



## Styresak 095-2017

### Orienteringssak om internrevisjon av samstemming av legemiddellister i Nordlandssykehuset HF

Saksbehandler: Benedikte Stoknes  
Dato dok: 08.11.2017  
Møtedato: 15.11.2017  
Vår ref: 2016/21

Vedlegg (t): Internrevisjonsrapport 06/2016: Samstemming av legemiddellister i Nordlandssykehuset HF

#### Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

#### Direktørens vurdering:

Direktøren er fornøyd med at Nordlandssykehuset HF ikke hadde alvorlige avvik ved Helse Nord RHF's internrevisjon, og at revisjonen fant det svært sannsynlig at foretaket vil nå målene på viktige indikatorer knyttet til samstemming av legemiddellister. Anbefalte tiltak er nå også tatt til følge. Direktøren understreker at korrekt legemiddelhåndtering fremdeles en stor utfordring for helseforetaket som det må arbeides kontinuerlig med. Det jobbes derfor med å forbedre legemiddelhåndteringen på flere fronter, blant annet gjennom videre arbeid med innsatsområdet «Samstemming av legemiddellister», gjennom implementering av elektronisk medikamentmodul i DIPS og gjennom det elektroniske kurveprosjektet. Arbeidet er komplekst og ressurskrevende, men også nødvendig for legemiddelsikkerheten for pasientene våre.

## **Bakgrunn**

Helse Nord hadde i 2016 internrevisjon av samstemming av legemidler i alle regionens sykehusforetak. Nordlandssykehuset HF ble revidert i perioden januar - mars 2016. Revisjonens formål var å kartlegge status i foretakenes arbeid med innføring av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke «Samstemming av legemiddellister», og bekrefte at foretakene hadde konkrete planer som sikret at tiltakene var implementert innen utgangen av 2016.

Tiltakspakken ble pilotert i medisinsk avdeling, Bodø i 2013 og videre implementert i sykehuset. Det ble gjennomført et internt læringsnettverk og opprettet samstemmingsteam som skal jobbe med legemiddelsamstemming i klinikkene. Motivering til forbedring gjøres gjennom blant annet målinger, og det er lagt opp til halvårlige seminarer for teamene.

## **Oppsummering av funn ved internrevisjonen**

Funn ved revisjonen viste høy sannsynlighet for måloppnåelse på følgende:

1. Tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter
2. Tiltakspakken inngår i sykehusenes ordinære aktivitet

## Anbefalinger fra internrevisjonen

1. Gjennomgå og oppdatere spredningsplanen
2. Forsikre seg at det ved alle relevante enheter er klart definert og kommunisert hvem som har ansvar for gjennomføring av tiltakspakken.
3. Ta initiativ til regional avklaring av hvilken status og hvilke måleresultater som forventes.

## Oppfølging av anbefalingene

1. Revidert spredningsplan ble vedtatt av direktøren i ledergruppen høsten 2017.
2. Arbeidet er per nå organisert ute på avdelingene med 16 samstemmingsteam. Grunnet mange tiltakspakker og forbedringsprosjekter samtidig ser vi etter høstseminaret september 2017 at det er utfordringer med å prioritere arbeidet. For Nordlandssykehuset anses det som viktig at klinikkleddelsen prioriterer arbeidet med samstemming og at samstem-teamene får avsatt tid og anerkjennelse for arbeidet med opplæring og målinger. Da det mangler gode elektroniske systemer som kan lette arbeidet med registrering og telling, er arbeidet betydelig ressurskrevende.
3. Alle team skal utføre målinger av samstemming ved innleggelse og utskrivelse samt måle kvalitet av legemiddelavsnitt i epikrisen. Anbefalt hyppighet av målinger avhenger av stabiliteten og nivået av tidligere målinger og beskrives i foretakets spredningsplan. Nordlandssykehuset HF har ikke endelig klargjort kriterier for andel samstemt for når tiltakspakken er implementert, og vil støtte seg til et ny-oppstartet regionalt prosjekt i Helse Nord RHF. Det regionale prosjektet startet 1/9-17 med planlagt varighet i et år for samstemming av legemiddellister. Nordlandssykehusets Seksjon for pasientsikkerhet deltar i prosjektgruppen. Oppgavene for prosjektet er å utarbeide en felles regional prosedyre for legemiddelsamstemming og registrering av CAVE i journalen, utarbeide en felles regional metode for elektronisk registrering og rapportering av legemiddelsamstemming og utarbeide opplæringsprogram og plan for implementering. Helse Nord RHF har stilt krav om at 80 % av legemiddellister skal være samstemte fra andre halvdel av 2017.

