

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 31. mars 2022

Saksbehandler: Direktør Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling

Vedlegg:

---

**SAK 24/2022 PASIENTSIKKERHET OG KVALITET I OSLO  
UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 24. mars 2022

Bjørn Atle Lein Bjørnbeth

Blant annet i kraft av kontrollfunksjon etter helseforetaksloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, skal styret følge opp at helseforetaket har et forsvarlig styringssystem, at helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og at ansatte medvirker til dette.

Det er utarbeidet flere nasjonale og regionale føringer for både god virksomhetsstyring og planer for pasientsikkerhet og kvalitet. Helse Sør-Øst gav i november 2020 ut «Rammeverk for virksomhetsstyring». I september 2021 ble ISO standard 37000 «Governance of organisations – guidance» utgitt. God virksomhetsstyring er et grunnleggende middel for å kunne oppnå virksomhetens formål på en etisk, hensiktsmessig og ansvarlig måte i tråd med interessentenes forventninger. Fokus går på at virksomheten skal lykkes, også i det lange løp, hvilket forutsetter at virksomheten styres og utvikles på en bærekraftig måte. Oslo universitetssykehus har som følge av de overnevnte føringer og i forlengelsen av arbeidet med Utviklingsplan 2040, startet tydeliggjøring av foretakets samlede planverk hvor Utviklingsplanen blir foretakets øverste plandokument, men understøttes av mer detaljerte delplaner innen ulike fag og virksomhetsområder, se styresak 7/2022.

Helsedirektoratets Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 er en overordnet plan som skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester i helse- og omsorgstjenesten. Planen vektlegger satsninger innen ledelse og kultur, kompetanse, systemer og strukturer og å utvikle nasjonale satsninger. Nasjonal handlingsplan skal også understøtte og legge til rette for at kravene i Ledelses-forskriften kan etterleves.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet er ett av tre hovedmål i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet som er videreført i oppdragsdokumentet for Oslo universitetssykehus. Etter at den nasjonale handlingsplanen ble lansert, startet Helse Sør-Øst et samarbeid med sykehusene for å utlede regionale satsninger innen feltet. Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ble vedtatt i Helse Sør-Øst styresak 009-2021 og alle foretakene ble bedt om å effektivere strategien gjennom Oppdrag og bestilling 2021. Som en tilsvarende på dette vedtok Oslo universitetssykehus å utvikle en egen strategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I mandatet var det gitt føringer som at «...både målbildet og prioriterte områder må ta utgangspunkt i et lokalt tilstandsbilde som viser hvor de største utfordringene i organisasjonen er og hvor en kan forvente de største effektene. Arbeidet skal underbygge etterlevelse til ledelsesforskriften ...».

### **Et taktskifte innen pasientsikkerhet og kvalitet**

Oslo universitetssykehus har i løpet av 2021 utviklet en delstrategi for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø med en egen handlingsplan. Utfordringer som er identifisert knyttet til helseforetakets etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er lagt til grunn i både helseforetakets strategidokument og tilhørende handlingsplan. Tiltakene har hovedvekt på virksomhetsstyring innen arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og

arbeidsmiljø. Det er definert 40 konkrete tiltak under målområdene 1) sikkerhetsorientert ledelse, 2) systemer og strukturer, 3) risikostyring og 4) læring og utvikling. Det er til sammen 9 ulike satsninger fremhevet i handlingsplanen som når de er gjennomført er med å definerer et taktskifte innen pasientsikkerhetsarbeidet i Oslo universitetssykehus. Samlet skal strategi og handlingsplan underbygge vårt nye slogan på området: «Vær trygg på Oslo universitetssykehus – Pasientsikkerhet starter med meg».

