



Styresak 14-2016 Referatsaker til styret

Saksbehandler:
Gro Ankill

Saksnr.:
2011/2354

Dato:
10.02.2016

Følgende dokumenter legges frem som referatsaker for styret:

1. Protokoll drøftingsmøte med tillitsvalgte 14.01.2016
2. Protokoll møte i AMU 14.01.2016
3. Protokoll drøftingsmøte med tillitsvalgte 15.02.2016 (ettersendes)
4. Protokoll møte i AMU 15.02.2016 (ettersendes)
5. Referat Brukerutvalget 09.02.2016 (ettersendes)
6. Protokoll foretaksmøte 03.02.2016
7. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 16.12.2015
8. Protokoll styremøte Helse Nord RHF 03.02.2016
9. Brev fra Vesterålen regionråd av 11.01.2016
10. Uttalelse fra ALU, Vågan allmennlegeutvalg vedr. akuttkirurgi tilbudet ved Lofoten sykehus av 16.01.2016
11. Brev fra driftsutvalget i Sortland kommune av 05.02.2016
12. Brev fra Meløy kommune av 25.01.2016
13. Presentasjon OD 2016 Nordlandssykehuset
14. Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus, gjennomført 2012 og 2014
15. GTT-undersøkelse pasientskader med tall fra 2014
16. Oppfølging av tilsyn, fra DSB 11.01.2016

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Avstemming:

Vedtak:



PROTOKOLL

fra drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 30 og 31 mellom Nordlandssykehuset HF og foretakstillitsvalgte

14. Januar 2016

Kl. 09.00 – 10.00

Møterom: Store møterom Y-fløy

Fra arbeidsgiver:

Fra fagforeningene:

Navn	Navn	Tilstede	Forfall
Kerstin Thoresen, Ass HR-sjef	Merete Lian (NSF)	X	
Liss Eberg, HR-sjef	Ikke valgt (NETF)		
Janne Hole, Seksjonsleder HR-personal	Marianne Hildal (NFF)		
Anne Line Eliseussen, Rådgiver HR-avd	Britt Karin Bakkefjell (Utdanningsf)		
	Timea Marosi (Forskerne)		
Lillian Søttar, Rådgiver HR-avd	Rolf Schjem (Presteforeningen)		
	Svein Kligen (Akademiker forb.)		
	Are Antonsen (Maskinistforb.)		
	Liv Berit Moe (Radiografforbundet)		
	Karina Hjerde (Fagforbundet)		X
	Ikke valgt (FO)		
	Roar Skogøy (El og It forbundet)		
	May-Britt Allstrin (Delta)	X	
	Ikke valgt (Parat)		
	Ikke valgt (DNJ)		
	Ann-Jeanette Jensen (NITO)	X	
	Hedda Soløy-Nilsen (DNLF)	X	
	Andreas Vikan Seljeseth (NPF)		
	Christian Søvik Hansen (Econa)		
	Ingvild Bilberg (Tekna)		
	Marit Nordmo (Samfunnsviterne)		

* tilstede deler av møtet

AMU sak 3/2016 Revisjon av Nordlandssykehusets retningslinjer for omstilling

Protokolltilførsel NSF:

Arbeidsgiver har lagt inn forutsetninger i saken som forutsetter tilpasningsavtale til Hovedavtalens § 29. Slik avtale er ikke inngått.

AMU skal behandle saker som omfattes av Arbeidsmiljølovens § 7-2.

I saken er redegjort for risikovurdering jf. krav i Arbeidsmiljøloven.

Risikovurdering av andre forhold er utelatt.

NSF viser til:

- lov om statlig tilsyn med helse – og omsorgstjenesten, § 3 Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll.

- styresak 148- 2014 Risikostyring 2015 i foretaksgruppen - overordnet mål. Målområde 1: Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

-Foretaksmøtesak 4- 2015 Oppdragsdokument Nordlandssykehuset HF:
Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet er sentralt. Pasientsikkerhet og kvalitet skal prege all virksomhet i foretaksgruppe.
- Helsepersonell lovens § 4 Forsvarlighet
- Helsepersonell lovens § 16 Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll.

Risikovurderingen i omstillingsprosesser må gjenspeile Nordlandssykehusets oppgaver og egenart.

Det viser til lov om spesialisthelsetjeneste § 2-2 Plikt til forsvarlighet. § 3-4 a)

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

§ 3-8 Sykehusenes oppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasient og pårørende.

Protokolltilførsel arbeidsgiver:

Et videre arbeid er å lage maler for utarbeidelse av Styresak/AMU sak inkludert risikovurdering.

Felles protokolltilførsel:

Partene har drøftet saken og vil arbeide videre med å få utarbeidet tilpasningsavtale i hht HA § 29.

Partene er enige om en tidsfrist for arbeidet innen 1.april 2016.

AMU sak 4/2016 Seniorpolitikk i Nordlandssykehuset

Protokolltilførsel NSF:

Arbeidsgiver viser til styrevedtak Helse Nord styret som bakgrunn for saken. Saken har også vært behandlet i direktørens ledergruppe.

Foretaksledelsen med stab oppfattes å være ukjent med avtale om inkluderende arbeidsliv (IA –avtalen) inngått mellom partene i arbeidslivet. Avtalen ble inngått mellom partene i Nordlandssykehuset HF og NAV 11.09. 2014. Avtalen gjelder til 31.12.2018.

Arbeidsgiver og tillitsvalgte er likeverdige avtaleparter i virksomheten.

Punkt 2 i avtalen: Mål for virksomhetens IA arbeid.

Delmål 3: Avgangsalder

- Sette aktivitetsmål for hvordan virksomheten kan stimulere eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid.
- Ha et livsfaseperspektiv som skal inngå som en del av virksomhetens personalpolitikk og i det systematisk forebyggende arbeidet.

På nasjonalt nivå skal yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med 12 måneder. Med dette mens en øking sammenlignet med 2009 i gjennomsnittelig periode med yrkesaktivitet. Nordlandssykehuset skal bidra til dette.

Arbeidsgiver har ikke oppfylt sine forpliktelser som avtalepart. Avtalen kan sies opp av begge parter med 1 måneds varsel. NSF anbefaler at arbeidsgiver tar initiativ til dette.

Annet: KVAM grupper er ikke informasjon, drøfting – eller forhandlingsorgan for tillitsvalgte.

De tillitsvalgte har ikke likeverdig representasjon i KVAM grupper. Arbeidsgiver har trenert krav om representasjon gjennom flere år.

Det vises til Overenskomsten mellom NSF og Spekter punkt 1.6 Fritak for nattevakt og avtaler mellom partene på enhetsnivå for å sikre at seniorsykepleiere kan arbeide pasientrettet. NSF viser også til lokal B-del punkt 2.3 Seniortillegg.

Protokolltilførsel:

Partene har drøftet saken som tas til orientering.

Arbeidsgiver innkaller til et møte der vi ser på forslag om ny seniorpolitikk i NLSH opp mot IA-avtalen.

Nordlandssykehuset HF

Johnny R. Jensen

Marianne Hildal

Timea Marosi

Svein Klingen

Karina Hjerde

Roar Skogøy

Ann-Jeanette Jensen

Ingvild Bilberg

Hedda Soløy-Nilsen

Liv Berit Moe

Britt Karin Bakkefjell

Rolf Schjem

Are Antonsen

Marit Nordmo

May-Britt Allstrin

Andreas Vikan Seljeseth

Christian Søvik Hansen



**Protokoll fra AMU-møte
Mandag 14. januar 2016
kl. 12.00 – 12.45
Store møterom administrasjonen/Skype**

Arbeidsgivers representanter:	Til stede	Vararepresentanter:	Til stede
Liss Eberg, HR-sjef	X		
Øystein R. Johansen, klinikkssjef Kir/ort	X		
Gro-Marith Villadsen, rådgiver dir.	X		
Anne-Line B. Strand, klinikkssjef Diag.	X		
Gunn Bente Andresen, enhetsleder pasientreiser	Forfall	Per-Ingve Norheim	X
Arbeidstakers representanter:		Vararepresentanter:	
Hovedverneombud Ragnhild Strand	X		
Merete Lian, NSF	X		
Karina Hjerde, Fagforbundet	Forfall	Forfall	
Andreas Vikan Seljeseth, Akademikerne	Forfall	Forfall	
May Britt Allstrin, Delta	X		
Øvrige faste medlemmer:			
Representant fra Stamina	Forfall		
Representant fra HMS	X		
Sekretær for AMU: Anita Olsen	X		

Øvrige til stede:

Anne Line Eliseussen

Kerstin Thoresen

AMU-sak 1/2016

Godkjenning av innkalling og saksliste

Innstilling til vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

AMU-sak 2/2016

Godkjenning av protokoll fra AMU-møtet 14. desember 2015

Innstilling til vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 14. desember 2015 godkjennes.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Protokoll fra AMU-møtet 14. desember 2015 godkjennes.

AMU-sak 3/2016

Revisjon av Nordlandssykehusets retningslinjer for omstilling

Innstilling til vedtak:

AMU gir sin tilslutning til de reviderte retningslinjene for omstilling i Nordlandssykehuset og anbefaler de godkjent av direktør.

Forslag til nytt vedtak:

AMU tar til orientering de reviderte retningslinjene for omstilling i Nordlandssykehuset , og tilslutter seg det videre arbeid.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt med nytt vedtakspunkt.

Vedtak:

AMU tar til orientering de reviderte retningslinjene for omstilling i Nordlandssykehuset, og tilslutter seg det videre arbeid.

AMU-sak 4/2016

Seniorpolitikk i Nordlandssykehuset

Innstilling til vedtak:

AMU tar sak vedrørende seniorpolitikk i Nordlandssykehuset til orientering.

Forslag til nytt vedtak:

AMU tar sak vedrørende seniorpolitikk i Nordlandssykehuset til orientering. Arbeidsgiver innkaller til et møte der vi ser på forslag om ny seniorpolitikk i NLSH opp mot IA-avtalen.

Avstemming:

Enstemmig vedtatt med nytt vedtakspunkt.

Vedtak:

AMU tar sak vedrørende seniorpolitikk i Nordlandssykehuset til orientering. Arbeidsgiver innkaller til et møte der vi ser på forslag om ny seniorpolitikk i NLSH opp mot IA-avtalen.

Protokolltilførsel fra HVO:

Hovedverneombudet ble ikke invitert inn i arbeidsgruppen som har sett på seniorpolitikk i NLSH, men gitt anledning til innspill. Seniorpolitikk som en del av en livsfaseorientert personalpolitikk krever kunnskap hos ledere og muligheter for individuelle tiltak rettet mot individet. I listen over tiltak er de organisatoriske, og retter seg mot system for opplæring og når/hvordan seniorpolitikk bør tas opp. Et konkret individrettet tiltak foreslås refusjon av deler av treningsavgift mot dokumentasjon av gjennomført trening for ansatte over 62 år. Kostnader ved å administrere en kontroll anslås ikke. Å ta vare på egen helse gjennom fysisk aktivitet behøves ikke nødvendigvis foregå i et treningsstudio, og tilbudet fra arbeidsgiver for å stimulere til fysisk aktivitet bør vurderes for alle ansatte.

Utviklingssamtaler i Personalportalen nevnes som metode for leders oppfølging av ansatte, da med et seniorperspektiv. I Docmap DS0103 Medarbeidersamtaler har sjekklister for seniorpolitikk – seniorfokus i medarbeidersamtaler blitt tilføyd i 2014. Arbeidsmiljøutvalget har ikke diskutert og behandlet at det foreligger to metoder tilgjengelig for årlig samtale mellom leder og medarbeider etter at Personalportalen ble tatt i bruk.

Faktorer som virker motiverende uavhengig av alder er mennesket evne og vilje til å ta i bruk ny teknologi/verktøy. Oppleve fleksibilitet i arbeidslivet og ha anledning til å kombinere arbeid og ikke arbeid er ikke bare behov seniorer har, men mer livssituasjon. NLSH økonomiske situasjon setter begrensinger for en del av tiltakene som både IA strategi med påfølgende handlingsplan for 2015 og seniorpolitikk. Mange av virkemidlene er rettet mot kompetanse hos ledere og muligheten for ansatte å utvikle seg faglig i en sein karriere. Da er det synd at et virkemiddel ansatte opplevde og var individrettet ikke lengre er tilgjengelig, seniordager.

Protokoll

Vår ref.:
2016/6-2/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:
Bodø, 3.2.2016

Møtetype:	Foretaksmøte
Møtedato:	3. februar 2016 – kl. 15.00
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede – fra Helse Nord RHF:

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør

Tilstede – fra Nordlandssykehuset HF:

Navn:	
Svein Blix	styreleder
Erik Arne Hansen	styremedlem
Paul Martin Strand	adm. direktør

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med helseforetaksloven § 45.

Sak 1-2016 Godkjenning av innkalling

Styreleder i Helse Nord RHF, Marianne Telle, med fullmakt til å utøve eiermyndighet på vegne av Helse Nord RHF ønsket velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Hun ga ordet til styreleder i Nordlandssykehuset HF, Svein Blix. Foretaksmøtet ledes av styreleder i Nordlandssykehuset HF, Svein Blix.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2-2016 Godkjenning av sakliste

Møtelederen spurte om noen hadde merknader til den utsendte sakslisten. Det var ingen merknader til sakslisten.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Sakslisten godkjennes.

Sak 3-2016 Valg av representant til å underskrive protokollen sammen med møteleder

Lars Vorland ble foreslått til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Lars Vorland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Sak 4-2016 Oppdragsdokument 2016 Nordlandssykehuset HF

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

1. Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som oppdragsdokument 2016 for Nordlandssykehuset HF.
2. På vegne av styret i Helse Nord RHF har adm. direktør i Helse Nord RHF ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet 2016.

Sak 5-2016 Konsernbestemmelser for investeringer

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet vedtar vedlagte dokument som gjeldende konsernbestemmelser for investeringer i Nordlandssykehuset HF.

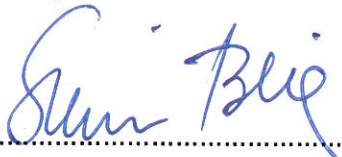
Sak 6-2016 Endringer i helseforetakets vedtekter § 6a ad. fastsettelse av lønn til ledende ansatte og § 9 ad. låneopptak

Det vises til saksfremlegget. Styreleder Marianne Telle redegjorde for saken.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Vedtektenes §§ 6a og 9 for Nordlandssykehuset HF endres jf. fremlagte forslag.

Bodø, den 3. februar 2016



Svein Blix, styreleder
Nordlandssykehuset HF



Lars Vorland, adm. direktør
Helse Nord RHF

Presseprotokoll

Vår ref.:
2014/711-92/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 75 51 29 36

Sted/Dato:
Bodø, 16.12.2015

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	16. desember 2015 - kl. 8.30
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Bjørn Kaldhol	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Eirik Holand	styremedlem
Inger Jørstad	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem

Forfall

Navn:	
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg <i>Vararepresentantene hadde ikke anledning til å stille på kort varsel.</i>

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Finn Henry Hansen	direktør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Rune Sundset	kvalitets- og forskningsdirektør
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Hege K. Antonsen	internrevisor

I forkant av styremøtet orienterte adm. direktør Lars Vorland om Nasjonal helse- og sykehusplan.

Styresak 134-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste

- Sak 134-2015 Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 135-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte 25. november 2015
- Sak 136-2015 Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 137-2015 Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020
- Sak 138-2015 Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020 - høringsutkast
- Sak 139-2015 Virksomhetsrapport nr. 11-2015
Saksdokumentene var lagt frem ved møtestart.
- Sak 140-2015 Helse Nord's beredskap innen IKT, vann og strømforsyning - oppfølging av styresak 46-2015/3
- Sak 141-2015 Ledelsens gjennomgang av virksomheten
- Sak 142-2015 Oppnevning av valgstyre - valg av ansattes representanter til styret i Helse Nord RHF
- Sak 143-2015 Medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015
Saksdokumentene var ettersendt.
- Sak 144-2015 Plan for internrevisjon 2016-2017
- Sak 145-2015 Orienteringssaker
1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 3. Informasjonssikkerhet i foretaksgruppen
 4. Nordlandssykehuset HF - fremdriftsplan for omstillingstiltakene, oppfølging av styresak 77-2015
 5. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET-senter - oppdatert usikkerhetsanalyse, oppfølging av styresak 53-2015
- Sak 146-2015 Referatsaker
1. E-post fra Anette Fosse, fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana (med støtte fra Kommuneoverlegeforum på Helgeland) av 16. november 2015 ad. åpent brev til Helse Nord
 2. Protokoll fra møtet i revisjonsutvalget 25. november 2015
 3. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2016
 4. Oppsummeringsrapport av 18. november 2015 - Tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen 2015, Helse Nord RHF
 5. Miljørapport 2014 - Helse Nord RHF, Helse Nord IKT, SKDE og FIKS
 6. Protokoll fra drøftingsmøte 15. desember 2015 ad. Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.

7. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalg 15. desember 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
- Sak 147-2015 Eventuelt
A. Ambulerende virksomhet i foretaksgruppen
B. Kostholdsveiledning

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

**Styresak 135-2015 Godkjenning av protokoll fra styremøte
25. november 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 25. november 2015 godkjennes.

Styresak 136-2015 Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat
Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner mandat *Utredning idéfaseprosjekt Helgelandssykehuset 2025* for utredningen av det framtidige tjenestetilbudet for spesialisthelsetjenesten på Helgeland ***med den endringen i fremdriftsplanen som kom frem under behandling av saken.***
2. Styret ber adm. direktør innen juni 2016 legge frem en styresak om hvilke alternativer som skal utredes videre i idéfasen, samt hvilke kriterier lokaliseringalternativene skal vurderes mot.
3. Styret ber adm. direktør rapportere utviklingen i prosjektet hvert tertial.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner mandat *Utredning idéfaseprosjekt Helgelandssykehuset 2025* for utredningen av det framtidige tjenestetilbudet for spesialisthelsetjenesten på Helgeland med den endringen i fremdriftsplanen som kom frem under behandling av saken.

2. Styret ber adm. direktør innen juni 2016 legge frem en styresak om hvilke alternativer som skal utredes videre i idéfasen, samt hvilke kriterier lokaliseringalternativene skal vurderes mot.
3. Styret ber adm. direktør rapportere utviklingen i prosjektet hvert tertial.

Styresak 137-2015 Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020* som retningsgivende for arbeidet med kvalitet i foretaksgruppen i strategiperioden.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at underliggende helseforetak innen 2. tertial 2016 styrebehandler foretaksspesifikke tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nord's overordnede strategi.
3. Det opprettes kvalitetsnettverk med representasjon fra alle helseforetakene for å følge opp tiltak knyttet til gjennomføring av kvalitetsstrategien og deling av beste praksis.
4. ***Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til blant annet standardisering av behandlingsløp og utvikling av kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern/rus og få dette innarbeidet i den strategiske utviklingsplanen for psykisk helsevern/rus som er under utarbeidelse.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Kvalitetsstrategi i Helse Nord 2016-2020* som retningsgivende for arbeidet med kvalitet i foretaksgruppen i strategiperioden.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at underliggende helseforetak innen 2. tertial 2016 styrebehandler foretaksspesifikke tiltaksplaner som konkretiserer oppfølgingen av Helse Nord's overordnede strategi.
3. Det opprettes kvalitetsnettverk med representasjon fra alle helseforetakene for å følge opp tiltak knyttet til gjennomføring av kvalitetsstrategien og deling av beste praksis.
4. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til blant annet standardisering av behandlingsløp og utvikling av kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern/rus og få dette innarbeidet i den strategiske utviklingsplanen for psykisk helsevern/rus som er under utarbeidelse.

Styresak 138-2015 Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020 - høringsutkast

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med *strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020* til orientering.
2. ***Styret ber adm. direktør om å ta innspillene som kom frem under behandling av saken, med i det videre arbeidet med strategidokumentet.***

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med *strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å ta innspillene som kom frem under behandling av saken, med i det videre arbeidet med strategidokumentet.

Styresak 139-2015 Virksomhetsrapport nr. 11-2015

Saksdokumentene var lagt frem ved møtestart.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 11-2015 til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 11-2015 til orientering.

Styresak 140-2015 Helse Nord's beredskap innen IKT, vann og strømforsyning - oppfølging av styresak 46-2015/3

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med Helse Nord's beredskap innen IKT, vann og strømforsyning til orientering.

2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene lukker de gjenstående avvikene. Tilbakemelding til styret på avvikshåndteringen i underliggende helseforetak gis i tertialrapportene.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om arbeidet med Helse Nord's beredskap innen IKT, vann og strømforsyning til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene lukker de gjenstående avvikene. Tilbakemelding til styret på avvikshåndteringen i underliggende helseforetak gis i tertialrapportene.

Styresak 141-2015 Ledelsens gjennomgang av virksomheten

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om intern styring og kontroll, inkl. risikostyring til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å gi tilbakemelding i et senere styremøte hvordan foretaksgruppen som helhet skal følge opp de viktigste risikoområdene.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om intern styring og kontroll, inkl. risikostyring til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å gi tilbakemelding i et senere styremøte hvordan foretaksgruppen som helhet skal følge opp de viktigste risikoområdene.

Styresak 142-2015 Oppnevning av valgstyre - valg av ansattes representanter til styret i Helse Nord RHF

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret oppnevner følgende ansatterepresentanter til valgstyret for Helse Nord RHF:
 - Torstein Foss (DNLF), Nordlandssykehuset Bodø
 - Anne Lise Løvli (Fagforbundet), Nordlandssykehuset Bodø

2. Som vararepresentanter oppnevnes:
 - Knut Harald Eriksen (Fagforbundet), Finnmarkssykehuset Kirkenes
 - Monica Fyhn Sørensen (NSF), Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø
3. Som representant fra RHF-administrasjonen til RHF-valgstyre oppnevnes:
 - Anita Mentzoni-Einarsen, rådgiver HR/org
4. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret oppnevner følgende ansattrepresentanter til valgstyret for Helse Nord RHF:
 - Torstein Foss (DNLF), Nordlandssykehuset Bodø
 - Anne Lise Løvli (Fagforbundet), Nordlandssykehuset Bodø
2. Som vararepresentanter oppnevnes:
 - Knut Harald Eriksen (Fagforbundet), Finnmarkssykehuset Kirkenes
 - Monica Fyhn Sørensen (NSF), Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø
3. Som representant fra RHF-administrasjonen til RHF-valgstyre oppnevnes:
 - Anita Mentzoni-Einarsen, rådgiver HR/org
4. Valgstyret konstituerer seg selv med leder og nestleder.

Styresak 143-2015 Medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem en orientering om innhold og dimensjoner for tilbudet, når protokollen mellom brukersiden og Helse Nord RHF er underskrevet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Medikamentfritt behandlingstilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å legge frem en orientering om innhold og dimensjoner for tilbudet, når protokollen mellom brukersiden og Helse Nord RHF er underskrevet.

Styresak 144-2015 Plan for internrevisjon 2016-2017

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Plan for internrevisjon 2016-2017 vedtas som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Plan for internrevisjon 2016-2017 vedtas som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Styresak 145-2015 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. desember 2015*
 - o Informasjon om videre utredning av to alternativer for protonterapi i Norge.
 - *Kvinnsland-utvalget - informasjon*
 - o RHF-styreledernes møte med utvalget.
 - o Innspill til utvalgets arbeid og utveksling av synspunkter.
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF 12. januar 2016*
 - o Informasjon om dato.
 - o Møtested er foreløpig ikke nærmere avklart.
 - o Statsrådets sykehustale 2016 avholdes i tilknytning til foretaksmøtet.
 - *Høring i helse- og omsorgskomiteen 18. januar 2016*
 - o Informasjon om høringen.
 - o Styreleder og adm. direktør er innkalt.
 - o Gjelder Nasjonal helse- og sykehusplan.