**Internrevisjonsrapport 06/2016**

**Samstemming av legemiddellister i  
Nordlandssykehuset HF**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 13.06.2016**

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Regionale føringer .....	4
2 Formål og omfang .....	5
2.1 Formål med revisjonen.....	5
2.2 Omfang og avgrensninger.....	5
2.3 Fokusområder og revisjonskriterier .....	5
2.4 Definisjoner og begrepsfortolkninger vedrørende status .....	6
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	7
4.1 Status for tiltaksimplementering.....	7
4.1.1 Observasjoner.....	7
4.1.2 Internrevisjonens vurdering av status for tiltaksimplementering.....	9
4.2 Rapportering til styret .....	10
4.2.1 Observasjoner.....	10
4.2.2 Internrevisjonens vurdering av rapportering til styret .....	11
4.3 Handlingsplaner .....	11
4.3.1 Observasjoner.....	11
4.3.2 Internrevisjonens vurdering av handlingsplaner.....	12
5 Konklusjon og anbefalinger .....	12
5.1 Konklusjon.....	12
5.2 Anbefalinger.....	13

### Vedlegg

#### 1-Dokumentoversikt

## Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden januar - mars 2016.

### Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å undersøke status i Nordlandssykehusets arbeid med innføring av pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for samstemming av legemiddellister, og bekrefte at foretaket har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016.

### Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter de tre tiltakene i nasjonal tiltakspakke og tilhørende tre prosess-indikatorer. Hvordan samstemminger blir utført i de kliniske enhetene inngår ikke, kun hvordan det er lagt opp til at dette skal skje og hvordan gjennomføringen følges opp.

### Metoder

Det er gjennomført dokumentgjennomgang, intervjuer og test.

### Konklusjon

Internrevisjonen konkluderer slik om sannsynlighet for måloppnåelse i løpet av 2016:

- a) *Tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter: Høy sannsynlighet.*  
Nordlandssykehuset har i hovedsak innfridd dette målet. Foretaket har likevel et forbedringspotensial knyttet til å synliggjøre i spredningsplanen hvilke enheter som skal gjøre målinger, og hvilke som omfattes kun av andre deler av tiltakspakken. Rapportering om måloppnåelse bør derfor baseres på en oppdatert spredningsoversikt.
  
- b) *Tiltakspakken inngår i sykehusenes ordinære aktivitet: Høy sannsynlighet.*  
Ut fra en samlet vurdering av dagens status, måleresultater, planer og ledelsesoppfølging, anser vi at det er høy sannsynlighet for at tiltakspakken inngår i Nordlandssykehusets ordinære aktivitet ved utgangen av 2016. Foretaket kan vise til akseptable måleresultater både for «andel samstemt inn» og «andel samstemt ut» ved utgangen av 2015. Det gjenstår imidlertid noe før også målinger av «kvalitet i legemiddelavsnittet i epikriser» bekrefter at tiltakene gjennomføres som forventet.

### Anbefalinger

Internrevisjonen gir Nordlandssykehuset anbefalinger om oppdatering av foretakets spredningsplan for tiltakspakken, ansvar for tiltaksgjennomføring, resultatoppnåelse og forbedringsarbeid, og initiativ til avklaring av forventning om måleresultater.

# 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Nordlandssykehuset i perioden januar-mars 2016. Oppdraget inngår i vedtatt revisjonsplan for 2016-2017 og er utført av Internrevisjonen i Helse Nord RHF. Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Tor Solbjørg har hatt det overordnede ansvaret. Tilsvarende revisjon er gjennomført i alle regionens sykehusforetak.