### **Styrende faglig og administrativ dokumentasjon**

Applikasjonen eHåndbok er helseforetakets system for styrende dokumenter. Verktøyet inneholder virksomhetens regelverk, prosedyrer og retningslinjer og finnes på intranett, internett og som app for iOS og Android. Instruksen "Utarbeidelse, bruk og styring av dokumentasjon" regulerer utarbeidelse, godkjenning, tilgjengelighet, oppdatering og arkivering av styrende dokumenter, slik at nødvendig informasjon er tilgjengelig. Internt i helseforetaket er det i gjennomsnitt 1585 daglige brukere og i underkant av 5000 dokumenter som åpnes daglig. Det er et vidt spekter av dokumenttyper fra instruks, prosedyrer, retningslinjer, pasientinformasjon, strategidokument/plandokument, stillingsbeskrivelse, veileder/ hurtigveileder, informasjon, pasientforløp, pakkeforløp. Disse fordeles på ulike nivåer avhengig av om de er felles, gjelder klinikker eller eksternt. Helseforetakets "Råd for faglige dokumenter" er rådgivende innen faglig kvalitet, koordinering og implementering av faglige dokumenter. Klinikkene har egne tilsvarende koordinerende utvalg. På grunn av distribuert produksjon av dokumenter, er det eksempler på duplikater og overlappende dokumenter, som bl.a. de nevnte utvalgene søker å løse ved koordinering og bruk av metoder for kunnskapsbasert prosedyreutvikling.

### **Brukerundersøkelse**

Oslo universitetssykehus' digitale brukerundersøkelse fikk 99411 svar fra pasientene i 2021, en svarprosent på 29 prosent målt mot antall sendte SMS. Andelen pasienter som svarte positivt (i stor grad / svært stor grad) har økt med 1 prosentpoeng på 6 av de 12 spørsmålene fra 2020 til 2021. Dette tolkes forsiktig som et positivt tegn på at det samlet sett i foretaket stadig oppnås stabil eller bedre kvalitet pasientenes oppfattelse av de faktorene som måles i undersøkelsen; kommunikasjon, informasjon, faglig dyktighet hos personalet, tilpasning, involvering, organisering, utstyr, ventetid, utbytte av behandlingen og fravær av feil i behandlingen. 40 prosent av respondentene skriver i tillegg en kommentar som er et verdifullt bidrag i helseforetakets og enhetenes forbedringsarbeid.

Fra 2021 kan resultatrapportene i Achilles kjøres per kontakttype. Det vil si at man for eksempel kan sammenlikne tilbakemeldingene fra pasienter som har fysisk møtt opp eller vært innlagt med tilbakemeldingene fra pasienter som har hatt telefon- eller videokonsultasjon. Et gjennomsnitt av de 12 spørsmålene viser at pasientene som har hatt fjernoppfølging svarer omtrent like positivt (88,6 prosent mot 89,7 prosent). Dette må tolkes med forsiktighet, fordi enkelte av spørsmålene ikke er relevante for pasienter som har hatt fjernoppfølging.

### **Klagesaker**

I 2021 mottok foretaket 1331 skriftlige klager fra pasienter/pårørende. Antallet slike

klager som innkommer via direktørens stab har økt jevnt de senere årene. Dette kan ha flere årsaker; bedre informasjon / kunnskap om klageadgangen, enklere digital innsending av klager, forbedret intern registreringspraksis eller at det er flere forhold som det klages på. Alle klager fordeles til de involverte avdelingene for besvarelse, evt. ytterligere oppfølging av pasient/pårørende og/eller til institusjonell læring/forbedring.

### **Norsk pasientskadeerstatning (NPE)**

Antallet NPE-saker til Oslo universitetssykehus har vært stabilt rundt 550-600 saker per år de siste 9 årene. Det er forskjeller mellom de medisinske fagområdene både lokalt og nasjonalt, med ortopedi og kreft som de største områdene både i antall saker, antall saker med medhold og utbetalt erstatningssum. Oslo universitetssykehus monitorerer at medholdssaker blir brukt til læring og forbedring, og benytter også dette som en indikator på meldekultur; at uønskede hendelser med konsekvenser som erkjennes av fagmiljøene i behandlingsperioden blir registrert i Achilles.