- *Telefonmøte med statsråd Bent Høie 18. desember 2015*
 - Styreleder og adm. direktør er innkalt.
 - Gjelder bl. a. pakkeforløp kreft.
 - *Styremøte 3. februar 2016:*
 - Praktisk informasjon.
 - Foretaksmøter med underliggende helseforetak avholdes i etterkant av styremøtet.
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
- *Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument, informasjon om oppfølging av kravene, jf. styresak 75-2015, vedtakets punkt 6:*
 - *Styret i Helse Nord RHF ber om at oppfølgingen av kravene fra Oppdragsdokument 2015 - tilleggsdokument rapporteres som fast punkt på adm. direktørs orientering i hvert styremøte ut 2015.*
 - Adm. direktør orienterte styret om status i foretaksgruppen på oppfølgingen av kravene i forbindelse med behandling av styresak 139-2015 *Virksomhetsrapport nr. 11-2015.*
 - *Kjennelse og forkynning i sak mellom Bedriftssystemer AS og Helse Nord RHF - Salten Tingrett av 24. november 2015: Søksmålet fra Bedriftssystemer AS ble avvist.*
 - *Oppfølging av Internrevisjonsrapport 08/2014: Strykninger av planlagte operasjoner i Helse Nord, oppfølging av styresak 20-2015:*
 - Det ble vist til styresak 20-2015, vedtakets punkt 2: *Styret ber adm. direktør om å iverksette internrevisjonens anbefalinger slik at man får sammenlignbar og pålitelig rapportering i Helse Nord senest fra januar 2016, og å legge fram en orientering om status i oppfølgingsarbeidet i regionen i løpet av høsten 2015.*
 - Adm. direktør orienterte styret om at saken må utsettes til styremøte 24. februar 2016.
 - *Statsrådets besøk på Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik 8. desember 2015: Allmøte om Nasjonal helse- og sykehusplan*
 - *Statsrådets besøk på Nordlandssykehuset Lofoten og Bodø 10. desember 2015: Allmøte om Nasjonal helse- og sykehusplan*
 - *Åpning av «Min pasientjournal» - digital tilgang til sykehusjournal i Helse Nord 10. desember 2015: Informasjon om arrangementet*
 - *Dialogmøte mellom Helse Nord RHF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Universitetet i Tromsø 11. desember 2015: Informasjon*
 - *Åpning av samvalg på Universitetssykehuset Nord-Norge HF 16. desember 2015: Informasjon*
 - *TB-prosjekt Malawi - besøk og styringsgruppemøter 27. november til 7. desember 2015: Informasjon om besøket og deltakelse på konferanse om bl. a. brukermedvirkning*
 - *Alvorlige hendelser:*
 - *Sak nr. 1: Nordlandssykehuset HF, dagkirurgisk avdeling - alvorlige hendelser, jf. styresak 131-2015/2 Orienteringssaker, adm. direktørs informasjon, siste strekpunkt, sak 4 og 5. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 3. desember 2015:*
 - *Nødvendig med tilsynsmessig oppfølging for å kartlegge nærmere, for å kartlegge nærmere hva som skjedde.*

- Det er bedt om redegjørelse på spesifikke problemstillinger samt utskrift av journalen.
 - Det er dialog mellom Statens Helsetilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, i tillegg til samarbeid med Politiet.
 - o *Sak nr. 2:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten – dødsfall, jf. *styresak 112-2015/2 Orienteringssaker*, adm. direktørs informasjon, tredje strekpunkt sak nr. 4. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 29. oktober 2015:
 - Ikke nødvendig med stedlig tilsyn.
 - Saken følges opp tilsynsmessig.
 - o *Sak nr. 3:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten – dødsfall, jf. *styresak 112-2015/2 Orienteringssaker*, adm. direktørs informasjon, tredje strekpunkt sak nr. 6. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 30. oktober 2015:
 - Ikke nødvendig med tilsynsmessig oppfølging.
 - Saken synes være tilstrekkelig opplyst.
 - Ikke tegn til vesentlig svikt i behandlingen som er gitt.
 - o *Sak nr. 4:* Pasient under rehabilitering ved med. klinikk - dødsfall: Statens Helsetilsyn er varslet etter § 3-3. Uklarheter rundt varslingsplikt er årsaken for sen melding av hendelsen. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke pr. dags dato.
 - o *Sak nr. 5:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten – påført skade på medpasient. Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 7. desember 2015:
 - Ikke nødvendig med stedlig tilsyn.
 - Saken følges opp tilsynsmessig.
- Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
- *Overenskomstforhandlinger 2016 - beredskap: Informasjon*
Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl § 23, 1. ledd.
Under behandling av saken fratrådte de ansattevalgte styremedlemmer, jf. § 8 i Helse Nord RHF's vedtekter.
3. Informasjonssikkerhet i foretaksgruppen
 4. Nordlandssykehuset HF - fremdriftsplan for omstillingstiltakene, oppfølging av styresak 77-2015
 5. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, PET-senter - oppdatert usikkerhetsanalyse, oppfølging av styresak 53-2015

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 146-2015 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. E-post fra Anette Fosse, fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana (med støtte fra Kommuneoverlegeforum på Helgeland) av 16. november 2015 ad. åpent brev til Helse Nord

2. Protokoll fra møtet i revisjonsutvalget 25. november 2015
3. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2016
4. Oppsummeringsrapport av 18. november 2015 - Tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen 2015, Helse Nord RHF
5. Miljørapport 2014 - Helse Nord RHF, Helse Nord IKT, SKDE og FIKS
6. Protokoll fra drøftingsmøte 15. desember 2015 ad. Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.
7. Protokoll fra møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalg 15. desember 2015
Kopi av protokollen var lagt frem ved møtestart.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 147-2015 Eventuelt

A. Ambulerende virksomhet i foretaksgruppen

Styremedlem Line Miriam Sandberg stilte spørsmål om hvilke typer diagnoser/sykdomsbilder kan være aktuelt for ambulant virksomhet.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å komme tilbake til et senere styremøte med en sak som omhandler ambulerende virksomhet i foretaksgruppen.

B. Kostholdsveiledning

Styremedlem Line Miriam Sandberg stilte spørsmål om kostholdsveiledning ved restituering etter sykehusopphold.

Styrets vedtak:

Informasjonen fra adm. direktør tas til orientering.

Bodø, den 16. desember 2015

*godkjent av Bjørn Kaldhol,
i etterkant av styremøtet,
den 16DES2015 - kl. 13.20*

Bjørn Kaldhol

Presseprotokoll

Vår ref.:
2016/32-10/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:
Bodø, 3.2.2016

Møtetype:	Styremøte i Helse Nord RHF
Møtedato:	3. februar 2016 - kl. 8.30
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Marianne Telle	styreleder
Inger Lise Strøm	nestleder
Arnfinn Sundsfjord	styremedlem
Eirik Holand	styremedlem
Johnny-Leo Jernsletten	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Line Miriam Sandberg	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Mildrid Pedersen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette styremøtet.

Fra administrasjonen

Navn:	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Finn Henry Hansen	direktør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Kristian I. Fanghol	direktør
Rune Sundset	kvalitets- og forskningsdirektør
Siw Sandvik	kommunikasjonsdirektør
Tor Solbjørg	revisjonssjef
Ingvild Fjellberg	rådgiver

Styresak 1-2016

Konstituering av styret i Helse Nord RHF

Styrets vedtak:

Styret konstituerer seg med følgende sammensetning:

Marianne Telle (styreleder)
Inger Lise Strøm (nestleder)
Arnfinn Sundsfjord
Eirik Holand
Johnny-Leo Jernsletten
Kari Jørgensen
Kari B. Sandnes
Line M. Sandberg
Sissel Alterskjær
Sven Are Jenssen

Enstemmig vedtatt.

Styresak 2-2016

Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 1-2016	Konstituering av styret i Helse Nord RHF
Sak 2-2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 3-2016	Godkjenning av protokoll fra styremøte 14. desember 2015
Sak 4-2016	Budsjett 2016 - konsolidert
Sak 5-2016	Oppdragsdokument 2016 til helseforetakene
Sak 6-2016	Valg av styrer i helseforetakene i Helse Nord 2016-2018, oppnevning av arbeidsutvalg
Sak 7-2016	Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, høringsuttalelse <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
Sak 8-2016	Møteplan 2016 - oppdatering
Sak 9-2016	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i>2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i><ul style="list-style-type: none">• Resultat 2015 – foreløpige regnskapstall
Sak 10-2016	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 20. januar 20162. Brev fra Skjervøy kommune av 6. januar 2016 ad. Uttalelse fra Skjervøy kommunestyre vedrørende sykestuene i Nord-Troms3. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 18. desember 2015 ad. Høringsuttalelse - «På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering»

Sak 11-2016 Eventuelt
A. Styresak på Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. OPS-
finansiering av flere etasjer på nytt PET-senter, prosess

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med den endringen som kom frem under behandling av saken.

**Styresak 3-2016 Godkjenning av protokoll fra styremøte
14. desember 2015**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 14. desember 2015 godkjennes.

Styresak 4-2016 Budsjett 2016 - konsolidert

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Resultatkravet til Helse Nord RHF reduseres med 20 mill. kroner. Resultatkrav for 2016 vedtas slik:

Helse Nord RHF	+ 307 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+37 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+5 millioner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum foretaksgruppen	+ 409 mill. kroner

2. Styret i Helse Nord RHF tar til orientering at styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF planlegger med et overskudd som er 50 mill. kroner høyere enn resultatkravet.
3. Styret godkjenner konsolidert budsjett 2016, med et samlet planlagt overskudd på 409 mill. kroner.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Resultatkravet til Helse Nord RHF reduseres med 20 mill. kroner. Resultatkrav for 2016 vedtas slik:

Helse Nord RHF	+ 307 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+37 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+5 millioner
Helgelandssykehuset HF	+20 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	0
Helse Nord IKT	0
Sum foretaksgruppen	+ 409 mill. kroner

2. Styret i Helse Nord RHF tar til orientering at styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF planlegger med et overskudd som er 50 mill. kroner høyere enn resultatkravet.
3. Styret godkjenner konsolidert budsjett 2016, med et samlet planlagt overskudd på 409 mill. kroner.

Styresak 5-2016 Oppdragsdokument 2016 til helseforetakene

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2016 til helseforetakene.
2. Oppdragsdokument 2016 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2016.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar oppdragsdokument 2016 til helseforetakene.
2. Oppdragsdokument 2016 fremmes for behandling i foretaksmøte med det enkelte helseforetak.
3. På vegne av styret i Helse Nord RHF gis adm. direktør ansvar for å følge opp helseforetakenes gjennomføring av kravene i oppdragsdokument 2016.

Styresak 6-2016

Valg av styrer i helseforetakene i Helse Nord 2016-2018, oppnevning av arbeidsutvalg

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret oppnevner følgende styremedlemmer til arbeidsutvalget som skal utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning:
 - *Inger Lise Strøm*
 - *Sven Are Jenssen*
 - *Kari B. Sandnes*
2. Styret ber arbeidsutvalget i samarbeid med administrasjonen i Helse Nord RHF om å utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning i tråd med innspill og føringer fra styret.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret oppnevner følgende styremedlemmer til arbeidsutvalget som skal utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning:
 - Inger Lise Strøm
 - Sven Are Jenssen
 - Kari B. Sandnes
2. Styret ber arbeidsutvalget i samarbeid med administrasjonen i Helse Nord RHF om å utarbeide et forslag til HF-styrenes sammensetning i tråd med innspill og føringer fra styret.

Styresak 7-2016

Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, høringsuttalelse

Saksdokumentene var ettersendt.

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar adm. direktørs innsendte foreløpige hørings svar som hørings svar fra Helse Nord RHF.
2. *Styret uttrykker skepsis til å innføre krav om sertifisering knyttet til forskriften. Styret stiller seg spørrende til hvilken merverdi ordningen vil tilføre og om den vil bidra til å innfri målsettingen om å gjøre virksomhetene bedre i stand til å levere kvalitetsmessig gode tjenester til pasienter og brukere.*

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar adm. direktørs innsendte foreløpige høringsvar som høringsvar fra Helse Nord RHF.
2. Styret uttrykker skepsis til å innføre krav om sertifisering knyttet til forskriften. Styret stiller seg spørrende til hvilken merverdi ordningen vil tilføre og om den vil bidra til å innfri målsettingen om å gjøre virksomhetene bedre i stand til å levere kvalitetsmessig gode tjenester til pasienter og brukere.

Styresak 8-2016 Møteplan 2016 - oppdatering

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *kursiv*):

1. Møteplan for 2016 endres som følger (endringer i *kursiv*):
 - 24. februar 2016: Tromsø
 - 6. april 2016: Bodø (årsregnskap og styrets beretning)
– foretaksmøter med HF-ene for behandling av årsregnskap 2015 m. m. avholdes i månedsskifte mars/april 2016
 - 26. april 2016: Tromsø
 - 19. mai 2016: Bodø
 - 15. juni 2016: Bodø
 - 31. august 2016: Tromsø
 - 22. september 2016: *Tromsø*
 - 26. oktober 2016: Tromsø
 - 23. november 2016: Tromsø
 - 14. desember 2016: Bodø

Andre arrangement:

- 19. - 20. mai 2016: Bodø – styreseminar med HF-ene
- 26. - 27. oktober 2016: Tromsø – styreseminar med HF-ene

Enstemmig vedtatt.

Styresak 9-2016 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
 - *Styresak 6-2016 Valg av styrer i helseforetakene i Helse Nord 2016-2018, oppnevning av arbeidsutvalg:* Adm. direktør ga styret supplerende informasjon om det enkelte HF-styret og noen resonnementer ad. sammensetningen. *Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
 - *Resultat 2015 – foreløpige regnskapstall*
 - *Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF - søknad om fritak fra styremedlem Hanne C. Iversen:*
 - o Det ble vist til e-post av 11. januar 2016 ad. søknad om fritak fra styreverv i Universitetssykehuset Nord-Norge HF.
 - o Styret i Helse Nord RHF behandlet saken elektronisk pr. e-post og vedtok å innvilge søknaden, men ikke gjennomføre suppleringsvalg til styret i HF-et, siden valg av HF-styrer for kommende periode vil gjennomføres snart.
 - *Nye Kirkenes sykehus - bygningsmessig tilrettelegging for økt fremtidig beredskap*
 - o Det ble vist til brev av 5. januar 2016 til Finnmarkssykehuset HF.
 - o Adm. direktør orienterte styret om saken.
 - *Troms Taxis klage til KOFA - avgjørelse*
 - o Adm. direktør orienterte styret om klagebehandling i KOFA og deres avgjørelse.
 - o Klagers anførsel ad. habilitet og rådgiverhabilitet samt likebehandling, god forretningskikk har ikke ført frem.
 - o Helse Nord RHF har brutt forskriften ved at kunngjørings skjemaet ikke inneholdt informasjon om anskaffelses verdig eller omfang.
 - *Bekymringsmelding om forsvarlig drift av røntgenavdelingen ved Helgelandssykehuset HF - Fylkesmannens avgjørelse*
 - o Fylkesmannen i Troms har konkludert med at de to HF-ene har brutt forsvarlighetskravet.
 - *Alvorlige hendelser:*
 - o *Sak nr. 1:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten - dødsfall:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 7. januar 2016: Ikke nødvendig med stedlig tilsyn. Saken følges opp tilsynsmessig.
 - o *Sak nr. 2:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten - alvorlig hendelse:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 18. januar 2016: Ikke nødvendig med stedlig tilsyn. Ingen mistanke om vesentlig svikt i helsehjelpen som er gitt.
 - o *Sak nr. 3:* Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten – dødsfall:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 14. januar 2016: Ikke nødvendig med stedlig tilsyn. Saken følges opp tilsynsmessig.
 - o *Sak nr. 4:* Pasient under behandling i med. klinikk - dødsfall:
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn av 21. januar 2016: Ikke nødvendig med stedlig tilsyn. Ingen mistanke om alvorlig svikt i helsehjelpen som er gitt.

- *Sak nr. 5: Pasient under behandling av spesialisthelsetjenesten - dødsfall.*
 - Tilbakemelding fra Statens Helsetilsyn foreligger ikke på nåværende tidspunkt.

Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 10-2016 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 20. januar 2016
2. Brev fra Skjervøy kommune av 6. januar 2016 ad. Uttalelse fra Skjervøy kommunestyre vedrørende sykestuene i Nord-Troms
3. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 18. desember 2015 ad. Høringsuttalelse - «På ramme alvor - Alvorlighet og prioritering»

Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Styresak 11-2016 Eventuelt

- A. *Styresak på Universitetssykehuset Nord-Norge HF ad. OPS-finansiering av flere etasjer på nytt PET-senter, prosess*
Styremedlem *Kari B. Sandnes* stilte spørsmål ad. prosessen rundt en styresak på Universitetssykehuset Nord-Norge HF som var sendt ut bare én dag før styremøtet, herunder drøfting med tillitsvalgte.

Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen fra adm. direktør til orientering.

Bodø, den 3. februar 2016

*godkjent av Marianne Telle,
i etterkant av styremøtet,
den 03FEB2016 - kl. 11.55*

Marianne Telle

Nordlandssykehuset HF

**ANG. AMBULANSEPLAN VEDTATT AV STYRET FOR NORDLANDSSYKEHUSET HF
15.12.15**

Vesterålen regionråds arbeidsutvalg har i møte 8. januar 2016 drøftet ovennevnte plan.

Arbeidsutvalget er bekymret for at tallgrunnlaget for ny ambulanseplan ikke er korrekt. Vi ber derfor om et snarlig møte med styret og direktør i Nordlandssykehuset HF for å drøfte ambulanseplan som ble vedtatt den 15.12.15.

Med hilsen



for Siv Dagny Aasvik
regionrådsleder

ALU i Vågan Kommune

Ved leder Morten Bain

Svolvær legesenter

Boks 44

8301 Svolvær

Nordlandssykehuset ved Direktøren

8092 Bodø

Svolvær den 16. januar 2016

Allmennlegeutvalget i Vågan kommune som består av alle fastlegene i Vågan har i møte av 8. januar i år fattet en uttalelse angående Lofoten sykehus og evt. opphør av akuttkirurgiske funksjoner.

Viser til innholdet og ber om at uttalelsen følger saken der dette ville være aktuelt.

Vennlig hilsen



Morten H. Bain

Leder ALU, Vågan Kommune

Kopi: Rådmannen, Vågan kommune

Uttalelse fra ALU, Vågan allmennlegeutvalg, den 8. januar 2015 vedr. akuttkirurgi tilbudet ved Lofoten Sykehus

Allmennlegeutvalget i Vågan som består av alle fastlegene i kommunen, ønsker gjennom dette å uttale seg vedrørende forslaget om opphør av akuttkirurgi ved Lofoten Sykehus.

Fastlegene i Vågan ser med bekymring på dette.

Stikkord er avstander, trygghet, dårlige værforhold, stor menneskelig aktivitet i form av utsatt næringsliv og turisme. Stikkord er også de følger nedbygging av kirurgi vil få for fødende og resten av sykehusets kompetanse. Stikkord er ikke bare følger for de livstruende tilstander, men annen akuttkirurgi som bruddskader og andre mindre inngrep utenom arbeidstid.

Et annet stikkord er hva det vil si for rekruttering til allmenmedisinen i regionen når akuttkirurgien ikke er tilstede. Allmennleger er dyktige på mye, men har sine absolutte begrensninger innenfor praktisk akutt kirurgi.

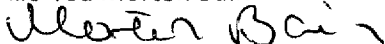
Alt dette har mange uttalt seg om allerede.

Fastlegene i Vågan ønsker å være konstruktive. I dag har vi pakkeforløp for kreftsykdommer for pasienter. Hva med å lage et pakkeløp for utdanning av spesialister som kan være nyttige på Lofoten Sykehus? Fra Vågan i dag utdannes i dag en rekke legestudenter som ønsker å vende tilbake til regionen. Hva med å tilby de et strukturert utdanningsløp innenfor kirurgi, indremedisin, radiologi og gynekologi? Et slikt pakkeforløp kan bestå i et fullendt utdanningsløp for spesialisering gjennom Lofoten Sykehus, Nordlandssykehuset i Bodø og f. eks. UNN i Tromsø. Tilrettelegging, veiledning, sikring av bolig og evt. god pendlertilværelse sikres gjennom utdanningsløpet. Kostnadene trenger ikke være så store. Mye oppnås gjennom forpliktelse, velvilje og god organisering. Enden i pakkeforløpet må være gode faglige betingelser rundt ansettelse i Lofoten Sykehus og selvfølgelig en bindingstid.

ALU i Vågan ber også Nordland legeforening i samarbeid med Den Norske Legeforening sentralt og departement, sammen se på mulighetene for å lage et formelt utdanningsløp/ spesialitet i akuttkirurgi tilpasset de mindre sykehusene. Det er viktig at den utdanningen som gjøres er rettet mot slik tjeneste i mindre sykehus.

Fastlegene i Vågan ber fagforening, administrasjon og politikere se på mulighetene som ligger i dette og gjennom dette konstruktivt bygge et solid, faglig sykehus i Lofoten for lang fremtid fremover.

ALU ved Morten Bain



Fastlege ved Svolvær legesenter

Til styremedlemmene i Nordlandssykehuset

Gjenopprett tilliten til styret i Nordlandssykehuset – ta opp saken om ambulanseplan til ny vurdering!

Styret i Nordlandssykehuset behandlet saken om ny ambulanseplan i styremøte den 15.12.2015.

For Vesterålen innebærer vedtaket en betydelig svekkelse av beredskapen for bilambulansen. Konkret reduseres det fra 2 til 1 bil på Sortland. En halvering av bilambulansen oppleves som dramatisk av befolkningen. I tillegg reduseres aktiv tid på bil 2 som er stasjonert på Stokmarknes.

Dette medfører en reell svekkelse av beredskapen i Vesterålen og særlig i Sortland. Styret legger likevel til grunn av svekkelsen er innenfor et teoretisk forsvarlighetsnivå.

Styret baserer sin beslutning på forslag til ambulanseplan fra direktøren. Sentralt i grunnlagsmaterialet er et estimat av hvor stor økning av samtidighetskonflikter som vil oppstå gjennom reduksjonen. Både i forkant og i etterkant av vedtaket har de tillitsvalgte/ansatte i ambulansen påpekt betydelige mangler i behandlingen av tallmaterialet. Ut fra det media har formidlet om talluenigheten har også administrasjonen vedgått mangler i tallgrunnlaget. Det er altså rimelig grunn til å tvile på at grunnlaget for styrets beslutning er korrekt framstilt.

Befolkningen i Vesterålen tviler på, og har etter vårt syn rimelig grunn til å tvile på, at styrets vedtak i ambulansesaken er fattet på sikkert grunnlag. Det er i dag et betydelig tillitsbruddet mellom styret og befolkning. For å rette opp i dette ber vi om at saken behandles på nytt og får en korrekt saksutredning.

Med hilsen Driftsutvalget i Sortland kommune

Arild Inga, leder

Marthe Hov Jacobsen, nestleder

Direktøren Nordlandssykehuset HF
Postboks 1480

8092 BODØ

SPØRSMÅL OM NY BEHANDLING AV AMBULANSEPLAN

Viser til høringsuttalelse fra Meløy kommune på ny ambulanseplan for bilambulansetjenesten ved Nordlandssykehuset. Her ga vi utrykk for bekymring rundt en strukturendring som innebærer å justere aktivtiden på både dagbil og døgnbil.

Det har også kommet innsigelser mot dette fra industrimiljøet i Glomfjord, hvor det forgår omfattende kjemisk industri døgnet rundt. I 2009 ble Ambulansetjenesten i Glomfjord nedlagt og flyttet til Ørnes. Kommunen og industriparken i Glomfjord fikk da lovnad om at beredskapen ikke skulle reduseres ytterligere.

Det kommer ikke frem hvor store endringer det er snakk om i høringen og vi ba derfor om en mer detaljert forklaring på tidspunkt som foreslås og hva dette innebærer for beredskapen i Meløy knyttet til responstid og samtidsproblematikk basert på historiske tall.

Vi har ikke mottatt noe tilbakemelding på vårt høringssvar men ser at saken ble behandlet og vedtatt i deres styre den 15/12-15. I ettertid har vi registrert at det stilles spørsmål om det er brukt korrekt tallgrunnlag for å avdekke eventuelle samtidskonflikter i vårt distrikt.

Vi vil be om at saken vurderes tatt opp på nytt og at vi får en tilbakemelding på spørsmålet om responstid og samtidskonflikt som kan oppstå ut fra faktiske oppdrag og utrykninger i vårt område.

Med hilsen



Sigurd Stormo

Ordfører

Oppdragsdokument 2016

Foretaksmøte 3. februar 2016

Helse Nords hovedmål for planperioden 2016- 2019 er:

- Oppfylle nasjonale og regionale krav til kvalitet- og sikkerhet i pasientbehandlingen.
- Videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp.
- Realisere forskningsstrategien.
- Sikre god pasient- og brukermedvirkning.
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
- Innfri de økonomiske mål i perioden.
- Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling.

3 viktige styringsmål for 2016 fra HOD som følges opp i oppdragsdokumentet 2016, oppfyller Helse Nord's overordnede mål nr 1.

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

1. Gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager
2. Ingen fristbrudd
3. Andel kreftpasienter i et pakkeforløp er minst 70%
4. Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom HF er redusert
5. Variasjonen i gjennomsnittlig liggetider innenfor fagområder er redusert
6. Variasjonen i andel dagbehandling innenfor fagområder er redusert

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2016:

1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå
2. Antall tvangsinnleggelses for voksne er redusert
3. Andel årsverk i distrikts-psykiatriske sentre er økt i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2016:

1. Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7%
2. Det skal ikke være korridorpasienter

Nordlandssykehuset skal:

- *Nordlandssykehuset skal videreføre det brede spesialisttilbudet i nært samarbeid med de øvrige helseforetakene. Dette inkluderer også helseforetakets regionsfunksjoner.*
- *Nordlandssykehuset skal videreutvikle et godt lokalsykehustilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste i hele sitt opptaksområde i samarbeid med kommunene, samt videreutvikle sin forskning, kompetanseutvikling og utdanning.*

Foretaksspesifikke oppgaver for Nordlandssykehuset i 2016

- Evaluere det nye sykehuset i Vesterålen.
- Gjennomføre oppgavedelingsprosjektet i radiologi.
- Etablere familieambulatorium med særlig fokus på familier med barn 0–6 år innen 1.7.2016.
- Ta i bruk Samhandlingsbarometeret i samarbeid med OSO.
- I samarbeid med Helse Nord RHF løfte eksisterende automatisert strukturert journalundersøkelse (ASJ-løsning) over på ny plattform innen 1/7 2016 og delta som superbruker i videre utrulling av løsningen til UNN, HSYK og FIN høsten 2016.
- Bidra i å utarbeide handlingsplan og iverksette tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.

Foretaksspesifikke oppgaver for Nordlandssykehuset i 2016

forts.

- Ansvar for prioritering, koordinering og utvikling av nye e-læringskurs i regionen.
- Ansvar for å bidra til at felles nasjonal kurskatalog utvikles, og at generell avtale om deling av kurs utarbeides.
- Teste ut og etablere et felles learning record store (LRS) mellom helseregionene.
- Videreutvikle dagens nettverk for e-læring, og opprette et adminforum bestående av e-læringskoordinator i hvert HF.
- Ansvar for at det opprettes en styringsgruppe innenfor e-læring sammen med regionalt utdanningscenter.

Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus

Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014



Publikasjonens tittel: Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus.
Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014.

Utgitt: 01/2016

Publikasjonsnummer: IS-2406

Utgitt av: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7,
Helsedirektoratet

Kontakt: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Forord

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet organiserer og koordinerer Helsedirektoratet det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7.