Revisjonen har omfattet følgende aktiviteter:

- Melding om internrevisjon sendt 05.01.2016
- Gjennomgang av innhentede dokumenter
- Intervjuer gjennomført i Bodø 08.03.2016
- Oppsummeringsmøte 18.03.2016
- Utkast til rapport oversendt 18.05.2016 til uttalelse og kvalitetssikring av fakta, tilbakemelding mottatt 09.06.2016

## 1.1 Regionale føringer

Helse Nord RHF har de siste årene stilt krav i oppdragsdokumentene til helseforetakene om gjennomføring av tiltakspakkene som inngår i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7*. I *Oppdragsdokument 2016* (OD 2016) var kravene:

- Pasientsikkerhet, mål 2016 (pkt. 4.2):
    - Alle innsatsområder igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen skal være spredt til alle relevante enheter.
    - Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
  - Risikostyring i henhold til retningslinjer for risikostyring i Helse Nord, skal omfatte følgende delmål (pkt. 2.3):
    - Alle tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal være implementert i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.
  - Styrebehandling (pkt. 9.2):
    - Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker skal inngå som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i månedlig virksomhetsrapport.
    - Status, handlingsplaner og utfordringer for pasientsikkerhet og kvalitet i pasienttilbudet styrebehandles en gang årlig. Blant annet skal sakene omfatte status for innføringen av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet.
- Kravene om styrebehandling var likelydende i 2015.

## 2 Formål og omfang

### 2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å undersøke status i Nordlandssykehusets arbeid med innføring av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for samstemming av legemiddellister, og bekrefte at foretaket har konkrete planer som gir rimelig sikkerhet for at tiltakene er implementert innen utgangen av 2016.

### 2.2 Omfang og avgrensninger

Revisjonen omfatter følgende tiltak fra pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for innsatsområdet «samstemming av legemiddellister»:

- Innhent legemiddelinformasjon og samstem legemiddellisten i samråd med pasienten.
- Inkluder samstemt legemiddelliste i epikrise.
- Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten.

Revisjonen omfatter også tiltakspakkens tre<sup>1</sup> prosessindikatorer:

- Andel nye pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste.
- Andel pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste ved utskrivelse.
- Evaluering av legemiddelsamstemming og kvalitet på legemiddelavsnittet i epikrise ved utskrivelse.

I denne revisjonen har vi ikke undersøkt hvordan samstemminger blir utført i de kliniske enhetene, kun hvordan det er lagt opp til at dette skal skje og hvordan gjennomføringen følges opp ved målinger og andre handlinger.

### 2.3 Fokusområder og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i formålet, har revisjonen vært konsentrert om tre fokusområder. Innenfor hvert av fokusområdene er det definert revisjonskriterier med grunnlag i *Oppdragsdokument 2016* og pasientsikkerhetsprogrammets nasjonale beskrivelse, *Tiltakspakke for samstemming av legemiddellister (versjon 4)*. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

---

<sup>1</sup> Tidligere versjoner av tiltakspakken har omfattet to «obligatoriske» og to «frivillige» prosessindikatorer. I versjon 4 (fra november 2015) ble dette endret, og pakken inneholder nå tre tilhørende prosessindikatorer som alle er «sterkt anbefalt».

1. Status for tiltaksimplementering
  - a. Alle sentrale elementer fra pasientsikkerhetsprogrammets beskrivelser er inkludert i prosedyrer og opplæringsmateriell.
  - b. Alle relevante enheter inngår i foretakets spredningsplan.
  - c. Tiltakspakkens målinger inngår i tiltaksgjennomføringen.
  - d. Foretaksledelsen er orientert om oppdatert status for implementering av tiltakene.
2. Statusrapportering til styret
  - a. Statusrapporter om innføring av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet styrebehandles, i samsvar med krav i oppdragsdokumentene.
  - b. Utfordringer for foretakets videre arbeid med tiltakspakken framkommer i styresakene.
3. Handlingsplaner
  - a. Det er utarbeidet handlingsplaner som omfatter alle enheter/tiltak hvor implementering ikke er fullført.
  - b. Det er klart definert hva som skal gjøres, når dette skal skje og hvem som er ansvarlig.
  - c. Handlingsplaner sannsynliggjør måloppnåelse innen utgangen av 2016.

## 2.4 Definisjoner og begrepsfortolkninger vedrørende status

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet et felles opplegg for angivelse av status for innføring av tiltakspakkene ved bruk av fargekoder, slik<sup>2</sup>:

**Grå:** *Innsatsområdet er ikke relevant for denne enheten.*

**Rød:** *Denne enheten har ingen aktivitet på dette tiltaket, verken målinger eller tiltak fra tiltakspakken.*

**Gul:** *Tiltakspakken er iverksatt på en eller flere enheter. Her inkluderes også de som deltar i læringsnettverk på innsatsområdet. Her inkluderes også enheter som har iverksatt målinger men ikke tiltak fra tiltakspakken.*