### **Bruddsaker fra tilsyn**

Av 87 tilsynssaker der Statens helsetilsyn eller Statsforvalteren har konkludert i 2021, ble det påpekt brud på krav til forsvarlighet i 25 saker. Årsakene i disse tilfellene er spredt i ulike fagområder, med ett til flere tilfeller knyttet til områdene nødsamtaler, feil/mangler i diagnostisering, oppfølging/overvåking etter operative inngrep, suicid/suicidforsøk under/etter behandling, opplæring i bruk av utstyr og et tilfelle av feil dose legemiddel pga. daværende manglende barriere i Metavision. Alle tilsynssaker med kritikk legges fram i helseforetakets ukentlige ledermøte.

### **Meldekultur og varslinger**

Antallet registrerte uønskede hendelser og forbedringsforslag i Achilles har stabilisert seg siden 2017, etter en lang periode med oppgang i registreringspraksis. Det er totalt 26739 registrerte saker i 2021. Det er fortsatt variasjon i terskelen ulike avdelinger og yrkesgrupper har for å registrere uønskede hendelser ut fra sitt risiko- og/eller læringspotensial. Rapporter per yrkesgruppe for hver klinikk, avdeling, seksjon og enhet finnes i Achilles og følges opp i Ledelsens gjennomgang. Det er varslet 76 hendelser til Statens helsetilsyn / Statens undersøkelseskomisjon for helse i 2021. Oslo universitetssykehus følger opp alle tilsynssakene, og monitorerer hvordan varslingsprosedyrene praktiseres, med mål om god etterlevelse og oppnåelse av målene med varslingsplikten. Temaet har vært til behandling i Sentralt kvalitetsutvalg, i månedsrapportering og i et fagseminar (se eget avsnitt nedenfor). Oslo universitetssykehus deltar i en nasjonal arbeidsgruppe med mål om å effektivisere/forenkle varslingsystemet gjennom integrasjon mellom sykehusenes forbedrings-/avvikssystemer og melde.no.

### **Global Trigger Tool (GTT) i Oslo universitetssykehus**

Global trigger Tool (GTT) er en internasjonalt anerkjent og standardisert metode for strukturert journalundersøkelse som har til formål å identifisere pasientskader i somatisk spesialisthelsetjeneste. Definisjonen av pasientskade i GTT- metoden er: *”Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang”*. I Norge har alle helseforetak og fem private sykehus kartlagt pasientskader ved hjelp av GTT-metoden siden 2010. Hensikten er å kunne følge utviklingen av skadenivået og hvilke typer skader som

oppstår. I 2020 er det estimert at det oppstod minst én pasientskade i 13,1 prosent av sykehusoppholdene ved somatiske sykehus i Norge.

Hver måned undersøkes 20 journaler fra avsluttede sykehusopphold av GTT-teamet, til sammen 240 journaler i året. Teamet består av to sykepleiere og en lege. Sykepleierne undersøker journalene uavhengig av hverandre og bruker en liste med kriterier, såkalte trigger, for å identifisere mulige pasientskader. Resultatene sammenstilles og diskuteres med lege i GTT-teamet. Teamet kategoriserer alvorlighetsgraden av skaden og skadetype. Skadens alvorlighet kategoriseres i grupper fra E-I, avhengig av hvilken konsekvens skaden fikk (krevde behandling, forlenget sykehusopphold, varig mén, livreddende behandlingstiltak eller død).

GTT gir oss informasjon om omfanget av pasientskader, alvorlighetsgraden av skadene og hvilke skadetyper som oppstår. Dagens GTT-tilnærming gjør det ikke mulig å justere for risiko knyttet til den medisinske behandlingen som er gitt eller hvor alvorlig pasientens tilstand var. Resultatene må derfor sees i sammenheng med andre data og rapporter som kan belyse pasientskader. Relevante kilder vil være data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre (ev. interne registre) og kvalitetsindikatorer innenfor pasientsikkerhet. GTT-teamet vurderer hvilke konsekvenser skaden har hatt for pasienten, ikke om skaden kunne ha vært unngått eller ikke. Resultatene fremstilles som prosentandel sykehusopphold der det identifiseres minst én pasientskade.