Hovedmålene i programmet er å redusere forekomst av pasientskader i helsetjenesten, etablere kompetanse og rutiner for arbeid med pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Rapporten «Pasientsikkerhetskulturundersøkelse ved norske helseforetak og sykehus 2012 og 2014», er den første av sitt slag som sier noe om status for pasientsikkerhetskultur i Norge. Rapporten indikerer andel behandlingseenheter på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå, som antas å ha forhøyet risiko for uønskede hendelser. I disse enheter er det nødvendig å styrke sikkerhets- og/eller teamarbeidsklimaet. Rapporten omtaler også eksempler på hvordan helseforetakene har fulgt opp undersøkelsen med konkrete forbedringstiltak.

Formålet med undersøkelsene har vært at resultatene skal brukes i lokalt forbedringsarbeid og å måle om pasientsikkerhetskulturen på nasjonalt nivå er blitt bedre. Undersøkelsen skal være et ledelsesverktøy for styring på alle organisatoriske nivåer, også nasjonalt.

Helseforetakene har planlagt og gjennomført undersøkelsen med utgangspunkt i nasjonale premisser. Planleggingen har blitt gjennomgått med HMS- og vernetjenesten i et partssammensatt utvalg. Sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet har vært ansvarlig for å gi faglig råd, koordinere gjennomføringen og presentere resultater.

Vi takker alle som har bidratt.

Bjørn Guldvog
Helsedirektør og leder av styringsgruppen
Pasientsikkerhetsprogrammet

Anne-Grete Skjellanger
Sekretariatsleder
Pasientsikkerhetsprogrammet

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	5
INNLEDNING	7
METODE	8
SPØRRESKJEMA	8
INKLUSJONSKRITERIER.....	9
ENHETER	10
BEGREPSFORKLARING	11
PARAMETERE	11
GJENNOMFØRING	13
DATAGRUNNLAGET	14
DATAKVALITET	15
SPØRRESKJEMAETS PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET.....	15
UNDERSØKTE ENHETER	15
SVARANDEL	19
RESULTATER I 2014	23
OPPFØLGING AV UNDERSØKELSEN	32
DISKUSJON	33
RESULTATER	33
HAR UNDERSØKELSEN OPPNÅDD SITT FORMÅL?	34
VIKTIGE MOMENTER VED BRUK AV NASJONALE RESULTATER	35
PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMETS MÅLSETNING	37
VEIEN VIDERE	37
KONKLUSJON	38
REFERANSER	40

Sammendrag

Pasientsikkerhetskultur gjenspeiles i verdier, holdninger, handlinger, oppfatninger, adferdsmønstre, rutiner, organisering og kompetanse i helsetjenesten.

Pasientsikkerhetskulturen kommer til uttrykk i hva ansatte og ledere på en arbeidsplass anser for å være innenfor og utenfor grensene for akseptabel klinisk og organisatorisk praksis.

Å forbedre pasientsikkerhetskulturen har vært et av hovedmålene for pasientsikkerhetskampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet siden oppstarten. Formålet med undersøkelsene i 2012 og 2014 er at resultatene brukes i lokalt forbedringsarbeid, og å måle om pasientsikkerhetskulturen på nasjonalt nivå er blitt bedre. Undersøkelsen skal være et ledelsesverktøy med tanke på god styring for å støtte opp om god pasientsikkerhetskultur og oppfølging på alle organisatoriske nivåer, også nasjonalt.

Resultater fra denne undersøkelsen indikerer andel behandlingseinheter på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå, som antas å ha forhøyet risiko for uønskede hendelser. I disse enheter er det nødvendig å styrke sikkerhets- og/eller teamarbeidsklimaet.

Denne rapporten omtaler eksempler på hvordan helseforetakene har fulgt opp undersøkelsen med konkrete forbedringstiltak.

Undersøkelsen i 2012

Totalt 2 104 behandlingseinheter deltok i kartleggingen i 2012. Totalt 76 864 ansatte ble invitert til å delta og hele 65 % av de inviterte svarte på spørreundersøkelsen. Data rapportert fra mange helseforetak i 2012 var aggregert til organisatoriske enheter langt over nivået som er hensiktsmessig å analysere for å avdekke relevant variasjon. Det var derfor ikke meningsfylt å sammenstille dataene fra 2012 nasjonalt.

Undersøkelsen i 2014

I 2014 ble det rapportert data fra 2 372 behandlingseinheter. I disse enhetene ble 77 457 medarbeidere invitert til å delta, 62 % av dem svarte på spørreskjemaet.

Resultatene fra 2014 viser at 56 % av enhetene rapporterer om et modent sikkerhetsklima, mens 63 % av enhetene rapporterer om et modent teamarbeidsklima. Internasjonal erfaring tilsier at enhetene som ikke rapporterer om et modent klima, har høyere risiko for uønskede hendelser. **Det innebærer at minst 44 prosent av behandlingseenhetene på landbasis kan ha en forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet umodent sikkerhets- og/eller teamarbeidsklima.** Modent betyr at minst 60 prosent av medarbeidere gir høy score på klima i sin enhet.

I tråd med sin hensikt, har undersøkelsen bidratt til å øke fokus på pasientsikkerhetskultur og forbedringsarbeid i den enkelte enhet. Det ble ikke lagt opp til å lage en systematisk oversikt over lokale forbedringstiltak som følge av undersøkelsen, men det kan nevnes tiltak som for eksempel innføring av pasientsikkerhetsvisitter og forbedring av varslingsrutiner ved enkelte helseforetak.

Formålet om at undersøkelsen skal brukes som et ledelsesverktøy for styring kan i noen grad sies å være oppfylt på lokalt og regionalt nivå. På lokalt nivå kan analysen av egne data gjøres mer systematisk. På nasjonalt nivå kan resultatene i denne rapporten brukes som utgangspunkt til å følge opp utvikling mot bedre pasientsikkerhetskultur.

Nasjonale og regionale helsemyndigheter har en viktig rolle i å etterspørre systematisk oppfølging av undersøkelsen, følge utvikling fremover og gi nødvendig støtte til lokale ledere for at de skal kunne arbeide med forbedring av pasientsikkerhetskultur. For å bedre pasientsikkerheten er det viktig at førstelinjeleder involverer medarbeiderne i det lokale forbedringsarbeidet.

Det er stort potensiale for å forbedre planlegging, gjennomføring og oppfølging av undersøkelsen. Pasientsikkerhetsundersøkelsen har overlappende temaer med foretakenes HMS-/medarbeiderundersøkelser. Det er nå igangsatt et prosjekt for å samordne disse undersøkelsene. Prosjektet skal blant annet utvikle prosedyrer for planlegging og gjennomføring av den samordnede undersøkelsen, i tillegg til prosedyrer for analyse og oppfølging av resultatene.

Den samordnede undersøkelsen er planlagt gjennomført for første gang i 2017. Det vil ikke bli gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse i 2016.

Innledning

Pasientsikkerhetskultur defineres som hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling[1]. Den gjenspeiles i verdier, holdninger, handlinger, oppfatninger, adferdsmønstre, rutiner, organisering og kompetanse i helsetjenesten. Kulturen kommer til uttrykk i hvordan uønskede hendelser vurderes, og hva som anses for å være innenfor og utenfor grensene for akseptabel klinisk og organisatorisk praksis.

Studier viser en sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og trygg behandling [2-6]. Pasientsikkerhetskampanjen og pasientsikkerhetsprogrammet har siden oppstarten hatt forbedring av pasientsikkerhetskultur som ett av sine hovedmål. Formålet med undersøkelsene i 2012 og 2014 har vært at resultatene brukes i lokalt forbedringsarbeid, og å måle om pasientsikkerhetskulturen på nasjonalt nivå har blitt bedre. Undersøkelsen skal være et ledelsesverktøy med tanke på god styring for å støtte opp om god pasientsikkerhetskultur og oppfølging på alle organisatoriske nivåer, også nasjonalt.

Pasientsikkerhetskultur kan analyseres ved hjelp av en modell som bygger på seks faktorer: teamarbeidsklima, sikkerhetsklima, ledelsens fokus på pasientsikkerhet, jobbtilfredshet, arbeidsforhold og stressbevissthet [7]. Kun de to viktigste faktorene i denne modellen: sikkerhetsklima og teamarbeidsklima ble fullstendig undersøkt i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2012 og 2014.

Undersøkelsen måler hvor bra sikkerhetsklima og teamarbeidsklima er i Norge ved å beregne andel enheter med modent sikkerhetsklima og andel enheter med modent teamarbeidsklima. Modent betyr at minst 60 % av medarbeiderne gir høy score (over 75 på en skala fra 0 til 100) på sikkerhets- eller teamarbeidsklima i sin enhet.

Modent sikkerhets- og teamarbeidsklima er gode måleparametere fordi de forteller om både nivået på klimaet (på en skala fra 0 til 100 betraktes alt over 75 som *høy*

score på klima) og graden av konsensus blant medarbeidere (krav om at 60 % gir høy score på klima).

Graden av enighet mellom medarbeidere er spesielt viktig fordi den forsterker sammenheng mellom teamarbeids- og sikkerhetsklima og trygg pasientbehandling[3]. Dette innebærer at enheter hvor det er stor enighet om et godt sikkerhetsklima og/ eller teamarbeidsklima (score over 75), vil være tryggere for pasienten. Å måle graden av konsensus blant medarbeidere er også nødvendig for å gi et mer nøyaktig bilde av klima i enheten[8]. Kravet om at 60 % skal ha rapportert høy score på klima begrunnes med at internasjonal erfaring tilsier at enheter der færre enn 60 % av medarbeidere gir høy score på klima, har høyere risiko for uønskede hendelser [9, 10].

Resultater fra denne undersøkelsen indikerer andel behandlingseenheter på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå, som antas å ha forhøyet risiko for uønskede hendelser. I disse enheter er det nødvendig å styrke sikkerhets- og/eller teamarbeidsklimaet.

Denne rapporten omtaler eksempler på hvordan helseforetakene har fulgt opp undersøkelsen med konkrete forbedringstiltak.

Metode

Spørreskjema

Deler av den norske oversettelsen av spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Short Form er benyttet i undersøkelsen. Den norske oversettelsen er validert på norsk og er fritt tilgjengelig for bruk[11]. Spørreskjemaet er i noe grad validert mot resultater for pasientbehandling[12].

Flere av temaene (faktorene) i det opprinnelige spørreskjemaet, som arbeidsforhold og jobbtilfredshet, overlappet med allerede eksisterende medarbeiderundersøkelser. Arbeidsgruppen som koordinerte undersøkelsen nasjonalt, anbefalte å ekskludere overlappende temaer fordi man antok at det ville være lettere å få en høyere svarprosent med et mindre spørreskjema.

Spørreskjemaet som ble benyttet omhandlet kun de to mest sentrale faktorene: sikkerhetsklima og teamarbeidsklima. Alle spørsmålene som inngikk i disse faktorene ble inkludert. I tillegg beholdt man tre spørsmål om ledelse. Alle spørsmål skulle besvares ved hjelp av følgende skala:

- Svært uenig
- Litt uenig
- Nøytral
- Litt enig
- Svært enig

Det var også mulighet for å svare «vet ikke». Svaralternativet «vet ikke» ble kodet som «ikke besvart».

Svarene på spørsmålene om ledelse er ikke en del av datagrunnlaget for denne rapporten.

Inklusjonskriterier

Alle institusjoner som ble driftet av eller som hadde avtale med RHF/ HF skulle delta. Private som opererte på anbud trengte ikke delta. Både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern skulle kartlegges. Distriktpsikiatriske sentre og rusinstitusjoner som samarbeider med de regionale helseforetakene, og som ikke opererte på anbud, skulle delta. Alle organisatoriske enheter innenfor ovennevnte institusjoner med direkte pasientkontakt skulle delta. Sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdelinger og akuttmottak måtte defineres med selvstendige og unikt identifiserbare navn, slik at deres resultat lett kunne skilles ut på hvert enkelt helseforetak.

Spørreskjemaet skulle fylles ut av alle som var ansatt i de lokale behandlingsenhetene, og inkluderer for eksempel pleiepersonale, sekretærer og lokalt ansatte renholdsarbeidere, samt ledere og lederteam som er direkte koblet til behandlingsenhetene, bortsett fra medarbeider som var ansatt i stillingsbrøker

mindre enn 30 %. Medarbeidere som ikke var ansatt i en bestemt klinisk behandlingsenhet, skulle kartlegges i tilknytning til den administrative enhet de var ansatt i.

Det skulle settes opp respondentlister over medarbeidere i behandlingsenhetene som skulle kartlegges. Respondentlistene måtte kvalitetssikres av ansvarlig leder. Det ble laget inklusjonskriterier for de organisatoriske enhetene som skulle kartlegges og analyseres.

Enheter

I tråd med Nordisk ministerråds anbefalinger og gyldighetskriterier for slike undersøkelser, skulle undersøkelsen gjennomføres på laveste organisatoriske nivå, det vil si på sengepost/poliklinikknivå[13]. Dette for å avdekke mest mulig variasjon mellom behandlingsenheter internt i helseforetaket[8]. For å sikre anonymitet for respondentene tok pasientsikkerhetskampanjen utgangspunkt i at resultater ikke skulle analyseres for organisatoriske enheter der færre enn fem hadde besvart spørreskjemaet. Hvis det var færre enn fem respondenter i en enhet, skulle besvarelsene ifølge planen inngå i analyser på et høyere organisatorisk nivå.

I 2012 var det systematiske forskjeller mellom de enkelte foretakene og mellom regioner når det gjaldt hvilket organisatorisk nivå som ble lagt til grunn for rapportering av data.

I 2014 valgte de fleste regioner og helseforetak å anvende egne minimumsgrenser når de rapporterte sine resultater til sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet. En av årsakene til dette var at tillitsvalgte mente at det ville ivareta anonymiteten bedre.

Noen enheter ble slått sammen til oppkonstruerte enheter for å passe inn i helseforetakets satte minimumsgrenser i 2014. I etterkant av undersøkelsen valgte noen helseforetak å ekskludere enheter som var mindre enn den selvvalgte grensen for innrapportering. Opplysninger fra de ekskluderte enhetene inngår derfor ikke i

den nasjonale analysen. I de ekskluderte enhetene var det 11 010 medarbeidere som ble invitert til å svare på spørreskjemaet.

Alle resultater presentert i denne rapporten gjelder de 2 372 enhetene det ble rapportert resultater for. I disse 2 372 enhetene, ble til sammen 77 457 medarbeidere invitert til å besvare spørreskjemaet. 47 703 (62 %) av dem svarte på undersøkelsen.

Begrepsforklaring

For å få et mest mulig riktig bilde av for eksempel sikkerhets/teamarbeidsklima, vil man ofte ha behov for å stille flere spørsmål. Spørreskjemaet benytter sju spørsmål for å belyse tema (faktor) sikkerhetsklima og seks spørsmål for å belyse faktoren teamarbeidsklima. Innholdet i og sammensetningen av svarene, gir informasjon som ville vært vanskelig å fange opp med kun ett spørsmål[14]. Med utgangspunkt i medarbeideres svar, er det beregnet en faktorskår for sikkerhetsklima og en faktorskår for teamarbeidsklima.

Faktorskår for en respondent regnes ut på følgende måte:

*= (Gjennomsnitt av resultatet for spørsmålene som tilhører faktoren -1) *25.*

Det beregnes faktorskår kun for respondentene som har besvart minst halvparten av spørsmålene som inngår i faktoren.

Faktorskår sikkerhetsklima indikerer på en skala fra 0 til 100 hvor lett respondentene erfarer at det er å snakke om risiko og uønskede hendelser der de jobber.

Faktorskår teamarbeidsklima indikerer på en skala fra 0 til 100 hvor mye støtte respondenten opplever å få fra sitt team.

Høy score på klima. En medarbeider har gitt høy score på sikkerhets- eller teamarbeidsklima hvis svarene gir en faktorskår på minst 75.

Modent sikkerhets- eller teamarbeidsklima i en enhet betyr at minst 60 % av medarbeiderne har gitt høy score på klima i sin enhet.

Parametere

I denne rapporten er andel enheter med modent sikkerhetsklima og andel enheter med modent teamarbeidsklima de to viktigste parameterne. Som nevnt over, betegner *modent klima* enheter der minst 60 % av medarbeiderne rapporterer et faktorskår på minst 75 på sikkerhets- eller teamarbeidsklima.

For å styre mot en bedre pasientsikkerhetskultur og dermed bedre pasientsikkerhet, er det viktig å måle pasientsikkerhetskultur på riktig måte. En egnet måleparameter for organisatoriske klimaer (for eksempel sikkerhetsklima og teamarbeidsklima) vil måle gjennomsnitt av svarene i enheten og graden av konsensus blant medarbeidere i enheten. Graden av enighet blant medarbeidere er spesielt viktig fordi den er vist å påvirke sammenheng mellom sikkerhetskultur og trygg behandling[3].

Når man måler pasientsikkerhetskultur ved hjelp av Safety Attitudes Questionnaire, presenteres ofte «andel av medarbeidere i **enheten** som rapporterer godt klima» sammen med «gjennomsnittet av svarene i **enheten**[1]». Hverken «andel av medarbeidere i enheten som rapporterer godt klima» eller «gjennomsnittet av svarene i enheten» skulle rapportert nasjonalt. Isteden ble «andel enheter med modent sikkerhetsklima» og «andel enheter med modent teamarbeidsklima» valgt som de viktigste parameterne.

Modent sikkerhets- og teamarbeidsklima er gode måleparametere fordi de forteller om både nivå av klimaet (faktorskår på minst 75) og graden av konsensus blant medarbeidere (krav om at 60 % gir faktorskår på minst 75 på klima). Kravet om at 60 % skal ha gitt høy faktorskår på klima begrunnes med at internasjonal erfaring tilsier at enheter der færre enn 60 % av medarbeidere rapporterer om godt klima har høyere risiko for pasientskader[9, 10].

Innad i helseforetakene gir dataene fra denne undersøkelsen mulighet til å identifisere andel ansatte på hver sengepost og poliklinikk som gir høy score på sikkerhetsklima- og teamarbeidsklima i sin enhet. Helseforetakene eier disse dataene selv og de presenteres ikke her.

Etter ønske fra Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt- Norge presenteres også gjennomsnittlig faktorskår for teamarbeidsklima og sikkerhetsklima i deres helseforetak.

Gjennomføring

Ansvarsfordeling

Sekretariatet for pasientsikkerhetskampanjen og -programmet har vært ansvarlig for å gi faglig råd, koordinere gjennomføringen og presentere resultater.

Sekretariatet utarbeidet en plan som beskrev gjennomføring av undersøkelsen og rapportering av resultatene.

Det ble nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe for planlegging og koordinering av undersøkelsen. Den bestod av de regionale kampanjelederene, som i tillegg i ulik grad involverte regionale HR-medarbeidere. Utkast til plan fra sekretariatet ble tilpasset av arbeidsgruppen og godkjent i styringsgruppen.

Helseforetakene har planlagt og gjennomført undersøkelsen med utgangspunkt i de nasjonale premissene. Planleggingen har blitt gjennomgått med HMS- og vernetjenesten i et partssammensatt utvalg. Helseforetakene er juridisk ansvarlig for sine data. Personidentifiserbar informasjon som kan identifisere den enkelte respondent har ikke blitt samlet inn.

Tidsfrister

Fristen for innrapportering av resultater fra helseforetakene til sekretariatet ble satt til 1. september i både 2012 og 2014.

Innhenting av data lokalt

Spørreskjemaene ble presentert mest mulig likt for alle deltakere i virksomheten og nasjonalt. Det ble åpnet for mindre lokale tilpasninger. Spørreskjemaet ble anbefalt distribuert og besvart i en elektronisk løsning både av hensyn til effektiv administrasjon og fortrolig behandling av data. Det forelå ingen felles nasjonal elektronisk løsning som kunne benyttes. Egnert løsning ble derfor tilrettelagt av foretakene regionalt. Det måtte fremgå utvetydig i den elektroniske løsningen

hvilken organisatorisk enhet den ansatte fylte ut spørreskjemaet for. Det enkelte foretak måtte redegjøre for hvilken elektronisk løsning som ble valgt og beskrive prosessen for kartlegging av de organisatoriske enhetene som skulle undersøkes ved rapporteringen nasjonalt. Valg av forskjellige elektroniske verktøy kan ha ført til noen systematiske forskjeller knyttet til layout mellom de regionale helseforetakene.

Rapportering av aggregerte data

Helseforetakene har rapportert antall organisatoriske enheter som deltok i undersøkelsen; gjennomsnittlig (minimum, maksimum) størrelse på undersøkte enheter; antall medarbeidere som har respondert på undersøkelsen i hele helseforetaket; antall medarbeidere som ble invitert til å delta i undersøkelsen i hele helseforetaket; svarandel for hele helseforetaket; og gjennomsnittlig svarandel for de enkelte organisatoriske enhetene.

Resultat for hver faktor var presentert som andel av helseforetakets enheter hvor 60 % eller flere av respondentene hadde en faktorskår på 75 eller høyere, og gjennomsnitt (minimum, maksimum og median) for hver faktorskår for hele helseforetaket.

Norsk Regnesentral bistod sekretariatet i sammenstilling og presentasjon av resultater for undersøkelsene i 2012 og 2014.

Datagrunnlaget

Det ble rapportert data på 20 helseforetak i 2012, inkludert Nordlandssykehuset som allerede hadde utført undersøkelsen i 2011, to private sykehus i Helse Sør-Øst, og private somatiske sykehus og private sykehus for psykisk helse i Helse Vest. Totalt var det 2 104 enheter som ble undersøkt. I disse enhetene var det 76 864 medarbeidere som ble invitert til å svare på spørreskjemaet.

I 2014 ble det innhentet data lokalt for flere enheter enn det som inngår i datagrunnlaget for denne rapporten. Som nevnt valgte helseforetakene egne minimumsgrenser på hva som skulle rapporteres nasjonalt. Data for enheter som var mindre enn de lokale minimumsgrenser, var ikke tilgjengelige for analyse i denne rapporten.

Datagrunnlaget for 2014 i denne rapporten stammer fra 20 helseforetak, to private sykehus i Helse Sør-Øst og enheter fra private sykehus i Helse Vest. Til sammen inngår 2 372 behandlingseenheter i rapportens datagrunnlag. Der var det 77 457 medarbeidere som ble invitert til å svare på spørreskjemaet.

Datakvalitet

For å sikre god datakvalitet som gir riktig måling av pasientsikkerhetskultur, er det en forutsetning at spørreskjemaet er pålitelig og validert, at analysen gjøres på fortrinnsvis laveste organisatoriske nivå og at svarprosenten er høy[8, 13].

Spørreskjemaets pålitelighet og gyldighet

Faktorene sikkerhetsklima og teamarbeidsklima brukt i spørreskjemaet har vært grundig validert [1, 7].

Undersøkte enheter

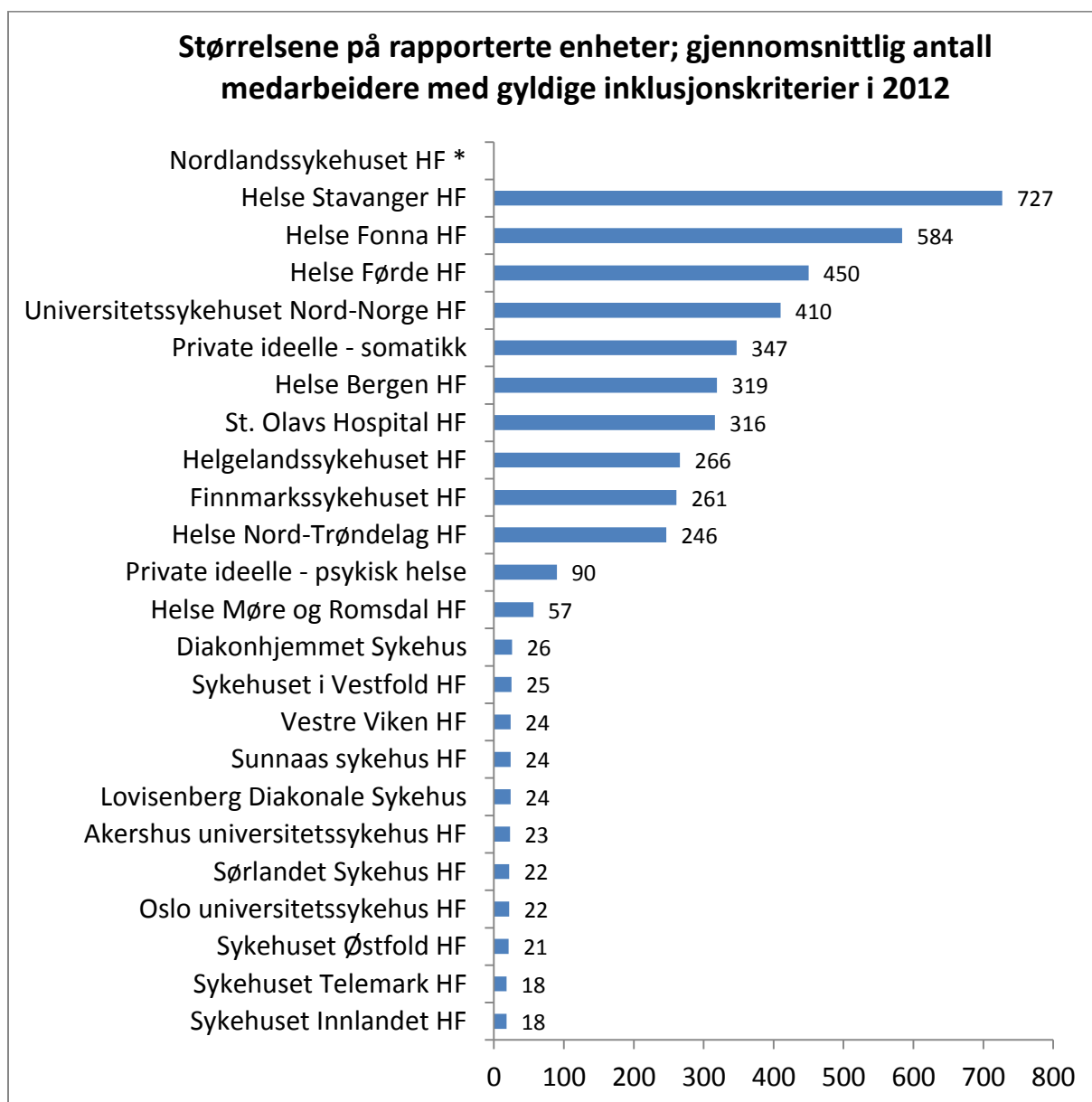
Det er vesentlig at pasientsikkerhetskulturen undersøkes på det nivået i organisasjonen hvor resultatene er i best stand til å avdekke variasjon mellom behandlingseenheter internt i helseforetaket. Det er på sengepost og poliklinikk[15].

