetilsynene i Rogaland ble diskutert i forbindelse med et sjukehus som var en del av et fylkesovergripende helseforetak. Tilsyn med dette sykehuset var blitt utsatt i lang tid, i påvente av avklaringer om hvem som skulle ha ansvaret for sykehus som er en del av fylkesovergripende helseforetak. Det er nå avgjort at Helsetilsynet i nabofylket har dette ansvaret og vil utføre det aktuelle tilsynet. Mye av møtet ble benyttet til å diskutere inneværende års aktiviteter innen somatikk og psykiatri. Innenfor somatikken ble det fokusert på sykehusets i et foretak der avdelinger for øre-nese-hals (ØNH) og ortopedi ble prioritert. Tilsynet med ortopedisk avdeling i 2003 skulle videreføres i 2004.

Fem institusjoner innen psykiatrien ble drøftet, både ut fra erfaringer fra tidligere tilsyn og ut fra generell erfaring med institusjonene.

Det kom i møtet fram bekymringer vedrørende psykiatrien både når det gjaldt enkeltpersoners virksomhet og systemnivå. Når det gjaldt enkeltpersoners virksomhet var bekymringene knyttet til blant annet diagnostisering, behandling, journalføring og utskrivninger. På systemnivå var det store forskjeller mellom de ulike institusjoner, - fra et relativt godt fungerende internkontrollsystem til et nesten fraværende system. Møtet konkluderte ikke med prioriteringer for 2004. Gruppen måtte videreføre flere aktiviteter i 2004, men en ønsket også å prioritere psykiatrien.

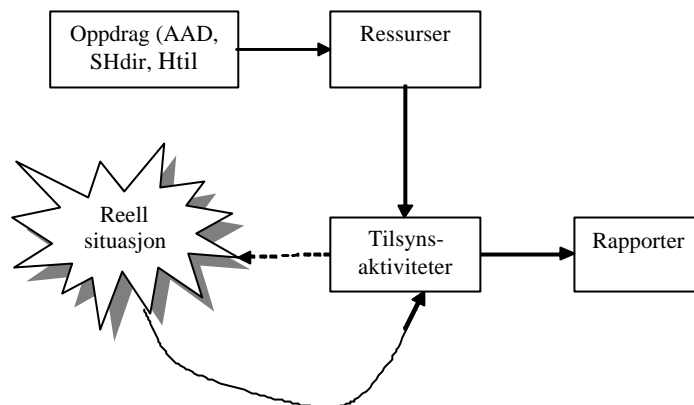
## **3 Utvikling av verktøyet**

I dette kapitlet drøftes noen sentrale begreper som blir brukt i rammeverket. Videre introduseres viktige data- og informasjonskilder, sammenhengen mellom disse og faktorer som inngår ved prioritering av tilsynet. Til slutt introduseres noen analytiske perspektiver på tilsynsaktiviteter.

### **3.1 Om bruken av risikobegrepet**

Ved prioritering av tilsynsaktiviteter, må det tas hensyn til rammer og prioriteringer fra overordnede myndigheter og det må videre tas hensyn til tilgjengelige ressurser. Med dette utgangspunkt kan en gjøre egne prioriteringer av tilsynsaktiviteter, basert på

risikovurderinger. For å kunne foreta gode risikovurderinger må en skaffe seg best mulig kunnskap om den ”reelle situasjon” som tilsynet står overfor i sin tilsynspraksis. Dette kan illustreres ved figur 3.1.



Figur 3.1 Prosjektfokus

Figuren illustrerer hvordan planlagte tilsynsaktiviteter søker å fange opp en ”reell situasjon” (den buede linjen). Planleggingen av denne tilsynsaktiviteten skjer med utgangspunkt i de oppdrag som sentrale myndigheter gir (AAD, SHdir og Htil) og de ressurser som er tilgjengelige. En vurdering av den ”reelle situasjon” innebærer en vurdering av mulig problemområder og fare for svikt. Det innebærer en ”risikoanalyse” som omfatter tidsperspektiv for mulige hendelse, vurdering av alvorlighet, muligheten for å påvirke tilsynsobjektet etc. Slike forholdene må vi derfor ta med når vi anvender ”risikoanalyser”.

### 3.1.1 Risikoanalyse

Tilsynets viktigste oppgave er å avdekke farlige forhold i den *nåtidige* tilstanden, som kan føre til svikt og uønskede utfall i *framtid*. På den måten kan tilsynet føre til endringer før noe uønsket har inntruffet. Tilgjengelige data er knyttet til hendelser i *fortid*, og gir ikke nødvendigvis noe godt bilde av framtidige hendelser. Et vesentlig poeng med risikobegrepet er at det er framtidsrettet, det handler om det *usikre* knyttet til hvordan framtiden blir.

I risikoanalysen beskrives mulige svikt som kan gi uønsket utfall. Hvorvidt svikt eller uønskede utfall vil inntreffe eller ikke, kan uttrykkes ved sannsynligheter. Det er et uttrykk for Helsetilsynet i fylket sin vurdering av hvorvidt det er sannsynlig at svikt eller uønskede utfall vil inntreffe i framtiden. Eksempler på slike er svikt i medisinsk utstyr eller i behandlingsrutiner, omsorgssvikt, smitte osv.

I risikoanalyser er en opptatt av å identifisere hvorvidt det er iverksatt tiltak eller funksjoner som kan bryte et spesifisert uønsket hendelsesforløp (*barrierer*). Rutiner og

prosedyrer som kan hindre at svikt og uønskede utfall inntreffer er eksempler på barrierer.

Ved hjelp av en risikoanalyse kan Helsetilsynet i fylkt uttrykke usikkerhet om svikt og uønskede utfall. Analysen fungerer som et verktøy for å kunne planlegge bestemte tilsynsaktiviteter den kommende perioden.

I denne rapporten bruker vi en *kvantitativ* forståelse av risikobegrepet. Det betyr at vi bruker symbolstørrelser eller tall til å beskrive usikkerheten om hendelser eller utfall vil inntreffe. En kan for eksempel beskrive sannsynligheten med ord: Fra ”liten sannsynlighet” til ”meget stor sannsynlighet”. En annen uttryksmåte vil være tallstørrelser mellom 0 og 1 der ”0” betyr at en uønsket hendelse ikke vil inntreffe og ”1” betyr at hendelsen sikker. Når vi sier noe om hvor ofte en hendelse inntreffer innen et gitt tidsrom, så betegner vi det med begrepet *frekvens*. Dersom vi bruker et år som ”målestokk”, og vi mener det er sannsynlig at en hendelse inntreffer gjennomsnittlig en gang i måneden så kan vi betegne det med en frekvens på 12. Skjer hendelsen nesten daglig kan vi si at frekvensen er omkring 300 (Se eksempel fase tre, trinn 4).

En slik kvantitativ forståelse av risiko kommer til uttrykk i beskrivelse av risiko som ”en funksjon av sannsynlighet for mulige uønskede hendelser og konsekvenser av disse. Risiko uttrykke.<sup>3</sup>

Risikoanalyser kan hjelpe oss til å *vurdere* (bedømme) hvordan verden vil se ut i framtiden. For eksempel vil analysene, dersom det er observert mange tilfeller av feilmedisinering i omsorgsinstitusjoner, kunne si noe om sannsynlighet for at det også vil skje i framtiden dersom det ikke settes inn forebyggende tiltak.

Risikoanalyser bygger både på fakta, analysemodeller (vurdering av årsak/virkning, se figur 4.5) teoretisk fagkunnskap og erfaringskunnskap/”magefølelse”. Alle datakilder er viktige når Helsetilsynet i fylket skal analysere risiko og de må brukes på en bevisst og måte der en kan etterspore informasjonen til den aktuelle kilden.

Ved vurdering av risiko er det viktig å skille mellom hvordan risiko for svikt *er* gjennom å bruke vitenskapelig kunnskap og metoder fra risikoanalyser, og hvordan vi vurderer at en situasjon *bør være*. I det første tilfellet dreier det seg om å anvende vitenskapelig basert kunnskap. I det andre tilfellet feller vi verdinormer om hvordan vi mener noe skal være. Det er en krevende oppgave for tilsynet med helse- og sosialtjenester å ta stilling til situasjonen slik den ”er”, og deretter vurdere hvordan den ”bør være”. Det krever for det første at en har gode datakilder og metoder for å kunne hente inn, analysere og vurdere informasjon. For det andre må en med utgangspunkt i lov- og regelverk vite hva som er *god praksis* og kunne vurdere om de funn en gjør ved tilsyn ligger innenfor dette ( se kap. 3.5).

Forutsetningen for risikoinformert tilsyn er at risiko både kan påvirkes og ”styres”. Både enkeltpersonell, grupper av personell og virksomheten som helhet gjør små og store valg og prioriteringer, og slik velges (implisitt) et ”risikonivå” som pasienter/klienter utsettes for. Et grunnleggende spørsmål vil hele tiden være: Hva er ”gode nok” tjenester? Dess mer en vet om hvordan beslutningene påvirker risikoforhold, dess bedre er aktørene i stand til å foreta de ”riktige” valgene. Tilsynet sin oppgave blir derfor å overvåke og skaffe seg informasjon om hvilke områder som er

særlig sårbare/kritiske for de ulike tjenestene. På denne måten kan tilsynet ha en dobbelt virkning, både med å korrigere uheldig praksis og med å forsterke velfungerende tjenester gjennom en prosess for læring og forbedring. En måte å gjøre dette på er å utvikle tilsynet som en lærings- og forbedringsprosess (se kap. 5).

### 3.1.2 Kritikalitet

Kritikalitet er et begrep vi benytter for å beskrive virkninger og konsekvenser av svikt i en del av et system. Jo større konsekvenser en potensiell svikt vil ha, jo mer kritisk vil handlingen som utløser svikten være. Det er derfor viktig å skaffe seg oversikt over kritiske forhold ved systemet (se figur 4.3).

Risikoanalyser brukes for å avdekke kritiske faktorer, og i slike analyser inngår vurderinger av konsekvenser av svikt. Alvorlige konsekvenser i helse- og sosialtjenesten kan være for eksempel død og alvorlig personskade. Videre er det viktig å knytte kritikalitet til sannsynligheter for at en uønsket hendelse skal inntreffe (se figur 4.5).

### 3.1.3 Revisjonsrisiko

Revisjonsrisiko er et begrep som Riksrevisjonen<sup>3</sup> bruker i planlegging av revisjonsaktiviteter. Revisjonsrisiko er sjansen for at revisor ikke avdekker de vesentlige feil eller mangler som eksisterer. Anvendt på planlegging av tilsynsaktivitet i helse- og sosialsektoren kan vi relatere revisjonsrisiko både til systemet som det skal føres tilsyn med, til egenskaper ved selve tilsynsarbeidet (valg av tilsynsmetodikken) og til egenskaper ved systemet som det skal føres tilsyn med.