**Grønn:** *Tiltakspakken er iverksatt på samtlige relevante enheter og målinger registreres.*

I OD 2016 har Helse Nord RHF benyttet målformuleringer med noe annen ordlyd enn i denne statusskalaen, se kap.1.1 foran. Etter hva internrevisjonen er kjent med, har det ikke vært definert nærmere hvordan disse målene skal forstås. I denne revisjonen har vi valgt å legge følgende begrepsfortolkninger til grunn:

- At tiltakspakken er *spredt til en enhet* innebærer at enheten er klar til å starte tiltaksgjennomføringen ved at prosedyrer er vedtatt, opplæring er gjennomført, og

---

<sup>2</sup> Definisjonene er bekreftet i e-post fra Helsedirektoratet til Helse Nord RHF 7. mars 2016.



det er avklart hvordan tiltaksgjennomføringen skal dokumenteres, måles og følges opp (omtrent som nasjonal gul).

- At tiltakspakker *inngår som en del av ordinær aktivitet* innebærer at enheten har bekreftet at tiltakene er iverksatt og kan vise til akseptable måleresultater på tilhørende prosessindikatorer (nasjonal grønn + akseptable måleresultater).

### 3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonen:

- Dokumentgjennomgang.  
Dokumenter tilsendt fra foretaket og innhentet via dets websider er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervju.  
*Se Vedlegg 1, Dokumentoversikt.*
- Intervju.  
Det er gjennomført intervju med fem utvalgte nøkkelpersoner i foretaksledelse og stab, samt én medarbeider ved Sykehusapotek Nord, Bodø, som har bidratt aktivt i arbeidet med innføring og oppfølging av tiltakspakken i foretaket.
- Test.  
Det ble undersøkt om det foreligger måleresultater som er dekkende for alle enheter der foretaket selv anser tiltakspakken som implementert (grønn status).  
Undersøkelsen ble utført ved at mottatte måleresultater for perioden mai 2014- desember 2015 ble sammenholdt med foretakets ferskeste rapportering om status for enhetenes iverksetting av tiltakspakken (november 2015). Resultatet av sammenligningen, og internrevisjonens spørsmål i denne forbindelse, ble diskutert i oppsummeringsmøtet.

## 4 Observasjoner og vurderinger

### 4.1 Status for tiltaksimplementering

#### 4.1.1 Observasjoner

Arbeidet med innføring av tiltakspakken ledes av rådgiver/overlege ved *Seksjon for pasientsikkerhet*. Seksjonen koordinerer pasientsikkerhetstiltak på foretaksnivå og bistår klinikker og enheter i planlegging og gjennomføring av lokale prosjekter. Seksjonen driver i tillegg *Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet*.

Internrevisjonen har konstatert at alle sentrale elementer fra *Tiltakspakke for samstemming av legemiddellister* er inkludert i foretakets interne prosedyrer og opplæringsmateriell som direkte gjelder samstemming. Foretaket har imidlertid også

andre dokumenter i Docmap<sup>3</sup> som, ut fra vår vurdering av innholdet, burde inkludere samstemming av legemiddellister. Eksempler på slike dokumenter hvor samstemming ikke var omtalt, er:

- *Håndtering av legemiddelopplysninger ved innleggelse og utskrivning*, PR24357, som definerer ansvarsfordelingen mellom lege og sykepleier/vernepleier.
- *Opplæring av nyansatte sykepleiere, vernepleiere, radiografer og bioingeniører*, OL0094, som er en huskeliste for utarbeidelse av sjekklister til bruk ved opplæring i legemiddelhåndtering.

Nordlandssykehuset har vedtatt en spredningsplan for innføring av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. Her framkommer det hvilke enheter i klinikkene som betraktes som relevante for tiltakspakken om samstemming, og foretaket har lagt til grunn at dette gjelder alle døgnenheter. Internrevisjonen har sammenholdt spredningsplanen med klinikkens organisasjonskart og diskutert enkelte spørsmål rundt dette i oppsummeringsmøtet. Resultatet fra gjennomgangen oppsummeres slik:

- Det er synliggjort at alle foretakets sengeposter er inkludert i spredningsplanen.
- Enheter som omfattes bare av deler av tiltakspakken er ikke angitt på en konsekvent måte i spredningsplanen. Noen er angitt som relevant enhet uten merknader (eks. AKUM Lofoten og AKUM Vesterålen), noen er merket med \* som betyr «Lokal tilpasning, f.eks. ingen målinger (...)» (eks. Akuttmottak Bodø) og noen er angitt som ikke relevant (eks. Intensivenheten Bodø).
- Føde/barsel Vesterålen og Lofoten er definert som relevante enheter. Det framkom imidlertid at det var usikkerhet knyttet til om dette er riktig.