Undersøkte enheter i 2012

Helseforetakene i Helse Sør-Øst valgte i 2012 å rapportere resultater på sengepost- og poliklinikknivå, mens resten av foretakene og sykehus rapporterte på et høyere organisatorisk nivå. Figur 1 viser størrelsene på de rapporterte enhetene, målt som gjennomsnittlig antall medarbeidere med gyldig inklusjonskriterier. Denne figuren viser at gjennomsnittlig antall medarbeidere varierte mellom 18 og 727. Størrelsen på enhetene viser at foretakene rapporterte data fra organisatoriske enheter som var langt større enn det som er hensiktsmessig for å avdekke relevant variasjon. Det gir derfor ikke mening å sammenstille data nasjonalt.

Data på lavere organisatorisk nivå fra undersøkelsen i 2012, har vært tilgjengelig innad i de fleste helseforetak og har motivert til viktige forbedringstiltak som pasientsikkerhetsvisitter og samtaler om risiko og pasientsikkerhet.

Figur 1



*Nordlandssykehuset gjennomførte undersøkelsen i 2011.

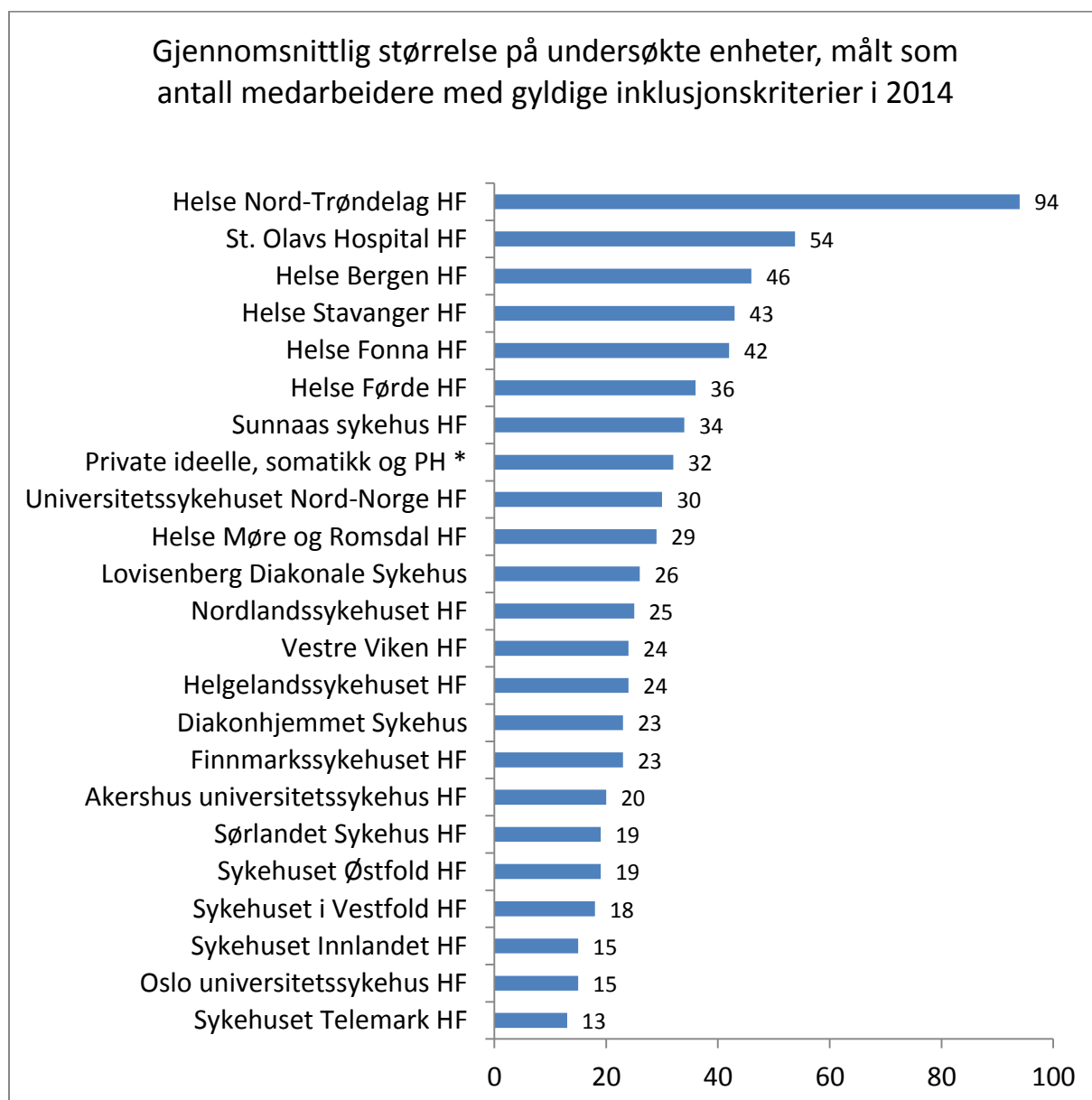
Undersøkte enheter i 2014

I 2014 leverte alle helseforetak og sykehus unntatt Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF data som reflekterer variasjon på sengepost- og poliklinikknivå.

Figur 2 viser gjennomsnittlig størrelse på undersøkte enheter, målt som antall medarbeidere som ble invitert til å delta. De høye tallene for Nord-Trøndelag HF og St. Olav Hospital gjenspeiler at data ble rapportert på et aggregert nivå over sengepost- og poliklinikknivå. Det ble likevel avgjort at data fra Nord-Trøndelag HF

og St. Olavs Hospital skulle inngå i datagrunnlaget for denne rapporten. Resultater basert på datagrunnlaget fra disse helseforetakene kan være misvisende fordi de ikke avdekker relevant variasjon mellom enheter i helseforetaket.

Figur 2



*PH = psykisk helse.

Svakheter med data rapportert i 2014

Systematiske forskjeller i størrelse på rapporterte enheter i 2014 kan ha påvirket de nasjonale resultater og gi feilaktig bilde av pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten. Systematiske forskjeller i størrelse på rapporterte enheter

mellom regioner gjør at man ikke uten videre kan sammenligne resultater mellom regioner.

Minimumsgrensen for størrelse på analyseenhet var i den opprinnelige planen satt til fem medarbeidere som besvarte spørreskjemaet. De fleste regioner og helseforetak anvendte egne minimumsgrenser for hva de rapporterte til sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet. Helse Vest var den mest restriktive regionen og valgte kun å rapportere på enheter der minst 20 medarbeidere oppfylte inklusjonskriterier. En av årsakene til dette var at tillitsvalgte mente at det ville ivareta anonymiteten bedre.

Systematiske forskjeller mellom regioner betyr at man må være varsom med å sammenligne resultater mellom regionene. Dette fordi det kan tenkes at størrelse på enheter kan forklare forskjeller i måten medarbeidere opplever sikkerhets- og teamarbeidsklima. Om dette var tilfelle, ville valg av minimumsgrense systematisk påvirke resultatene i en bestemt retning. Et bedre sammenligningsgrunnlag hadde vært mulig å oppnå dersom man brukte den samme minimumsgrensen for alle regionene.

Innad i Helse Midt-Norge og Helse Nord ble det brukt ulike minimumsgrenser for innrapportering av data. Man må derfor være spesielt varsom med å sammenligne resultatene mellom helseforetakene i disse regionen slik de foreligger i dag.

Systematiske forskjeller i enhetsstørrelse som ble rapportert kan ha påvirket de nasjonale resultater om det er tilfelle at selve størrelsen på enheter påvirker pasientsikkerhetskulturen. Dette fordi de minste enhetene er underrepresentert i datagrunnlaget for denne rapporten.

Svarandel

Det er nødvendig med god deltakelse i undersøkelsene slik at resultater gjenspeiler synspunktene til medarbeiderne. Svarprosenten er relevant på alle nivå for at resultatene skal kunne vektlegges.

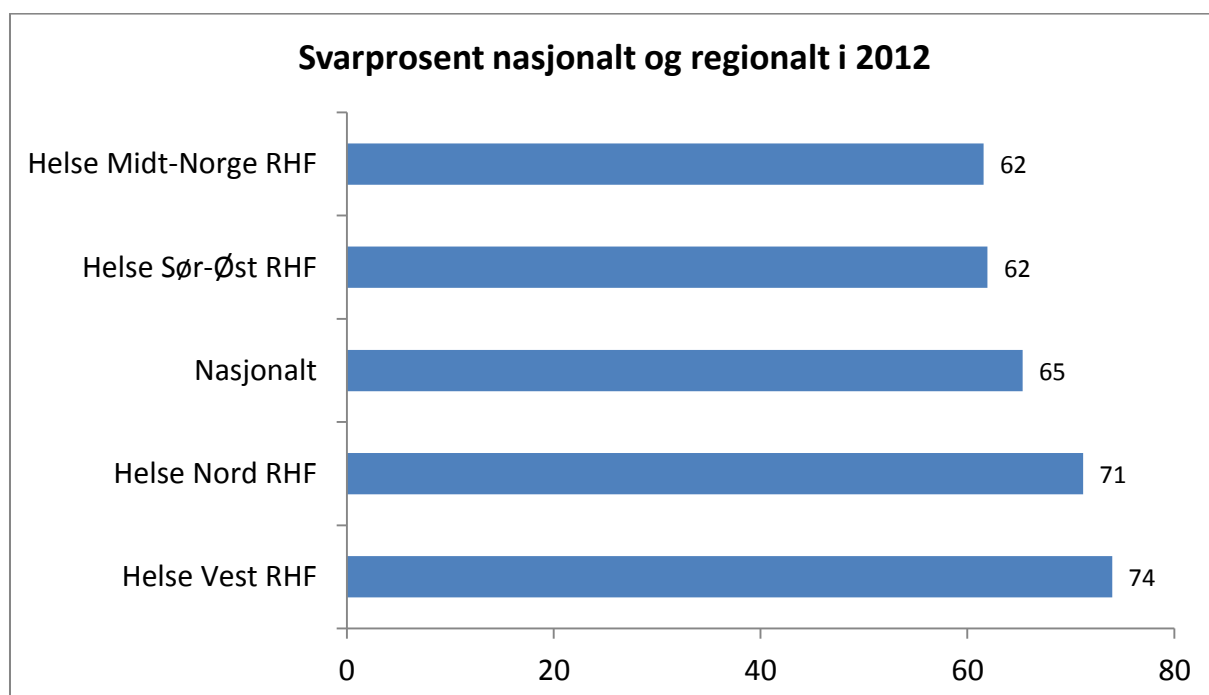
I tråd med Nordisk ministerråds anbefalinger ble målet for svarandel satt til 70 prosent eller høyere. Dette er et ambisiøst mål, da også resultater basert på svarprosent ned mot 60 % kan brukes i tolkning [16]. Man må da ta høyde for at jo lavere svarprosentene er, jo mer usikre vil tolkningene være.

I denne rapporten presenteres svarandel på nasjonalt, regionalt og foretaksnivå. I denne rapporten fremstilles ikke hvordan svarprosentene varierte mellom enhetene innad i helseforetakene. Når resultatene tolkes på den enkelte sengepost eller poliklinikk må også deres lokale svarprosent tas i betraktning.

Svarandel i 2012

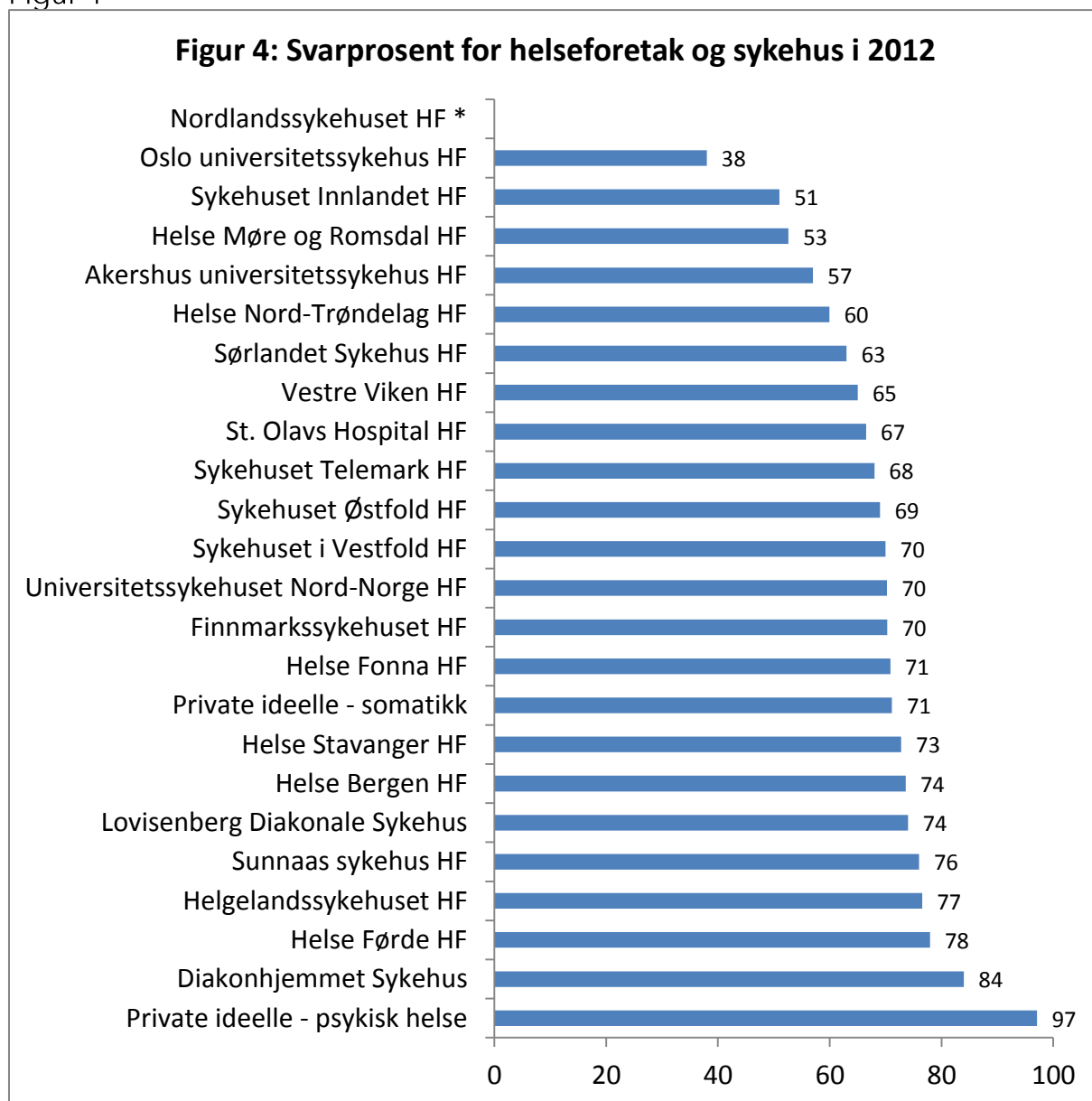
Figur 3 viser at på nasjonalt nivå svarte 65 % av de 76 864 inviterte medarbeiderne på undersøkelsen. Svarprosent i regionene varierte mellom 62 % i Helse Midt-Norge og 74 % i Helse Vest.

Figur 3



Figur 4 viser at nesten alle helseforetak hadde svarprosent på 60 % eller høyere i 2012. Godt over halvparten hadde svarprosent på 70 % eller høyere.

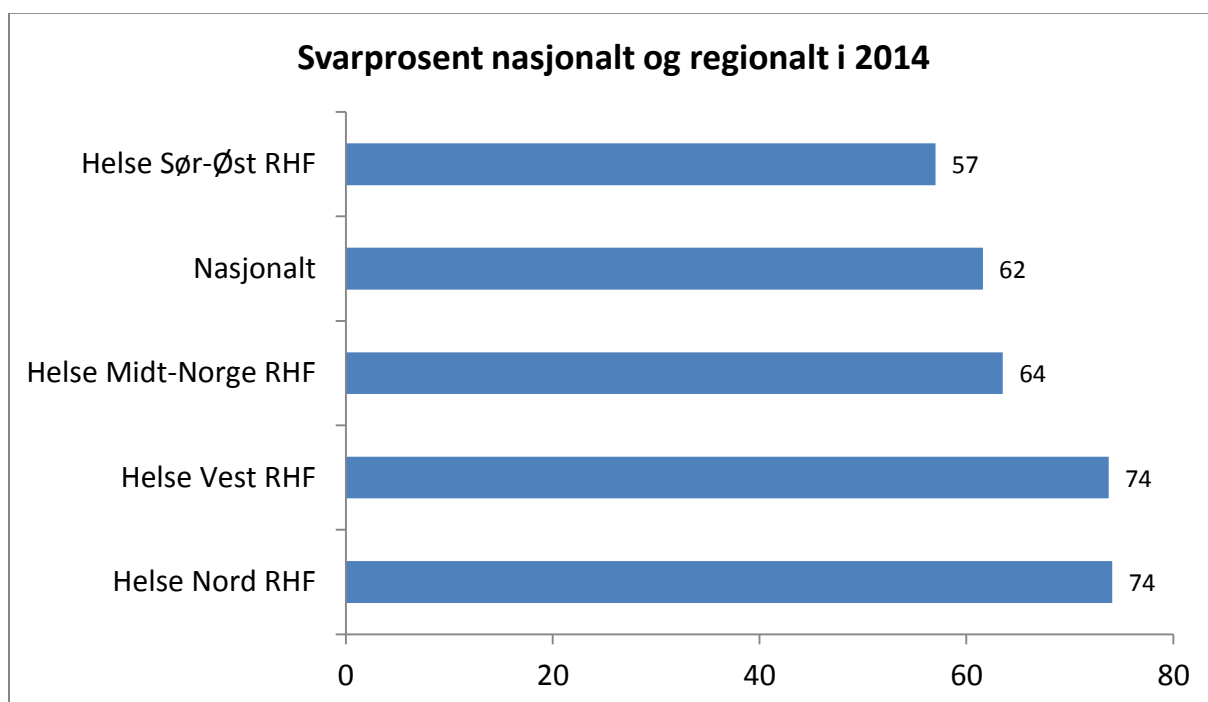
Figur 4



Svarandel i 2014

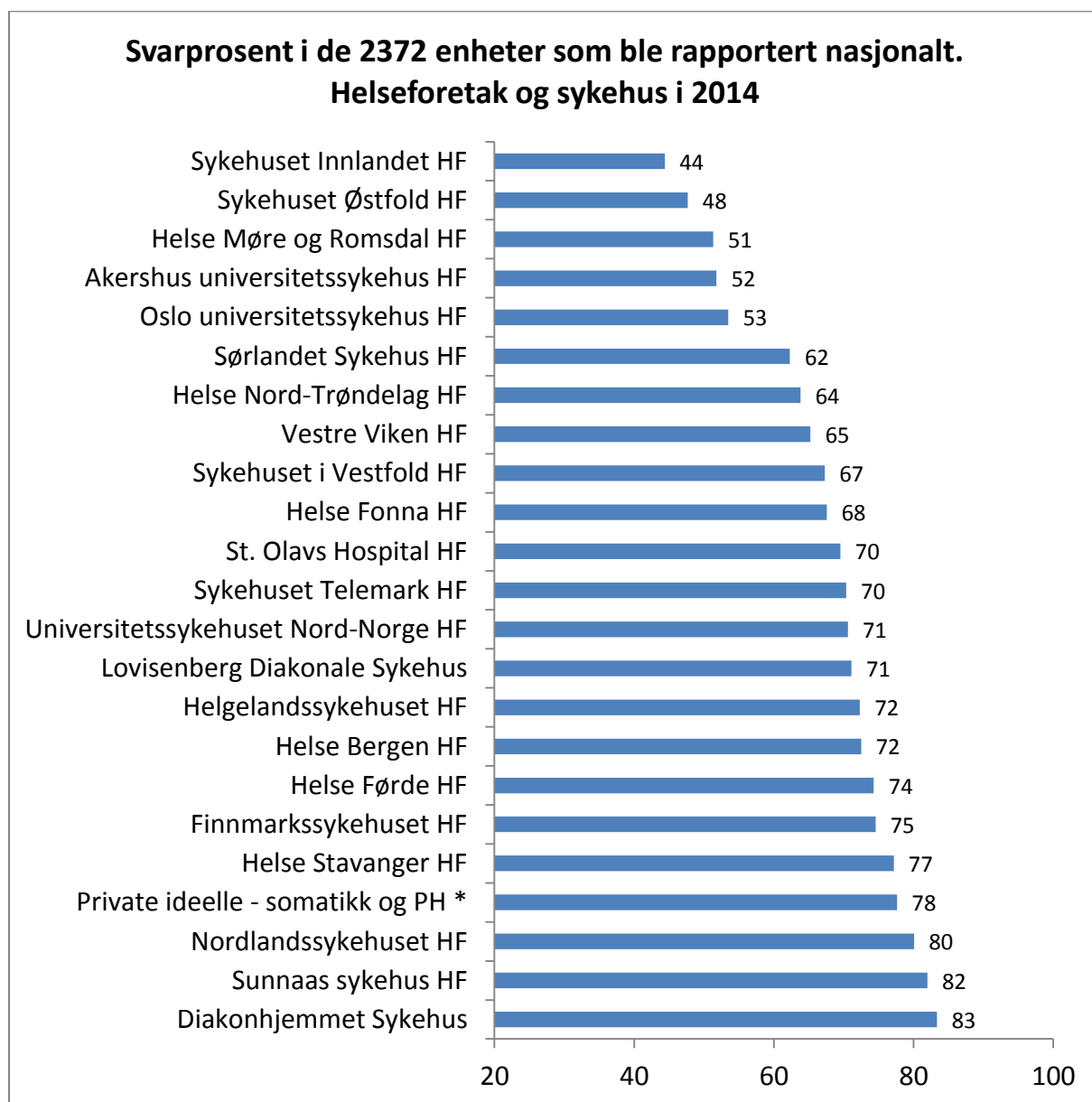
I 2014 ble det rapportert inn data fra 2 372 behandlingseinheter. I disse enhetene var det 77 457 medarbeidere som ble invitert til å svare undersøkelsen, og 62 % (47 703 medarbeidere) av dem svarte på den. Figur 5 viser svarprosent på nasjonalt og regionalt nivå.

Figur 5



Feil! Ugyldig selvreferanse for bokmerke. viser svarprosent for helseforetak og sykehus i 2014. I 2014 var det fem helseforetak med svarprosent lavere enn 60 prosent. Resultater fra disse fem foretakene må tolkes med forsiktighet fordi kvaliteten på dataene er usikre.

Figur 6



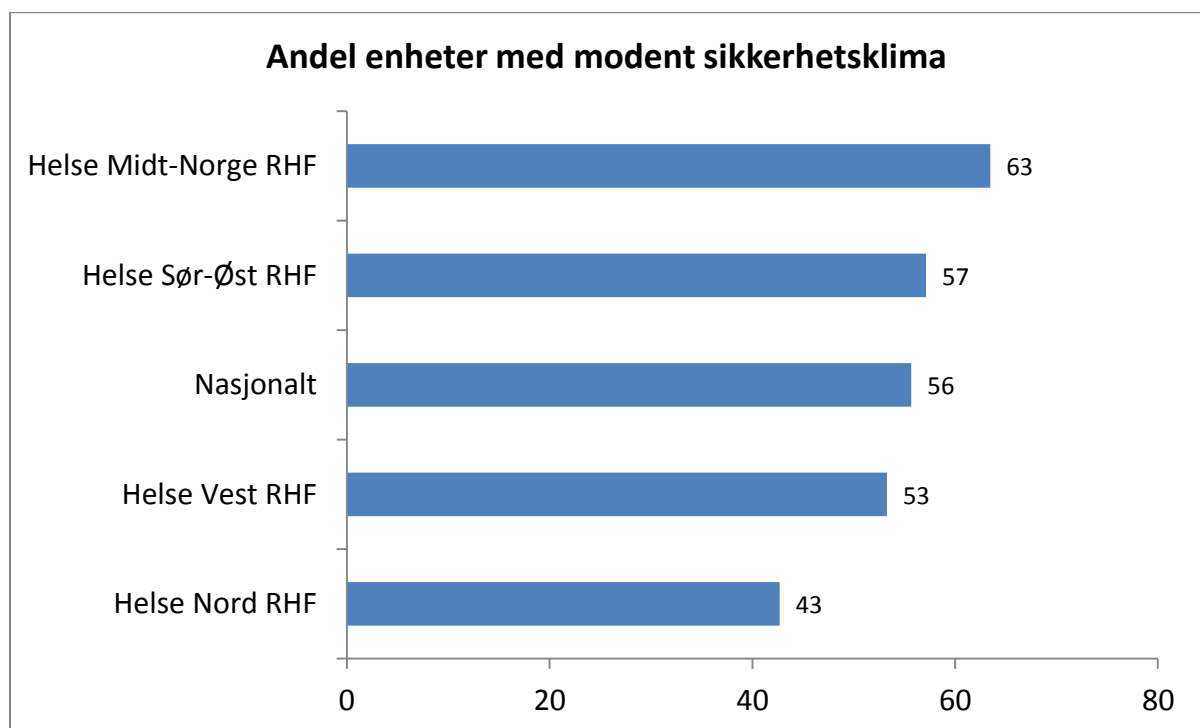
*PH = psykisk helse.