Her må vi stille oss flere spørsmål: I hvilken grad får tilsynet kontrollert kritiske faktorer? Dersom tilsynet berører kritiske faktorer, vil svakheter da bli oppdaget? Dersom tilsynet har påpekt svakheter ved kritiske faktorer, vil en oppnå varig læring og korrigerende av svakheter? Vil tilsynet ha effekt utover dem det konkret føres tilsyn med? Her er det snakk om samspillet mellom aktørene; *tilsynet, utøvende personell og ledelsen i virksomheten*. Også her kan risikoanalysen være til hjelp for å studere egenskapene ved tilsynsarbeidet

### 3.1.4 Endringsmulighet

Effektiviteten av et tilsyn kan måles med endringsprosessene etter et tilsyn, både i det konkrete tilsynsområdet og som lærings- og endringsprosesser innen andre områder. Det er en utfordring for tilsynet å føre tilsyn på en måte som fremmer bedre arbeidsmåter og beslutninger hos dem en skal føre tilsyn med. Myndighetskravene gjelder selvsagt for alle virksomheter, men for at tilsynet best mulig skal kunne bidra til forbedring av kvaliteten på tjenestene, bør tilnæringsmåten være tilpasset den enkelte

---

[6] Se "Standarder for revisjon i riksrevisjonen" og "generelle retningslinjer og rammevilkår for revisjonsarbeidet".



virksomhet/situasjon. Vi kan skille mellom virksomhetens *vilje* og deres *evne* til å rette seg etter de krav som følger av regelverket. Matrisen i figur 3.2 er et utgangspunkt for å skille mellom ulike typer av virksomheter når det gjelder oppfølging av myndighetskrav.

		<i>VILJE til kvalitetsforbedring</i>	
		Stor	Liten
<i>EVNE til kvalitetsforbedring</i>	Stor	1 "Selvgående" virksomheter	3 "Unnasluntrerere"
	Liten	2 Virksomheter motivert for veiledning og bistand	4 "Verstinger" som verken vil eller kan forbedre kvaliteten

Figur 3.2. Typologi for valg av virkemidler og sanksjoner

Helsetilsynets virkemidler for å oppnå en kvalitetsforbedring må nyanseres og tilpasses en slik typologi. Ytterpunktene i figur 3.2 er de "selvgående" virksomheter og "verstingene".

De "selvgående" (1) har både stor evne og mye vilje til kvalitetsforbedring. De klarer seg stort sett uten hjelp, og kan ofte være drahjelp eller "fyrlys" for andre. Tilsynets rolle overfor dem bør først og fremst være støttende.

Virksomheter som er motiverte for veiledning og bistand (2), men som ikke evner det så godt, har trolig best nytte av at tilsynsmyndigheten opptrer mer aktivt og deltakende i form av en svakt styrende, men sterkt støttende tilnærming.

Hos "unnasluntrerere" (3) hvor det ikke skorter på evne, men finnes liten vilje til kvalitetsforbedring, skal kanskje tilsynet gjennomføres med større fasthet fra myndighetens side?

"Verstingene" (4), som verken vil eller kan drive med systematisk kvalitetsforbedring, kan ha bruk for kraftigere og mer pågående virkemidler fra tilsynets side. Tilsynet må gjerne være sterkt styrende overfor dem og heller øke støtten etter hvert som viljen øker. Et grunnleggende problem kan være at de ulike aktørene tenker og handler på en annen måte enn den "systemtankegangen" som er innbakt i regelverket og som for eksempel kommer til uttrykk gjennom internkontrollprinsippet.

## 3.2 Sentrale begreper: Arena, område og tema

Entydig begrepsbruk er et vilkår for å få felles forståelse av prosess og oppbygging av tilsynsarbeid. Siden uttrykk ofte brukes på ulike måter og med ulikt innhold, velger vi å definere en hierarkisk struktur med tre nivåer som vi betegner med *tilsynsarena*, *tilsynsområde* og *tilsynstema*. Tilsynsarenaen kan være sammenfallende med pliktsubjektet, for eksempel kommune og fylkeskommune. I spesialisthelsetjenesten er det annerledes. Der vil helseforetaket være tilsynsarenaen, mens pliktsubjektet for eksempel kan være helseforetaket selv, en privat institusjon eller en privatpraktiserende spesialist som har inngått avtale med helseforetaket.

Valg av tilsynsmetodikk må gjøres først etter å ha gjort en risiko- og sårbarhetsvurdering av tilsynsarenaer, -områder og -tema. Vi presiserer at valg av tilsynsmetodikk ikke vil bli omtalt i denne rapporten. Systemrevisjoner har vært den dominerende tilsynsmetoden de senere år, men systematiske risiko- og sårbarhetsvurderinger vil trolig aktualisere valg av flere metoder for Helsetilsynet, enten de brukes hver for seg eller i kombinasjon med hverandre.

### 3.2.1 Tilsynsarena og område

Tilsynsarenaer er definert i lovverket. Der blir det fastslått hvem som har ansvaret for hvilke tjenester. Dette ansvaret omfatter både tjenesteyting, dokumentasjon, internkontroll og retting av eventuelle avvik, og er derfor en del av grunnlaget for tilsynsarbeidet.

De forskjellige tilsynsarenaene er etter dette:

- Helseforetaket/det regionale helseforetaket har ansvar for det aller meste av spesialisthelsetjenestene, medregnet private spesialister og institusjoner som har avtale med foretaket.
- Fylkeskommunen har ansvar for tjenester etter lov om tannhelsetjeneste, dvs. folketannrøkt og privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen.
- Kommunen har ansvar for tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, medregnet privatpraktiserende helsepersonell og private institusjoner som har avtale med kommunen.
- Operatørselskapet har ansvar for offshoreaktiviteter, - både enkeltinstallasjoner og fartøy.
- Private institusjoner og privatpraktiserende helsepersonell (jf. helsepersonelloven § 48) har ansvar for egen virksomhet, uavhengig av om de har avtale med helseforetak, fylkeskommune eller kommune. Der slik avtale foreligger, har begge avtaleparter ansvar for tjenestene ("outsourcing" til kontraktør).

Hver tilsynsarena omfatter mange *tilsynsområder*. Et tilsynsområde er et tjenesteområde eller en virksomhet som utgjør samme organisatoriske enhet. Det kan eksempelvis være et sykehjem, skolehelsetjenesten eller en allmennlegepraksis innen

kommunehelsetjenesten (tilsynsarenaen). I sosialtjenesten kan det være praktisk bistand og opplæring til klienter, støttekontaktordning (jf. sosialtjenesteloven § 42 og bruk av tvang og makt, jf. kapittel 4A). Eksempel på et tilsynsområde innen fylkeskommunen (tilsynsarenaen) kan være en tannklinikk.

Innen spesialisthelsetjenestene kan tilsynsområder være sykehusavdeling, post, poliklinikk, laboratorium, ambulansesentral, eller en privat spesialistpraksis.

Tabell 3.1. viser arenaer og områder som Helsetilsynet i fylkene skal føre tilsyn med. Tilsyn med helsetjenester på kontinentalsokkelen (offshorehelsetjenesten) er spesiell for Helsetilsynet i Rogaland, og er derfor ikke tatt med i den videre analysen.

Tabell 3.1: Tilsynsarenaer og tilsynsområder.

Tilsynarena	Eksempler på tilsynsområder (enheter, deltjenester)
Helseforetak/regionalt helseforetak	Enhet for diagnostikk, behandling og/eller rehabilitering (somatikk, psykiatri, rusvern), privat institusjon med avtale, privatpraktiserende spesialist med avtale, m.v.
Fylkeskommune	Enhet i den offentlige tannhelsetjenesten (klinikk og lignende). Privatpraktiserende tannlege med avtale.
Kommune	<u>Deltjeneste innen kommunehelsetjenesten:</u> Helsestasjon, sykehjem, hjemmesykepleie, allmennlegepraksis, fysioterapeut med avtale, m.v. <u>Innen sosialtjeneste:</u> Praktisk bistand/opplæring, avlastning, støttekontakt, tvang og makt m.v.
Operatørselskap på kontinentalsokkelen *	Enkeltinstallasjon/-fartøy.
Andre	Privatpraktiserende helsepersonell (jf helsepersonelloven § 48) eller privat institusjon med eller uten avtale med helseforetak, kommune eller fylkeskommune.

\*) Spesielt for Helsetilsynet i Rogaland.

Vi kan illustrere de ulike tilsynsarenaene og områdene som større eller mindre sektorer eller "kakestykker" slik det vist i figur 3.3.

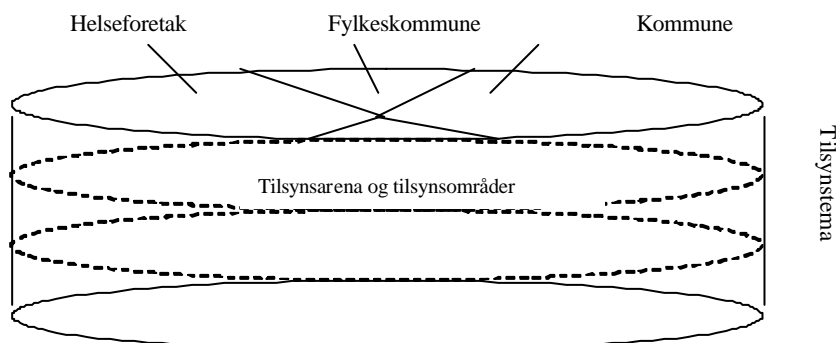


Fig. 3.3 Tilsynsarenaer, -områder og tema

### 3.2.2 Tilsystema

”Kakemodellen” i figur 3.3 er delt i ulike store stykker som hver for seg utgjør en tilsynsarena (jf. tabell 3.1). Hvert av stykkene kan igjen deles i flere mindre stykker som illustrerer tilsynsområder. I alle ”kakestykkene” er det flere horisontale lag, og disse lagene representerer forskjellige tilsystema. Noen tilsystema er felles for de fleste tilsynsområder, så som håndtering av pasientjournaler, diagnostisering og behandling av ulike lidelser, avvikssystem, taushetsplikt, samarbeidsrutiner etc.

Det er umulig å føre tilsyn med alle tilsystemaene samtidig, og derfor er det nødvendig å velge ut noen få tilsystema ved å anvende et risikoinformert tilsyn. Det betyr at datakilder og informasjonstilgang er et viktig tema.

### 3.3 Informasjonskilder

Det finnes en rekke kilder for informasjon som Statens helseinspeksjon og Helseinspeksjonen i fylkene kan bruke som datagrunnlag i risikoanalyser, og som vurderingsgrunnlag for planlegging og prioritering av tilsyn. En detaljert karakteristik og analyse av datakildene fremgår av vedlegg 1. Følgende liste er eksempler på aktuelle datakilder som både representerer virksomheter og aktører som formidler data (media, pasientombud, apotek, etc.) og dataformat (meldinger, register, indikatorer, etc.).