I 2020 ble det etablert et nytt GTT team i Oslo universitetssykehus, tallene kan tyde på at endringen i pasientskader kan oppfattes å være relatert til et nytt team og ikke en økning i antall skader. Helsedirektoratet har innøværende år etablert et prosjekt for å videreutvikle GTT-metoden slik at den kan brukes som nasjonal kvalitetsindikator for pasientskade. Prosjektet skal gi bedre forståelse av pasientskader i norske sykehus, hvorfor skadene oppstår, hvilke konsekvenser skadene har og om de kunne vært unngått eller ikke. Oslo universitetssykehus deltar i dette prosjektet med sitt GTT – team.

### **Antibiotikastyring i Oslo universitetssykehus**

Antibiotikasresistens utgjør en alvorlig trussel mot global helse. I tillegg utvikles det få nye antimikrobielle legemidler, noe som kan føre til at infeksjoner som i dag regnes som ufarlige igjen kan bli et alvorlig helseproblem og en hyppig dødsårsak. Regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens hadde som mål at norske sykehus skulle redusere bruken av utvalgte bredspektrede antibiotika med 30 prosent innen 2021. Totalmålet om 30 prosent reduksjon er oppnådd nasjonalt. Hovedvekten av reduksjonen har kommet i primærhelsetjenesten, mens sykehussektoren generelt har ikke oppnådd målet. Det er flere grunner til dette.

Oslo universitetssykehus har redusert antibiotikaforbruket av fem utvalgte bredspektrede antibiotika med 1,9 prosent siden 2012. Ved utgangen av 2019 var imidlertid reduksjonen på 7,4 prosent. Siden 2020 har COVID-pandemien vanskeliggjort rapportering og analyse av antibiotika-bruk grunnet endret pasientsammensetning og liggedøgn. Det viktigste er imidlertid ikke å nå et gitt kvantitativt mål, men at antibiotika brukes riktigst mulig.

Det primære ansvaret for god antibiotikabruk ligger hos den enkelte behandlende lege, men ansvaret for antibiotikastyringen ligger i linjeledelsen. Antibiotikateamets (A-team) rolle er å støtte utøvelsen av ansvaret til klinikere og lederlinjen. A-teamet leverer analyser av status og utfordringsbildet til lederlinjen, medvirker i faglig rådgivning og undervisning, og bidrag til forbedringsarbeid rettet mot antibiotikabruk. Avdelingene har egne definert antibiotika-kontakter, dette er leger ansatt i helseforetakets kliniske avdelinger. I 2021 har A- teamet prioritert å ha dialogmøter med helseforetakets høyforbruksavdelinger for antibiotikabruk. 16 slike dialogmøter med avdelingsleder og antibiotikakontakter er gjennomført. Fokus har vært å identifisere avdelingenes egne muligheter, ressurser og realistiske mål for antibiotikastyringen. Det har også vært avholdt 3 digitale workshops med antibiotikakontakter ved Oslo universitetssykehus. Videre er det tilgjengeliggjort sentrale ressurser, retningslinjer, kontaktinformasjon, praktiske tips og årsrapporter på helseforetakets intranettside og til dels eksternt via eHåndbok og Tips fra antibiotikateam (ous-hf.no). Ressursene inkluderer veileder for antibiotikastyring, praktiske tiltakspakker for flere yrkesgrupper og informasjon om audits (systematisk gjennomgang av praksis). Det har i løpet av 2021 blitt gjennomført 3-4 audits på antibiotikabruk. Audits har vært rettet mot spesielle legemidler, diagnoser eller pasientgrupper. Rapportene avdekker at retningslinjer en del ganger ikke blir fulgt, og især fravikes anbefalinger for behandlingsvarighet.

I uke 46 i 2021 markerte A-teamet den internasjonale antibiotikauken med fokus på penicillinallergi. En praktisk mini-presentasjon om penicillinallergi ble utarbeidet i samarbeid med Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) ved Oslo universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS). Denne ble godt mottatt på helseforetaket.