Internrevisjonen har undersøkt om Nordlandssykehuset har lagt til grunn at tiltakspakkens tre prosessmålinger skal gjøres i alle relevante enheter, og vi har testet om det foreligger registreringer for de enhetene foretaket har vurdert til status grønn i sin ferskeste statusrapportering. Vi har observert følgende:

- Nordlandssykehuset har per november 2015 vurdert at alle relevante enheter med unntak av Føde/barsel Vesterålen, har grønn status (iverksatt).
- Som hovedregel forutsettes det registreringer av målinger for at tiltakspakken betraktes som iverksatt. De som ble intervjuet ga uttrykk for at registreringskravet inngår i grunnlaget for vurdering av status og at målinger etterspørres internt. Noen enheter er likevel unntatt fra krav om egne målinger, jf. observasjon i forrige avsnitt om inkonsekvent angivelse av enheter som bare delvis er omfattet av tiltakspakken.
- Vår test viste at det forelå ferske registreringer av måleresultater for flertallet av spredningsplanens relevante enheter (av de som ikke var merket med \*), men ikke for alle. Her merket vi oss følgende om enhetene uten måleresultater:
  - For noen enheter gjøres det felles målinger der resultatene for den enkelte enhet ikke kan spesifiseres. Dette gjelder eksempelvis:

---

<sup>3</sup> Docmap er Helse Nords IT-system for dokumentstyring og avviksbehandling

- Klinikk psykisk helse og rus, der seks av enhetene gjør felles målinger.
- Enhet B2 Lofoten og C2 Lofoten ved Medisinsk klinikk.
- For noen enheter foreligger det verken målinger eller kommentar om at målinger er unntatt. Dette gjelder eksempelvis:
  - Føde/barsel Lofoten, pasientene oppgis å inngå i Kirurgisk enhets målinger.
  - Lofoten DPS.
- Noen enheter har ikke registrert målinger av kvalitet i legemiddelavsnittet i epikriser.
- I intervjuer ble det opplyst at målingene noen ganger skjer flere måneder i ettertid.
- Medisinsk sengeenhet Vesterålen har tidligere registrert målinger, men sist registrerte resultat var fra juni 2015.

Foretakets *Dashbord – kvalitet og pasientsikkerhet* utarbeides av Seksjon for pasientsikkerhet og legges fram for foretaksledelsen to ganger årlig. Her inngår oppdatert statusoversikt (fargekode) for enhetenes innføring av tiltakspakken og aggregerte resultater fra tilhørende prosessmålinger (andel samstemt INN og UT) pr. lokasjon og klinikk. I tillegg framstilles resultater fra utførte kvalitetsmålinger. Internrevisjonen har gjennomgått statusvurderingene i dashbord fra november 2015. Enkelte av disse statusvurderingene ser ut til å ha mangelfullt grunnlag, jf. observasjonene omtalt i tredje og fjerde avsnitt.

Internrevisjonen konstaterer at måleresultatene ikke påvirker statusvurderingen. I intervjuene framkom en klar oppfatning om at det fra nasjonalt hold ikke er lagt opp til slik sammenheng, og at dette vil bli for krevende for sykehusmiljøene per i dag. Dagens praksis innebærer at det kan rapporteres status «Grønn» (iverksatt) selv om prosessmålinger viser lav gjennomføringsgrad for aktuelle tiltak. I foretakets rapportering fra november 2015 ser vi eksempelvis at Kirurgisk enhet A6 er vurdert «Grønn» samtidig som åtte av de ti siste målingene av «andel pasienter hvor det er dokumentert utført samstemming av legemiddelliste ved utskriving» viser resultater på  $\leq 30\%$ .

På oppdrag fra Nordlandssykehuset gjennomførte Sykehusapotek Nord (SANO) i 2015 internrevisjoner i utvalgte enheter om samstemming av legemidler i bruk ved innleggelse og utskrivelse. Oppsummeringsrapport ble oversendt til bl.a. medisinsk direktør og aktuelle kliniksjefer primo mars 2016. Her framkommer informasjon om enhetenes etterlevelse av gjeldende rutiner og behov for forbedringstiltak.