- KOSTRA (*kommune-statrapportering*) og data fra Styrings- og informasjonshjulet
- Kartleggingstilsyn
- Fylkesmannens statistikk over klagesaker etter sosialtjenesteloven
- Sykehusenes kvalitets-/skadeutvalg (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3)
- Norgeshelsen
- Meldinger fra kontrollkomisjoner i psykisk helsevern
- Klager og beklagingsmeldinger fra pasienter/pårørende/klienter/ansatte eller fag-/interesseorganisasjoner
- A-reseptregisteret
- Melding om skadeavvergende tiltak og vedtak om bruk av tvang, på individnivå
- Media
- Saksdokumenter/møtereferater fra driftsstyrer i helsetjenesten
- Pasientombud
- Kvalitetsindikatorer
- Melding fra helsepersonell (ihht. helsepersonelloven § 17)
- Brukeropplevd risiko i forbindelse med helse- og sosialtjenester
- Møter med helsetjeneste og sosialtjeneste
- Kunnskapscenterets pasientoppfølgingsundersøkelser

- Andre offentlige myndigheter (Politi, Arbeidstilsyn, utdanning, Trygdekontor)
- Vitenskapelig litteratur, artikler, rapporter etc.
- Apotek
- Evalueringer av egne og andres tilsynsaktiviteter

Ved å knytte disse informasjonskildene til vurderingsfaktorene i Ot.prp. nr. 105 (2001-2002) og gruppere dem i noen hovedkategorier, er det lettere å se hvilken type informasjon som er aktuell å søke når tilsynsorganet skal ta hensyn til de enkelte faktorene slik det er vist i tabell 3.2

Tabell 3.2 Prioriterte områder og deres informasjonskilder

Kategori	Helsetilsynet skal ved prioritering ta hensyn til følgende områder*	Informasjonskilder
I	Der det er <i>mange klager</i>	Klager eller bekymringsmeldinger fra pasienter, pårørende, fagorganisasjoner, interesseorganisasjoner, pasientombud, etc.
II	Mange <i>lovpålagte meldinger</i> om feil eller uhell	Skademelding fra sykehus, melding fra helsepersonell (ihht helsepersonelloven, sykehusenes kvalitetsutvalg, kontrollkommisjoner i psykisk helsevern
III	Opplysninger om stor risiko for svikt og/eller at virksomheter drives i <i>strid med helselovgivningen</i>	a) <i>Databaser</i> (statistisk bearbeiding, analyse): KOSTRA , Norgeshelsa, apotek, kartleggingstilsyn, A-reseptregisteret, b) <i>Møter</i> med helsetjenesten, andre offentlige myndigheter c) Saksdokumenter som møtereferater, rapporter, etc.
IV	<i>Politisk oppmerksomhet. Særlig utsatte og sårbare grupper</i>	Informasjon fra sentralt politisk hold som kommer til uttrykk gjennom politisk ledelse, forvaltning, og Statens helsetilsyn.

\*) Etter Ot.prp. nr. 105 (2001-2002)

De to første kategoriene er spesifikke og knyttet til klager og lovpålagte meldinger. Den tredje kategorien er åpen, og her inngår informasjon fra databaser, dokumenter og personlige inntrykk fra møter eller befaringer. Normalt vil informasjon om stor risiko for svikt innebære at en aktør/virksomhet drives i strid med helselovgivningen, men det kan også tenkes at lovgivningen ikke fanger opp den aktuelle situasjonen. I praksis kan det være vanskelig å holde disse to kategoriene fra hverandre. Vi har derfor slått dem sammen.

Tjenester for særlig utsatte eller sårbare grupper vil ofte ha stor politisk oppmerksomhet. Slik informasjon kan komme som føringer fra sentralt hold. Det vil i så fall være en del av rammebetingelsene og inngå som en del av verktøyet ( se kap. 4, fase 1 og fase 2).

### 3.4 Internkontroll

Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten av 20.12.2002 bygger på samme lest som "Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid", men med noen viktige forskjeller. Forskriften for helse, miljø- og sikkerhetsarbeid har en formulering om at virksomheten skal *kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak* (§ 5.6), mens det i forskriften for sosial og helsetjenesten (§ 4) står at virksomheten skal *"Skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangler på oppfyllelse av myndighetskrav"*.

Selv om ikke ordet risiko brukes direkte i forskriften for sosial og helsetjenesten, så er risikobegrepet beskrevet der. I § 4, under bokstavene a til e, beskrives hvilke forutsetninger som skal være på plass dersom virksomheten skal kunne drive et systematisk forbedringsarbeid. Deretter beskrives elementene i et systematisk forbedringsarbeid trinn for trinn, slik det er vist i tabell 3.3.

Tabell 3.3 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

a	beskrive virksomhetens hovedoppgave og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet, samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt
b	sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder virksomheten
c	sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll
d	sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
e	gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten
f	skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt, eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav
g	utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av sosial- og helselovgivningen
h	foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Forskriften kan også leses som en beskrivelse av en *metodikk for prosessforbedring*, der den ene "forbedringssløyfen" ligger utenpå den andre. Den første sløyfen viser at enkeltprosesser skal fungere i samsvar med faglige forsvarlighetskrav, og bør være i samsvar med god praksis (f og g).

Den andre sløyfen viser at virksomheten skal følge opp sin egen internkontroll gjennom en kontinuerlig forbedring (h). Dette betyr at virksomheten skal foreta «egen-evaluering» av det system en har etablert.

Vi kan samle innholdet i § 4 i Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten innenfor to temaområder. Det første området setter krav til virksomhetens mål og organisasjon, lovgrunnlag, kompetanse og medvirkning som en forutsetning for et systematisk arbeid med risikoforebygging. Det andre området beskriver hvordan det systematiske arbeidet skal skje. Dette er vist i tabell 3.4.

Tabell 3.4. *Forbedringsmetodikk i "Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten"*

	Innholdet i § 4	Hva innebærer dette?
Forutsetninger a – e	<i>Krav til virksomhetens mål og organisasjon, lovgrunnlag, kompetanse, medvirkning</i>	Det må være klarhet i organisasjonen mht. målsettinger, ansvarsforhold, kompetanse og medvirkning fra ansatte og brukere/interessenter
Systematisk forbedring f – h	<i>mål for forbedringsarbeidet</i>	Klare styringsmål for arbeidet
	<i>avdekke fare for svikt</i>	<i>Risikovurdering</i> av svikt i forhold til myndighetskrav
	<i>avdekke, rette opp og forebygge</i>	Rette opp og forebygge avvik
	<i>systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen</i>	Sørge for systematisk og kontinuerlig overvåking (evaluering) av arbeidsprosedyrene

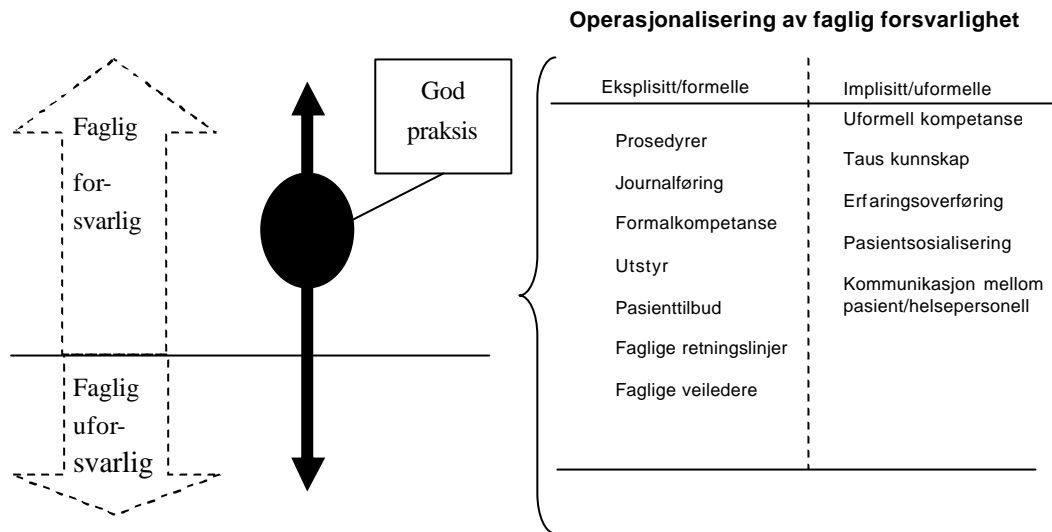
### 3.5 Kvalitet i tjenestetilbudet

Vurdering av risiko må ses i sammenheng med kvalitet i tjenestetilbudet der god faglig kvalitet er viktig. De aller fleste av oss har ønsker og forventninger om at de tjenester som blir levert av helse- og sosialtjenesten er i samsvar som det som til enhver tid anses som best. Når kvalitet skal vurderes ut fra et tilsynsmessig ståsted er imidlertid ikke kvalitetsbegrepet så entydig. Faglig utvikling, verdioppfatninger og vurderinger av den konkrete situasjon vil ha betydning for vurderinger av kvalitet. Likeledes vil ressursmessige, geografiske og andre forhold gjøre at pasienters forventning om "kun det beste er godt nok" ikke kan imøtekommes til enhver tid.

I følge myndighetene skal imidlertid alle pasienter være sikret en minstestandard på tjenestetilbudet. Myndighetene gir lover, forskrifter og faglige veiledere som har til hensikt å sikre at alle pasienter får tjenester som er *faglig forsvarlige*. Faglig forsvarlighet er en standard for innhold og omfang av tjenestetilbudet, og standarden vil forandres over tid. Innenfor de ulike spesialiteter vil det etableres faglige standarder og oppfatninger om hva som til enhver tid anses som "god praksis. Dersom tjenestetilbudet blir faglig uforsvarlig har tilsynsmyndigheten en forpliktelse til å gripe inn.

Innenfor de rammene som settes av myndighetene og "god praksis" vil det være et handlingsrom. Følgelig vil det også etableres en grense mot det som kan betegnes som faglig uforsvarlig praksis. Mellom faglig uforsvarlighet og "god praksis" vil det være et område for kvalitetsforbedringer, der vurderingene vil avhenge av hvordan

lovgrunnlaget er utformet og myndighetenes prioriteringer i form av ressurstilgang, tilgjengelig kunnskap, teknologi, etc. Dette er vist i figur 3.4.



Figur 3.4 Kvalitet på tjenestetilbud

Pilen til venstre markerer overgangen mellom faglig forsvarlig til ikke faglig forsvarlig kvalitet. I praksis betyr dette at virksomheten bør etablere en "god praksis" som ligger godt innenfor det området som er faglig forsvarlig, slik det er markert ved det mørke feltet i figuren. Til høyre i figuren er det vist eksempler på kriterier eller sjekkpunkter for å operasjonalisere hva som er faglig forsvarlig.