A-teamet arbeider for å få bedre og mer aktuelle styringsdata i samarbeid med Klinisk datavarehus (KDVH), og laget i 2021 en bruksanvisning til antibiotikakontaktene for uttak av eksisterende antibiotikadata i KDVH. Forbruket som fremvises er basert på salgstall fra Sykehusapotekenes Legemiddelstatistikk (SLS) og er angitt i definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn. Per dags dato er det vanskelig å få ut mer relevante data som forbruk målt mot liggedøgn eller dager med behandling fra KDVH.

I et fremtidig perspektiv ser vi at antibiotikastyring i større grad må integreres som en naturlig del av pasientforløpene. I tillegg er det behov for bedre rapporteringsverktøy slik at vi bedre kan følge trender og utvikling som en del av den systematiske oppfølgingen innen feltet.

### **Early Warning – Tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand jf. pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»**

Pasienter kan bli akutt dårligere mens de er inneliggende i et sykehus. I timene før en hjertestans kan det ofte observeres endringer i pasientens vitale funksjoner som respirasjonsfrekvens, puls og blodtrykk. Blodforgiftning (sepsis) kan ofte ha en snikende utvikling med katastrofalt utkomme. Ved tidlig å identifisere endringer gir det personalet tid til å kunne iverksette behandling (som å gi antibiotika) som kan stoppe eller redusere den negative.

I Oslo universitetssykehus benytter vi tre systemer for tidlig oppdagelse av forverret tilstand:

- NEWS II (National Early Warning Score) benyttes for voksne pasienter over 18 år.
- ONEWS (Obstetric Early Warning Score) benyttes for kvinner i barsel
- PEVS (Pediatrik Tidlig Varslingskår) benyttes for barn.

I hvert av systemene er det beskrevet hvor ofte målingene skal gjentas og hvordan en skal agere ved økte verdier. Alle skåringer blir registrert i Metavision slik at en kan følge med på pasientens utvikling med unntak av Prehospital klinikk som registrerer i sitt elektroniske journalsystem – som pt. ikke integrert med Metavision. Verktøyene skal primært benyttes i mottak og i alle sengeposter. Alt helsepersonell har blitt gitt opplæring i bruk av verktøyene gjennom undervisning og filmer, det er delt ut flere tusen plakater og handlingskort som praktisk støtte, og all bruk måles og rapporteres til lederne gjennom klinisk datavarehus (KDVH). Implementeringen av systemer for Early Warning i helseforetakets døgnsengeposter følges opp både i månedsoppfølginger og i ledelsens gjennomgang.

### **Selv mord**

Svært mange pårørende blir berørt av selvmord hvert år. I overkant av 600 personer begår selvmord hvert år i Norge, to av tre er menn. Median alder er 47 år. Forekomst relatert til innbyggertall er nokså lik i Norge, Sverige og Danmark, Finland ligger vesentlig høyere. Under pandemiåret 2020 ble det observert en økning i selvmord for aldersgruppen menn 70-79 år, noe som regnes innenfor forventning om tilfeldig variasjon men uten at det kan utelukkes at faktorer knyttet til pandemien har vært av betydning slik en også observerte under SARS-utbruddet i 2003.

Oslo universitetssykehus er representert i det nyopprettede nasjonale forumet for selvmordsforebygging i regi av Helsedirektoratet. Handlingsplanen for selvmordsforebygging foreslår større fokus på selvmordsproblematikk også i somatiske avdelinger. Dette er fulgt opp med hendelsesanalyse og egen retningslinje om tema i helseforetaket. Videre er det fokus på identifisering og behandling av alvorlig depresjon.