Resultater i 2014

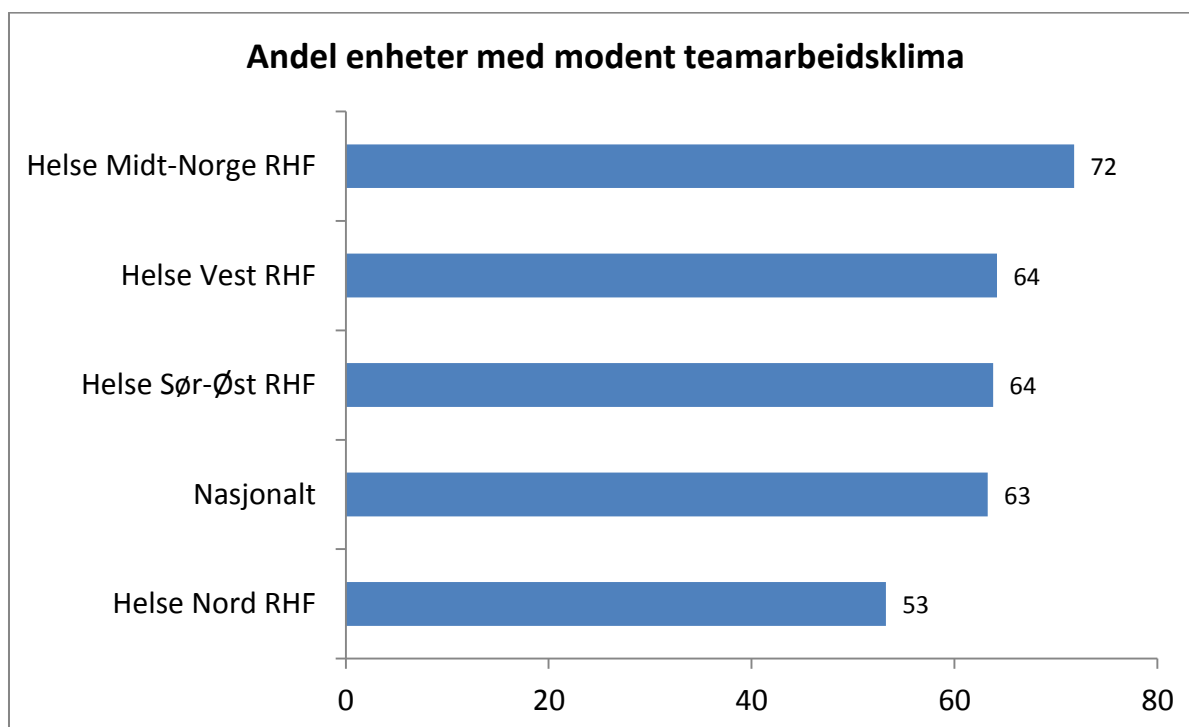
Figur 7 og Figur 8 viser andel enheter med henholdsvis modent sikkerhetsklima og modent teamarbeidsklima på nasjonalt og regionalt nivå. Figur 9 til Figur 16 viser andel enheter med modent sikkerhetsklima og modent teamarbeidsklima for alle helseforetak og sykehus, regionsvis.

For at resultatene skal kunne vektlegges, er det vesentlig at pasientsikkerhetskulturen undersøkes på laveste organisatoriske nivå (poliklinikk, sengepost) og at svarandelen er over 60, og helst høyere enn 70 prosent. Helseforetak der data ble rapportert på høyere organisatorisk nivå og/eller der svarandelen er lavere enn 60 prosent er markert i rødt. Resultatene fra disse helseforetakene kan være misvisende. Se avsnitt om datakvalitet.

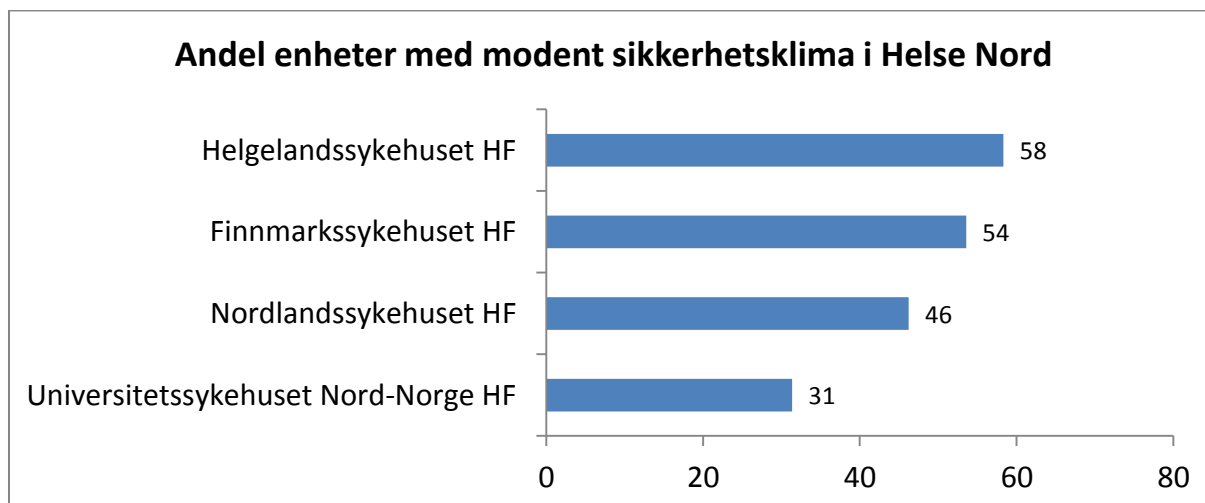
Figur 7



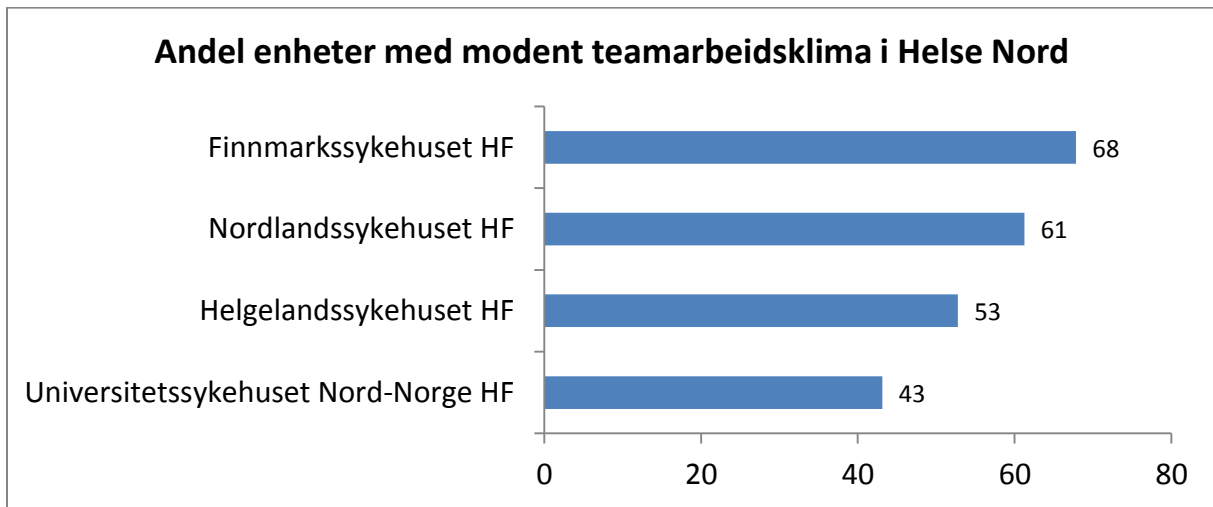
Figur 8



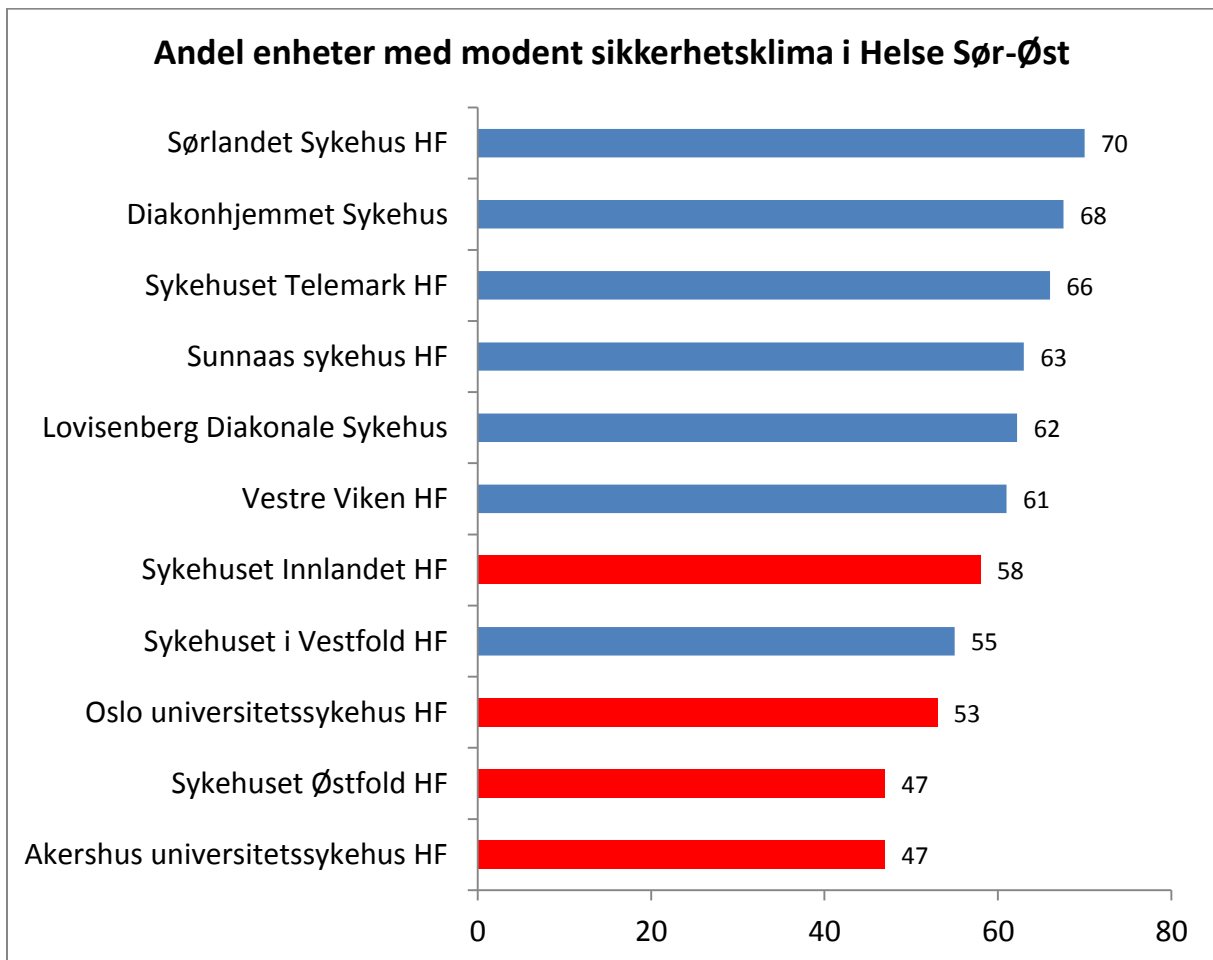
Figur 9



Figur 10

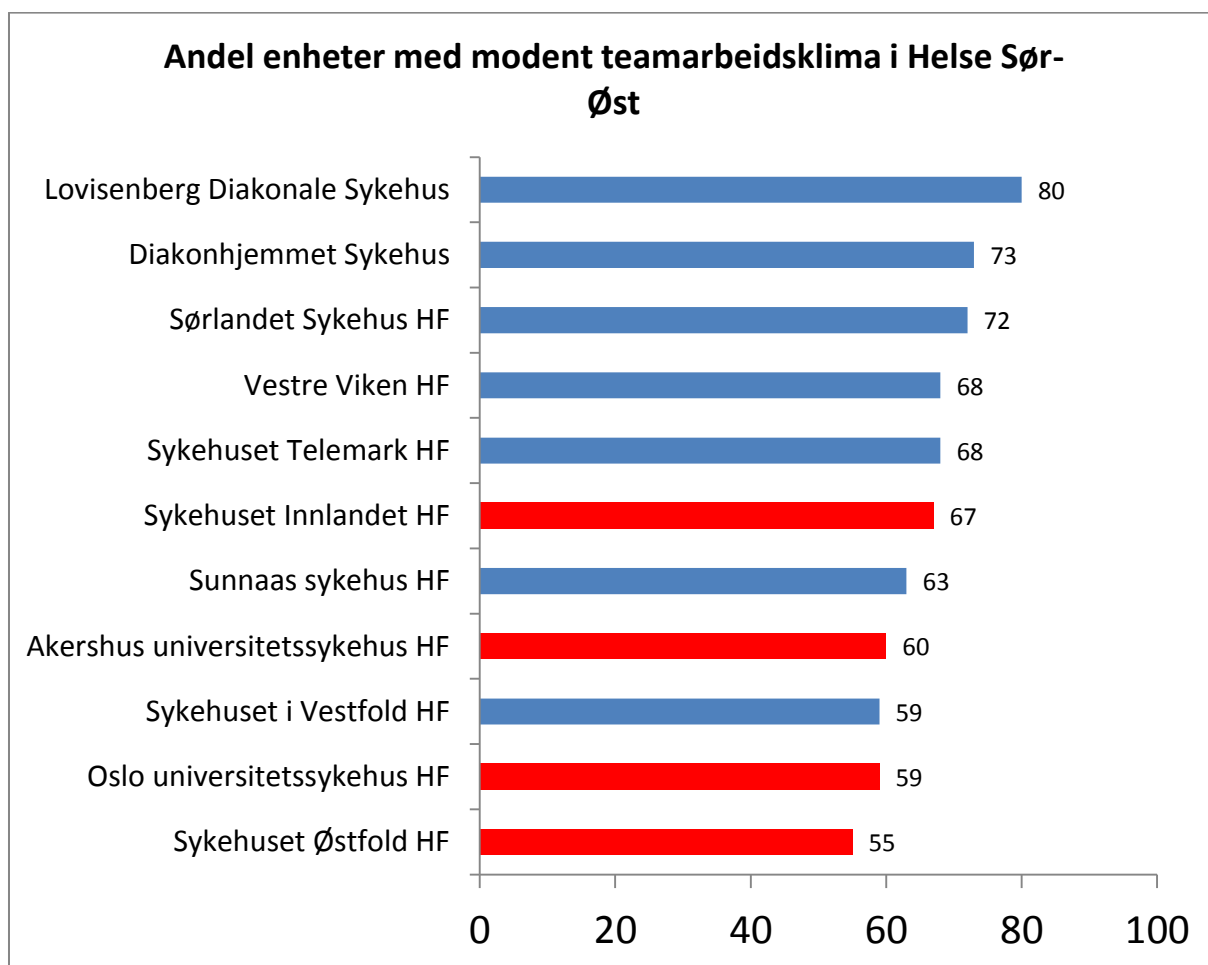


Figur 11



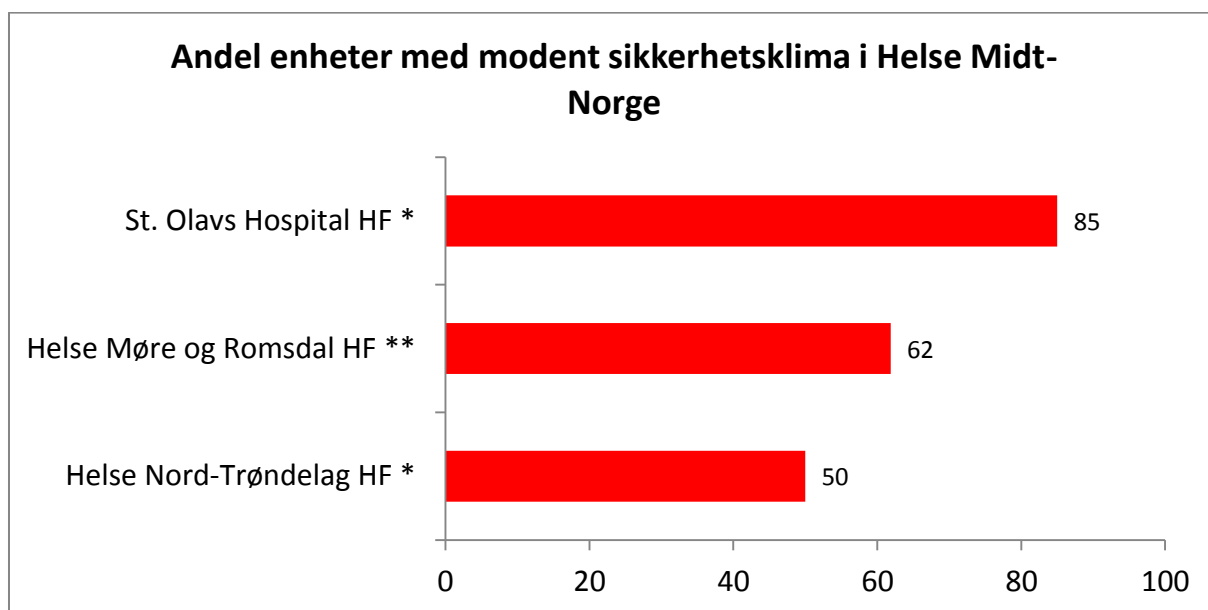
Helseforetak markert i rødt har svarandel lavere en 60 %.

Figur 12



Helseforetak markert i rødt har svarandel lavere en 60 %.

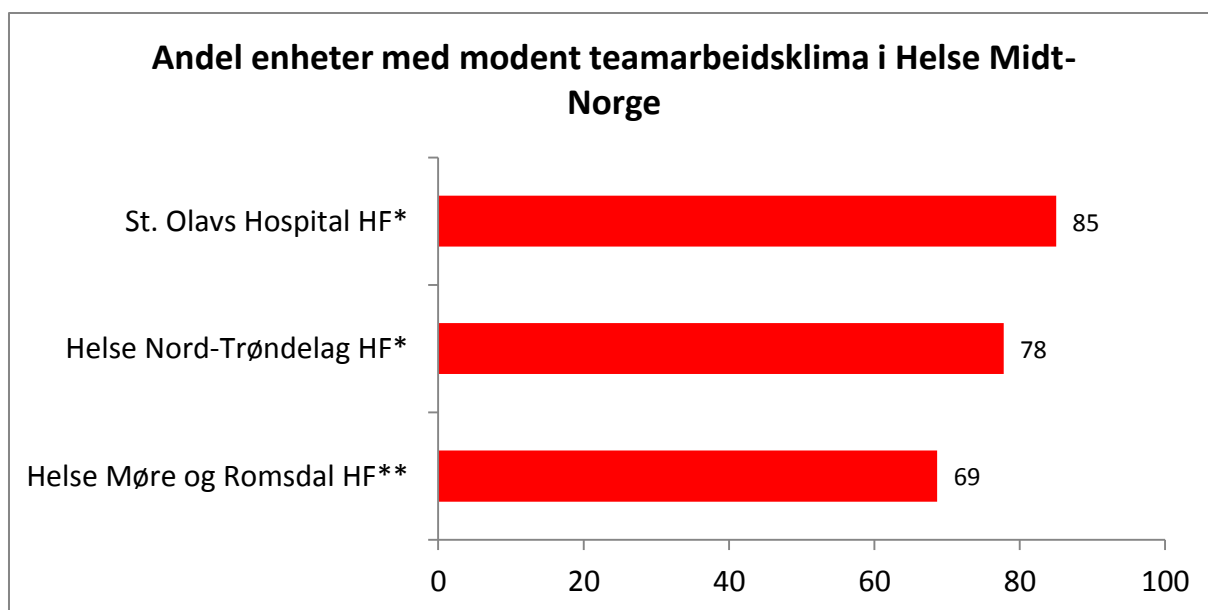
Figur 13



*Foretaket rapporterte data på høyere organisatorisk nivå enn det som er anbefalt.

** Foretaket har en svarandel lavere enn 60 %.

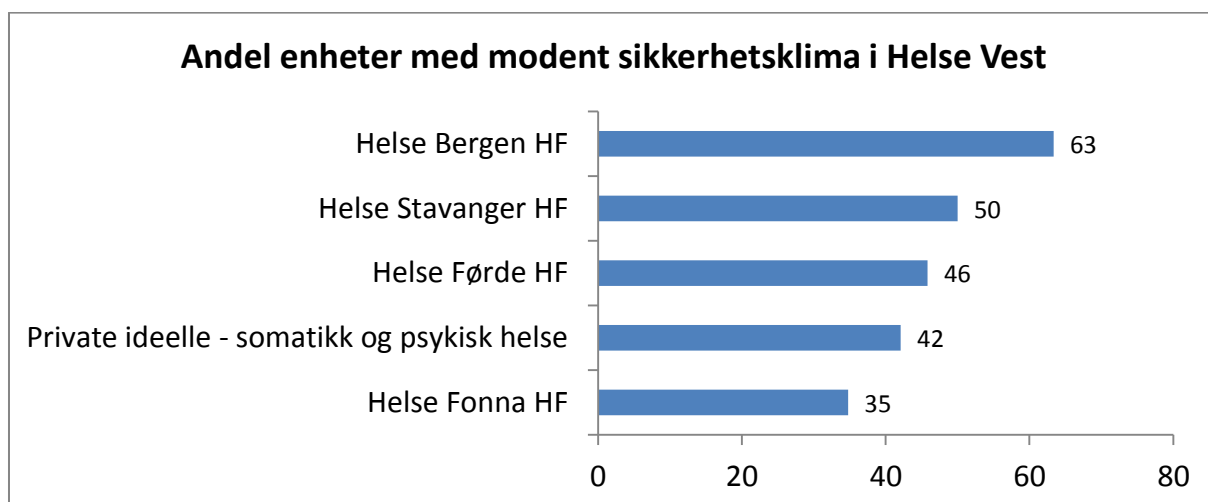
Figur 14



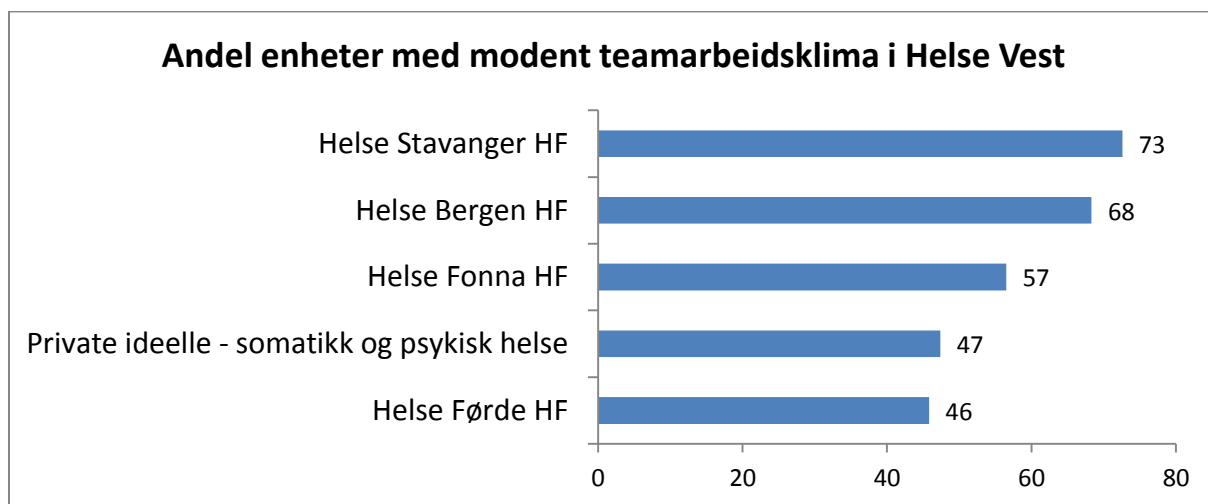
*Foretaket rapporterte data på høyere organisatorisk nivå enn det som er anbefalt.