## 4 Verktøy for risikovurdering ved prioritering av tilsyn

Etter Ot.prp. nr. 105 (2001-2002) skal Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylkene føre tilsyn ut fra tre perspektiv. En skal for det første *ha oversikt over* befolkningens helsetilstand og behov for tjenester<sup>4</sup>, dernest skal en *følge med* på hvordan helsetjenesten gjennom virksomheter og helsepersonell utøver sin virksomhet og for det tredje skal en *gripe inn* overfor virksomheter og helsepersonell<sup>5</sup> som utøver tjenester i strid med helselovgivningen.

Dette kapitlet viser et verktøy som kan brukes for å planlegge og prioritere tilsynsaktiviteter ved hjelp av *risikovurderinger*.<sup>6</sup> Arbeidet er delt i tre faser.

4[7] Innebærer systematisk innsamling, registrering, analyse og rapportering av datakilder, se vedlegg.

5[8] Hendelsesbasert tilsyn – kan planlegges med slakk i organisasjonen og er da en del av rammeverket.

6[9] Den risikoanalytiske tilnærmingen i rammeverket bygger bl.a. på Braut og Njå (2001) og Aven m.fl. (2004).



*I fase 1* klargjøres hvilke rammebetingelser og hvilket handlingsrom som finnes for tilsynsaktiviteten i den aktuelle perioden.

*I fase 2* foretas en grov risikovurdering av tilsynsarenaer, tilsynsområder og temaer. Poenget med denne fasen er at alle som er involvert i tilsynsarbeid bidrar i en samlet vurdering og drøfter ”hvor skoen trykker mest”. En bør også se på avhengigheten mellom ulike arenaer og områder og vurdere hva et tilsyn kan bety for å rette opp kritiske faktorer (revisjonsrisiko).

*I fase 3* går en videre med å prioritere områder og tema. Vi begynner med å identifisere potensiell svikt innenfor de prioriterte områder, og vurderer så bakenforliggende årsaker, mulige konsekvenser av potensiell svikt og hvilken sannsynlighet det er for at det skal inntreffe svikt. Også her stilles spørsmål om hvilken nytteverdi et tilsyn kan ha.

Med en slik arbeidsform oppnår en for det første et systematisk grunnlag for å *prioritere* tilsynsaktivitet. For det andre blir prosessen en *forberedelse* til de enkelte tilsyn som blir valgt ut. For det tredje vil arbeidsprosessen i seg selv kunne fungere som en intern *erfarings- og kunnskapsformidling* mellom ansatte.

En kortversjon av verktøyet ; fase 1, fase 2 og fase 3 finnes bakerst i kapittel 4 (s. 37).

## **Fase 1: Rammebetingelser**

De viktigste rammebetingelsene er kapasitet og kompetanse i egen tilsynsvirksomhet, områdeovervåking og rammer og føringer fra overordnet myndighet. Det siste kan omfatte nye krav i regelverket som skal følges opp, statlige tilsynsprosjekter eller spesifikke prioriteringer som gis.

Tilsynets egen kapasitet kan være bundet opp til etterslep av tilsyn fra tidligere år, og en må derfor vurdere om disse kan vurderes på nytt. Det er også viktig å vurdere hvor mye ”slakk” det er nødvendig å legge inn i planene slik at det er mulighet til å gjennomføre eventuelle uforutsette/hendelsesbaserte tilsyn.

Følgende dokumenter i Helse- og sosialavdelingen /Helsetilsynet i fylkene legger føringer for virksomhetsplanleggingen:

1. Årlig tildelingsbrev fra AAD
2. Årlig oppdragsbrev fra Statens helsetilsyn
3. Årlig fullmaktsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet
4. Budsjettprosessen med sluttproduktet: *Disponeringsnotat*. Disse dokumentene klargjør hvilke ressurser som stilles til rådighet og hvilke forventninger overordnede myndigheter har til Helse- og sosialavdelingen/Helsetilsynet i fylkene.

## **Fase 2 En grov risikovurdering av tilsynsarenaer, -områder og -tema**

For å sikre at de prioriteringer som blir gjort, blir gjort ut fra risikobaserte vurderinger og ikke ut fra enkeltansattes preferanser, gjøres en grov risikovurdering i fase to. Dette er prioriteringer hvor alle som deltar i tilsynsarbeidet bør delta. I fase tre går en videre i prioriteringene og i denne fasen foretas de endelige prioriteringer.

Aktivitetene i fase to kan deles inn i fem trinn:

### **Trinn 1 *Oversikt over ulike tilsynsarenaer og tilsynsområder og forholdet mellom dem* (Se kap. 3.2.1)**

Arbeidsdeling og spesialisering fører gjerne til at ulike personellgrupper hos Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen i større eller mindre grad er knyttet til "sin arena" eller "sine områder". Dette betyr at erfaringskunnskap og innsikt begrenses, noe som kan gjøre det vanskelig å bidra til en overordnet prioritering. Derfor er det nødvendig å sikre at alle har oversikt over de ulike tilsynsarenaene og tilsynsområdene og sammenhengen mellom dem.

En bør videre vurdere hvilken avhengighet det kan være mellom de ulike tilsynsarenaer, som for eksempel mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Utviklingen av en felles systemforståelse kan være en del av prosessen omkring virksomhetsplanlegging, årsrapportering eller andre løpende aktiviteter.

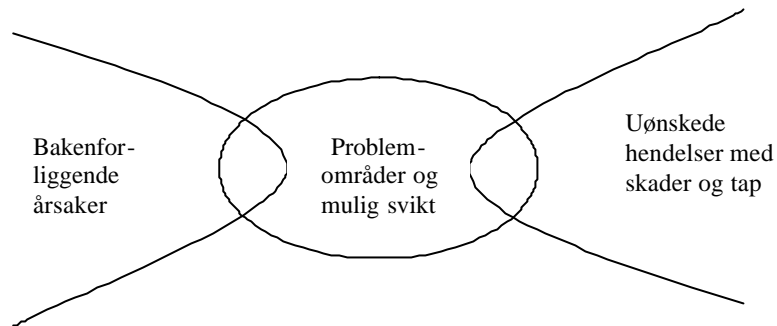
### **Trinn 2 *Hvor er det skoen trykker?***

På bakgrunn av en samlet oversikt (trinn 1) og perspektiv på befolkningens *helsetilstand, behov for helse- og sosialtjenester* og hvordan *virksomheter og enkeltpersonell* utøver sin virksomhet, er det naturlig å spørre hvor det er "skoen trykker mest"? I arbeidet med risikovurdering kan flere personellgrupper framskaffe og systematisere informasjon for en bedre felles forståelse av de mest kritiske forhold. En kan også gjøre systematisk bruk av informasjonskilder som allerede foreligger (se vedlegg 1 og sjekklister i vedlegg 2).

I denne fasen er det helt overordnede områder som skal på bordet, som for eksempel: "rusmiddelomsorgen er ikke tilfredsstillende".

### **Trinn 3 *Vurderinger av årsaker og konsekvenser av kritiske forhold***

For hvert område som kan representere "kritiske forhold", prøver en å danne seg et bilde av hva som kan ligge til grunn, og hvilke skader eller tap som kan bli konsekvensen av den svikt som er påvist. Det er ikke snakk om dyptgående analyser eller innsamling av ny informasjon, men å bruke den kunnskapen en allerede har som enkeltpersoner eller gruppe. "Traktmodellen" som er vist i figur 4.1 kan være en rettesnor for vurderingene.



Figur 4.1 Årsaks –virknings analyse

#### **Trinn 4 Kan tilsynsaktivitet oppdage og korrigere kritiske forhold?**

Tilsynet har mange utfordringer og knappe ressurser, og derfor bør en for hvert ”kritisk forhold” vurdere om planlagt tilsyn er et tjenlig og riktig virkemiddel for å identifisere og korrigere mulige kritiske faktorer. Slike vurderinger bør gjøres tidlig og ut fra et overordnet perspektiv, slik at ikke ressursene bindes av oppgaver som vanskelig lar seg løse innenfor de gitte tidsrammer og ressurser (Se kap. 3.1.3 om revisjonsrisiko).

En bør også vurdere forholdet til andre tilsyn som kan komme i berøring med de samme problemstillingene, som for eksempel Arbeidstilsynet, Branntilsynet etc.

Sjekkpunkter i denne sammenhengen kan være:

- Vil tilsynet kunne avdekke kritiske forhold?
- Er forholdet slik at det bør løftes opp på nasjonalt nivå?
- Er det slik at det kreves endringer i lov- og regelverk?
- Er det slik at det kreves samordning med andre tilsyn/myndigheter?
- Vil tilsyn kunne ha positiv signaleffekt overfor andre tjenesteområder?
- Vil tilsyn kunne stimulere virksomhetene innenfor arenaen til systematisk forbedringsarbeid?
- Er tilsyn er tjenelig, eller bør en velge andre tilnæringsmetoder, for eksempel rådgivning.

#### **Trinn 5 Prioritering**

Til slutt må det gjøres en sammenstilling og prioritering av de oppgaver som har vært behandlet med basis i prioriteringskriterier som kan være:

1. På hvilket område finnes stor risiko for svikt?
2. Er det områder som er forbundet med mange klager?

3. Er det områder hvor det er registrert mange lovpålagte meldinger om feil eller uhell?
4. Har Helsetilsynet i fylket mottatt annen vesentlig informasjon om mulig lovstridighet innenfor enkelte områder ?
5. Finnes det områder med spesielt høy politisk oppmerksomhet?
6. Er det identifisert særlig utsatte eller sårbare grupper innenfor enkelte områder ?
7. Er det enkelte områder som bør følges opp regelmessig?

Prioritering av tilsynsområder og temaer må gjøres på bakgrunn av en samlet vurdering; Hva rammebetingelsene gir rom for, i forhold til risikovurderinger ut fra sjekklisten, revisjonsrisiko og endringsmulighet. En del av denne vurderingen vil være hvordan en kan tilrettelegge for utfyllende tilsynsaktivitet på noen områder. Vi vil understreke at momentlister og vektning bare kan være hjelpemidler for dette. Prioritering av tilsyn kan ikke bli et regnestykke, men må i siste instans gjøres med godt faglig skjønn.

Helsetilsynet i fylkene bør selv velge hvilken form aktivitetene i fase 2 skal ha. Det kan være heldags samlinger for alle ansatte, avgrensede møter/samlinger, eller det kan gjennomføres ved at alle ansatte fyller ut sjekklister og enkelte personer foretar analysen. Dette bør prøves ut i praksis.

#### **Sammendrag: Trinnene i fase 2:**

Aktivitetene i fase 2 kan deles i fem trinn.

