

Revisjonsrapport

Læringsprosesser på
pasientsikkerhetsområdet

Helse Midt-Norge RHF

Versjon: 3.0

Dokumentstatus: Godkjent

Godkjent dato: 09-06-2021

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	BESKRIVELSE
1.0	31.05.2021	Rapport frigitt for intern kvalitetssikring
2.0	01.06.2021	Frigitt for faktaverifikasjon
2.2	03.06.2021	Oppdatert under faktaverifikasjon
3.0	09.06.2021	Oppdatert etter faktaverifikasjon og godkjent

Forkortelser

Forlk.	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
HMN	Helse Midt-Norge RHF
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
PDCA	Plan – Do – Check – Act (anerkjent prinsipp for kontinuerlig forbedring som benyttes bl.a. i forlk., ISO og IHI ¹)
Sphl.	Lov om spesialisthelsetjeneste
STO	St. Olavs hospital HF

Innledning

Pasientsikkerhet omfatter alle deler av helsetjenesten og alle pasientforløp. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) definerer pasientsikkerhet slik:

*Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme*².

Videre er det definert at helsetjenester av god kvalitet er «*virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt*»³. I denne konteksten er god utnyttelse av ressursene tillagt vekt.

Revisjon med tema Pasientsikkerhet er gjennomført i St. Olavs hospital HF, og det henvises til denne rapporten for videre detaljer omkring gjennomføring, funn og anbefalinger.

Under revisjonen er det avdekt områder med relevans for det regionale helseforetakets sørge-for-ansvar. Denne rapporten er derfor etablert med tanke på merknader og anbefalinger tilpasset dette nivået. De aktuelle områdene er (se merknader og anbefalinger nedenfor) oversetting av *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring* til regionalt og lokalt nivå, innhold i rapportering, og forvaltning av regionale pasientsikkerhetsmidler. Internrevisjonen er kjent med at det har vært diskontinuitet i bemanning og at gjennomføring av planer har vært krevende. Internrevisjonen anbefaler å se nærmere på hvordan man sikrer at PDCA-prosessen fullføres på dette nivået.

¹ IHI benytter PDSA (Plan – Do – *Study* – Act)

² Meld. St. 11 (2020-2021) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

³ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Merknader og anbefalinger

Strategier og styring

Nasjonal handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet kom i 2019. I 2019 fikk Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å implementere handlingsplanen⁴, og i 2020 fikk Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å operasjonalisere og gjennomføre handlingsplanen lokalt, og i samarbeid med andre regioner og nasjonale aktører⁵.

Det gjenfinnes ingen dokumenterte spor av regional koordinert innsats for å gjennomføre oppdraget, og internrevisjonen kan derfor ikke bekrefte at det er utført.

Internrevisjonen er imidlertid gjort kjent med at kvalitet og pasientsikkerhet er utpekt som ett av temaområdene i arbeidet med utviklingsplaner, og anbefaler at dette ses i sammenheng ved operasjonalisering av handlingsplanen.

I styresak 95/19⁶ fikk styret i HMN RHF orientering om «Styrenes oppfølging av pasientsikkerhet og kvalitet». I orienteringen foreslås det å styrke samarbeidet i regionen for å oppnå læring på tvers, økt nettverksbygging og erfaringsdeling mellom foretakene med særlig fokus på tilsyn, revisjoner, avvikshåndtering og hendelsesanalyser. Styrking av samarbeidet skulle skje gjennom regionale kvalitets- og pasientsikkerhetsnettverk, fagledernettsverk, og en felles webløsning med oversikt over tilsyn og revisjoner. Internrevisjonen kan bekrefte at den felles webløsningen er etablert, og anbefaler at den videreutvikles med et helhetlig perspektiv.

I styresaken orienteres det også om innhold i virksomhetsrapportering til styret gjennom året. Det skal rapporteres tertialvis i statusrapporter på de nasjonale kvalitetsindikatorene, resultater fra GTT, omfang av uønskede hendelser og hvordan foretakene jobber for å lære av og forebygge disse. I styresak 121/19⁷ følges arbeidet opp med

etablering av et årshjul for arbeidet med kvalitet- og pasientsikkerhet, tilleggskrav om at virksomhetsrapporteringen heretter også skal omfatte en skriftlig rapport med kvalitativ vurdering av de ulike KPIene, særlig der foretaket har identifisert risikoområder eller markante endringer.

Internrevisjonen har basert på stikkprøver ikke identifisert spor av tilleggsrapportering (etter vedtaket i 2019), eller oversikt over omfanget av uønskede hendelser fra foretakene, eller tekstlig beskrivelse av hvordan de jobber for å lære av og forebygge slike hendelser. Internrevisjonen kan derfor ikke bekrefte at tilleggsrapporteringen er iverksatt på en hensiktsmessig måte.