#### **4.1.2 Internrevisjonens vurdering av status for tiltaksimplementering**

Etter internrevisjonens vurderinger er alle sentrale elementer fra pasientsikkerhetsprogrammets beskrivelse av tiltakspakken inkludert i prosedyrer og opplæringsmateriell. Det synes også som alle relevante enheter inngår i foretakets spredningsplan.

Videre har vi konstatert at tiltakspakkens målinger inngår i tiltaksgjennomføringen, og at det som hovedregel forutsettes registreringer av målinger for at tiltakspakken skal betraktes som iverksatt. Slike registreringer kreves imidlertid ikke alltid, og vår vurdering er at foretaket har forbedringspotensial knyttet til hvordan enheter som omfattes bare av deler av tiltakspakken angis og skal vurderes. Det synes hensiktsmessig med en gjennomgang og oppdatering av spredningsplanen for å sikre konsistens i hvordan relevante enheter defineres og angis i slike situasjoner. Foretakets framtidige rapportering om hvorvidt tiltakspakken er «iverksatt på samtlige relevante enheter» bør være basert på en oppdatert spredningsoversikt.

Foretaksledelsen er orientert om oppdatert status ved at de regelmessig mottar skriftlig rapport med vurderingsresultat og måleresultater. Videre har ledelsen nylig mottatt oppsummeringsrapport fra interne revisjoner utført av Sykehusapotek Nord, og de blir løpende informert om utfordringer etc. fra Seksjon for pasientsikkerhet via ordinær lederlinje.

Etter internrevisjonens vurdering er det uheldig at det ikke nasjonalt er lagt opp til rutiner der status «Grønn - tiltakspakken iverksatt» forutsetter bekreftelse gjennom oppnådde resultater på definert målnivå for tilhørende prosessindikatorer. Dermed er det viktig at måleresultater følger statusvurderingen som rapporteres til ledelsen, slik praksis er i Nordlandssykehuset.

## **4.2 Rapportering til styret**

### **4.2.1 Observasjoner**

Det har vært reist spørsmål til Helse Nord RHF fra helseforetakene om forventninger til innhold i virksomhetsrapportens avsnitt om pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker. Svar fra regional programleder ble distribuert per e-post til lokale programledere i juli 2015. Her framkommer det at RHF-et ikke ønsker å standardisere virksomhetsrapportens innhold, men at denne skal bidra til oppmerksomhet omkring framdrift og aktuelle utfordringer. Avslutningsvis heter det «Vi ønsker konkrete beskrivelser av arbeidet som foregår og resultater av målinger, – prosessmål og resultatmål, der de foreligger. Det vil variere fra måned til måned hva som er aktuelt å rapportere om».

Internrevisjonen har konstatert at foretakets *Dashbord – kvalitet og pasientsikkerhet*, som omtalt i kap. 4.1.1, har vært lagt fram for Nordlandssykehusets styre to ganger årlig. Informasjonen her har vært den samme som til foretaksledelsen. I tillegg har månedlig *Driftsrapport*, siden mars 2015, omfattet et avsnitt om pasientsikkerhetsprogrammet. Innholdet i avsnittet har vært noe skiftende, men det ser ut til at fokus har vært på vesentlige endringer, ikke direkte statusvurderinger. I saksframleggene til styret har det også har vært redegjort for aktuelle utfordringer for foretakets videre arbeid med tiltakspakken. Intervjuene våre har ikke avdekket vesentlige utfordringer som ikke er nevnt i styresakene.

#### **4.2.2 Internrevisjonens vurdering av rapportering til styret**

Internrevisjonen vurderer at statusrapportering om implementering av tiltakspakken til eget styre, samsvarer med krav i oppdragsdokumentene og inneholder relevant og utfyllende informasjon.

### **4.3 Handlingsplaner**

#### **4.3.1 Observasjoner**

Det foreligger ikke konkrete handlingsplaner for videre spredning av tiltakspakken, da man anser denne som iverksatt ved alle relevante enheter unntatt Føde/barsel Vesterålen. Det framkom i intervjuene at det er usikkerhet knyttet til om tiltakspakken er relevant i denne enheten, jf. kap. 4.1.1. I intervjuene var det flere som presiserte at man likevel ikke anser implementeringsarbeidet som fullført i foretaket. Også registreringer av tiltakspakkens målinger indikerer at det er behov for oppfølgingsaktiviteter. I saksframlegg til styret fra mai 2015 står det: «Forbedringsarbeid og endring tar tid, og vi regner med å kunne oppnå målet på 100 % samstemming tidligst om 2 år» (sak 53-2015). Styret vedtok i samme sak at: «Styret ber direktøren påse at arbeidet følges opp videre slik at målet om 100 % samstemming nås.»