Trinn	Spørsmål som fører gjennom de ulike trinn	Verktøy
1	<i>Oversikt over ulike tilsynsarenaer og tilsynsområder og forholdet mellom dem</i>	Notat/diskusjon
2	<i>Hvor er det "skoen trykker"? Situasjonsbeskrivelse ut fra et overordnet og samlet perspektiv på tilsynsområdene?</i>	Sjekkliste
3	<i>Vurderinger av årsaker og konsekvenser av kritiske forhold innen en arena og hva kan konsekvensene bli om det ikke rettes opp</i>	
4	<i>Kan tilsynsaktivitet oppdage og korrigere kritiske forhold?</i>	Diskuteres med bakgrunn i resultat fra sjekklister
5	<i>Prioritering</i>	Helsetilsynets føringer (interne og eksterne)

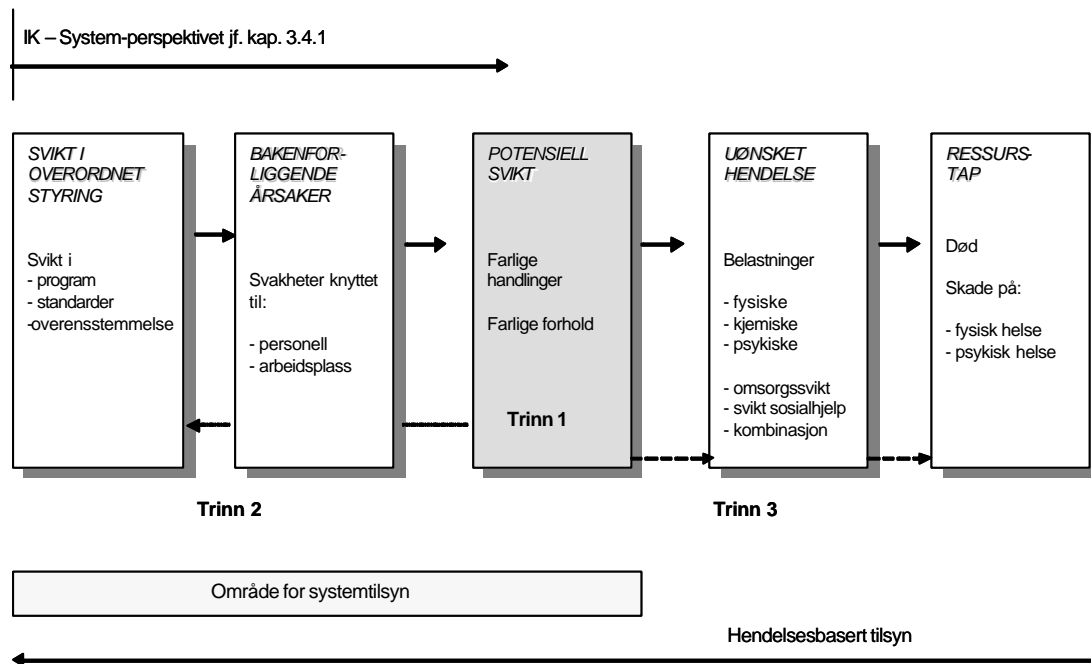
Figur 4.2 Trinn i fase 2

### Fase 3: Prioritering av tilsynsområder og tilsynstema

Målet i fase 3 er å komme fram til konkrete tilsynsområder og tilsynstema. I fase to, trinn 2 er det allerede gjort en grov risikovurdering av mulige problemområder. For å kunne foreta de endelige prioriteringer er det nødvendig å analysere de ulike forslag som er kommet fram i fase 2. Dette kan gjennomføres ved å anvende en taps-årsak modell som er vist i figur 4.3.

#### Taps-årsaksmodellen

De tre første trinnene i fase 3 kan gjennomføres ved å anvende Taps-årsaks modell som er vist i figur 4.3.



Figur 4.3 Taps-årsaksmodellen som utgangspunkt for risikovurdering

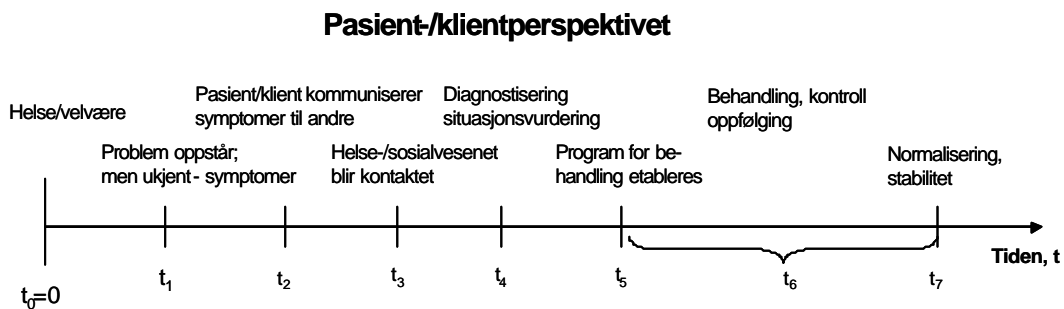
Utgangspunktet er en vurdering av svikt som kan oppstå ved farlige handlinger eller farlige forhold slik det er markert i trinn 1 i figuren. Herfra kan en bevege seg både ”bakover” og ”framover” i modellen. Vurdering av bakenforliggende årsaker (trinn 2) er vist med heltrukne piler nederst i figuren. De peker på mulige ”bakenforliggende årsaker” og ”svikt i overordnet styring”. Slike årsaker kan være svakheter knyttet til personell, deres kompetanse, faglige/etiske standard og til forhold ved selve arbeidsplassen. Går vi enda et skritt bakenfor kan det være svikt i programmer, standarder, avtaleforhold etc. Trinn 1 og trinn 2 i modellen omfatter områdene for systemtilsyn slik det bl.a. beskrives i ”Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten” (Se kap. 3.4). Vurdering av bakenforliggende årsaker til svikt i helse- eller sosialtjenesten er viktig fordi det er innenfor dette området et *systemtilsyn* vil kunne avdekke og korrigere svakheter.

Neste trinn i prosessen er å vurdere *kritikalitet*, dvs. hvilke konsekvenser som kan oppstå som følge av potensielle svikt. Vi beveger oss da til høyre i modellen der de stiplede pilene nederst peker mot ulike typer svikt. Det kan være omsorgsvikt, svikt i sosiale tjenester eller kombinasjoner av dette. For befolkningen kan dette føre til uønskede hendelser som medfører fysiske, kjemiske og psykiske belastninger med alvorlige ressurstap for liv og helse. Det er utviklet sjekklister (vedlegg 2) som kan benyttes til vurdering i trinn 1-3.

Når vi velger et *systemperspektiv* som utgangspunkt for analysen (Se kapittel 3.4), begynner vi lengst til venstre i figuren med ”svikt i overordnet styring”. En potensiell svikt kan så avledes videre mot uønskede hendelser og ressurstap. Et *hendelsesbasert* tilsyn starter i motsatt ende i figuren ved å ta tak i en uønsket hendelse og derfra arbeide seg mot årsakene og mulig systemsvikt.

### Trinn 1 Vurdere fare for potensiell svikt

Potensielle svikt er hendelser som kan oppstå og observeres i framtiden. Her er det viktig at svikt bare beskrives, og at en ikke angir risiko eller sannsynlighet for at de kan inntreffe. Et utgangspunkt for å kunne identifisere potensiell svikt er et pasient-/klientperspektiv som er illustrert i figur 4.4. For å finne fram til de sviktmuligheter som foreligger innenfor det aktuelle området eller temaet kan en gjennomføre en idedugnad der figur 4.4 legges til grunn for arbeidet. (se også sjekklisten i vedlegg 2).



Figur 4.4: Pasient-/klientforløpet ved et tjenestetilbud

Figur 4.4 viser pasient/klientforløpet, der utgangspunktet ( $t_0$ ) er en normal tilstand av helse/velvære for individ eller gruppe(r), og der det utvikler seg en situasjon av helse- eller sosiale problemer bortover til høyre. Markeringene langs tidsaksen illustrerer ulike faser der helse- og sosialtjenesten kan komme inn i bildet med et tjenestetilbud for å bringe situasjonen tilbake til normalt tilstand. I alle disse fasene er det mulighet for svikt i tjenestetilbudet. Ved å gå inn i en tidlig fase ( $t_1$ ) kan tilsynet vektlegge opplysning og tidlig intervensjon. Innsats her kan være skadebegrensende og redusere behovet for andre helse- og sosialtjenester.

### Trinn 2 Vurdering av årsaker til potensiell svikt

Når det er kartlagt en fare for potensiell svikt i trinn 1, må en vurdere mulige årsaker og konsekvenser, men uten at analysearbeidet blir for omfattende. Det kan skje ved å bruke

den bakgrunnskunnskapen en allerede har på en systematisk måte. Ved vurderinger av årsakene bør en ta hensyn til:

- at svikt skjer i møtet mellom enkeltpersonell og pasient/klient innenfor det problemområdet/problemstillingen
- at personell er bundet av systemet på arbeidsplassen
- at arbeidsplassen er bundet av overordnede rammer som økonomi, program som skal gjennomføres, faglige standarder, osv.

Det er svært viktig å få innspill til årsaksbeskrivelsene både fra personer som arbeider med tilsyn på tilsynsområdet og fra det datamaterialet som Helsetilsynet i fylkene registrerer og analyserer. Se også sjekklisten for dette formålet i vedlegg 2.

### **Trinn 3 Vurdering av mulige konsekvenser av (potensiell) svikt**

Potensielle svikt som er valgt ut for årsaksanalyse bør også konsekvensvurderes. Det er flere vurderinger som bør gjøres. For det første bør de direkte hendelsene som kan følge av potensiell svikt beskrives. For det andre bør det vurderes hvilke barrierer som finnes, og som eventuelt kan avverge uønsket hendelse og ressurstap. Slike barrierer kan for eksempel være kontroll og oppfølgingsrutiner av spesielle pasienter, eller varslingsutstyr hos eldre pleietrengende som bor hjemme. Det vesentlige på dette trinnet er å avklare hvor kritisk den potensielle svikten er. Det kan skje ved å bruke følgende fire kategorier:

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Lite kritisk:   | potensiell svikt har ikke potensielle til alvorlige konsekvenser, eller svikt vil sannsynligvis bli korrigert                                       |
| Mindre kritisk: | potensiell svikt vil i få tilfeller kunne gi alvorlige skader, men relativt stor sjanse for at svikten blir korrigert før alvorlig skade inntreffer |
| Kritisk:        | potensiell svikt vil ofte gi alvorlig skade, mindre muligheter for at svikten blir korrigert  |
| Svært kritisk:  | potensiell svikt vil medføre alvorlige skader og fatale konsekvenser  |

Alt datamaterialet som Helsetilsynet i fylket registrerer og analyserer, er svært viktig for konsekvensutredningen (Se vedlegg 1 og sjekklistene i vedlegg 2).