** Foretaket har en svarandel lavere enn 60 %.

Figur 15



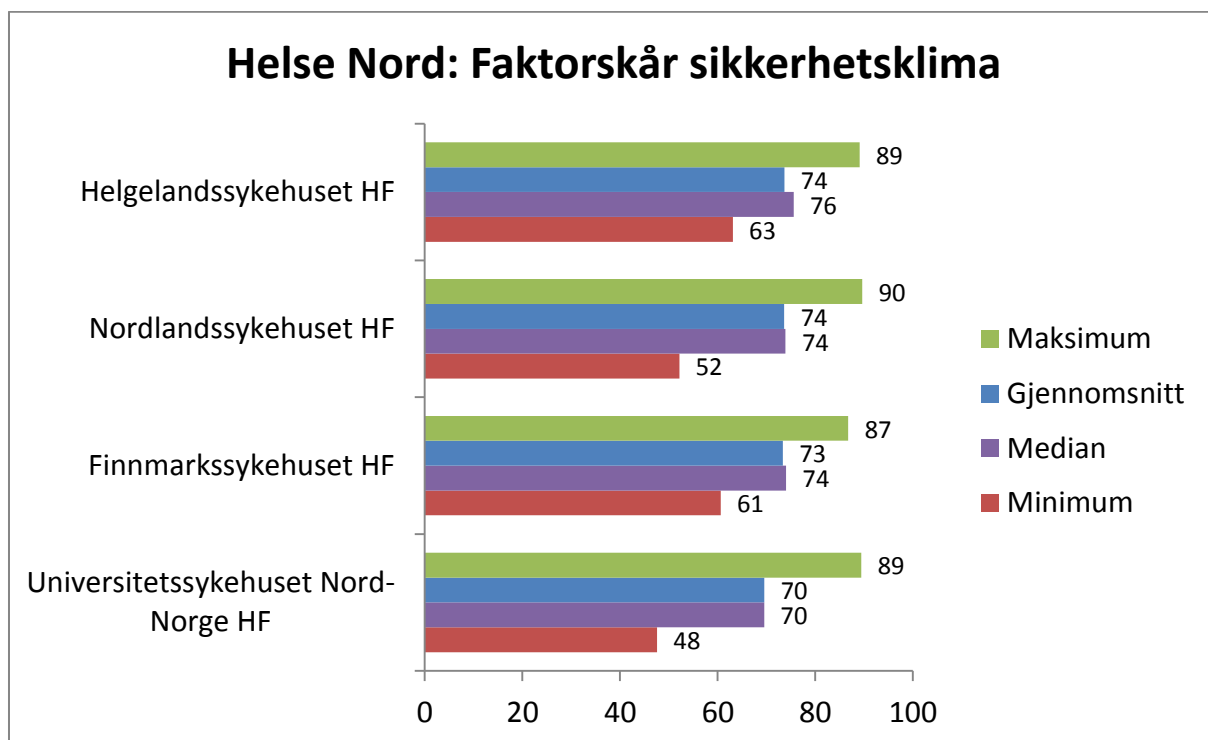
Figur 16



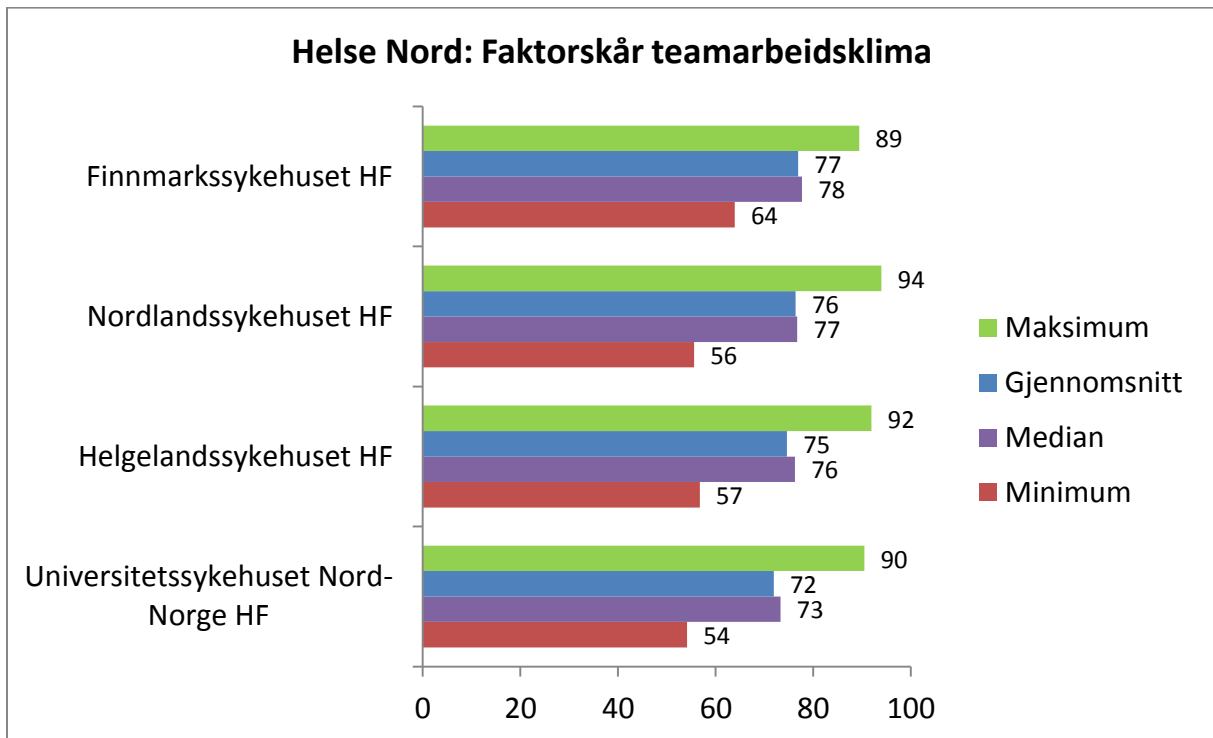
Faktorskår. Gjennomsnitt i helseforetakenes enheter

I tillegg til andel enheter med modent sikkerhetsklima og modent teamarbeidsklima, presenteres her gjennomsnittlig faktorskår for de helseforetakene som har ønsket det. Det presenteres gjennomsnitt, minimum, median og maksimum av enhetenes gjennomsnitt i hvert helseforetak.

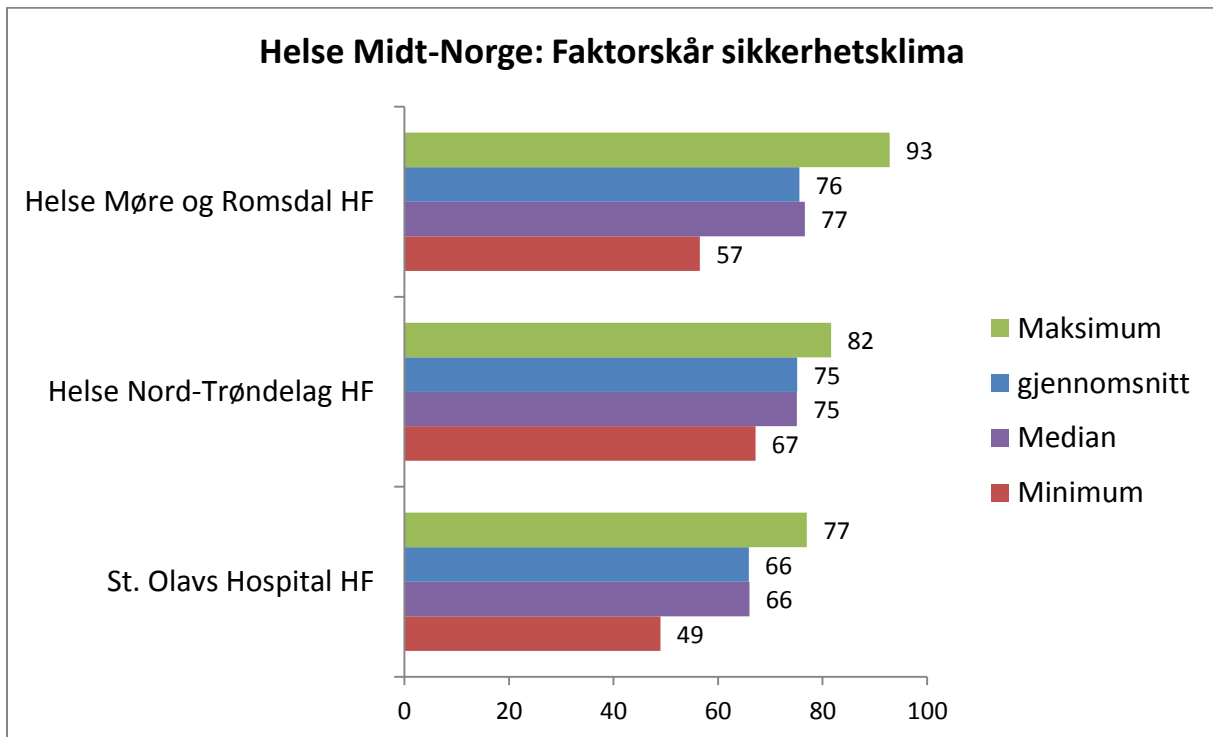
Figur 17



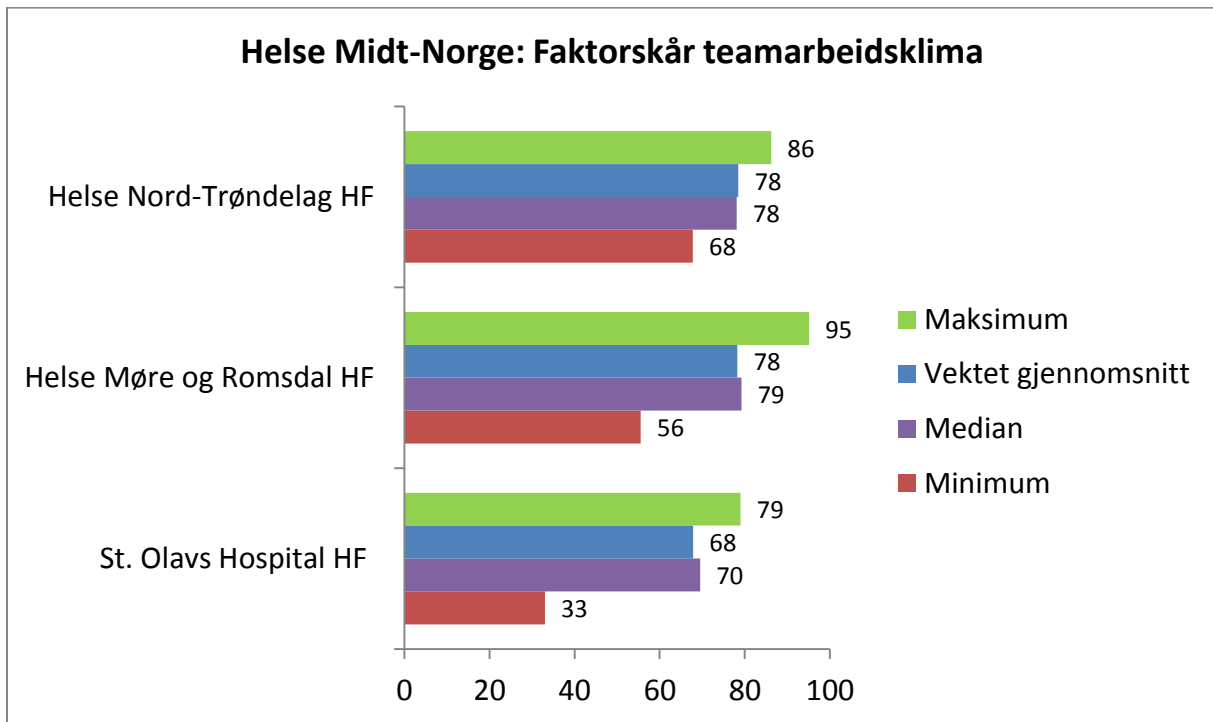
Figur 18



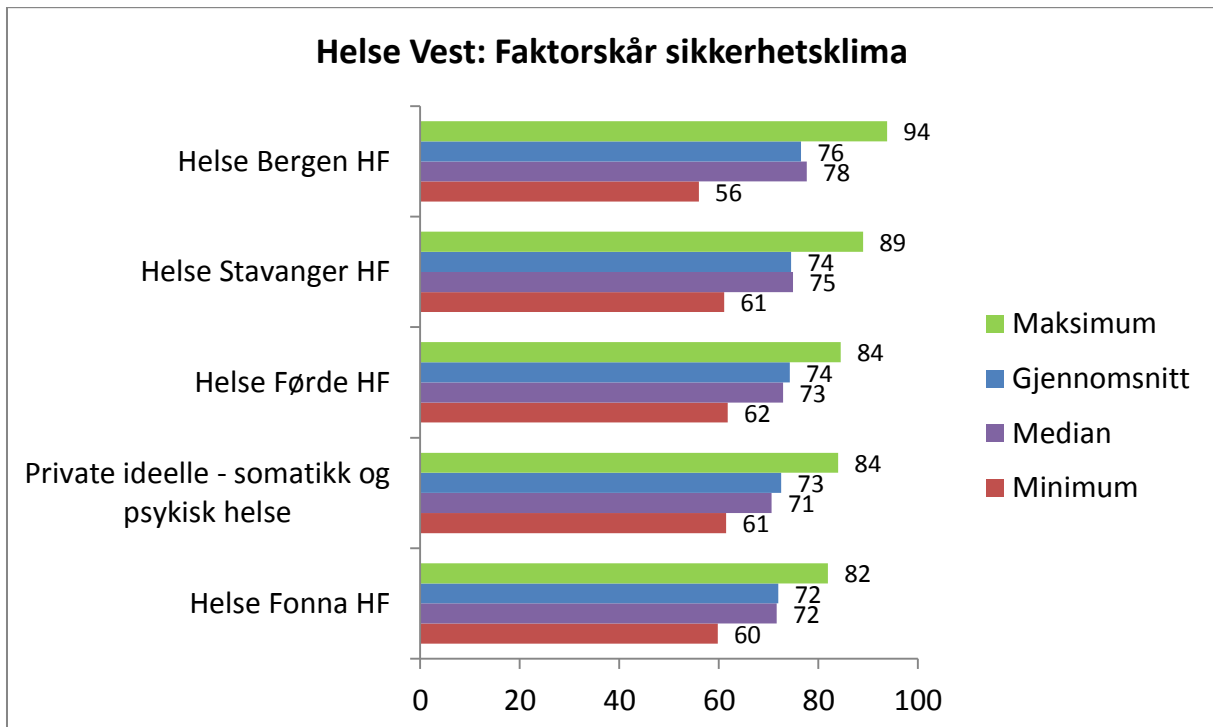
Figur 19



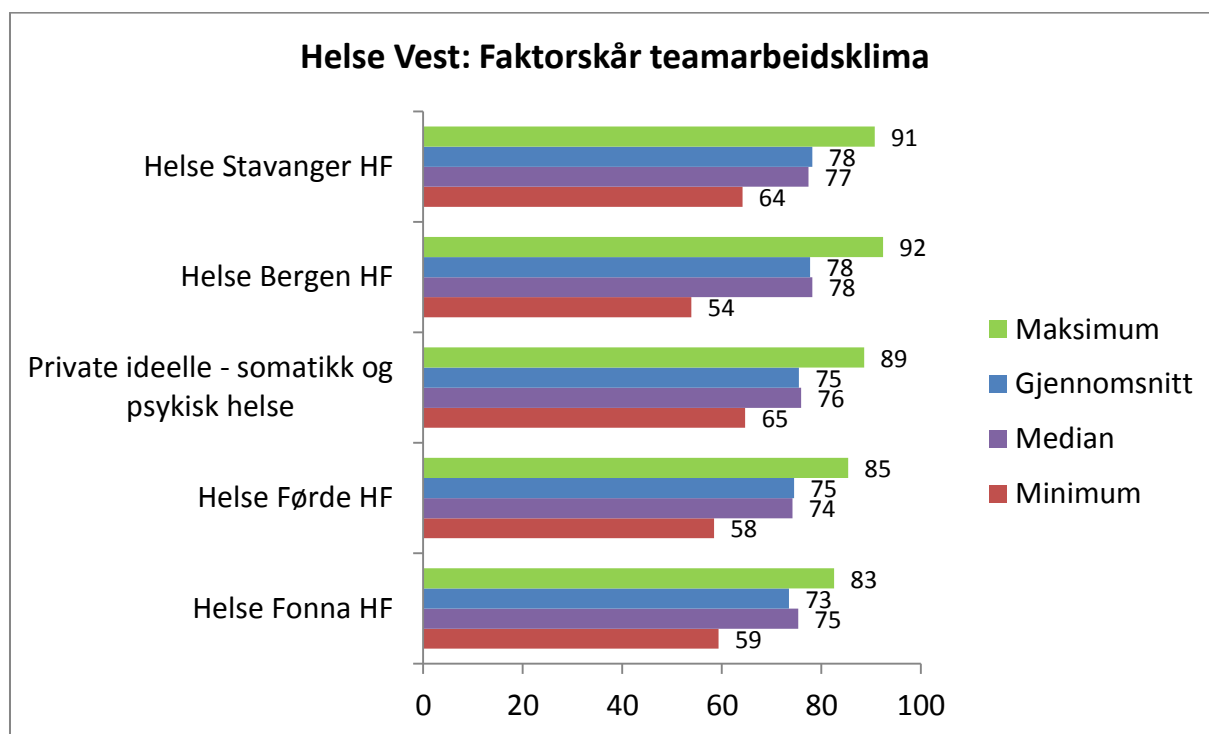
Figur 20



Figur 21



Figur 22



Oppfølging av undersøkelsen

Regionale programledere for pasientsikkerhetsprogrammet informerer om at helseforetakene aktivt har fulgt opp egne resultater fra undersøkelsen med målrettede forbedringstiltak. Det ble ikke lagt opp til å lage en systematisk oversikt over ledernes arbeid for å forbedre pasientsikkerhetskulturen som en følge av undersøkelsen. Noen eksempler på tiltak er pasientsikkerhetsvisitter, risikomøter, tavlemøter, tverrfaglige møter, fagdager og internundervisning, forbedring av varslingsrutiner, samt oppfølging og støtte til enkeltenheter med lav skår.

Sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet er også blitt informert om at ledelsen, inkludert styrene i regionene, jevnlig har blitt orientert om status for forbedringstiltakene som har iverksatt siden undersøkelsen første gang ble gjennomført i 2012. Tiltakene er blitt knyttet til etablerte lokale strategiplaner. Tiltak og måloppnåelse er jevnlig tema på ulike møtearenaer lederne har i foretaket. Tillitsvalgte og vernejenesten har også deltatt aktivt i oppfølgingen.

Diskusjon

Resultater

Data rapportert fra mange helseforetak i 2012 var aggregert for organisatoriske enheter langt over nivået som det er hensiktsmessig for å avdekke relevant variasjon. Det var derfor ikke meningsfylt å sammenstille dataene fra 2012 nasjonalt.

I 2014 leverte de fleste foretak og sykehus data som reflekterer variasjon på laveste organisatoriske nivå.

Med noen forbehold om datakvalitet fra enkelte helseforetak viser datagrunnlaget at på nasjonalt nivå hadde 56 % (1 328 enheter) av behandlingseenhetene *modent sikkerhetsklima*, mens 63 % (1 494 enheter) hadde *modent teamarbeidsklima*.

Internasjonal erfaring tilsier at enheter der færre enn 60 % av medarbeider rapporterer om et godt sikkerhets- og teamarbeidsklima har høyere risiko for uønskede hendelser[9, 10]. Denne risikogrensen gjenspeiles i definisjonen av begrepene *modent sikkerhetsklima* og *modent teamarbeidsklima*.

De norske resultatene viser at 44 % (1 044 enheter) av rapporterte behandlingseenheter faller under den valgte risikogrensen assosiert med manglende *modent sikkerhetsklima*. 37 % (878 enheter) av rapporterte behandlingseenheter antas å ha forhøyet risiko fordi de mangler *modent teamarbeidsklima*. Det er viktig å understreke at det ikke nødvendigvis er de samme enheter som faller under risikogrensen. Dette betyr at andel behandlingssteder som faller under risikogrensen for uønskede hendelser er minst 44 % (878 enheter). Datagrunnlaget tilgjengelig for denne rapporten gir ikke muligheten til å beregne det konkrete tallet, men det er grunn til å anta at det er overlapping.

Resultater på lokalt nivå

I tillegg til å vise om en enhet har *modent sikkerhets-* og *teamarbeidsklima*, gir data fra denne undersøkelsen lokale ledere i helseforetakene mulighet til å identifisere andel ansatte som gir høy/lav score på klima og annen verdifull informasjon om medarbeideres oppfatninger. Ved hjelp av disse størrelser kan lokale ledere se for eksempel om det er sprikende oppfatninger av klima eller ikke. Slik informasjon er

verdifull for å beskrive utfordringer i enhetene og for å finne målrettede tiltak som reduserer risiko for uønskede hendelser.

Det er viktig å understreke at gjennomsnittlig faktorskår i seg selv ikke er en egnet indikator på risiko assosiert med umodent sikkerhets- og/ eller teamarbeidsklima. Dette fordi gjennomsnittlig faktorskår ikke gir nødvendig informasjon om grad av konsensus i medarbeideres oppfatninger. Det er heller ikke en entydig sammenheng mellom en relativt høy gjennomsnittlig faktorskår og et modent klima. Gjennomsnittlig faktorskår på enhetsnivå må alltid ses i sammenheng med andel medarbeidere gir høy score på klima.

Maksimum, minimum, gjennomsnitt og median av faktorskår på enhetsnivå er ikke tilgjengelig i datamaterialet for denne rapporten. Fordeling av faktorskår på enhetsnivå er kjent for de lokale ledere og presenteres ikke i denne rapporten. Etter ønske fra noen av regionene presenteres faktorskår på helseforetaksnivå i deres region.

Har undersøkelsen oppnådd sitt formål?

En viktig hensikt med undersøkelsen var at resultatene skulle brukes i lokalt forbedringsarbeid. Det ble ikke lagt opp til å lage en systematisk oversikt over omfanget av forbedringstiltak innført som en følge av undersøkelsen. Det er likevel eksempler på tiltak som blant annet pasientsikkerhetsvisitter og oppfølging og støtte til enkeltenheter. Det er ikke mulig å vurdere i hvilken grad dette formålet er blitt oppfylt.

Lokalt forbedringsarbeid kan gjøres enda bedre ved at lokale ledere får hjelp til å utnytte verdifull informasjon på en systematisk måte. Som nevnt tidligere, er det viktig å se på andel medarbeidere som gir høy score på sikkerhets- og teamarbeidsklima. Disse parameterne per enhet skulle ikke rapporteres nasjonalt. Det førte til at disse parameterne ikke ble brukt på de fleste helseforetak når resultatene skulle presenteres lokalt. Mange helseforetak har dermed ikke kunnet belyse graden av enighet i svarene internt i sitt helseforetak i tråd med undersøkelsens hensikt.

Undersøkelsen hadde også som formål å se om pasientsikkerhetskultur, på nasjonalt nivå, ble bedre mellom 2012 og 2014. Kvaliteten av data som ble rapportert til sekretariatet gjorde at nasjonale resultater for undersøkelsen i 2012 ikke kunne fremstilles. Dette formålet har dermed ikke blitt oppfylt.

Et tredje hovedmål for undersøkelsen var at resultatene skulle brukes av ledere på alle nivå til styring. Regionale programledere for pasientsikkerhetsprogrammet informerer om at ledelsen har fått jevnlig informasjon om status for forbedringstiltakene som har blitt iverksatt siden undersøkelsen i 2012, og at tiltakene har blitt knyttet til etablerte lokale strategiplaner.

Undersøkelsen i 2014 kan være et godt verktøy for nasjonale ledere til å følge opp arbeidet med pasientsikkerhetskultur. Dette vil avhenge av hvor aktivt nasjonale helsemyndigheters ledere bruker resultatene i denne rapporten til å etterspørre systematisk oppfølging av undersøkelsen og følge med på utviklingen fremover.

Viktige momenter ved bruk av nasjonale resultater

Det er viktig å være oppmerksom på enkelte momenter som kan begrense nytten av undersøkelsen som ledelsesverktøy på nasjonalt nivå.

- Mange helseforetak satte egne minimumsgrenser for det som ble rapportert nasjonalt. Dette ble ansett som nødvendig for å ivareta respondentens anonymitet. Det førte til at noe av datamaterialet som ble analysert lokalt ikke inngår i datagrunnlaget for denne rapporten. Dette kan gjøre at resultatene som ble presentert lokalt ikke er identiske med de som presenteres i denne rapporten og føre til at helseforetakene ikke kjenner seg igjen. Dette vil være problematisk kun i den grad det fører til vesentlige forskjeller i andel enheter med modent klima.
- Systematiske forskjeller i størrelser på enheter som ble rapportert nasjonalt kan også være av betydning dersom det er systematiske forskjeller i pasientsikkerhetskultur mellom store og små enheter. Det ville gitt et seleksjonsproblem for regioner som kun rapporterer resultater for større enheter. Systematiske forskjeller i kultur mellom små og store enheter, ville

også påvirke de nasjonale indikatorene, fordi de minste enhetene er underrepresentert i datagrunnlaget for denne rapporten.

Anbefaling: Av hensyn til punktene over er det viktig at nasjonale myndigheter i fremtidige undersøkelser sikrer at helseforetakene rapporterer ut fra en felles minimumsgrense.

- Det er viktig å være bevisst på at data rapportert på annet nivå enn det laveste organisatoriske nivå og resultater fra enheter med lav svarandel kan føre til at kvaliteten på data fra noen av helseforetakene er av dårligere kvalitet enn fra andre.
- Man skal være oppmerksom på at fokus på helseforetakenes og sykehusenes resultater kan undergrave nytten; ansattes svar kan påvirkes av deres lojalitet til sykehuset.

Anbefaling: Faren kan reduseres ved at de som forvalter resultatene forplikter seg til å støtte opp om og ikke stigmatisere enheter og helseforetak som har lave resultater. Et viktig formål med undersøkelsen er at resultatene skal brukes til egen forbedring ved at helseforetakene identifiserer egne risikoområder og følger seg selv over tid. Man kan også identifisere helseforetak som har noe å lære bort og helseforetak som har store utfordringer.

Pasientsikkerhetsprogrammets målsetning

Pasientsikkerhetsprogrammet tallfestet i 2014 den overordnede målsetningen om å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten og uttalte tre resultatmål for denne målsetningen. To av målene: ***svarandelen på pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ved hvert helseforetak skal være minst 70 prosent og minst 80 prosent av respondentene i alle enheter rapporterer om et godt pasientsikkerhetsklime***, skal overvåkes ved pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fremover.