### **Tilstandsbildet i Oslo universitetssykehus**

Målbildet og prioriterte områder i Oslo Universitetssykehus' delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring tar utgangspunkt i utfordringene i organisasjonen og hvor en kan forvente de største effektene av å planlegge tiltak. En overordnet dokumentgjennomgang viste blant annet følgende forbedringsområder:

#### ***Sikkerhetskultur og lederinvolvering***

Sikkerhetsarbeidet i Oslo universitetssykehus gjennomføres i hovedsak ikke proaktivt basert på styringsdata, men overveiende reaktivt i klinikkens pasientsikkerhetsråd. Det er ikke gjennomført i alle klinikker at det utarbeides mål og handlingsplaner som sikrer at det er et rimelig forhold mellom sikkerhets, kvalitets- og andre styringsmål. Initiativ til oppfølging og styring av pasientsikkerhet kan «drukne» sett mot andre nødvendige oppgaver i toppledergruppen. Klinikken har i varierende grad etablert kapasitet og kompetanse som støtte til lederlinjen (kvalitetslederfunksjonen). Det er stor variasjon i

hvordan pasientsikkerhetsrådene jobber, og sentralt kvalitetsutvalg kan i større grad bidra til læring på tvers og til videre aktiviteter utover i organisasjonen.

### ***Risikostyring (risikovurderinger og risikohåndtering)***

Oslo universitetssykehus har en rekke datakilder, herunder over 200 interne aktive kvalitetsregistre og to datavarehus (KDVH og LIS). I 2020 ble til sammen 12 104 pasienthendelser rapportert i forbedringssystemet Achilles hvorav 2 350 var registrert som at de med sannsynlighet kunne vært forebygget, rundt 100 av dem ble i utgangspunktet registrert med betydelig konsekvens. Oslo universitetssykehus kan i større grad bruke datagrunnlaget for å identifisere og ta tak i bakenforliggende årsaker til uønskede hendelser. Når samme type hendelse med samme årsaksforklaring gjentar seg, er det en indikasjon på at organisasjonens evne til å korrigere ikke er tilstrekkelig effektiv. Eksempelvis er den hyppigste medvirkende årsaken til pasienthendelser relatert til «prosedyre ikke fulgt» (n=4 806). Meldingene er igjen kategorisert i undergrupper, men uten at det er systematisk differensiert og satt inn overordnede tiltak videre. Det er også flere avvik fra revisjoner som ikke er lukket eller som lukkes sent.

### ***Kvalitet i tjenesten***

Det er en utfordring at helseforetaket samlet sett ikke har tilstrekkelig oversikt over hvilken kvalitet som tilbys pasientene gjennom aktiv bruk av kvalitetsregistre i styringslinjen, herunder gode kvalitetsindikatorer. Videre gjøres det få korrigerende tiltak som følge av resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer, og organisasjonen etablerer i varierende grad tiltak mot bakenforliggende, klinikkovergripende forhold som truer pasientsikkerheten. Det er ofte mer nærliggende faktorer som er enkle å korrigere lokalt, som blir håndtert.

### **Opplæring i pasientsikkerhet og kvalitet**

Et satsingsområde innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring både fra Helse Sør-Øst og helseforetaket er å øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette gjenspeiles i helseforetakets ønske om et taktskiftet innen pasientsikkerhetsarbeidet, der første punkt i planen gjelder internopplæringen. Helse Sør-Øst lanserer inneværende år et obligatorisk innføringskurs i HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, «Trygge medarbeidere – trygge pasienter», mens Oslo universitetssykehus har under utvikling en modulbasert opplæring innen pasientsikkerhet med trinnvis tilnærming knyttet til rolle i organisasjonen:

Trinn 1: Alle ansatte - basiskunnskap

Trinn 2: Ledere (N1-N6)

Trinn 3: Medlemmer pasientsikkerhetsråd

Trinn 4: Kvalitetsledere/-rådgivere klinikk

Trinn 5: Pasientsikkerhetsspesialister

Planen har et hovedløp med obligatoriske moduler for alle og fagmoduler i sideløpet med spesifiserte tema. En modul knyttet til opplæringstrinn 2, er under utvikling spesielt for styret. Opplæringen vil foregå som fysiske workshops, som eLæring og gjennom filmede foredrag. Alle modulene skal tilgjengeliggjøres via Læringsportalen og følges opp via Kompetanseportalen.