### **Trinn 4 Vurdering av sannsynlighet for at svikt skal inntreffe**

Vi har nå dannet oss et bilde av potensiell svikt ved tjenestetilbudet og vurdert årsaksforhold og mulige konsekvenser. Vi må også prøve å si noe om hvor ofte vi tror denne typen svikt kan inntreffe. Med ett år som tidsramme kan vi enten bruke tekst eller tallverdier for å beskrive hvor ofte vi vurderer at en hendelse kan opptre. Tallverdiene nedenfor antyder hvor mange ganger i løpet av et år hendelsen kan opptre (se kap. 3.1.1)

Hendelsen opptrer:	En gang i året eller sjeldnere	Omtrent hvert kvartal	Hver måned	Hver uke	Nesten daglig
Frekvens	0,1-1	4	12	50	300

Et statistisk materiale kan være et godt utgangspunkt, men ofte må en bygge på en samlet skjønnsmessig vurdering.

Sviktene kan nå plasseres i en matrise som vist i figur 4.5. Her utgjør alvorlighetsgrad eller kritikalitet den horisontale aksene. Hvor ofte hendelsen opptrer, eller frekvensen på hendelsen utgjør den vertikale aksene. Dette gir et "risikobilde" som plasserer en kritisk hendelse i forhold til hvor ofte den kan tenkes å inntreffe (frekvens) og hvilke konsekvenser den kan få (kritikalitet). En kan gjerne lage en slik matrise for hvert tilsynsområde/-tema. De hendelser som faller inn i det mørkeste området til høyre i matrisen innebærer størst risiko, fordi de både opptrer ofte og har stor kritikalitet. Hendelser som kan plasseres i det lyse området til venstre vil medføre liten risiko fordi de opptrer sjelden og er lite kritiske.

<i>Nesten daglig</i>				
<i>Hver uke</i>				
<i>Hver måned</i>			Suicidale pasienter blir utskrevet fra psykiatrisk avdeling til kommuner uten opplegg	
<i>Hvert kvartal</i>				
<i>Årlig</i>				
<i>Nesten aldri</i>				
<i>Årlig frekvens</i> <i>Kritikalitet</i>	<i>Lite kritisk</i>	<i>Mindre kritisk</i>	<i>Kritisk</i>	<i>Svært kritisk</i>

Figur 4.5: Matrise over kritikalitet, årlig frekvens av potensielle svikt

### Trinn 5 Vurdering av hvor tilsynsaktivitet vil kunne identifisere og korrigere kritiske systemtilstander

Her er målet å vurdere risikobildet for hendelser og vurdere i hvilken grad tilsyn kan 1) avdekke kritiske forhold og 2) kan bidra til at forhold kan bli korrigert i gjeldende virksomhet eller i hele tilsynsområdet/-arenaen. Hver hendelse må vurderes når en velger ut tilsynsaktiviteter, og bare hendelser innenfor de grå felt bør vurderes.



Følgende spørsmål kan være til hjelp i denne prosessen:

- Hva kjennetegner virksomhetene der det foreligger hendelser med stor risiko? (Se den mørkeste delen av figur 4.5).
- Hvor har tilsynet størst mulighet for å avdekke kritiske forhold (revisjonsrisiko)?
- Hvordan er virksomhetenes vilje og evne til å rette opp kritiske forhold? Vil tilsyn kunne stimulere virksomhetene til systematisk forbedringsarbeid?
- Vil tilsyn kunne ha positiv signaleffekt overfor øvrige tjenesteområder?
- På hvilket grunnlag kan tilsynsmyndigheten vurdere hva som er kritikkverdig?
- Hvilken tilsynsmetode og oppfølgingsstrategi bør legges til grunn?

Helsetilsynet bør også vurdere forholdet til andre tilsynsmyndigheter som kan komme i berøring med de samme problemstillingene, så som Arbeidstilsynet og Branntilsynet. Vil en samordning med disse kunne gi bedre resultater.?

### **Trinn 6 Prioritering**

Siste trinn i fase 3 er å prioritere planlagte tilsynsaktiviteter på grunnlag av en samlet vurdering gjennom alle tre trinn. Her kan det også være nyttig å bruke prioriteringskriterier fra overordnede myndigheter. Se tabell 3-2. Det kan også være nyttig å sammenstille prioriterte områder og tema i tabellform, med en kvantitativ bedømmelse for hvert kriterium.

### **Oppsummering av fase 3**

Fase 3 gjennomføres i seks trinn:

Trinn	Seks trinn ved risikovurdering	Verktøy
1	Vurdere fare for potensiell svikt	Pasient-/klientforløp modell, sjekkliste, datakilder og idédugnad, føringer fra fase 2
2	Vurdering av årsaker til potensiell svikt	Sjekkliste, datakilder og idédugnad
3	Vurdering av mulige konsekvenser av (potensiell) svikt	
4	Vurdering av sannsynlighet for at svikt skal inntreffe	Direkte vurderinger og datakilder
5	Vurdering av hvor tilsynsaktivitet vil kunne identifisere og korrigere kritiske systemtilstander	Direkte vurderinger, erfaringsdata
6	Prioritering	Samlet vurdering

Figur 4.6: Trinn i fase 3



## Kortversjon av verktøy

**Fase 1: Rammebetingelser**

Årlig tildelingsbrev fra AAD, oppdragsbrev fra Statens helsetilsyn, fullmaktsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet og budsjettprosessen med sluttproduktet: *Disponeringsnotat*

*Trinn i virksomhetsplanleggingen:*

1. Gjennomgang av årets VP for å se hva som er gjort og hva som er ugjort
2. Oppstilling av alle oppgaver/tiltak som framkommer i oppdragsdokumentene fra sentralt hold eller som medarbeiderne mener bør være med, og
3. Prioritering av hva som skal gjøres og hva som kan utelates

*Arbeidsformen bør være en del av den årlige prosessen omkring virksomhetsplanleggingen*

**Fase 2: En grov risikovurdering av tilsynsarena –områder og tema**

*Seks trinn i planleggingen:*

1. Oversikt over ulike tilsynsområder og forholdet mellom dem
2. Hvor er det ”skoen trykker”? Situasjonsbeskrivelse ut fra et overordnet og samlet perspektiv på tilsynsområdene.
3. Vurderinger av årsaker og konsekvenser av kritiske forhold innen en arena og hva kan konsekvensene bli om de ikke rettes opp.
4. Kan tilsynsaktiviteten oppdage og korrigere kritiske forhold?
5. Prioritering ut fra en samlet risikovurdering av tilsynsarenaer

*Arbeidsformen kan være dagseminar, sjekklister og møtereferrat/notat*

**Fase 3: Prioritering av tilsynsområder og -tema**

*Seks trinn i planleggingen:*

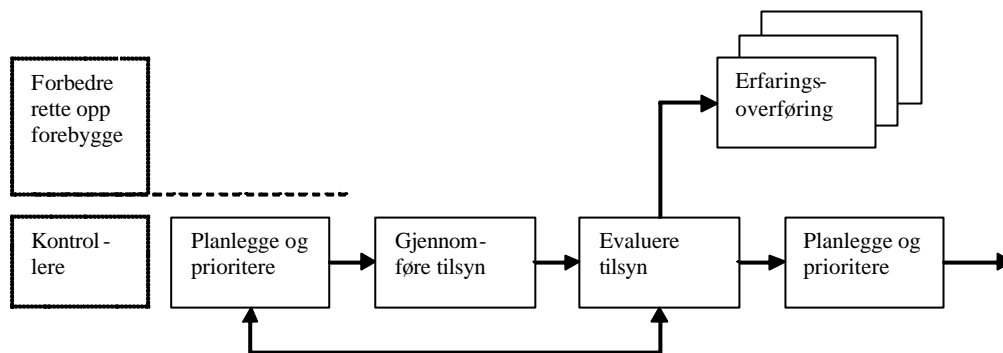
1. Identifisere fare for potensielle svikt
2. Analysere årsaker til potensiell svikt
3. Analysere mulige konsekvenser av potensielle svikt
4. Angi sannsynlighet for at svikt skal inntreffe
5. Vurdering av tilsynsaktivitetens mulighet for å identifisere og korrigere kritiske systemtilstander
6. Prioritering

*Arbeidsformen kan være møte mellom involverte medarbeidere innen tilsynsarenaer og tilsynsområder der det skjer en systematisk gjennomgang og rapportering.*

## 5 Tilsyn som en lærings- og forbedringsprosess

Tilsynet sin oppgave er ikke bare å avdekke fare for svikt eller mangler på oppfyllelse av myndighetskrav. Det skal også bidra til forbedring og forebygging av svikt i helsetjenesten. Denne målsettingen er også lagt inn i ”Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten” (Se tabell 3.4 og 3.5 i kap. 3.4.).

Tilsynsarbeidet bør derfor være en langsiktig lærings- og forbedringsprosess der Helsetilsynet i fylkene både kan ha en rolle som ekstern ”evaluator”, men også ivareta en rolle som rådgiver og pådriver/tilrettelegger for virksomhetenes egen læring. Elementer i en slik prosess er skissert i figur 5.1.



Figur 5.1 Prosesskart over tilsynsprosess og formidling

Aktivitetene som er plassert nederst i figur 5.1 (under den stiplede linjen) utgjør selve tilsynsaktiviteten som jo er en form for *ekstern kontroll*.

Rammeverket som er presentert ovenfor utgjør planleggings- or prioriteringsfasen i figuren. Deretter gjennomføres tilsyn. Etter tilsynet er gjennomført bør det evalueres for å vurdere om erfaringene og funnene svarer til det en hadde forventet å finne (Ref. Eksemplene i kap. 2.2). En slik evaluering kan ha to formål. For det første kan det være nyttig for planlegging av neste tilsynsperiode. For det andre kan erfaringer fra tilsynet bidra til en erfaringsoverføring og læring til andre virksomheter som ikke har vært utsatt for tilsyn. Dersom tilsynet vektlegger rollen som formidler av erfaringer, så kan selv en tilsynsvirksomhet som skjer innenfor et begrenset antall områder og tjenester bidra til at flere virksomheter får lære av andres erfaringer og anvende disse innen sine respektive områder og tjenester.

Det kan være en måte for Helsetilsynet i fylkene å utnytte sine muligheter for å møte ulike kategorier av virksomheter og deres evne og vilje til endring (Ref. kap. 3.1.4). Dette gjelder ikke minst der det er vilje, men mindre evne til kvalitetsforbedring. Som tilsyn trenger en heller ikke være så opptatt av å treffe de ”riktige” virksomheter, tilsynsområder og tema med størst fare for potensiell svikt. Ved å gjennomføre tilsyn i virksomheter med ”god praksis”, så kan erfaringsoverføring fra dem både gi motivasjon og gode eksempler til etterfølgelse for andre.