Vi fikk opplyst at klinikkjefene/linjeledelsen har ansvar for kontinuerlig forbedring av gjennomføringen av tiltakspakken i klinikkene/de enkelte enhetene, sammen med etablerte forbedringsteam. Utfordringer eller manglende resultater følges opp i direktørens løpende oppfølgingsmøter. Enhetene har fått tilbud om spesialtilpasset veiledning og bistand ved behov. Eksempelvis er det avtalt at Kirurgisk og ortopedisk klinikk i Bodø skal få økt bistand fra farmasøyt fra i vår. Vi har ikke innhentet handlingsplaner utarbeidet i de enkelte klinikkene. For å bidra til erfaringsutveksling og faglig oppdatering, arrangeres det halvårlige, interne samlinger om samstemming, i regi av Seksjon for pasientsikkerhet.

Tiltakene som måles gjennom prosessindikatorerne følger pasientforløp og handlinger på tvers av organisatoriske linjer. Vi fikk opplyst at noen av forbedringsteamene også er sammensatt på tvers av organisasjonskartets inndeling. På ledernivåer under klinikkjef er det derfor ikke entydig hvem som har ansvar for forbedringsarbeid og resultatoppnåelse i den enkelte «relevante enhet».

De vi intervjuet visste ikke hvordan enhetene som ble revidert av SANO i 2015 har fulgt opp anbefalingene de fikk i revisjonsrapportene. Vi fikk opplyst at SANO hadde bedt om tilbakemeldinger, men at ingen enheter hittil hadde svart. En oppsummeringsrapport ble imidlertid nylig oversendt foretakets ledelse, og vi legger til grunn at dette vil bidra til at enhetenes oppfølging etterspørres.

I tillegg til tiltakspakkens faste målinger som utføres av enhetene selv, har SANO gjort egne, halvårlige samstemminger basert på egen metodikk (kvalitetsmålinger). Vi fikk

opplyst at slike målinger skal fortsette. Dette er en kilde til regelmessig informasjon om kvaliteten på eget samstemmingsarbeid som bør benyttes i løpende oppfølging. Nordlandssykehusets internrevisjonsplan 2016-2019 viser at neste revisjon av samstemming av legemiddellister planlegges gjennomført i 2018.

#### **4.3.2 Internrevisjonens vurdering av handlingsplaner**

Internrevisjonen konstaterer at det gjennomføres, eller er planer om, flere ulike oppfølgingstiltak for å bidra til evaluering og forbedring av gjennomføringen. Oppnådde resultater viser at det er behov for slike tiltak ved flere enheter.

Vi anser det som en forutsetning for foretakets måloppnåelse i 2016, at gode rutiner opprettholdes, at kjente utfordringer følges aktivt opp, og at arbeidet har prioritet i lederlinjen. Manglende samsvar mellom relevant enhet, formell organisatorisk enhet og enhetsnivå for målinger vil, etter vår vurdering, medføre risiko for manglende ledelsesoppfølging av forbedringsarbeid. Av denne grunn anser vi at det, ved gjennomgang av spredningsplanen, vil være hensiktsmessig å forsikre seg om at det er klart definert og kommunisert hvem som har ansvar for resultatoppnåelse, forbedringsarbeid og løpende oppfølging i alle relevante enheter.

Styret i Nordlandssykehuset har fastsatt mål om 100 % samstemming. Måleveiledning i nasjonal beskrivelse av tiltakspakken framholder stabil resultatoppnåelse på > 90 % som tommelfingerregel for å kunne redusere antall målinger. Etter hva internrevisjonen er kjent med, har det ikke vært nærmere definert i Helse Nord hvilke resultater som forventes som grunnlag for rapportering om at tiltakspakken «inngår som del av ordinær aktivitet», jf. mål i OD 2016. Vi finner det naturlig at dette avklares og kommuniseres til alle foretakene. Definisjonen av «akseptable måleresultater» som er lagt til grunn for våre vurderinger, jf. kap. 2.4, kan være et utgangspunkt for videre presiseringer.