**Scottish Quality & Safety Fellowship (SQSF)**

Oslo universitetssykehus ønsker å fortsette utdanningen av leger ved Scottish Quality & Safety Fellowship programmet. Tidligere har rekrutteringen av kandidater til denne prestisjefylte lederutdanningen vært koordinert av Helsedirektoratet, men i år søkes plasser direkte fra sykehusene. Programmet går gjennom ett år og vi har så langt tre fellows i helseforetaket henholdsvis fra Medisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken og Prehospital klinikk. To nye kandidater, en fra Barne- og ungdomsklinikken og en annen fra Kvinneklinikken, er ferdig utdannet sommeren 2022. Det er unison enighet om verdien og nytten av å ha kompetansen disse fellows bidrar med til forbedringsarbeider som øker pasientsikkerhet og kvalitet i klinikker som så langt er prioritert.

**Opplæring i forbedringsarbeid**

I ledelsessystemet i Oslo universitetssykehus er det nedfelt at både ledere og medarbeidere skal ha nødvendig kompetanse i forbedringsarbeid basert på en felles metodikk for forbedring som skal være kjent i hele helseforetaket. Analysearbeid i 2019 avdekket et behov for å etablere en mer målrettet kompetanseutvikling i forbedringskunnskap. Det var også behov for å gjøre opplæringstilbudet mer fleksibelt. I løpet av 2021 er det derfor arbeidet med å utvikle utviklet en ny opplæringsmodell basert på fire ulike roller og ditto kompetansenivåer med forventninger til bidrag i forbedringsarbeid. Basiskompetansen forventes alle medarbeidere i helseforetaket å tilegne seg. I tillegg er det utviklet et differensiert, modulbasert opplæringstilbud tilpasset hver av de tre andre målgruppene. Opplæringstilbudet vil gjøres tilgjengelig gjennom helseforetakets Læringsportal og følges opp i helseforetakets Kompetanseportal.

Opplæringsmodellen er for tiden under utprøving og kvalitetssikring.

**Fokus på kvalitetsregistre i Oslo universitetssykehus**

Økt fokus på kvalitetsregistre er definert som ett av hovedpunktene for et taktskifte innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i henhold til ny strategi og handlingsplan på området. Adm dir vil være fanebærer for saken og har selv tatt initiativ til å gjennomføre en møteserie ila 2022 med alle relevante klinikker med tanke på dialog og inspirasjon. Målet er å fremme økt bruk av kvalitetsregistre i Oslo universitetssykehus for å gi bedre oversikt over hvor god kvalitet som leveres på tjenestene og hvordan registrene kan brukes i fremtidig planlegging av driften.

Det er i tillegg nedsatt en arbeidsgruppe som vil jobbe med en strategi og handlingsplan for styring, finansiering og optimal utnyttelse og videre utvikling av kvalitetsregisterdata i sammenheng med all helsedata i Oslo universitetssykehus. Hensikten er å sikre mer helhetlig og koordinert utvikling av kvalitetsregistrering i organisasjonen. Det finnes per i dag over 200 aktive interne kvalitetsregistre hvor rundt 80 000 pasienter registreres årlig. I tillegg leverer Oslo universitetssykehus data til de vel 50 nasjonale kvalitetsregistrene på vel 20 000 pasienter årlig.

**Fagseminar om åpenhet, varsler og meldekultur ved uønskede hendelser i pasientbehandlingen**

Meldekultur etter uønskede hendelser i pasientbehandlingen er jevnlig fokusert i media og senest av helseministeren som har bedt Riksrevisjonen om granske sykehusenes

oppfølging av feil-behandling. Oslo universitetssykehus står for en åpenhetskultur og oppfordrer til at varslingspliktige uønskede hendelser meldes videre. Det kan av og til være krevende å vurdere om en uønsket hendelse som endte med skade for pasienten er uventet (dvs. om risiko er påregnelig) eller om skaden oppstod som en konsekvens av forebyggbare forhold i helsetjenesten. Disse forutsetningene i loven åpner for forskjellige tolkninger.

Forskning viser også at det er rapportert flere uønskede hendelser i miljøer med god sikkerhetskultur enn i miljøer med dårlig sikkerhetskultur der det ikke er «lov å si ifra». Dvs. at de som bryr seg om pasientsikkerhet typisk vil ha flere, ikke færre, meldte hendelser.