## Referanser

Aven, T. Bojesen, M. Njå, O. Olsen, K.H. og Kjell Sandve (2004): Samfunnssikkerhet, Universitetsforlaget, Oslo.

Braut, G. S. og Njå, O. (2002): "Risikovurderinger i samfunnsmedisinsk arbeid". Utposten Nr.1, 2002.

Ot.prop. nr. 105 (2001-2002): Om lov om endringer i lov 30.mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover.

Riksrevisjonen (1999 – 2000): Undersøkelser vedr resultatoppnåelse i Arbeidstilsynet, Dokument nr. 3:9.

St.meld. nr. 17, 2002-2003, Om statlige tilsyn. Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

Tidsskrift for Norges Lægeforening nr. 22, 1996; Sidsel Graff-Iversen (116:2669-72) og John-Arne Skollbekken (116:2673-6): "Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet".

## Vedlegg 1

### Informasjonskilder – substans og karakteristik

Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannens tilsyn med deler av sosialtjenesten har som en viktig oppgave å overvåke tilstanden innenfor helse- og sosialområdet. Det er et overordnet perspektiv, hvor målet er å avdekke kritiske forhold som kan medføre at;

- befolkningens behov for helse- og sosialtjenester ikke blir ivaretatt
- helse- og sosialtjenestene drives på en uforsvarlig måte
- svikt i tjenesteytingen ikke blir forebygget, og
- ressursene til helse- og sosialtjenester ikke blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte.

Tabellen i vedlegget viser hvilke datakilder Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland bruker i sitt arbeid for å overvåke tilstanden. Tabellen viser også en del egenskaper ved de ulike informasjonskildene og hvordan de er brukt i tilsynsarbeidet.

*Informasjonsnivå* – angir i hvilken grad informasjonskilden gir rik og utfyllende informasjon eller om informasjonen er kodet i spesifikke kategorier som gjør de egnet for statistiske analyser. Informasjonsnivå er også knyttet til hvilken arena kilden retter seg mot (kommuner, helseforetak osv.)

*Grad av systematikk i ekstern registrering (kildens reliabilitet/validitet).* Med ekstern registrering menes at informasjonen blir registrert av andre enn ansatte hos Fylkesmannen/Helsetilsynet i Rogaland. Reliabilitet innebærer at dataene har høy grad av konsistens og nøyaktighet. Reliable data er en forutsetning for meningsfulle analyser og bruk av informasjonskilden til å vurdere risiko. Validitet (gyldighet) betyr at informasjonen må gi et sant bilde av tilstanden i virksomheten/området, med andre ord må helse-/sosialindikatorer og prestasjonsmål være dekkende for det man ønsker å måle.

*Grad av systematikk i intern registrering* dreier seg om kodifisering og tilrettelegging av informasjonskildene hos Fylkesmannen/Helsetilsynet i Rogaland.

*Grad av systematisk bruk* sier noe om hvor sentral informasjonen er innenfor dagens praksis.

Utgangspunktet for vurderingene i tabellen er praksis i Helsetilsynet i Rogaland. Andre fylker kan ha forskjellig praksis, og tabellen kan således være en spore til diskusjon og samordning i forhold til risikovurderinger og overvåkning av tilstanden på helse- og sosialområdet i fylkene.

Evalueringskriteriene av egne og andres tilsynsaktiviteter (både årets evaluering og tidligere evalueringer). Her bør også effekt av tilsynsaktiviteten være et av evalueringskriteriene.

	<b>Informasjonskilde</b>	<b>Type informasjon (som er interessant for tilsynet)</b>	<b>Informasjonsnivå (rik/spesifikk)</b>	<b>Grad av systematikk i EKSTERN registrering*</b>	<b>Grad av systematikk i INTERN registrering, dvs. hos Htil/FM i Rogaland*</b>	<b>Grad av systematisk bruk hos Htil/FM i Rogaland</b>
1	KOSTRA ( <i>kommune-statsrapportering</i> ) data fra Styrings- og informasjonshjulet ( <i>fra Sosial- og helsedirektoratet</i> )	Rammevilkår, volum av ulike helsetjenester	Spesifikk på kommunenivå	God	God	Stor
2	Fylkesmannens statistikk over klagesaker etter sosialtjenesteloven	Antall klager, saksbehandlingstid hos FM og resultat av klagesaksbehandlingen	Kommunenivå	God	God	?
3	Norgeshelsa	Historiske data	Kommunenivå	Ny utgave i første kvartal 2004		Uprøvd foreløpig
4	Klage eller bekymringsmeldinger fra pasienter/pårørende/klienter/ansatte  Fagorganisasjoner  Interesseorganisasjoner	Beskrivelser av dårlig helsehjelp; kvalitet/kvantitet  Beskrivelse av hvilken hjelp kommunen tilbyr etter sosialtjenesteloven (utmåling)	Spesifikk (enkelthendelser)	Svært varierende reliabilitet og validitet.  Skriftlige klager registreres/arkiveres systematisk. <sup>1)</sup>		Litt personavhengig hos Htil i Rogaland? Litt avhengig av hvilken virksomhet det gjelder? (personfokusering) Mye av dette henter vi fra egne hoder tror BBO

5	Melding om skadeavvergende tiltak (og vedtak om bruk av tvang) på individnivå, jf. sosialtjenesteloven § 4 A	Faktisk bruk av tvang, årsak til tvangsbruken, og forløp (før, under og etter tvangstiltaket)	Individnivå	Noe varierende	Stor	Stor
6	Skademelding fra sykehus	Beskrivelse av skaden og analyse av årsak. Tiltak	Spesifikk. Egne meldeskjema	Høy reliabilitet og validitet Systematiske registreringer		
7	Pasientombud	Slås sammen med klage?		Varierende. Noen pasienter ber Pasientombudet oversende saker ”mot ombudets anbefaling”. Noen henvendelser fører ikke til at Htil oppretter tilsynssak.		Gjelder i hovedsak sykehustjenester
8	Melding fra helsepersonell (iht. helsepersonelloven § 17)	Beskrivelser av forhold som kan medføre fare for pasienter	Spesifikk	Varierende	Alle skriftlige meldinger blir systematisk registrert i det elektroniske saksbehandlingssystemet. Muntlige meldinger hvor det kan være usikkert om § 17 er riktig hjemmel, kan nok bli vurdert og registrert forskjellig av ulike	Varierende systematikk



					saksbehandlere	
9	Møter med helsetjenesten Møter med sosialtjenesten	Faktabeskrivelser fra personell/ledere om forhold ved tjenesten (ofte utfordringer/problemer)	Spesifikk		Interne notater. Møtereferater m/evt vedlagt tilleggsinformasjon	?? Mest i hodene våre?
10	Andre offentlige myndigheter (Politi, Arbeidstilsyn, utdanning, Trygdekontor...)	"gråsoneproblematikk" "grenseflateproblematikk" "problemer i grenseflater mellom myndigheter"	Spesifikk (vanligvis konkrete saker)		Evt. skriftlig korrespondanse som registreres og arkiveres/interne notater	??Mest i hodene våre
11	Apotek	Enkelpersonells legemiddelforskrivning av A- og B-preparater til enkeltpasienter	Spesifikk. Individnivå	God	Stor	Stor
12	Kartleggingstilsyn	Nasjonale eller lokale faktaopplysninger av helsetjenesten f. eks. personelldekning, tilgjengelighet, tjenestetilbud etc.	Spesifikk	Resultatet blir oftest presentert i skiftlige rapporter/oversikter. Variabel reliabilitet og validitet (metodesvakhet)	Varierende	Varierende
13	Sykehusenes kvalitets-/skadeutvalg (spesialisthelsetjenesteloven §3-3)	<i>Anne må si mer om dette</i>				
14	Melding fra kontrollkomisjon i psykisk helsevern	<i>Beskrivelse av opplevd kvalitet på helsetjeneste</i>	Individnivå	Variabel	Registreres i elektronisk saksbehandlingssystem. Arkiveres som	Personavhengig. Én saksbehandler gjennomgår

					enkeltsaker	meldingene og vurderer evt. vidreformidling av informasjonen internt
15	A-reseptregisteret	Enkeltlegers forskrivning	Lite spesifikk: ingen opplysninger om pasientspekter	God	Svært lite	Svært lite
16	Media	Beskrivelser av enkelthendelser	Ymse		Avhenger av sak og saksframstilling	Avhengig av alvorlighetsgrad
17	Saksdokumenter/møtereferater fra driftsstyrer i helsetjenesten/internt tilsyn (revisjoner)					
18	Kvalitetsindikatorer	Er foreløpig lite utviklet	Helseforetakene p.t.	Varierende kvalitet		
19	Brukeropplevd risiko i forbindelse med helse- og sosialtjenester	Beskrivelser av trygget/utrygghet mtp. Tilgjengelighet, kvantitet og kvalitet i tjenestene	Svær varierende	Litt tilfeldig tilflyt av slik informasjon	Til dels avhengig av den enkelte sakbehandler	Varierende
20	Kunnskapssenterets pasientopfølgingsundersøkelser	Sårbare områder dokumenteres	Spesifikk	God	?	?
21	Vitenskapelig litteratur, artikler, rapporter etc.	Så mangt! Helsefag, sosialfag, juss, organisasjonskunnskap, metodekunnskap, etc.... som kan si noe om ”god praksis” og Identifisere kritiske forhold	Rik/spesifikk	Stort sett god	Noe registreres i bibliotek, annet er avhengig av den enkelte saksbehandler	Person- og situasjonsavhengig

22	Evaluering av egne og andres tilsynsaktiviteter	Vi vet for lite om dette.....	?	?	Ikke så gpd	Lite
----	---	-------------------------------	---	---	-------------	------

\*) Klager som fører til formell tilsynssak eller rettighetssak føres i eget e-register (RegRot) Muntlige klager blir vurdert av den enkelte saksbehandler/evt. en gruppe for evt. videreoppfølging. Henvendelsen blir gjerne (?) registrert i eget notatsom blir gjort kjent for relevante saksbehandlere. Notatene blir noe usystematisk oppbevart.

## Vedlegg 2

### Sjekklister

#### Fase 1: Rammebetingelser

Sjekklistene er ment som en hjelp til å utvikle ledelsens notat om rammene for neste års tilsynsvirksomhet. Notatet skal konkludere med hvor mye ressurser stilles til rådighet for tilsyn neste år, hva er hovedprofilen i tilsynsoppgaver som allerede er bestemt og hvilke muligheter finnes med de ressursene som kan benyttes for neste års virksomhetsplanlegging. Sjekklisten er ikke komplett og det er nødvendig å foreta egne lokale vurderinger:

#### *Egen kapasitet:*

- Hvor mange årsverk forventer tilsynet i fylket å bruke innenfor virksomhetsområdet neste år?
- Hvordan er fordelingen av årsverk mellom tilsyn, rådgivning/veiledning og forvaltningsoppgaver?
- Hvordan er tilsynskompetansen fordelt innenfor tilsynsarenaene?
- Hvilke føringer fra budsjettprosessen internt i fylkesmannsembedet vil binde opp tilsynsressurser?
- Hvor mye ressurser skal avsettes til uforutsett hendelsesbasert tilsynsaktivitet?