I videre arbeid med tilleggsrapporteringen anbefaler internrevisjonen at datagrunnlaget som ligger i de tre foretakenes oversikt over uønskede hendelser (PowerPivot) legges til grunn som oversikt over uønskede hendelser.

Pasientsikkerhetsprosjekt

Helse Midt-Norge RHF deler årlig ut om lag 4,5 millioner kroner til pasientsikkerhetsprosjekter i helseforetakene, med mål om å redusere pasientskader og styrke pasientsikkerhetskulturen. I utlysningstekst og tildelingsbrev stilles det krav om sluttrapport.⁸

Revisjonsarbeidet har omfattet å se på læringsutbyttet av regionalt tildelte pasientsikkerhetsmidler. For å kunne gjennomføre vurderingene har internrevisjonen forsøkt å skaffe oversikt over tildelte prosjekter, sluttrapporter og evaluering med tanke på læring og kunnskapsdeling. Aktuell periode har vært 2017 – 2019.

Oversikten som er fremskaffet gjelder STO HF og framgår av figur 1. For 2017 foreligger det ingen lett tilgjengelig oversikt over tildelte prosjekter. Det er imidlertid identifisert ni rapporterte prosjekter. For 2018 er det identifisert tre sluttrapporter av totalt 10 tildelte prosjekter. For 2019 er det identifisert

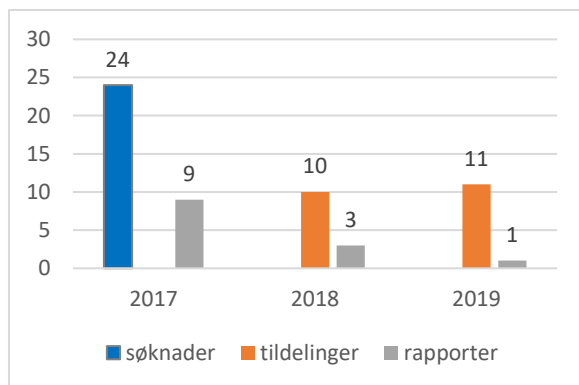
⁴ [Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF 2019](#)

⁵ [sak 15-20 vedlegg Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF 2020](#)

⁶ [Styret HMN sak 95/19](#)

⁷ [Styret HMN sak 121/19](#)

⁸ [Utlysningstekst pasientsikkerhetsmidler 2018](#)



Figur 1: Pasientsikkerhetsprosjekter ved St Olavs hospital med tildelte regionale midler og sluttrapporter i perioden 2017-2019.

én sluttrapport av 11 tildelte prosjekter, hvorav ett prosjekt har søkt om og fått utsettelse. Det er ikke identifisert noen regional evaluering eller offentliggjøring av sluttrapporter i perioden. Internrevisjonen kan derfor ikke bekrefte at forvaltningen av pasientsikkerhetsmidlene er fulgt opp på den måten som er bestemt i utlysning og tildelingsbrev.

Internrevisjonens vurdering er at de fleste sluttrapportene omfatter resultater av verdi for forbedret pasientsikkerhet. Kvaliteten på rapportene varierer, og ikke alle er egnet for offentliggjøring i den form internrevisjonen har hatt tilgang til.

Forventningen til den regionale forvaltningen av pasientsikkerhetsmidlene har i tråd med Forlk §8 a) vært at det forelå årlige oversikter over antall søknader, tildelte midler, rapportering underveis og sluttrapportering. Det er i 2019 opprettet en sharepointløsning som legger til rette for slik oversikt, men oversikten er ikke komplett med tanke på rapporter og ikke hensiktsmessig for evaluering. Internrevisjonen kan derfor ikke bekrefte at evalueringsplikten er ivarettatt i perioden. Det blir gitt tre aktuelle anbefalinger som kan bidra til forbedring i forvaltningen av midlene:

- Årlig utlysning av pasientsikkerhetsmidler, innkomne søknader, tildeling/avslag på søknader, eventuell underveisrapportering og sluttrapportering kan registreres og følges opp i arkivsystemet Elements.
- Oversikten som er etablert bør legges til grunn for helseforetakenes interne oppfølging og evaluering.
- Det bør etableres og bekjentgjøres formkrav til rapporteringen, som kan lette arbeidet for ansvarlig mottaker av prosjektmidler, og som kan sikre en rapportkvalitet som er egnet for kunnskapsdeling/læring og eventuell offentliggjøring.

Faktaverifikasjon

Det er mottatt fem merknader ved faktaverifikasjon. Fire av disse er håndtert som redaksjonelle endringer. Den siste, vedrørende etablering av oversikt over pasientsikkerhetsprosjekter, har ført til endret anbefaling (kulepunkt 2).