## **5 Konklusjon og anbefalinger**

### **5.1 Konklusjon**

Internrevisjonens vurdering av om det er rimelig sikkerhet for at Nordlandssykehuset innen utgangen av 2016 oppnår målene vedrørende samstemming av legemiddellister, oppsummeres slik:

- a) *Tiltakspakken er spredt til alle relevante enheter: Høy sannsynlighet for måloppnåelse.* Nordlandssykehuset har i hovedsak innfridd dette målet. Foretaket har likevel et forbedringspotensial knyttet til å synliggjøre i spredningsplanen hvilke enheter som skal gjøre målinger, og hvilke som omfattes kun av andre deler av tiltakspakken. Rapportering om måloppnåelse bør derfor baseres på en oppdatert spredningsoversikt.

b) *Tiltakspakken inngår i sykehusenes ordinære aktivitet: Høy sannsynlighet for måloppnåelse.*

Ut fra en samlet vurdering av dagens status, måleresultater, planer og ledelsesoppfølging, anser vi at det er høy sannsynlighet for at tiltakspakken inngår i Nordlandssykehusets ordinære aktivitet ved utgangen av 2016. Foretaket kan vise til akseptable måleresultater både for «andel samstemt inn» og «andel samstemt ut» ved utgangen av 2015. Det gjenstår imidlertid noe før også målinger av «kvalitet i legemiddelavsnittet i epikriser» bekrefter at tiltakene gjennomføres som forventet.

## **5.2 Anbefalinger**

Internrevisjonen anbefaler Nordlandssykehuset å:

1. Gjennomgå og oppdatere spredningsplanen for å sikre konsistens i hvordan relevante enheter defineres og angis.
2. Forsikre seg om at det ved alle relevante enheter er klart definert og kommunisert hvem som har ansvar for tiltaksgjennomføring, resultatoppnåelse og forbedringsarbeid.
3. Ta initiativ til en regional avklaring av hvilken status og hvilke måleresultater som forventes når tiltakspakken «inngår som del av ordinær aktivitet».

## Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

### Styresaker:

- 103-2014 Nordlandssykehusets dashboard for kvalitet og pasientsikkerhet – nov. 2014
- 13-2015 Orienteringssak - Årsrapport fra Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet 2014
- 23-2015 Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 - Strategi 2014-2018
- 53-2015 Nordlandssykehusets dashboard for pasientsikkerhet og kvalitet - mai 2015
- 54-2015 Rapportering fra ledelsens gjennomgang av foretaket 2014
- 64-2015 Tertialrapport 1-2015 Nordlandssykehuset HF
- 107-2015 Nordlandssykehusets dashboard for kvalitet og pasientsikkerhet – nov. 2015
- Månedlige driftsrapporter fra januar 2015 til februar 2016
- Årlig melding 2014 fra Nordlandssykehuset til Helse Nord RHF

### Styrende dokumenter i Docmap:

- PR13173 Opptak av legemiddelanamnese og samstemming av legemidler i bruk ved innleggelse, versjon 2
- RL4120 Grønn huskeliste – legemiddelanamnese og epikrise, versjon 1.1
- PR33300 Legemiddelinformasjon ved utskrivelse, versjon 2
- PR4515 Retningslinjer for kurveføring, versjon 2.4
- PR24357 Håndtering av legemiddelopplysninger ved innleggelse og utskrivning, versjon 1.1
- PR3213 Opplæring av nyansatte sykepleier, vernepleiere, radiografer og bioingeniører, versjon 1
- PR37565 Informasjon til nye turnusleger, Kirurgisk og ortopedisk klinikk, versjon 6
- OL0227 Internrevisjonsplan, legemiddelhåndtering 2016-19, versjon 4

### Annet:

- Måleveiledning for tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet, Nordlandssykehuset 2015
- Måleresultater i Extranet, per desember 2015 – Bodø, Vesterålen, Lofoten
- Spredning av innsatsområdene, Del II: Rapportering på drift av innsatsområdene (skjema som brukes ved innhenting av statusoversikt i Nordlandssykehuset)
- Oppsummering av internrevisjoner i legemiddelhåndtering utført av SANO i 2015, Bodø. Datert i januar, men oversendt foretakets ledelse 7. mars 2016
- Undervisningsmateriell fra opplæring om samstemming, sept. 2014
- Undervisningsmateriell fra opplæring om samstemming for turnusleger, feb. 2016
- Kopi av e-post til lokal programleder i UNN fra Helsedirektoratet om spørsmål i forbindelse med legemiddelsamstemming, datert 30. mai 2016