#### *Overordnede føringer:*

- Hvilke føringer i det årlige tildelingsbrevet fra AAD vil binde opp tilsynsressurser?
- Hvilke føringer i det årlige oppdragsbrevet fra Statens helsetilsyn vil binde opp tilsynsressurser?
- Hvilke føringer i det årlige fullmaktsbrevet fra Sosial- og helsedirektoratet vil binde opp tilsynsressurser?

#### *Lokale føringer:*

- Hvilke pågående aktiviteter vil innebære oppfølging og aktivitet neste år?
- Hvor mye ressurser vil hver av aktivitetene binde opp neste år?
- Hvor mye ressurser skal avsettes til innsamling, registrering, analyse og rapportering av datakilder?
- Hvor mye ressurser skal avsettes til annet arbeid (for eksempel opplæring, interne gjøremål osv.)?

## Fase 2: Grov risikovurdering av tilsynsarena

Sjekklistene her består av spørsmål som har til hensikt å ”diagnostisere” tilstanden innenfor helseforetaket/det regionale helseforetaket, fylkeskommunen, kommunen og andre arenaer (offshore operatørselskap, private institusjoner og privatpraktiserende helsepersonell), og samhandlingen mellom arenaene. Ved å besvare sjekklisten dekkes trinnene 2, 3 og 4 i fase 2 (se hovedrapport).

Påstander om svikt på den enkelte arena skal besvares med hensyn til om en forventer en slik svikt på arenaen og hvor alvorlig den oppfattes å være og. I tillegg til ansattes erfaringer fra ulike arenaer bør analyser og rapporteringer fra den kontinuerlige datainnsamlingen legges til grunn for risikovurderingene. Graderingen gis i følgende kategorier:

Meget stor risiko	Stor risiko	En viss risiko	Liten risiko	Ubetydelig risiko
+++	++	+	-	--

### *Helseforetaket/det regionale helseforetaket*

Påstand	Grad av risiko
Det er uklare ansvarsforhold ved helseforetaket	
Helseforetaket mangler viktig helsefaglig kompetanse	
Helseforetaket har mangelfulle rutiner på vesentlige områder	
Helseforetakets avdelinger kommuniserer dårlig	
Helseforetaket kommuniserer dårlig med andre arenaer	
Det foreligger mange bekymringsmeldinger og klager på Helseforetaket	
Det foreligger mange/svært få skademeldinger fra helseforetaket	
Det er lange ventelister for pasienter ved helseforetaket	
Det er mange korridopasienter ved helseforetaket	
Det mangler vesentlig utstyr ved helseforetaket	
Det foreligger bekymringsfulle opplysninger om særlige pasientgrupper	
Det rettes spesiell politisk oppmerksomhet mot noen forhold	
Lav skåring på kvalitetsindikatormålinger	
Annet – beskriv	
Logistikk	

Samlet vurdering:

---

**Fylkeskommunen**

<b>Påstand</b>	<b>Grad av risiko</b>
Fylkeskommunen mangler viktig kompetanse	
Ansvarsforholdene ved de fylkekommunale tjenestene er uklare	
Fylkeskommunen har mangelfulle rutiner på vesentlige områder	
Fylkeskommunen har dårlig oversikt over sine brukergrupper	
Det foreligger mange bekymringsmeldinger og klager på tjenestene	
Annet – beskriv	

Samlet vurdering:

---



---



---

**Kommunen**

<b>Påstand</b>	<b>Grad av risiko</b>
Ansvarsforholdene i kommunen er uklare	
Kommunen har liten oversikt over innbyggernes behov for tjenester	
Kommunen mangler viktig helse- og sosialfaglig kompetanse	
Kommunen har mangelfulle rutiner på vesentlige områder	
Kommunen avdelinger kommuniserer dårlig	
Kommunen kommuniserer dårlig med andre arenaer	
Det foreligger mange bekymringsmeldinger og klager på tjenestene	
Det foreligger bekymringsfulle opplysninger om særlige pasientgrupper	
Det rettes spesiell politisk oppmerksomhet mot noen forhold	
Annet	

Samlet vurdering:

---



---



---

**Andre arenaer (offshore operatørselskap, private institusjoner og privatpraktiserende helsepersonell)**

Påstand	Grad av risiko
Ansvarforholdene er uklare ved arenaen	
Arenaen mangler viktig helse- og sosialfaglig kompetanse	
Arenaen har mangelfulle rutiner på vesentlige områder	
Arenaen avdelinger kommuniserer dårlig	
Arenaen kommuniserer dårlig med andre arenaer	
Det foreligger mange bekymringsmeldinger/klager på arenaen	
Annet – beskriv	

Samlet vurdering:

---



---



---

### **Fase 3: Prioritering av områder og tema – sjekklister**

Sjekklistene under er knyttet til taps-årsakmodellen i figur 4.2 og pasient/klientforløpmodellen i figur 4.5. Det vil ikke være mulig å lage en fullstendig oversikt over alle mulige potensielle svikt innenfor alle arenaer, områder og temaer. Sjekklistene under er kun ment som tips til en idédugnad som bør ha som mål å komme opp med et stort antall potensielle svikt. Gruppen velger selv ut hvilke potensielle svikt som skal analyseres med hensyn til årsaker og konsekvenser.

#### ***Vurdere potensielle svikt***

##### **(1) Farlige handlinger**

- Unnlate å hjelpe pasient/klient
- Feil eller mangelfull utredning og diagnose
- Mangelfull behandling og oppfølging
- Mangelfull dokumentasjon
- Feil knyttet til legemiddelhåndtering
- Utskrive pasient som ikke er klar for det
- 
- Feil eller mangelfull informasjon/kommunikasjon med andre

##### **(2) Farlige forhold**

- Uhensiktsmessige lokaler (bygningmessige forhold, forstyrrelser/støy etc.)
- Dårlig orden eller uryddige lokaler
- Dårlige hygieniske forhold
- Korridorpasienter/overbelegg
- Uhensiktsmessig/manglene utstyr
- Uheldig lagring og oppbevaring av medisiner



**Bakenforliggende årsaker**

## (3) Personell (personfaktorer)

- Mangel på kvalifisert personell
- Manglende kjennskap/respekt for prosedyrer
- Manglende kunnskap/opplæring
- Manglende ferdigheter
- Manglende erfaring
- Manglende tid
- Fysisk/psykisk stress
- Manglende motivasjon

## (4) Arbeidsplass (jobbfaktorer)

- Uklare eller mangelfulle prosedyrer/instruksjoner
- Mangelfull ledelse, planlegging, opplæring og veiledning
- Manglende kommunikasjon mellom ansatte
- U hensiktsmessig arbeidsplass i forhold til funksjonene som skal ivaretas
- Mangelfullt eller dårlig vedlikehold
- U hensiktsmessige apparater, verktøy og utstyr

**Svikt i overordnet styring**

- Sviktende ledelse og administrasjon
- Uklare ansvarsforhold
- Uklar myndighetsfordeling
- Uklar prioritering av arbeidsoppgaver
- Mangelfull lederopplæring

- Manglende undersøkelse og oppfølging av kritiske forhold
- Dårlige rapporterings-/tilbakemeldingssystemer
- Dårlig tilrettelegging av arbeidsoppgaver
- Manglende kommunikasjon
- Feil eller mangelfull oppfølging på lavere tjenestenivå?
- Manglende evne til å stabilisere og normalisere en problematisk situasjon
- Mangelfull oppfølging (ettervern)

### ***Uønskede hendelser***

#### **(5) Helsetjenesten**

- Pasienter påfører seg selv skade
- Helsetjenesten fører til pasientskader
- Pasienten får ikke nødvendig helsehjelp
- Økt antall infeksjoner
- Bruk av tvang

#### **(6) Sosialtjenesten**

- Pleietrengende bor hjemme uten å få hjelp
- Utmåling av hjelp er for liten i forhold til behovet
- Brukerne får ikke den hjelpen de har vedtak på at de er tildelt (støttekontakt, avlastning etc.)

### ***Ressurstap***

- Melding om unaturlig dødsfall

#### **(7) Skade på fysisk helse**

- Alvorlig personskade med varige, alvorlige mén
- Alvorlig personskade med varige mén
- Behandlingsskade
- Førstehjelpsskade

- (8) Skade på psykisk helse
- Varig total uførhet – skade/svekkelse/lidelse som medfører tap av sosial fungering uten muligheter for rehabilitering
  - Alvorlig permanent skade/svekkelse – skade/svekkelse/lidelse som medfører reduksjon sosial fungering men med muligheter for rehabilitering
  - Permanent skade/svekkelse – skade/svekkelse/lidelse som ikke medfører reduksjon av sosial fungering i vesentlig grad
  - Alvorlig midlertidig skade/svekkelse – alvorlig skade/svekkelse/lidelse som på sikt ikke vil gi varige mén
  - Midlertidig skade/svekkelse – skade/svekkelse/lidelse som på sikt ikke vil gi varige mén
- (9) "Sosialtjenestebrudd"
- Redusert velferd
  - Redusert livskvalitet

## VEDLEGG 3

### Begreper og definisjoner

I rapporten er det brukt en del begreper som er definert i den løpende teksten. Denne oversikten gjentar noen av de viktigste.

*Pliktsubjekt*

*Barrierer* er tiltak/funksjoner som er planlagt for å bryte et spesifisert uønsket hendelsesføløp

*Kritikalitet* er et uttrykk for alvorlighetsgraden av ulike feil og svikt

*Kvantitativ risiko* en funksjon av sannsynlighet for mulige uønskede hendelser og konsekvensene av disse uttrykt ved tall eller symbolstørrelser

*Revisjonsrisiko* uttrykker sjansen for at revisor ikke avdekker vesentlige feil eller mangler.

*Tilsynsarena* bestemmes av lovverket, som fastsetter hvem som har ansvaret for hvilke tjenester (helseforetak, fylkeskommune, kommune, operatørselskap etc.)

*Tilsynsområde* er deltjenester innen et tilsynsområde (sykehusavdeling/post, poliklinikk, laboratorium innen spesialisthelsetjenesten, helsestasjon, helsetjeneste på skole innen kommunen etc.)

*Tilsynstema* er ulike avgrensede og gjennomgående tema innenfor tilsynsområdet (ansvarsforhold, taushetsplikt, dokumentasjon etc.)