Måleparameteret «andel enheter med modent sikkerhets- eller teamarbeidsklime» presentert i denne rapporten, kan ikke brukes direkte til å belyse hvordan pasientsikkerhetsklimaet er i dag i forhold til resultatmål om at *minst 80 prosent av respondentene i alle enheter rapporterer om et godt pasientsikkerhetsklime*.

For å kunne belyse programmets resultatmål er det nødvendig å få innrapportert flere opplysninger fra helseforetakene. For å kunne vurdere om det har vært en bedring fra 2014 til neste undersøkelse, må det også i neste undersøkelse rapporteres om andel enheter der minst 60 % medarbeidere som gir en faktorskår på minst 75 på klime.

Veien videre

Undersøkelsene i 2012 og 2014 representerer viktige erfaringer i arbeidet med forbedring av pasientsikkerhetskultur. Det er stort potensiale for å forbedre planlegging og gjennomføring av undersøkelsen og oppfølging av resultater. Man har også erfart at undersøkelsen flere steder konkurrerte om oppmerksomhet med foretakenes HMS-/medarbeiderundersøkelser.

Det er nå igangsatt et prosjekt for å samordne disse undersøkelsene. Prosjektet skal blant annet utvikle prosedyrer for planlegging og gjennomføring av den samordnede undersøkelsen, i tillegg til prosedyrer for analyse og oppfølging av resultatene.

Den samordnede undersøkelsen er planlagt gjennomført for første gang i 2017. Det vil ikke bli gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse i 2016.

Det er i tillegg behov for mer kunnskap om forholdet mellom pasientsikkerhetskultur og trygg behandling i norsk kontekst. Temaer som utpeker seg for videre studier er blant annet sammenheng mellom graden av enighet innad i behandlingsenheter og pasientsikkerhet, og betydning av enheters størrelser for pasientsikkerhetskultur.

Konklusjon

Undersøkelsene i 2012 og 2014 representerer viktige erfaringer i arbeidet med forbedring av pasientsikkerhetskultur. Data rapportert fra mange helseforetak i 2012 var aggregert for organisatoriske enheter langt over nivået som er hensiktsmessig for å avdekke relevant variasjon. Det var derfor ikke meningsfylt å sammenstille dataene fra 2012 nasjonalt.

Resultatene fra 2014 viser at 56 % av enhetene rapporterer om et modent sikkerhetsklima, mens 63 % av enhetene rapporterer om et modent teamarbeidsklima. Internasjonal erfaring tilsier at enhetene som ikke rapporterer om et modent klima, har høyere risiko for uønskede hendelser. Det innebærer at minst 44 prosent av behandlingsenhetene på landbasis kan ha en forhøyet risiko for uønskede hendelser grunnet umodent sikkerhets- og/eller teamarbeidsklima. Modent betyr at minst 60 prosent av medarbeidere gir høy score på klima i sin enhet.

Grunnet forskjeller i kvalitet på dataene som ble rapportert, er det viktig å være varsom med sammenlikning av foretak.

I tråd med sin hensikt, har undersøkelsen bidratt til å øke lokalt fokus på pasientsikkerhetskultur og lokalt forbedringsarbeid i den enkelte enhet. Det ble ikke lagt opp til å lage en systematisk oversikt over forbedringstiltak innført som en følge av undersøkelsen. Eksempel på forbedringstiltak hvor lederne er involvert er blant annet pasientsikkerhetsvisitter, som er initiert på overordnet nivå i foretakene.

Formålet om at undersøkelsen skal brukes som et ledelsesverktøy for styring kan i noen grad sies å være oppfylt på lokalt og regionalt nivå. På lokalt nivå kan analysen av egne data gjøres mer systematisk. På nasjonalt nivå kan resultatene i denne rapporten brukes som utgangspunkt til å følge opp utvikling mot bedre pasientsikkerhetskultur.

Ledere på regionalt og nasjonalt nivå har en viktig rolle i å etterspørre systematisk oppfølging av undersøkelsen, og å gi nødvendig støtte til lokale ledere for at de skal kunne arbeide med forbedring av pasientsikkerhetskultur.

Referanser

1. Deilkås, E.C.T. and f. Universitetet i Oslo Det medisinske, *Patient safety culture - opportunities for healthcare management : the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006, Norwegian version - 1) Psychometric properties, 2) Variation by organizational level and 3) by position*. 2010, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet: Oslo.
2. DiCuccio, M.H., *The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review*. J Patient Saf, 2015. **11**(3): p. 135-42.
3. Zohar, D., et al., *Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety*. Critical Care Medicine, 2007. **35**.
4. Hofmann, D.A. and B. Mark, *An investigation of the relationship between safety climate and medical errors as well as other nurse and patient Outcomes*. Personnel Psychology, 2006. **59**(4): p. 847-869.
5. Singer, S., et al., *Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals*. Health Services Research, 2009. **44**(2 Pt 1): p. 399-421.
6. Bredesen, I.M., et al., *Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis*. BMJ Open, 2015. **5**(8).
7. Sexton, J., et al., *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. BMC Health Serv Res, 2006. **6**.
8. Pronovost, P.J., et al., *Improving patient safety in intensive care units in Michigan*. J Crit Care, 2008. **23**(2): p. 207-21.
9. Frankel, A., *A sociotechnical framework for driving a culture of safety, clinical excellence, continual learning and improvement*. 2013.
10. Sexton, B., E. Deilkas, Editor. 2008: Baltimore.
11. Deilkas, E. and D. Hofoss, *Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006)*. BMC Health Serv Res, 2008. **8**.
12. Colla, J.B., et al., *Measuring patient safety climate: a review of surveys*. Quality and Safety in Health Care, 2005. **14**(5): p. 364-366.
13. *Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet*. TemaNord. Vol. 2010:572. 2010, København.
14. Nunnally, J.C. and I.H. Bernstein, *Psychometric theory*. 3rd ed. ed. McGraw-Hill series in psychology. 1994, New York: McGraw-Hill.
15. Deilkås, E. and D. Hofoss, *Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture*. BMC Health Serv Res, 2010. **10**(85).
16. Pronovost, P. and B. Sexton, *Assessing safety culture: guidelines and recommendations*. Qual Saf Health Care, 2005. **14**.

Rapport fra Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2014

English title: Report from the Norwegian national medical record review using Global Trigger Tool in 2014

Institusjon: Helsedirektoratet

Ansvarlig: Bjørn Guldvog, Direktør, Helsedirektoratet

Forfatter: Ellen Tvetter Deilkås, MD PhD, seniorrådgiver, Pasientsikkerhetsprogrammet, Helsedirektoratet.

ISBN:

Antall sider: 25

Oppdragsgiver: Pasientsikkerhetsprogrammet, sekretariatsleder Anne Grete Skjellanger

Nøkkelord: Pasientsikkerhet, Pasientskade

Sitering: Deilkås, ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2014. Oslo: Helsedirektoratet. 2015.

Pasientsikkerhetsprogrammet vil takke alle GTT- teamene som har gjennomført undersøkelsene i sine helseforetak og sykehus.

Følgende personer har bidratt i arbeidet med rapporten

Ellen Tvetter Deilkås, Seniorrådgiver på Kunnskapssenteret, har tilrettelagt og designet den nasjonale undersøkelsen, lært opp GTT teamene, laget formatene som resultatene rapporteres i, og skrevet denne rapporten.

Marion Haugen, seniorforsker på Norsk Regnesentral har laget grafen som viser GTT teamenes resultater over tid, sammenstilt på nasjonalt nivå, på tvers av helseforetak og sykehus. De har også sammenstilt regneark fra helseforetakene, gitt råd vedrørende statistiske estimater, og oppdatert tabeller.

Følgende personer har vært fagfeller som har vurdert manuskriptet kritisk og kommet med innspill til forbedringer; Geir Bukholm, leder i Fagrådet til Pasientsikkerhetsprogrammet, professor, Divisjon for smittevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsedirektoratet

Oslo, november 2015.

Hovedfunn

Det er den femte nasjonale journalundersøkelsen etter prosedyren Global Trigger Tool (GTT), i Norge. Det nasjonale programmet for pasientsikkerhet, "I trygge hender", har tilrettelagt og koordinert undersøkelsen som omfatter alle 19 helseforetak og fem private sykehus. 36 GTT team fra 19 helseforetak og fire private sykehus leverte resultater for 2014. Undersøkelsen omfattet 8.804 pasientopphold avsluttet i tidsrommet 1. januar til 31. Desember 2014. De undersøkte pasientoppholdene ble tilfeldig trukket fra totalt 565.345 pasientopphold i somatisk helsetjeneste. Pasientopphold innen rehabilitering, pediatri og psykiatri er som tidligere holdt utenfor, fordi GTT ikke er tilpasset disse tilbudene.

1. Ved 13,9 % (95 % KI 12,1-16,1) av alle somatiske pasientopphold i Norge anslår rapporten at det oppstod minst en pasientskade i 2014, som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (kategoriene E-I). Estimert var på 13,0 % (95 % KI 11,7-14,2) i 2013, 13,7 % (95 % KI 12,5-15,1) i 2012, 16,1 % (95 % KI 14,6-17,5) for 2011 og 15,9 % (95 % KI 13,8-17,8) i 2010.
2. Ved 8,2 % (95 % KI 6,8-9,9) av somatiske pasientopphold anslår rapporten at det oppstod skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (kategoriene F-I) i 2014. Estimert var på 7,6 % (95 % KI 6,6-8,7) i 2013, 7,7 % (95 % KI 6,8-8,6) i 2012, 8,8 % (95 % KI 7,9 – 9,8) i 2011 og 8,9 % (95 % KI 7,3-10,5) i 2010. Det er ikke en statistisk signifikant forskjell i disse estimatene mellom noen av årene.
3. Skadetyper som det er funnet mest av gjennom alle årene er urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon, nedre luftveisinfeksjoner og annen infeksjon. Det var en signifikant økning i nedre luftveisinfeksjoner i alvorlighetsgrad F-I fra 2010 til 2014.

Main findings

This report presents the fifth national medical record review conducted according to the Global Trigger Tool (GTT) procedure in Norway. The review has been coordinated by the national patient safety campaign "In safe hands". The campaign has since January 2011 prepared and coordinated clinical and organizational measures designed to reduce the extent of the adverse events in all public hospitals in the country. The GTT review includes all 19 public hospital trusts, and five private hospitals. A total of 36 teams from 19 hospital trusts, and four private hospitals, reviewed 8.804 patient records, randomly selected from 565 345 hospital admissions in the period of January 1st to December 31st 2013.

- 1. In 2014 at least one incident of harm occurred at 13.9 % (95 % CI 12.1-16.1) of all somatic hospital admissions in Norway. The incidents required intervention, prolonged hospital stay, led to permanent harm or contributed to patient death (severity categories E-I). Estimates were 13.0 % (95 % CI 11.7-14.2) in 2013, 13.7 % (95 % CI 12.5-15.1) for 2012, 16.1 % (95 % CI 14.6-17.5) for 2011, and 15.9 % (95 % CI 13.8-17.8) for 2010. There is no statistical significant difference between the estimates for 2013 and 2014.*
- 2. In 2014 at least one harmful incident occurred in 8.2 % (95 % CI 6.8-9.9) of all somatic hospital admissions. These incidents required prolonged hospitalization or had more serious consequences (categories F -I). Estimates were 7.6 % (95 % CI 6.6-8.7) in 2013, 7.7 % (95 % CI 6.8-8.6) in 2012, 8.8 % (95 % CI 7.9-9.8) in 2011 and 8.9 % (95 % CI 7.3 -10.5) in 2010. There are no statistical significant differences in these estimates between any of the years.*
- 3. Urinary tract infections, adverse drug events, post-operative wound infections, lower respiratory tract infections, and other infections, are the most common adverse events throughout these years. There has been a significant increase in lower respiratory tract infections in severity category F-I from 2010 to 2014.*

Innhold

Innhold.....	5
Forord	6
Bakgrunn.....	7
Metode	9
Global Trigger Tool	9
Praktisk gjennomføring	10
Analyse.....	11
Resultater.....	12
Tverrsnittsanalyse.....	1
2 Tidsserier	14
Diskusjon... ..	17
Konklusjon.....	20
Referanser.....	21

Forord

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet organiserer og koordinerer Helsedirektoratet Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, "I trygge hender". Hovedmålene i programmet er å redusere forekomst av pasientskader i helsetjenesten, å etablere kompetanse og rutiner for arbeid med pasientsikkerhet, og å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

Første gang nasjonal beregning av pasientskade ble gjort var for året 2010. Siden har beregning av pasientskade i somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge blitt offentliggjort i rapporter for 2011, 2012, og 2013. Denne rapporten presenterer nasjonale beregninger for pasientskade for 2014, hvordan pasientskadene er fordelt på skadetyper. Estimer og data fra 2013, 2012, 2011 og 2010 tas med til sammenligning. Kartleggingen av pasientskader er gjennomført etter en standardisert prosedyre for journalundersøkelse, som heter Global Trigger Tool (GTT). Alle landets helseforetak og fire av fem private sykehus har bidratt i journalundersøkelsen for 2014. Lovisenberg diakonale sykehus har ikke bidratt. Sykehuset Innlandet har bidratt delvis fordi de undersøkte journalene ikke er trukket fra alle sykehusopphold som er relevante for undersøkelsen. Vi takker alle GTT- teamene og deres støttespillere for innsatsen og deres bidrag til nasjonal beregningen av pasientskade for 2014.

Bakgrunn

På bakgrunn av journalundersøkelser utført i flere vestlige land har Verdens helseorganisasjon (WHO) konkludert med at omkring 10 % av sykehuspasienter i vestlige land pådrar seg en pasientskade(1). Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet tilrettelegger derfor implementering og spredning av følgende innsatsområder som har til hensikt å redusere uønskede hendelser og pasientskader:

- Trygg kirurgi, med spesiell oppmerksomhet på forebygging av post- operative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av infeksjoner knyttet til sentrale venøse katetre
- Forebygging av kateter relaterte urinveisinfeksjoner
- Forebygging av trykkeår
- Forebygging av fall på institusjon
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdose
- Ledelse av pasientsikkerhet

Arbeidet ledes av en styringsgruppe, ledet av Helsedirektøren. De Regionale helseforetakene er representert i styringsgruppen ved administrerende direktør. Den norske legeforening, Norsk Sykepleierforbund, Kommunesektorenes organisasjon (KS), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) og Statens Legemiddelverk (SLV)er og representert. I tillegg har Styringsgruppen en fylkesrådmann, en helse -og sosialsjef og en fylkeslege, i tillegg til en sykehusdirektør. Helse- og omsorgsdepartementet er observatør i styringsgruppen.

For å kunne vite om kampanjens mål nås, bestemte Styringsgruppen at omfanget av pasientskade skulle kartlegges og beregnes. Siden undersøkelser har vist at helsepersonell kun rapporterer mellom 5 og 20 % av pasientskader som er dokumentert i journal, ble strukturert journalundersøkelse valgt som metode for å kartlegge omfang av pasientskader(2, 3). Strukturert journalundersøkelse er den mest sensitive metoden for å kartlegge omfang av pasientskade i sykehus (2, 4).

Det finnes flere metoder for strukturert journalundersøkelse, for å beregne omfanget av pasientskade(5-8). De fleste ligner på The Harvard Medical Practice Study (9). Fellestrekket er at journalundersøkelsene gjennomføres i to trinn. I første trinn trekkes et tilfeldig utvalg av pasientopphold, som filtreres ved hjelp av et sett av definerte kriterier. Filtringen avgjør hvilke pasientopphold som skal undersøkes nærmere for å vurdere om det har skjedd en skade. Andre trinn, er at man vurderer om det har skjedd en pasientskade. Undersøkelsene gjøres parallelt av flere helsepersonell, som senere sammenligner sine resultater. Global Trigger Tool (GTT) er en standardisert og internasjonalt utbredt metode for å gjøre strukturert journalundersøkelse (10-12). GTT er tilpasset behovet for å kunne beregne omfang av pasientskade i det enkelte sykehus over tid. Forskning på resultater mellom uavhengige team som undersøker de samme journalene innenfor et enkelt sykehus har vist

betydelig samsvar i deres vurderinger (13). På denne bakgrunn betraktes metoden som tilstrekkelig pålitelig til å kartlegge og beregne omfang av pasientskade i sykehus regionalt og nasjonalt (13). Teamenes gjennomføring av undersøkelsen kan imidlertid påvirkes og bli mindre pålitelige, hvis resultatene blir brukt til å sammenligne nivået av pasientskade mellom enkeltstående sykehus. For å bidra til minst mulig feilkilder er det derfor viktig at resultatene, som teamene kommer fram til, ikke brukes til sammenligning mellom helseforetak og internt i helseforetak, men kun til sammenligning for det enkelte team over tid. Teamenes gjennomføring av undersøkelsen og deres tolkning av GTT definisjonen på pasientskade, kan endre seg over tid (14). Denne feilkilden kan sannsynligvis reduseres gjennom regelmessige nettverks møter mellom GTT team, hvor man gjennomgår eksempler og tolkninger på hvordan man anvender definisjonen på pasientskade. Slike årlige møter har vært holdt årlig siden 2012. Tilbudet har gått til alle GTT team i Norge, men alle har ikke deltatt hvert år.

Siden det ikke foreligger andre like enkelt gjennomførbare metoder som med like stor eller større sikkerhet kan anslå omfang av pasientskade nasjonalt, er GTT valgt som en felles metode for alle helseforetak og sykehus, slik at lokale resultater skulle kunne sammenstilles til en årlig beregning av andel somatiske pasientopphold i Norge der det oppstår pasientskade. Kunnskapen skal bidra til å øke motivasjonen for å forebygge pasientskader og til å utvikle kunnskap om pasientskade og risiko både på sykehusnivå og nasjonalt. De nasjonale beregningene av pasientskade for 2013, 2012, 2011 og 2010 er presentert i tidligere rapporter(15). Denne rapporten presenterer estimater over andel somatiske pasientopphold med pasientskade for 2014, og hvordan skadene er fordelt på skadetyper. Estimater for 2010, 2011, 2012 og 2013 er tatt med til sammenligning.

Global Trigger Tool i Pasientsikkerhetskampanjen

Styringsgruppen bestemte at helseforetakene skulle bruke journalundersøkelse med GTT fra og med mars 2010, for å kunne beregne omfang av pasientskade fra før pasientsikkerhetskampanjen ble startet i januar 2011. Målingene skulle plottes i tidsserier lokalt, og analyseres med statistisk prosesskontroll på det enkelte foretak, slik veiledningen fra kampanjen anviste(16). I tillegg skulle numeriske data fra hvert helseforetak aggregeres til en nasjonal årlig beregning av pasientskade, som skulle følges gjennom forløpet av kampanjen. Resultatene ville på denne måten benyttes som styringsinformasjon, både på helseforetaksnivå og på nasjonalt nivå. Undersøkelsen hadde til hensikt å motivere til en mer målrettet og faglig orientert styring av arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene og nasjonalt. Helse- og omsorgsdepartementets juridiske avdeling vurderte at en gjennomføring i tråd med kampanjesekretariatets planer hadde støtte i eksisterende lovverk både når det gjelder krav til kvalitetssikring i helsetjenesten, og håndtering av personsensitiv informasjon.

Styringsgruppens forventninger til helseforetakene til oppfølging av pasientskadetallene var som følger:

- Helseforetakene gjennomfører journalundersøkelse med GTT kontinuerlig gjennom kampanjeperioden med minimum 10 journaler to ganger i måneden. Frist for årlig nasjonal rapportering for styrene av pasientskade er 2. mai.
- Ledelsen ved helseforetakene gjennomgår tidsserier med GTT- resultater på HF- nivå og underliggende nivåer ved hver tertialrapportering.

- Ledelsen ved helseforetakene gjennomgår GTT- resultatene på helseforetaksnivå med sub-analyser for skadetyper, en gang i året. Ledelsen presenterer tiltak på risikoområder som avdekkes ved disse analysene og gir løpende rapportering på aktiviteter innen tiltaksområdene til sine styrer.

Metode

Global Trigger Tool

Den originale manualen for GTT er laget av Institute for Healthcare Improvement (IHI) (11). Prosedyren innebærer at et team på to sykepleiere og en lege, undersøker et tilfeldig utvalg av pasientopphold, som to ganger hver måned trekkes fra en liste over utskrevne pasienter. Minimum ti pasientopphold trekkes om gangen og undersøkes hver gang (unntak, er hvis færre enn ti pasienter er utskrevet i perioden). Sykepleierne screener og undersøker journal-dokumentasjonen uavhengig av hverandre, ved hjelp av lister over kriterier, som angir en høyere sannsynlighet, for at det kan ha forekommet en pasientskade. Kriteriene kalles triggere. En trigger er for eksempel om det har skjedd en reinnleggelse siden utskrivelse, om pasienten har vært reoperert, eller har falt, eller om for eksempel INR har vært høyere enn 6, noe som indikerer blødningsfare. GTT inneholder i alt 55 triggere. Fire er utelukkende beregnet på intensivpasienter, 12 triggere er utelukkende relevant for kirurgiske pasienter, 27 triggere gjelder alle somatiske pasienter, ti gjelder fødselsomsorg og to akutt-medisin. GTT er ikke laget for å granske pasientopphold innen rehabilitering, pediatri, og psykiatri.

Journalene undersøkes først av to personer som uavhengig av hverandre leter etter triggere som kan tyde på at det har skjedd en eller flere pasientskader, og leter deretter etter pasientskade, hvis triggere er funnet. Disse to personene må ha klinisk bakgrunn og kunnskap om sykehusets pasientjournal. Det vanligste er å bruke sykepleiere, eller andre kliniske faggrupper. For å standardisere teamene mest mulig har vi i Norge bestemt at de to personene som gransker journalene først, skal være sykepleiere. Det er en fordel at det er sykepleiere med utstrakt klinisk erfaring. Etter at sykepleierne har undersøkt journalene, sammenligner de sine resultater, og legger dem frem for legen i teamet, til vurdering og godkjenning. Ved uenighet i teamet, har legen det siste ordet. Ved behov for ekstern hjelp kan teamene i Norge kontakte faglig ansvarlig for undersøkelsen på nasjonalt nivå. Faglig ansvarlig for undersøkelsen nasjonalt veiledes av Roger Resar, som har utviklet metoden. Dokumenterte pasientskader klassifiseres i kategorier på en skala som går fra E til I, hvor

- E er skade som medførte midlertidig mén og tiltak for å unngå ytterligere plager
- F er skade som medførte midlertidig mén og forlenget sykehusopphold
- G er skade som førte til varig mén
- H at skaden medførte behov for livreddende tiltak innen en time
- I at skaden bidro til at pasienten døde.

Definisjonen på pasientskade, som manualen bygger på, er som følger:

”utisiktet 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.”

Utgangspunktet tas i pasientens perspektiv, hvor man vektlegger konsekvensen skaden har for pasienten, uansett om den vurderes å kunne ha vært unngått eller ikke. Grunnen til det er at muligheten til å redusere risiko knyttet til behandling endrer seg over tid. Hensikten med metoden er å vise hvordan **risiko knyttet til medisinsk behandling endrer seg over tid**. Metoden er derfor ikke justert for risiko knyttet til medisinsk behandling. Prosedyren innebærer heller ikke analyser av om skadene som pasientene erfarer skjer på grunn av feil i pasientbehandlingen. Grunnen er både at slike vurderinger er mer omfattende enn det som lar seg gjennomføre innen rammene for denne metoden. I tillegg er det et mål å ikke fokusere på feil utført av individer, fordi det kan motvirke åpenhet om pasientskader og uønskede hendelser.

For å øke helseforetakenes nytte av undersøkelsen på klinisk nivå, anbefaler Pasientsikkerhetsprogrammet at helseforetakene oppretter GTT team på klinisk nivå. Det anbefales da at metoden tilpasses slik at man i tillegg til pasientskadene, identifiserer uønskede hendelser i pasientbehandlingen som klinikerne ønsker å påvirke, som for eksempel forsinkelser i diagnostikk. Ved slike tilpasninger er det å anbefale at man har ett GTT team på helseforetaksnivå, som rapporterer til nasjonalt nivå, mens teamene på klinisk nivå bruker resultatene til lokal forbedring og ikke nasjonal rapportering. Vestre Viken har gått foran og rapporterer gode erfaringer med en slik løsning.

Praktisk gjennomføring

I 2014 har 36 GTT team fra alle helseforetak og sykehus bidratt med data, bortsett fra Lovisenberg sykehus. Det er forutsatt i protokollen(16) at de som har bidratt med data har trukket deres data fra hele populasjonen av pasientopphold som er relevant for metoden. Sykehuset Innlandet, har per i dag 4 GTT team, som ikke dekker hele helseforetakets relevante populasjon. Sykehuset har i tillegg endret den geografiske inndelingen av sine team i perioden fra 2010 og er derfor ikke inkludert i grafen. Sykehuset er med i tverrsnittsanalysen. Fra neste år planlegger både Sykehuset Innlandet og Lovisenberg sykehus å ha ett team som dekker hele populasjonen.

Tidligere rapporter beskriver hvordan sekretariatet har oversatt og tilpasset den originale GTT- veilederen til norsk, og gjennomført opplæring av GTT team(15). Sekretariatet har laget en protokoll som beskriver hvordan prosedyren anvendes i Norge og hvordan resultatene skal rapporteres inn(16).

Tabell 1. Gjennomførte tiltak for å synkronisere norske teams anvendelse av GTT metoden

1. Oversettelse av GTT veileder til norsk
2. Felles teoretisk og praktisk opplæring av GTT team i henhold til veileder
3. Felles liste over spørsmål og svar knyttet til anvendelse av GTT metoden i Norge
4. Årlig felles møte med gjennomgang av hvordan metoden anvendes, med eksempler.
5. Felles protokoll for hvordan GTT metoden skal koordineres, som ledd i den nasjonale

undersøkelsen.