Stab for pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling (PKS) holdt 18.mars et fagseminar for å belyse problemstillingen med bl.a. inviterte gjester fra Statens helsetilsyn, Helsedirektoratet og Stavanger universitetssykehus. Sentralt kvalitetsutvalg, ledere for klinikkens pasientsikkerhetsråd og kvalitetsledere/kvalitetsrådgivere i klinikkene vil bli invitert til seminaret.

### **Forbedring av risikostyringssystemet i helseforetaket**

Det pågår pt. en videreutvikling av risikostyringsmodulen i Achilles.

Risikostyringsmodulen ble initialt innført i et prosjekt med risikovurdering av vold og trusler. I tråd med handlingsplanen etter konsernrevisjonen 3/2021 «Risikostyring og kvalitet Oslo universitetssykehus HF», vil det fram til 2023 foregå produksjonssetting av skjemaer og rapporter for risikostyring, oppdatering av styrende dokumenter, eLæringskurs og andre opplæringsaktiviteter.

### **Hva er viktig for deg? Gjennomføring i Oslo universitetssykehus**

Hva er viktig for deg? (HEVD) - dagen markeres både nasjonalt og internasjonalt 6.juni 2022 og ble markert første gang i Oslo universitetssykehus i 2019. Målet med dagen er å oppmuntre til flere gode samtaler mellom klinikere som gir helse- og omsorgstjenester og pasienter/brukere som mottar tjenestene. Å flytte oppmerksomheten fra «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?» bidrar til en viktig retningsendring i helsetjenesten.

Med de to siste årene preget av pandemien, betyr det ikke at temaet HEVD er mindre viktig, heller tvert imot da dette retter oppmerksomheten på pasientens behov. Erfaringene helseforetaket har fått disse årene gir imidlertid grunnlag for å endre tanken rundt HEVD. Arbeidsgruppen for HEVD har tidligere jobbet kampanjebasert og satt søkelyset på pasient/brukere en gang i året – knyttet til «Hva er viktig for deg?»- dagen. Helseforetaket må imidlertid tenke mer helhetlig om all pasientbehandling og sikre at de ansatte forstår hvorfor de skal spørre - og pasientene forstår hvorfor de blir spurt.

Arbeidsgruppens definerte effektmål:

- Pasienter og pårørende føler seg sett, hørt og tatt på alvor ved Oslo universitetssykehus og oppnår derfor bedret helse og økt trivsel.

Arbeidsgruppens resultatmål:

- Ansatte bruker kommunikasjonsverktøyene i samtale med pasienter og pårørende

- Pasientene blir spurt om «Hva er viktig for deg?» og ansatte dokumenterer svarene

Erfaringer og arbeid så langt:

- HEVD er tatt inn i pasientdokumentasjonen (DIPS) og i ulik undervisning
- Dokumentasjon i pasientjournal er p.t. krevende å kontrollere
- Egen verktøyside på intranett er utarbeidet og verktøy er tatt i bruk som understøtter HEVD (pasientsikkerhetstavler)
- Tidligere intranettsaker er lite lest og intranett når ikke pasientene

### **Pasientsikkerhetsuka 2022**

Oslo universitetssykehus har arrangert «Pasientsikkerhetsuke» hvert år siden 2016. Målet er å sette fokus på pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsarbeidet, både ved å introdusere oppdatert fagkunnskap og løfte fram medarbeidere som jobber systematisk med dette. Opplegget har vært i konstant utvikling siden starten og årets arbeidsgruppe jobber nå med å forbedre programmet for 2022.

Evaluering av fjorårets gjennomføring viser behov for tre større justeringer:

- Bruk av prosjektmetodikk i første del av planleggingen for å sikre gode effekt- og resultatmål og målrettede tiltak
- Økt skreddersøm i programmet med mer tilpasset innhold til spesifikke yrkesgrupper, samt justering av varighet på ulike aktiviteter
- Pasientsikkerhetsuka 2022 flyttes til september og samordnes med den internasjonale Pasientsikkerhetsdagen 17. september.