I 2014 gjennomførte sekretariatet to GTT dagskurs på den 4.4. og den 14.11. for nye team og team medlemmer. Alle helseforetakenes GTT-team ble invitert til et dags seminar den 25.4. for å drøfte eksempler og gå gjennom tilfellene som bidro til at pasienter døde. Som man kan se av Figur 2 var GTT team fra to tredjedel av helseforetak og sykehus representert på seminaret.

Tabell 2. Helseforetak og sykehus som deltok på GTT seminaret i 2014

1. Helse Bergen HF
2. Helse Stavanger HF
3. Haraldsplass Diakonale Sykehus
4. St Olavs Hospital
5. Helse Møre og Romsdal
6. Helse Nord Trøndelag
7. Nordlandssykehuset
8. Sykehuset Østfold
9. Sykehuset i Vestfold
10. Akershus universitetssykehus
11. Sykehuset Innlandet
12. Vestre Viken HF
13. Martina Hansens Hospital
14. Lovisenberg Diakonale Sykehus
15. Diakonhjemmet sykehus

GTT teamenes frist til å rapportere resultatene til sekretariatet var 2.5.2015. Noen team (St Olavs hospital HF, Sykehuset Innlandet HF, og Universitetssykehuset Nord Norge HF) leverte ikke tall i år skjemaet som sekretariatet har laget for rapportering. Det har medført ekstra runder for å etterspørre data som mangler, og informasjon for å sikre rette forståelse av dataene som er sendt.

Fra 2014 er det blitt økt fokus på dataene som er rapportert i Extranet, fordi de fra i år av brukes til å lage en nasjonal graf som fra 2016 av vil inkluderes i et nasjonalt *Dashbord*. Dashbordet skal brukes av styringsgruppen for å gi en oversikt over resultater innen pasientsikkerhet. I forbindelse med sammenstilling av nasjonale resultater ble også dataene i Extranet kvalitetssikret. I noen tilfeller samstemte ikke data lagt inn i Extranet, med det som var rapportert i årskjemaet. I andre tilfeller hadde helseforetak og sykehus ikke oppdatert sine grafer i Extranet. Det var derfor behov for ekstra runder for å få dataene på plass. Dette ble gjort i oktober/november 2015.

Analyse

Tverrsnittsanalyse er gjort på data som hvert GTT team har rapportert inn i et standardisert regneark. Gjennomsnitt, standardavvik, minimum, maksimum og 95 % konfidensintervall for

estimat av an med minst en pasientskade, inndelt i skadetyper og alvorlighetsgrader, er beregnet for 2013 ved bruk av Excel (Visual Basic).

Ikke-parametriske konfidensintervall for gjennomsnittlig andel pasientopphold med pasientskade (uavhengig av skadetype og alvorlighetsgrad) er beregnet ved bruk av 10.000 bootstrap-simuleringer(17). Dataene re samples 10.000 ganger med tilbakelegging, dvs. at én observasjon kan trekkes flere ganger. Sannsynligheten for å trekke en observasjon fra dataene er lik vektene, som er beregnet ut i fra antall pasientopphold som undersøkte opphold er trukket fra. Observasjoner med større vekt har høyere sannsynlighet for å bli trukket ut. Gjennomsnitt for re samplet datasett beregnes og 95 % konfidensintervall er gitt ved 2,5 og 97,5 percentilene fra de 10.000 gjennomsnittsverdiene. På bakgrunn av mulig usikkerhet knyttet til vurderingen av om en skade gir permanent mèn, er samlekategorien av alvorlighetsgrad F-I, benyttet i analysen, i tillegg til de individuelle kategoriene.

Forskjell i gjennomsnittlig andel pasientopphold med pasientskade er sammenlignet mellom 2014, 2013, 2012, 2011 og 2010. Det er beregnet egne konfidensintervaller for differenser mellom andeler, basert på bootstrap-simuleringer med 10.000 replikasjoner. Vi vurderte at det var den mest korrekte måten å estimere differansene på. Hvordan skadene fordeler seg på skadetyper er analysert. Resultatene er presentert i tabeller i Vedlegg A. Signifikante endringer markert og redegjort for i teksten. Kategoriene for skadetyper er ikke innbyrdes ekskluderende; ett tilfelle kan derfor være ført opp under flere skadetyper. Det kan for eksempel handle om en pasient med blødning som følge av legemiddelskade. Denne vil kunne være oppført både som blødning og som legemiddel relatert skade. Basert på data som GTT teamene har plottet inn i tidsserier i den web baserte databasen Extranet har vi laget et P-kontrolldiagram som viser utviklingen i andel pasientopphold med pasientskade nasjonalt (Figur1). P-kontrolldiagrammet hjelper oss å analysere uten at vi forstyrres av for mye tilfeldig støy, ved at 10 datapunkter etter hverandre, er lagt sammen fortløpende, til en glattet graf. Vi har også laget p-kontrolldiagram for noen GTT team basert på data de har plottet i Extranett.

Resultater

Tverrsnittsanalyse

36 GTT team fra alle landets 19 helseforetak og fire private sykehus leverte resultater for 2013. 8 804 pasientopphold ble undersøkt. Lovisenberg Sykehus har ikke levert data, og Helse Innlandet har levert resultater for kun deler av sin sykehuspopulasjon til den nasjonale GTT undersøkelsen for 2013. Ved 13,2 % av pasientoppholdene ble det funnet minst en pasientskade av høyere eller lavere alvorlighetsgrad (E-I). Ved 7,7 % av pasientoppholdene ble det funnet en pasientskade av høyere alvorlighetsgrad (F-I).

Tabell 3. Estimert andel somatiske pasientopphold med pasientskade i norske sykehus for 2014, 2013, 2012, 2011 og 2010.

Alvorlighetsgrader	Prosent av alle pasientopphold (95% KI)				
	2014	2013	2012	2011	2010
Pasientopphold med minst en skade (E-I)	13.9 % (12.1-16.1)	13.0 % (11.7-14.2)	13.7 % (12.5-15.1)	16.1 % (14.6-17.5)	15.9 % (13.8-17.8)
Pasientopphold med minst en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (F-I)	8.2 % (6.8-9.9)	7.6 % (6.6-8.7)	7.7 % (6.8-8.6)	8.8 % (7.9-9.8)	8.9 % (7.3-10.5)
Pasientopphold med minst en skade som kun fordret tiltak for å unngå plager for pasienten (E)	6.5 % (5.5-7.5)	6.4 % (5.7-7.2)	6.5 % (5.4-7.5)	8.3 % (6.8-9.8)	8.0 % (6.7-9.2)
Pasientopphold med minst en skade som medførte midlertidig mén eller forlenget sykehusopphold (F)	7.3 % (5.9-8.8)	6.7 % (5.7-7.8)	6.4 % (5.5-7.3)	7.4 % (6.5-8.3)	7.1 % (5.8-8.3)
Pasientopphold med minst en skade som førte til varig mén (G)	0.65 % (0.49-0.85)	0.72 % (0.53-0.92)	0.70 % (0.53-0.86)	1.07 % (0.82-1.34)	1.12 % (0.82-1.41)
Pasientopphold med minst en skade som fordret livreddende tiltak innen en time (H)	0.28 % (0.16-0.42)	0.20 % (0.08-0.33)	0.37 % (0.21-0.53)	0.28 % (0.15-0.43)	0.17 % (0.05-0.36)
Pasientopphold med minst en skade som bidro til at pasienten døde (I)	0.25 % (0.16-0.35)	0.30 % (0.21-0.40)	0.37 % (0.23-0.51)	0.37 % (0.28-0.45)	0.65 % (0.49-0.81)
Antall undersøkte pasientopphold	8 804	10 986	11 728	10 288	7 849
Hvor mange pasientopphold er det trukket fra*	569 180	569 714	593 046	585 648	501 549**
Antall GTT team	36	45	47	47	39
Totalt antall innlagte pasienter (Samdata)	593 487	591 928	594 476	590 628	581 298

* Et pasientopphold er regnet som et sammenhengende sykdomsforløp, som i noen tilfeller kan strekke seg over flere sykehus, som følge av funksjonsfordeling.

** Undersøkelsen i 2010 omfattet kun 10 av årets måneder, mars til desember.

Skadetyper

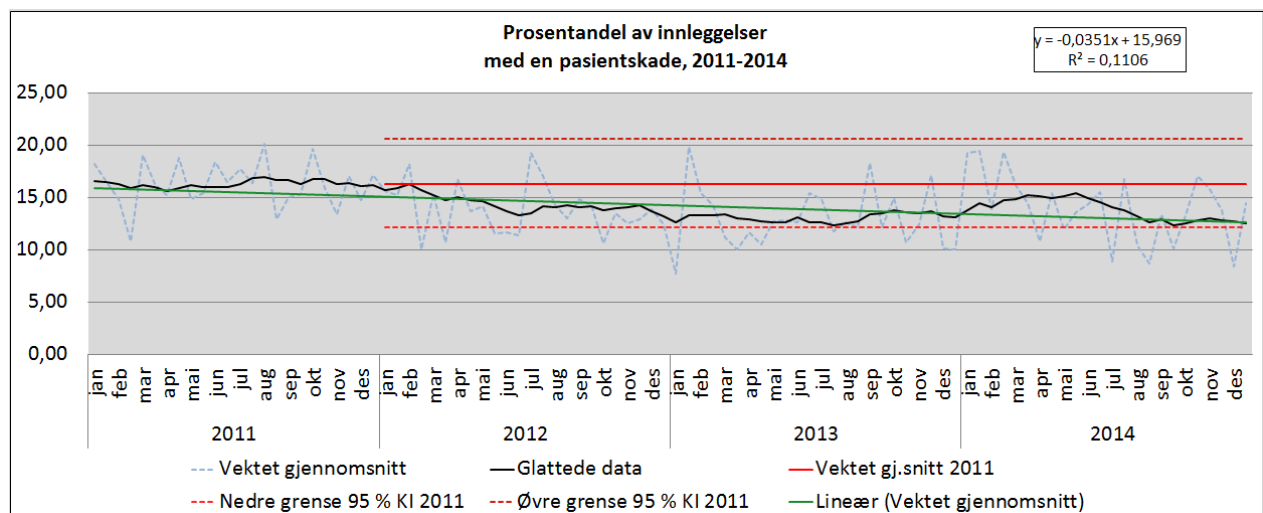
Fortsatt er urinveisinfeksjoner, legemiddelbruk, postoperative infeksjoner og andre komplikasjoner til kirurgi, de viktigste årsakene til skade. Det var signifikant endring i antall skader i perioden, for noen skadetyper, som fremgår av Tabell A og B i Vedlegg 1. Skader i kategoriene Sentralvenøst kateter infeksjon, Postoperativ respiratorisk komplikasjon, og Øvrige skader (forsinket diagnose) minsket i perioden fra 2010 til 2014. Skader kategorisert som Nedre luftveisinfeksjon økte.

Tidsserieanalyser

Nasjonalt

Siden flere team som representerer store sykehus ikke hadde lagt inn data i Extranet for 2010, brukes 2011 som baseline når vi analyserer endring i nivå av pasientskade på tvers av alvorlighetsgrad E-I, i 2012 og 2013. Gjennomsnittlig nivå for 2011 er derfor først markert i 2012, med en rød sammenhengende linje. Grensene for når en endring er statistisk signifikant vises med de røde stiplede linjene. Den synkende lineære trenden er signifikant for perioden 2011-2014 ($p < 0.001$). Den lyseblå stiplede linjen viser variasjonen i andel pasientopphold med pasientskade for hvert datapunkt. Den sorte glattede linjen viser 10 datapunkter etter hverandre, som er lagt sammen fortløpende. 32 GTT team bidrar med data for beregning av vektet gjennomsnitt på hvert tidspunkt i 2014 på den nasjonale grafen. På 3 datapunkter bidrar kun 31 team. Det er fordi sykehuset ikke registrerte data om sommeren (Martina ??) Antall undersøkte journaler på hvert datapunkt i 2014 ligger mellom 320-330. 36 GTT team fra alle helseforetak og sykehus, bortsett fra Lovisenberg sykehus, bidro med data til beregning av det nasjonale estimatet for skade i 2014. Det er forutsatt i protokollen at de som har bidratt med data har trukket deres data fra hele populasjonen av pasientopphold som metoden er relevant for. Helse Førde bidro med data for kun pasientopphold fra sykehuset i Førde i 2014 og ikke også fra Lærdal og Nordfjord, som i tidligere år. Sykehuset Innlandet, har per i dag 4 GTT team, som ikke dekker hele helseforetakets relevante populasjon. Sykehuset har i tillegg endret den geografiske inndelingen av sine team i perioden fra 2010 og er derfor ikke inkludert i grafen. Sykehuset er med i tverrsnittsanalysen. Fra neste år planlegger både Sykehuset Innlandet, Lovisenberg sykehus, og Helse Førde å ha ett team som dekker hele populasjonen.

Figur 1. Nasjonal tidsserie – P-kontroll diagram



Lokalt

Nedenfor og i Appendix presenteres eksempler på P kontroll diagrammer for enkeltstående helseforetak og klinikker (Figur 2). Grafene viser hvordan utvikling av pasientskader kan fremstilles og analyseres over tid, i helseforetak, sykehus, klinikker og avdelinger. Analysene kan gjøres på flere måter, for å vurdere om det skjer signifikante endringer gjennom en tidsperiode. Den sammenhengende linjen, som er lagt sammen av 10 fortløpende målinger, må vurderes sammen med de enkelte datapunktene, for å vurdere tidspunkt for eventuelle topper. For eksempel for medisinsk klinikk på Nordlandssykehuset, har den sammenhengende linjen en topp i september 2011, mens datapunktene er høyest i mai og juli 2011. P- verdi lineær trend angir i hvilken grad det har skjedd en statistisk signifikant endring i hele perioden siden 2010. Hvis den er lavere enn 0,05 er endringen statistisk signifikant. Ved siden av grafene med mest variasjon presenteres tabeller med andel pasienter med skade for hvert år (0,175, svarer til 17,5 %), og med p verdier for endringer mellom årene. Fra de grønne og rød strekene i grafen til Diakonhjemmet så varierer standardavviket i starten av 2011. Dette skyldes at det er undersøkt 10 journaler per tidspunkt i 2010 og 20 journaler per tidspunkt fra 2011. Alle andre team har undersøkt 10 journaler per tidspunkt.

Figur 2. Lokale tidsserier – P kontrolldiagrammer

Diskusjon

Dette er den femte årlige rapporten om pasientskader i norske sykehus. Nesten alle helseforetak og sykehus bidro med data til den nasjonale sammenstillingen. De 8.804 pasientoppholdene som ble undersøkt var tilfeldig trukket fra 569.180 somatiske pasientopphold. Færre pasientopphold ble undersøkt i forhold til i 2013, da 10 986 ble undersøkt. Det er fordi antall GTT team er redusert fra 45 til 36. Grunnen er at sykehusene i Møre og Romsdal reduserte sine team fra fire, til ett for alle fire sykehus. Helse Førde rapporterte data fra ett team i stedet for tre, som tidligere har rapportert for hvert sykehus. Sykehuset Innlandet hadde vesentlig færre team, og Lovisenberg sykehus rapporterte ikke data fra sine to team. Så selv om antall team er vesentlig redusert er størrelsen på populasjonen av sykehusopphold som er undersøkt ikke redusert. Utvalget journaler er så stort, at sannsynligheten er liten for at utvalget er skjevt trukket ut i forhold til for eksempel kjønn og alder. Personidentifiserbare opplysninger er ikke samlet inn til nasjonalt nivå fra helseforetakene av hensyn til personvernet.

To tredjedeler av helseforetakene (Tabell 2) sendte representanter for sine GTT team til det årlige seminaret som skal bidra til at teamene opprettholder metodens krav. Erfaringer fra Danmark viser at det er en fare for at teamene kan endre sin fortolkning og skjønnsbaserte avgrensning av hva de regner som en pasientskade, over tid. Det gjelder spesielt de minst alvorlige pasientskadene (E kategorien)(18). For å forebygge endringer i anvendelse av metoden over tid er det også viktig at man opprettholder tilslutning til det årlige nasjonale seminaret for GTT team, hvor de kan synkronisere hvordan metoden gjennomføres ved å gjennomgå eksempler.

I tillegg til det årlige seminaret for GTT team, ba Helsedirektøren sekretariatet om å holde et internasjonalt seminar hvor valget av bruk av GTT i Norge, ble diskutert. Fran Griffin som i sin tid var med på å utvikle GTT metoden, og Hans Rutberg som har arbeidet med GTT i Sverige, ble invitert til møtet. Også kritikere av metoden var invitert. Seminaret ble holdt i september 2014 og hadde omkring 100 deltakere, og mange GTT team var representert. Det kom tilbakemeldinger fra GTT team medlemmer om at seminaret var særdeles nyttig og inspirerende, spesielt foredraget til Fran Griffin skulle de gjerne ha hørt tidligere. På bakgrunn av den gode erfaringen, vil sekretariatet invitere Fran Griffin til neste årlige GTT seminar.

Tverrsnittsanalysen for 2014 (Tabell 3) anslår at pasientskade på tvers av alvorlighetsgrad oppstod ved 13,9 % av somatiske sykehusopphold i Norge i 2014. Nivået er ikke signifikant forskjellig fra 2013. Nivået for 2014, 2013 og 2012 er statistisk signifikant lavere enn for 2011, da det var på 16 %. Ved 8.2 % av de undersøkte oppholdene i 2014 oppstod en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (F-I). Nivået er det samme som for 2013 og 2012. For 2011 og 2010 var estimatet 9 %. Forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Skadenivået for både kategoriene E-I og F- I er på samme nivå som for svenske sykehus. I Sverige var andel av pasientopphold med en skade 15,4 % i 2012 og 13,5 % i 2013(19). Norge og Sverige er foreløpig de eneste landene som har anvendt GTT på hele den nasjonale sykehuspopulasjonen. Erfaringene med GTT metoden i de nordiske landene vil bli lagt frem i en rapport i løpet av 2015.

Fortsatt er urinveisinfeksjoner, legemiddelbruk, postoperative infeksjoner og andre komplikasjoner til kirurgi, de viktigste årsakene til skade. Det var signifikant endring i antall skader i perioden, for noen skadetyper, som fremgår av Tabell A og B i Vedlegg 1. Skader i kategoriene Sentralvenøst kateter infeksjon, Postoperativ respiratorisk komplikasjon, og Øvrige skader (forsinket diagnose) minsket i perioden fra 2010 til 2014. Endringene gjaldt skader av mindre alvorlighetsgrad. Det kan ikke utelukkes at endringen man ser for mindre alvorlige skader, kan skyldes endringer i teamenes vurdering av hva som regnes som skade. Derfor bør slike beregninger tolkes med forsiktighet. Skader kategorisert som Nedre luftveisinfeksjon og med høyere alvorlighetsgrad økte. Dette er et funn som sannsynligvis har klinisk betydning.

Den nasjonale grafen viser at det har vært en signifikant reduksjon i pasientskader på tvers av alle alvorlighetsgrader siden 2010. Den signifikante reduksjonen skjedde fra 2011 til 2012. Det sammenfaller i tid med samhandlingsreformen som blant annet har hatt til hensikt og har lyktes med å redusere liggetid i sykehus. Det er derfor mulig at reduksjonen i antall skader kan forklares med at skadene ikke er identifisert og dokumentert før pasientene er utskrevet. For eksempel kan urinveisinfeksjoner knyttet til innlagte urinveiskateter ha blitt oppdaget etter utskrivelse.

Fordi man må anta at det tross opplæring og årlige konferanser er forskjell på teamenes faglige og skjønnsmessige vurderinger kan helseforetakenes resultater ikke brukes til å sammenligne nivået av skader mellom dem. Selv om GTT teamene har utført undersøkelsen i

henhold til samme manual og med samme opplæring, vil det være usikkerhet knyttet til at to team kan vurdere forskjellig hva som regnes som en skade, og et team kan endre på sine vurderinger av hva de mener med begrepet skade over tid.

Det er ennå ikke undersøkt i hvilken grad team fra norske helseforetak vurderer pasientskade forskjellig, eller om norske GTT team har endret sin forståelse av definisjonen over tid. En svensk studie viser at enkeltstående team kan utvikle feil anvendelse av definisjonen på pasientskade over tid(14). Sammenligning mellom helseforetakene kunne vært mulig om metoden ble utført av samme team på tvers av helseforetakene. Et slikt oppdrag krever imidlertid et nasjonalt mandat og regler for personvern som tillater at journaler undersøkes på tvers av helseforetakene. Hvis samme GTT team utførte journalundersøkelsen i alle helseforetak, ville man kunne fremskaffe resultater som kunne brukes til sammenligning mellom dem. Det er fordi man ville redusere usikkerheten knyttet til at definisjonen av skade kan tolkes ulikt mellom GTT team i forskjellige helseforetak. Et felles elektronisk journalsystem ville kunne tilrettelegge for at ett GTT team kunne undersøke tilfeldig utvalgte pasientopphold fra alle helseforetak.

Helseforetakene har blandede erfaringer med å ha flere team som undersøker ulike deler av helseforetaket. Noen helseforetak rapporterer positive erfaringer, med at resultatene kommer nærmere klinisk nivå hvor tiltak kan iverksettes. Andre rapporterer at resultater har blitt brukt som skyts i lokale stridigheter. Hvordan resultatene brukes henger sannsynligvis sammen med kultur og ledelse og det er et sannsynlig potensiale for at helseforetakene kan dra nytte av hverandres erfaringer.

Konklusjon

GTT undersøkelsen for 2014 fant at andel pasienter med pasientskade ligger på samme nivå som i 2013 og 2012. Ved 13,9 % av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade i 2013, som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser(kategoriene E-I). Estimater var på 13 % i 2013, 14 % i 2012, 16 % i 2011 og 16 % i 2010. Ved 8,2 % av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (kategoriene F-I). Estimater var på 7,6 % i 2013, 7,7 % i 2012, 8,8 % i 2011 og 8,9 % i 2010. Skadenivået for øvrig er på samme nivå som i svenske sykehus. Skader kategorisert som Nedre luftveisinfeksjon og med høyere alvorlighetsgrad (F-I) økte i perioden fra 2010 - 2014.

Referanser

1. Donaldson L. World alliance for Patient Safety. WHO, France: 2005 2005. Report No.
2. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. 'Global Trigger Tool' Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):581-9.
3. Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. BMJ. 2007;334(7584):79.

4. Vincent C. Incident reporting and patient safety. *BMJ*. 2007;334(7584):51.
5. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1999;170(9):411-5.
6. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Can Med Assoc J*. 2004;170(11):1678-86.
7. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322(7285):517-9.
8. Soop M, Fryksmark U, K+Åster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):285-91.
9. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6.
10. Levinson DR. Adverse events in hospitals. National incidence among Medicare beneficiaries.: Department of Health and Human Services, Office of Inspector General; 2010 11/2010.
11. Griffin F, Resar R. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events Cambridge, MA: 2009 2009. Report No.
12. Layde PM ML, Teret SP, et al. Patient safety efforts should focus on medical injuries. *JAMA*. 2002;287(15):1993-7.
13. Sharek PJ, Parry G, Goldmann D, Bones K, Hackbarth A, Resar R, et al. Performance Characteristics of a Methodology to Quantify Adverse Events over Time in Hospitalized Patients. *Health Serv Res*. 2011;46(2):654-78.
14. Schildmeijer K, Nilsson L, Arestedt K, Perk J. Assessment of adverse events in medical care: lack of consistency between experienced teams using the global trigger tool. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(4):307-14.
15. Deilkås ET. Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2013. Rapport fra Kunnskapscenteret. Oslo: 2014.
16. The Norwegian patient safety campaign. Gjennomføring av journalundersøkelse med Global Trigger Tool (GTT) i den norske pasientsikkerhetskampanjen. Oslo: Nasjonal pasientsikkerhetskampanje " I trygge hender", 2013.
17. Efron B, Tibshirani RJ. An introduction to the bootstrap. London: Chapman & Hall; 1993.
18. Bjørn B. Adverse event rates of least severity are most exposed to variability within GTT teams over time. Danish Society for Patient Safety: Personal communication; 2015.
19. Socialstyrelsen. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014. Stockholm, Sweden: 2014 4/24/2014. Report No.

Vår saksbehandler
Sæther, Kjell, tlf. 23080783

Dokumentdato
11.01.2016

Deres dato

Vår referanse
2015/1432/sakj

Deres referanse
Per Inge Norheim

NORDLANDSSYKEHUSET HF

Arkivkode 563
Tilsynsid 8509

8092 BODØ

Oppfølging av tilsynet

Det vises til gjennomført tilsyn ved deres virksomhet den 26.10.2015-30.10.2015, til oversendt tilsynsrapport datert 03.11.2015 og til deres tilbakemelding datert 18.12.2015.

Virksomheten har i sin tilbakemelding til DSB beskrevet tiltak som allerede er iverksatt og tiltak som skal iverksettes for lukking av avvik 1 til 3 innen 30.04.2016.


I denne beskrivelsen er det også oppgitt at foretaket har planlagt en inspeksjon / intern revisjon som skal omfatte alle klinikker for å sikre og dokumentere opplæring i sikker bruk av medisinsk utstyr. Vi ber om å få tilsendt en rapport fra denne revisjonen innen 30.04.2016.

DSB aksepterer virksomhetens tiltak, men avvikene lukkes ikke. Vi vil følge opp disse ved fristens utløp samt ved senere tilsyn.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Kjell R. Sæther, på e-post Kjell.Saether@dsb.no eller på tlf. 23080783.

Med hilsen
for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Enhet for elektriske produkter


Bjørn Nyrud
avdelingsleder


Sæther, Kjell
senioringeniør